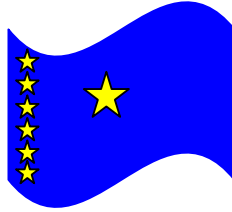


République Démocratique du Congo
MINISTRE DE LA SANTE



**PROGRAMME NATIONAL
D'ELIMINATION DE LA LEPRE**

**GUIDE TECHNIQUE POUR LA MISE
EN ŒUVRE DES SERVICES PCT
DANS LES ETABLISSEMENTS
DES SOINS**

Mai 2005

TABLE DES MATIERES

PREFACE	3
REMERCIEMENTS	4
LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES	5
INTRODUCTION	7
CHAPITRE I : DEFINITIONS ET DIRECTIVES TECHNIQUES	8
Lèpre	8
Nouveau cas de lèpre	8
Polychimiothérapie (PCT)	8
Rechute.....	9
Réactions lépreuses	9
Réadmission	9
Régularité du traitement	9
Transfert	9
Adéquation du traitement	9
Perdu de vue	9
Guérison	10
MAJR	10
LEM	10
Validation de la détection	10
PIRP.....	10
Mobilisation sociale	10
CHAPITRE II : DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC	11
Définition de cas de lèpre	11
Dépistage dans la lèpre	11
Diagnostic de la lèpre.....	11
CHAPITRE III : PRISE EN CHARGE DES MALADES	13
Période avant le traitement.....	13
Période pendant le traitement.....	14
Période après le traitement.....	17
CHAPITRE IV : SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE	17
1. Définition	17
2. Importance.....	17
3. Etapes.....	18
CHAPITRE V : EVALUATION DU PROGRAMME (BCZS)	20
a) But de l'évaluation.....	20
b) Types d'évaluation	20
c) Les domaines qui font l'objet de l'évaluation	20
d) Les indicateurs d'évaluation	20
INDICATEURS ET NORMES DU PROGRAMME	21
1. Définition.....	21
2. Les indicateurs essentiels du programme.....	21
3. Analyse, interprétation et utilisation des données	21
▪ Prévalence	21
▪ Détection.....	22
▪ Proportion d'enfants parmi les NC.....	22
▪ Proportion d'infirmités parmi les NC	22

▪ Proportion des malades multibacillaires (MB) parmi les NC	23
▪ Proportion des femmes parmi les nouveaux cas	23
▪ Taux de guérison des malades.....	23
▪ Couverture du Programme	24
▪ Ratio prévalence-détection :	24
LES SUPPORTS D'INFORMATIONS	25
a) Fiche clinique du malade	25
b) Cahier de traitement des malades.....	26
c) La carte de rendez-vous du malade	28
d) Le billet de transfert des malades.....	28
e) Le registre des malades	29
f) Les rapports d'activités trimestriels et annuels au BCZS	30
CHAPITRE VI : GESTION DES MEDICAMENTS	31
1 Principes de gestion	31
2 Ce que doit faire l'infirmier titulaire du centre de santé.....	31
3 Ce que doit faire le Bureau Central de la Zone de Santé.....	31
LES ANNEXES.....	32
ANNEXE 1 : SCHEMAS DE TRAITEMENT DE LA LEPRE	32
ANNEXE 2 : SCHEMA DE TRAITEMENT DES REACTIONS LEPREUSES	33
ANNEXE 3 : REGISTRE DES MALADES	35
ANNEXE 4 : CAHIERS DE TRAITEMENT PB ET MB	36
ANNEXE 5 : CALENDRIER D'ELABORATION DES RAPPORTS	38
TRIMESTRIEL ET ANNUEL LEPRE	Error! Bookmark not defined.
ANNEXE 6 : FORMULAIRE DES RAPPORTS TRIMESTRIEL ET ANNUEL.....	39
LES DIX INFORMATIONS AUX MALADES SOUFFRANT DE LA LEPRE	41
BIBLIOGRAPHIE.....	42

PREFACE

La lutte contre la lèpre en République Démocratique du Congo date de l'époque coloniale. A cette époque jusque vers les années 80, elle a eu son organisation, se déroulant dans des conditions précises selon un système vertical avec des équipes itinérantes dans un domaine réservé aux œuvres caritatives.

Le traitement reposait d'abord sur des produits dont l'efficacité était relative, puis sur une monothérapie associée à l'isolement des personnes affectées par la lèpre dans les léproseries. Elle connut en son temps ses succès et ses échecs.

L'avènement de la polychimiothérapie, nouveau protocole thérapeutique dans le traitement de la lèpre, a révolutionné la lutte contre cette endémie, avec comme conséquence la réduction spectaculaire du fardeau de la maladie.

L'adoption de la stratégie des soins de santé primaires par notre pays a permis d'intégrer la lutte contre la lèpre dans les services généraux de santé.

Grâce à l'intégration et l'adoption de la polychimiothérapie comme schéma de traitement dans la lutte contre la lèpre, notre pays avait réussi à contrôler la maladie sur toute l'étendue du pays. Ainsi, lorsque l'Assemblée Mondiale de la santé a adopté en 1991 la résolution portant sur l'Elimination de la lèpre en tant que problème de santé publique, notre pays n'est pas resté en marge de cette mobilisation générale. En effet, pour la réussite de cette résolution, notre pays a eu à élaborer et à adopter une nouvelle politique et un ensemble des documents techniques pour la mise en œuvre de la stratégie d'élimination de la lèpre comme problème de santé publique.

Malgré le contexte difficile, la stratégie d'élimination pour la lèpre a été mise sur pied. Quoique des résultats encourageants ont été obtenus, notre pays reste toujours classé parmi ceux qui n'ont pas encore éliminé la lèpre comme problème de santé publique.

Soucieux de cette situation et tenant compte d'une part, des problèmes opérationnels rencontrés sur le terrain et d'autre part, des avancées scientifiques intervenues dans la lutte contre la lèpre, nous avons suggéré que le Guide de mise en œuvre de la PCT soit actualisé afin de permettre aux acteurs de terrain d'améliorer leurs prestations ainsi que la prise en charge des personnes affectées par la lèpre.

Nous ne pouvons dès lors que souhaiter plein succès à cet ouvrage et remercier par la même occasion tous ceux qui ont participé à son élaboration.

Emile BONGELI YEIKELO YA ATO

REMERCIEMENTS

Le PNEL tient à remercier tous ceux qui ont contribué à l'actualisation du présent Guide.
Nous citons :

- Les participants à l'atelier organisé à ce propos au mois d'avril 2005, il s'agit de :
 - Dr J.N Mputu Luengu-Boyau, Directeur du PNEL
 - Dr F. Ngonda Lobuta, Directeur Adjoint du PNEL
 - Dr B. Ndjolo, Chef de division à la IVème Direction
 - Dr F. Ekwanzala, DPC/OMS
 - Dr P. Lubamba Ngimbi, Représentant et Directeur Médical de la FD
 - Dr G. Bakaswa Ntambwe, Directeur Médical Adjoint de la FD
 - Dr M. Ndombe Nkulu, Coordinateur National de TLMI/RDC
 - Dr F. Anakeka, Coordinateur de la Solidarité Protestante
 - Dr C. Nembunzu Tidane, Chargée de la surveillance épidémiologique au PNEL
 - Dr V. Bola Ngembe, Médecin Coordinateur Lèpre-Tuberculose de Kinshasa
 - Dr J.P Mukeba, Médecin Coordinateur Lèpre-Tuberculose du Katanga Sud
 - Mr A. Nzuwa Nsilu, Kinésithérapeute au PNEL
 - Mr G. Khumba Ndoki, Superviseur à la Coordination Lèpre-Tuberculose du Bas-Congo Ouest
 - Mr C. Bushiri, Superviseur à la Coordination Lèpre-Tuberculose de Kinshasa.

Le PNEL les remercie pour leur participation active et leurs apports qui ont conduit à produire un document de qualité.

- Les experts de l'OMS et de l'ILEP, il s'agit de :
 - Dr Prof. M. Lechat, Professeur Emérite Université de Louvain
 - Prof. S.R. Pattyn, Professeur Emérite, IMT/Anvers
 - Dr D. Daumerie, OMS/Genève
 - Dr L. Bidé, Conseiller Régional, OMS/AFRO
 - Dr E. Declercq, Conseiller Médical Fondation Damien/Bruxelles
 - Dr A. Tiendrebéogo, OMS/AFRO

Que tous trouvent ici l'expression de notre profonde gratitude pour leurs commentaires et observations pertinentes qui nous ont permis d'améliorer cet outil.

- Nos remerciements s'adressent également à tous les Médecins Coordinateurs Provinciaux des Programmes Lèpre-Tuberculose et tous leurs collaborateurs pour leurs suggestions et remarques en vue d'avoir un document pratique.
- Le PNEL remercie enfin l'ONG TLMI pour son appui financier qui a permis d'organiser l'atelier et les travaux d'impression de ce guide.

Dr J.N. MPUTU LUENGU BOYAU

Directeur du PNEL

LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES

A	: Absent
AC	: Ancien cas
BAAR	: Bacille acido-alcalo-résistant
BCZS	: Bureau central de la zone de santé
BH	: Bacille de Hansen
BNL	: Bureau National de la Lèpre
CEL	: Campagne d'élimination de la lèpre
CPLT	: Coordination provinciale lèpre-tuberculose
CLT	: Coordination lèpre-tuberculose
CS	: Centre de santé
D	: Dououreux
DDS	: Diamino-diéthyl-sulfone
ENL	: Erythème noueux lépreux
F	: Féminin
FD	: Fondation Damien
H	: Hypertrophie
HGR	: Hôpital Général de Référence
IEC	: Information Education Communication
IS	: Infirmier Superviseur
ISZS	: Infirmier Superviseur de la Zone de santé
IT	: Infirmier titulaire
LEM	: Monitoring de l'élimination de la lèpre
M	: Masculin
MAJR	: Mise à jour des registres
MB	: Multibacillaire
MCP	: Médecin Coordinateur de Programme Lèpre et Tuberculose
MCZS	: Médecin Chef de Zone de santé
MIP	: Médecin Inspecteur de Province
N	: Normal
NB	: Nota bene
NC	: Nouveaux cas
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
OAC	: Organisation à assises communautaires

PB	: Paucibacillaire
PDV	: Perdu de vue
PCT	: Polychimiothérapie
PCTA	: PCT Accompagnée
PCTBC	: PCT à base communautaire
PIRP	: Prévention des Infirmités et Re-adaptation Physique des lépreux
PNEL	: Programme National d'Elimination de la Lèpre
P/R	: Rapport prévalence détection
RECO	: Relais communautaire
RPV	: Retour perdu de vue
SSP	: Soins de Santé Primaires
TLMI	: The Leprosy Mission International
ZS	: Zone de santé

INTRODUCTION

La lèpre constitue encore à ce jour un problème de santé publique en République Démocratique du Congo. Cette endémie existe dans toutes les zones de santé de notre pays à des degrés divers.

Depuis 1996, le Programme National d'Élimination de la Lèpre s'est doté d'un guide technique pour permettre la mise en œuvre de la polychimiothérapie (PCT) à travers les établissements des soins. Devant certains problèmes posés sur le terrain depuis sa mise en œuvre, l'amélioration dans la formulation des quelques notions et directives techniques était devenue inévitable ; d'où la diffusion des 3 éditions révisées de 1996 à 2002. Avec les avancées scientifiques intervenues au niveau de la lutte antilépreuse à travers le monde et les multiples problèmes opérationnels rencontrés sur le terrain, une révision en profondeur du guide s'avère aujourd'hui impérative.

Ce guide, destiné à tout le personnel de santé impliqué au Programme national de lutte contre la lèpre et particulièrement à ceux qui sont en contact permanent avec les malades lépreux, notamment les Infirmiers des centres de santé, aidera les acteurs de terrain à poser le diagnostic des cas de lèpre sur base des signes cliniques, à guérir tous les patients par un traitement complet de PCT, à prévenir les infirmités et à prendre en charge les complications. En plus, ce guide permettra de tenir à jour les dossiers afin de suivre les patients, l'évolution de l'endémie lépreuse sur terrain et de dispenser à la communauté une information correcte sur la lèpre.

Le présent guide est subdivisé en 6 parties :

- La première partie donne les définitions techniques des notions et concepts utilisés dans ce document.
- La deuxième partie concerne le dépistage de la lèpre. Elle donne la définition de cas de lèpre et décrit les différentes stratégies de dépistage des cas.
- La troisième partie traite de la prise en charge des malades. Elle décrit les principales activités à mener avant, pendant et après le traitement.
- La quatrième partie a trait à la surveillance épidémiologique. Elle permet de suivre l'évolution et le progrès de l'élimination à travers les indicateurs essentiels du programme.
- La cinquième partie concerne l'évaluation et le monitoring. Elle permet le suivi de la mise en œuvre du programme et de son impact.
- La sixième partie traite de la gestion des médicaments. Elle va aider le personnel du terrain à avoir un stock minimum de médicaments et à éviter des ruptures de stock.

CHAPITRE I : DEFINITIONS ET DIRECTIVES TECHNIQUES

Ce chapitre sera consacré à la définition des termes et concepts utilisés dans ce document ainsi que les directives techniques.

Lèpre : maladie infectieuse chronique causée par un bacille appelé *Mycobacterium leprae* (Bacille de Hansen). La maladie attaque principalement la peau et les nerfs périphériques. Non dépistée et non traitée à temps, la lèpre provoque les infirmités aux niveaux des yeux et des extrémités (mains et pieds).

Nouveau cas de lèpre : un nouveau cas de lèpre est un cas de lèpre diagnostiqué au cours de l'année en cours et qui n'a jamais été traité ni par la monothérapie à la dapsonne ni par la polychimiothérapie (PCT).

Polychimiothérapie (PCT) : la polychimiothérapie est un schéma de traitement qui combine deux ou trois antibiotiques contre la lèpre. Elle est recommandée par l'OMS depuis 1981.

- **Polychimiothérapie PB (PCT/PB)** : c'est le traitement établi pour les cas de lèpre paucibacillaire. Elle comprend six (6) plaquettes de médicaments (PCT/PB) comportant de la rifampicine et de la dapsonne en prise mensuelle et de la dapsonne en prise quotidienne.
- **Polychimiothérapie MB (PCT/MB)** : c'est le traitement établi pour les cas de lèpre multibacillaire. Elle comprend douze (12) plaquettes de médicaments (PCT/MB) comportant de la rifampicine, de la clofazimine et de la dapsonne en prise mensuelle et de la dapsonne et de la clofazimine en prise quotidienne.
- **PCT supervisée** : la prise mensuelle de rifampicine et la dapsonne pour les malades paucibacillaires ou de rifampicine, de la clofazimine et la dapsonne pour les cas multibacillaires est faite sous la supervision d'un agent de santé.
- **PCT conviviale et souple** : stratégie de traitement où le malade reçoit lors de la visite au centre de santé un certain nombre des plaquettes de PCT pour quelques mois de traitement, ceci compte tenu de l'éloignement et/ou de l'enclavement de son lieu de résidence.
- **PCT Accompagnée (PCTA)** : stratégie de traitement d'un cas de lèpre qui consiste à responsabiliser le malade en lui remettant tout le lot de médicaments devant permettre de le guérir (6 plaquettes PB ou 12 plaquettes MB). Des conseils, pour la régularité du traitement, la conduite à tenir en cas de réaction lépreuse ou de complication, sont prodigués au malade. Un système d'accompagnement est organisé avec des membres de la famille et/ou de la communauté. Le malade est averti qu'il doit revenir pour un examen clinique à la fin du traitement afin de certifier la guérison ; par la même occasion il doit amener les plaquettes vidés de leurs comprimés. Le malade en PCTA est libre de revenir au centre de santé autant de fois qu'il le souhaite et chaque fois qu'il en éprouve le besoin. La PCT accompagnée est très adaptée pour les malades éloignés et enclavés.
- **PCT à base communautaire (PCTBC)** : stratégie de traitement d'un cas de lèpre qui consiste à responsabiliser un membre de la communauté (volontaire) pour la remise des médicaments PCT au malade. Un système de suivi de la distribution des médicaments aux malades est organisé par la zone de santé.
- **PCT délocalisée (stratégie avancée)** : stratégie de traitement d'un cas de lèpre conduite par un agent de santé qui se déplace chaque mois ou selon une périodicité établie pour

remettre les plaquettes aux malades dans leurs villages ou dans un lieu de regroupement défini.

- **Services PCT** : ensemble de prestations qui comprennent le diagnostic, le traitement par la PCT, les conseils aux malades et aux familles, l'éducation de la communauté et une orientation recours pour les complications

Rechute : tout cas de lèpre déclaré guéri après avoir reçu un traitement PCT/OMS complet (6 mois pour les PB et 12 mois pour les MB) et qui présente à nouveau des nouveaux signes de lèpre.

Pour les MB, la rechute est confirmée par la présence de BH dans le suc dermique ou par l'augmentation de l'index bacilloscopique de 2+ par rapport au dernier examen bactériologique (si celui-ci avait été réalisé).

Pour les PB, il est difficile de la distinguer avec la réaction lépreuse. Elle nécessite une épreuve thérapeutique aux corticoïdes. Une amélioration obtenue après 4 semaines doit faire penser à une réaction lépreuse. La rechute apparaît généralement 5 ans ou plus après la fin du traitement PCT.

Réactions lépreuses : sont les épisodes inflammatoires aiguës survenant chez un malade lépreux avant, pendant ou après le traitement.

Réadmission : est un statut du malade lors de son admission, elle comprend les catégories suivantes :

- transfert in : malade provenant d'une autre Zone de santé
- rechute (PCT ou DDS)
- perdu de vue retrouvé avec des lésions actives

Régularité du traitement : un cas de lèpre est dit régulier au traitement PCT lorsqu'il a pris au moins les deux tiers du nombre total des plaquettes qu'il devrait prendre au cours d'une période donnée de traitement. Le rapport du nombre de plaquettes prises sur le nombre de mois écoulés depuis le début du traitement doit être supérieur à 0,66.

Transfert : un malade est dit transféré lorsqu'il passe d'une zone de santé à une autre. Il sera enregistré comme un réadmis dans la zone où il arrive et déclaré sorti dans celle d'où il vient. Les agents de santé doivent remettre un billet de transfert aux malades qui changent de Zone de santé.

Adéquation du traitement : le traitement PCT est dit adéquat pour le malade PB si celui-ci prend les 6 plaquettes de PCT/PB en une période ne dépassant pas 9 mois, et pour le malade MB, s'il prend les 12 plaquettes de PCT/MB en une période ne dépassant pas 18 mois. Un bon remplissage des cahiers de traitement, des registres des malades et des fiches cliniques facilite l'appréciation de cet indicateur.

Perdu de vue : un cas de lèpre qui reçoit son traitement chaque mois ou selon une périodicité qui lui est propre, est dit perdu de vue ou disparu lorsqu'il n'a pas reçu son traitement PCT pendant douze (12) mois consécutifs. Après cette période de 12 mois, Il est rayé du registre de la lèpre et n'est plus compté parmi les cas de lèpre. Lorsqu'un perdu de vue est retrouvé, il doit faire l'objet d'un examen clinique à la recherche des lésions actives. Si on les retrouve, le malade bénéficiera d'un nouveau cycle complet de traitement PCT /PB ou MB en fonction du nombre de taches cutanées. Dans le cas contraire, le malade sera déclaré guéri.

N.B. Le terme PDV signifie que des recherches ont été effectuées en vain pour retrouver le malade et lui faire reprendre le traitement.

Guérison : tout cas de lèpre PB qui a reçu 6 plaquettes de PCT/PB ou tout cas de lèpre MB qui a reçu 12 plaquettes de PCT/MB sans interruption consécutive de 12 mois est déclaré guéri. La notion de guérison dans la lèpre est liée au traitement complet et non à l'état clinique du malade. Tout malade guéri doit être rayé du registre des malades car il ne constitue plus un cas de lèpre. S'il présente des complications liées à la lèpre, il sera orienté vers les services de prise en charge des infirmités.

MAJR : C'est une stratégie qui consiste à re-examiner tous les cas de lèpre en traitement, à corriger les erreurs de diagnostic commises lors du dépistage et de l'enregistrement, à actualiser les données figurant sur les différents supports d'information du Programme et à former les agents de santé du terrain pour le diagnostic et la tenue correcte des supports d'information.

LEM : C'est un exercice recommandé par l'OMS aux décideurs et aux responsables de Programme en vue de les aider à mesurer les progrès vers l'élimination de la lèpre, à préparer un plan d'action, à le mettre en œuvre et à en évaluer l'impact. C'est le monitoring de l'élimination de la lèpre

Validation de la détection : C'est un exercice qui est recommandé pour améliorer la qualité de la détection. Il est préconisé que tout nouveau cas de lèpre dépisté au Centre de santé soit re-examiné endéans de trois mois pour valider le diagnostic par le niveau du BCZS ou de la Coordination.

PIRP : C'est une stratégie qui consiste à la prévention des infirmités et la réadaptation physique chez les personnes touchées par la lèpre.

Mobilisation sociale : C'est une stratégie recommandée dans la lutte contre la lèpre afin d'amener la communauté à participer activement aux activités d'élimination de la lèpre.

CHAPITRE II : DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC

Définition de cas de lèpre

Un cas de lèpre est un malade qui présente un ou plusieurs des symptômes ci-dessous et qui nécessite un traitement PCT complet :

- Lésions cutanées hypopigmentées (claires) ou rougeâtres accompagnées d'un déficit sensoriel net.
- Atteinte des nerfs périphériques, se traduisant par un déficit sensoriel et/ou moteur au niveau des mains, des pieds ou de la face.

Dépistage dans la lèpre

Le dépistage est une activité de reconnaissance, d'identification ou de diagnostic des cas de lèpre par les agents de santé en vue de les prendre en charge.

Le dépistage comporte deux grandes variantes selon qu'il est actif ou passif.

Dépistage passif c'est un diagnostic des cas de lèpre par présentation spontanée des malades au niveau des établissements de soins. Celui-ci est influencé par au moins deux facteurs :

- une meilleure prise de conscience de la lèpre au sein de la communauté ;
- la présence d'un service de diagnostic et de traitement efficace et fiable.

Dépistage actif : c'est une recherche des cas au sein de la communauté par les services de santé. Il implique un examen clinique de la population visitée.

- **Surveillance des contacts** est un examen périodique des personnes vivant avec les malades multibacillaires ou avec les enfants atteints de la lèpre.

Diagnostic de la lèpre

Examen clinique d'un suspect de lèpre : Le diagnostic de la lèpre est clinique. L'examen physique comporte trois étapes essentielles : l'interrogatoire, l'examen cutané et l'examen neurologique.

1. L'interrogatoire porte sur 6 questions clés :

- a. Quel est le motif de consultation ?
- b. Depuis quand ce motif de consultation existe ?
- c. Comment évolue ce motif de consultation ?
- d. Quels sont les symptômes associés : prurit, douleur, fièvre, sécheresse (absence de sueur), insensibilité ?
- e. Y' a-t-il notion de contact ou d'antécédents familiaux de lèpre ?
- f. Quel est le traitement déjà entrepris, nature et durée ?

2. L'examen de la peau se fait avec un bon éclairage, de préférence à la lumière du jour, le malade étant dénudé avec préservation de son intimité.

- Le premier temps de l'examen de la peau est l'inspection qui se fait d'abord de loin, à 2 mètres, observant le suspect de la tête aux pieds, de face, de profil gauche, de dos et de profil droit, puis de près en insistant sur les oreilles et la région fessière.
- Le deuxième temps est la palpation des lésions vues de loin ou de près, pour apprécier le relief des lésions, leur consistance ferme en cas de papule ou de nodule, leur température et leur surface.
- Le troisième temps de l'examen de la peau est le test de sensibilité sur les taches hypochromiques. Ce test est effectué en 3 temps :

- i. explication du principe du test au malade,
- ii. réalisation du test, le suspect ayant les yeux ouverts pour s'assurer qu'il a compris
- iii. réalisation du test proprement dit, suspect ayant les yeux fermés sans communication verbale. Le dialogue se faisant entre la mèche de coton et le doigt du patient suspect de lèpre.

3. L'examen neurologique porte sur :

- l'inspection et la palpation des nerfs périphériques (cervical, cubital, le radial dans la tabatière anatomique, sciatique poplitée externe et tibial postérieur),
- les tests de sensibilité et de motricité des yeux, des mains et des pieds.

A l'issu de cet examen neurologique, la présence d'infirmité est coté en 3 degrés (0, 1 et 2) selon l'échelle de l'OMS.

A la fin de l'examen clinique, le diagnostic de lèpre est établi.

4. Les signes de la lèpre

Les taches de couleur pâles, rougeâtres ou cuivrées. Elles peuvent être de forme plate ou en relief, ne font pas mal, ne démangent pas et sont insensibles à la chaleur et au toucher.

Les autres manifestations de la lèpre sont :

- Nodules lisses
- Epaissement ou infiltration de la peau avec changement de couleur sans perte de sensibilité
- Augmentation du volume des nerfs périphériques

5. Diagnostic positif de la lèpre (signes cardinaux)

- Taches rougeâtres ou cuivrées avec perte de sensibilité
- Atteinte des nerfs périphériques, traduite par une hypertrophie et une perte de sensibilité
- Présence de bacilles de la lèpre dans le frottis de la peau (dans le cas où la bacilloscopie avait été faite)

CHAPITRE III : PRISE EN CHARGE DES MALADES

A la fin de l'examen clinique, le diagnostic de lèpre est établi. Le malade est alors classé en fonction du nombre de lésions cutanées, soit dans la catégorie de lèpre paucibacillaire (PB) s'il présente 1 à 5 lésions, soit dans la catégorie de lèpre multibacillaire (MB) s'il présente plus de 5 lésions.

La prise en charge du malade englobe le dépistage, le traitement par la polychimiothérapie et les soins des complications.

Période avant le traitement

C'est normalement une période courte qui, dans un programme bien organisé, doit être virtuelle. Elle est très importante car toute la réussite de la prise en charge des malades en dépend.

Durant cette période, l'infirmier du centre de santé doit mener les activités suivantes :

- examiner complètement le malade, de façon méthodique en usant de beaucoup de tact et de patience tout en tenant compte de la susceptibilité de celui-ci ;
- classer le malade suivant le résultat de l'examen clinique (PB ou MB)
- annoncer le diagnostic au malade et à l'accompagnateur
- organiser la bacilloscopie en cas de suspicion de rechute ;
- mettre en confiance le malade en s'appuyant sur une bonne information sur la maladie, les règles de traitement, les effets secondaires des médicaments, les complications éventuelles et la guérison (voir en annexes 10 informations) ;
- sensibiliser le malade pour une auto prise en charge dans le traitement et pour la surveillance de la survenue des complications ;
- sensibiliser la famille pour aider à la prise en charge du malade et à son intégration ;
- prescrire le traitement suivant la classification clinique
- s'assurer de la disponibilité des médicaments et des supports d'information.

Schéma de traitement de la lèpre

Il existe deux schémas de traitement :

- **Polychimiothérapie (PCT) pour la lèpre multibacillaire (MB)**

- **PCT pour la lèpre MB adulte**

Prise supervisée mensuelle : - 600 mg de Rifampicine
 - 300 mg de Clofazimine
 - 100 mg de Dapsone

Prise quotidienne à domicile : - 100 mg de Dapsone
 - 50 mg de Clofazimine

La dose mensuelle (supervisée) est prise au Jour 1 et les doses quotidiennes à domicile aux jours 2 à 28.

Ce traitement doit être achevé dans un intervalle de 12 à 18 mois.

- **PCT pour la lèpre MB enfant :**

	<u>Moins de 10 ans.</u>	<u>de 10-14 ans</u>
Dose supervisée mensuelle :	- Rifampicine : 300 mg	450 mg
	- Clofazimine : 100 mg	150 mg
	- Dapsone : 25 mg	50 mg
Dose quotidienne :	- Dapsone : 25 mg	50 mg
	- Clofazimine : 50 mg 2x/ sem	50 mg tous les 2 jours

La dose mensuelle (supervisée) est prise au Jour 1 et les doses quotidiennes à domicile aux jours 2 à 28

Ce traitement doit être achevé dans un intervalle de 12 à 18 mois

	Tâches à réaliser	Supports
1	Accueillir le malade	
2	Interroger le malade sur l'évolution de sa maladie et s'assurer qu'il a pris correctement les médicaments (Faire attention aux signes de névrites et réactions)	Fiche individuelle
3	Faire un examen de la peau et des fonctions nerveuses pour apprécier : - La motricité des paupières - La sensibilité et la motricité au niveau des mains et des pieds	Fiche individuelle
4	Dispenser l'IEC axée sur : - Les résultats de l'interrogatoire et de l'examen physique - Rappel des informations sur : <ul style="list-style-type: none"> • les médicaments à prendre • les effets secondaires majeurs et mineurs des médicaments • les signes de nouvelles atteintes nerveuses (baisse d'acuité visuelle, perte de sensibilité, paralysie) • la conduite à tenir en cas des complications 	Fiche individuelle, les sujets abordés
5	Administer la dose mensuelle (voir le malade avaler les médicaments)	
6	Remettre le reste de la plaquette pour les doses à prendre à domicile	Fiche individuelle et le cahier de traitement Echéancier
7	Vérifier la régularité du malade au traitement	Cahier de traitement
8	Féliciter et encourager le malade à poursuivre son traitement	
9	Fixer le prochain rendez-vous	Fiche individuelle et la carte de rendez-vous

NB : Si le malade ne se présente pas, il faut appliquer le mécanisme de récupération des malades absents ou irréguliers (Invitation, visite à domicile) et le rapporter sur la fiche individuelle ainsi que dans le cahier de traitement.

• **Conduite à tenir au dernier rendez-vous**

	Tâches à réaliser	Supports
1	Accueillir le malade	
2	S'assurer que le malade a pris ses 6 ou ses 12 plaquettes (Adéquation du traitement)	Cahier de traitement
3	Réaliser un dernier examen axé essentiellement sur les signes neurologiques	Fiche clinique
4	Donner des conseils en rapport avec le dernier interrogatoire et le dernier examen physique et rappeler les notions générales de l'IEC (Protection des mains, des pieds, des yeux)	Fiche clinique
5	Déclarer le malade guéri de la lèpre et annoncer la fin du traitement	Fiche individuelle, carte et cahier de traitement.
6	Féliciter le malade et l'inviter à suspecter et référer d'autres cas de lèpre dans son entourage	

- **Conduite à tenir en cas de la survenue des réactions et effets secondaires des médicaments**

Pendant le traitement il peut survenir des complications dues à la maladie et/ou à la prise des médicaments.

a. Réactions lépreuses

C'est un épisode inflammatoire aigu pouvant survenir avant, pendant ou après le traitement du malade de la lèpre. Elle se caractérise par les signes suivants : taches et nodules rougeâtres enflés et douloureux, douleur et rougeur au niveau des yeux, nerfs périphériques douloureux et enflés, chaleur au niveau des lésions, fièvre et malaise, faiblesse musculaire.

Il existe deux sortes des réactions :

- Type I (réaction d'inversion ou reverse = RR)
- Type II (érythème noueux lépreux = ENL)

Les principaux signes cliniques par type de réaction :

Type I : taches rougeâtres, douloureuses, enflées avec parfois atteinte de nerfs périphériques

Type II : nouveaux nodules rouges et sensibles non associés aux taches de la lèpre avec état général altéré du malade, parfois une atteinte de l'œil interne (irido-cyclite)

	Tâches à réaliser	Supports
1	Continuer la PCT si le malade est en cours de traitement et prescrire les anti-inflammatoires	Cahier de traitement et la Fiche clinique
2	Recommander le repos strict du malade à domicile	Fiche clinique
3	Faire régulièrement les tests des fonctions nerveuses durant le traitement des malades en réaction lépreuse.	Fiche clinique
4	Prescrire les anti-inflammatoires non stéroïdiens : Aspirine 3gr/J à raison de 1g/8h. pour les réactions modérées	Fiche clinique
5	Prescrire les corticoïdes sous la responsabilité de BCZS s'il n'y a pas de rémissions après une semaine d'aspirine	Fiche clinique
6	Référer le malade en cas de réaction sévère	Billet de transfert

b. Effets secondaires des médicaments

Les effets secondaires du traitement de la lèpre sont rares. Néanmoins on peut assister à des effets secondaires mineurs (urines de couleur rouge, brunissement de la peau) et majeures (allergie à la dapsone et hépatite).

	Tâches à réaliser	Supports
1	Interroger le malade	
2	Rassurer le malade en ce qui concerne les effets secondaires mineurs (urines de couleur rouge, brunissement de la peau) en lui disant que c'est sans danger. Ceux-ci disparaîtront quelques temps après le traitement	

3	Encourager le malade à prendre les médicaments	
4	Arrêter la prise des comprimés de dapsone en cas d'allergie à la dapsone, faire un traitement antihistaminique ou à l'aide de corticoïdes jusqu'à la rémission totale de l'allergie et reprendre le traitement PCT en bithérapie Rifampicine-Clofazimine avec des plaquettes MB dont on a démonté les comprimés de Dapsone	Billet de référence pour traitement à base de corticoïdes sous la surveillance d'un médecin
5	Arrêter la prise de rifampicine qu'en cas des réactions toxiques graves (qui sont souvent occasionnelles) et référer le malade dans un hôpital	Billet de référence
6	Informé le BCZS du cas	

Période après le traitement

Dès que le malade a terminé le traitement, il est déclaré guéri et doit être rayé du registre. Toutefois, on peut assister quelques années après, quoique à une faible proportion, à des rechutes.

- **Conduite à tenir en cas de suspicion de rechute**

Tous cas de lèpre déclaré guéri après avoir reçu un traitement PCT/OMS complet et qui présente quelques années après des nouvelles lésions de lèpre.

	Tâches à réaliser	Supports
1	Interroger le malade	
2	Examiner le malade	
3	Référer au bureau central pour investigations	Billet de référence
4	Administrer la PCT en cas de rechute confirmée	Fiche clinique Cahier de traitement

CHAPITRE IV : SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE

A. Notions sur la surveillance épidémiologique

1. Définition

La surveillance épidémiologique de la lèpre est la vigilance continue par rapport à la survenue et l'extension de la maladie, en vue de prendre des actions correctrices appropriées pour son élimination en tant que problème de santé publique.

Cette surveillance comporte l'enregistrement et la notification des cas de lèpre ainsi que l'analyse des données recueillies et la diffusion de l'information.

2. Importance

En tant qu'outil important de la lutte contre la lèpre, la surveillance permet de :

- situer l'importance du problème
- suivre l'évolution de l'endémie lépreuse
- observer les variations au niveau de la population (identifier le groupe à risque), zones géographiques et milieux (rural et urbain)
- aider à planifier les services PCT

- appliquer des mesures précoces de lutte visant à réduire la transmission de la lèpre
- évaluer les résultats de l'application des mesures de lutte contre la lèpre

3. Etapes

a) Définition de cas

Un cas de lèpre est un malade qui présente un ou plusieurs des symptômes ci-dessous et qui nécessite un traitement PCT complet :

- Lésions cutanées hypopigmentées (claires) ou rougeâtres accompagnées d'un déficit sensoriel net.
- Atteinte des nerfs périphériques, se traduisant par un déficit sensoriel et/ou moteur au niveau des mains, des pieds ou de la face.

b) Collecter les données nécessaires

1. Nom et post-nom du malade
2. Age
3. Sexe
4. Adresse complète
5. Statut
6. Classification
7. Degré d'infirmité
8. Schéma de traitement
9. Date de début du traitement
10. Prise mensuelle supervisée
11. Date de fin de traitement
12. Evolution (issue du traitement)

c) Enregistrement des cas (Supports d'informations)

Les données seront enregistrées dans les supports ci-dessous :

1. registre des consultations curatives
2. fiche clinique du malade
3. cahier de traitement PB
4. cahier de traitement MB
5. carte de traitement et de RDV
6. registre des malades (BCZS)
7. registre de bacilloscopie

d) Analyse, interprétation et utilisation des données

L'analyse des données se fait par rapport aux indicateurs essentiels du programme (voir chapitre V).

e) Notification

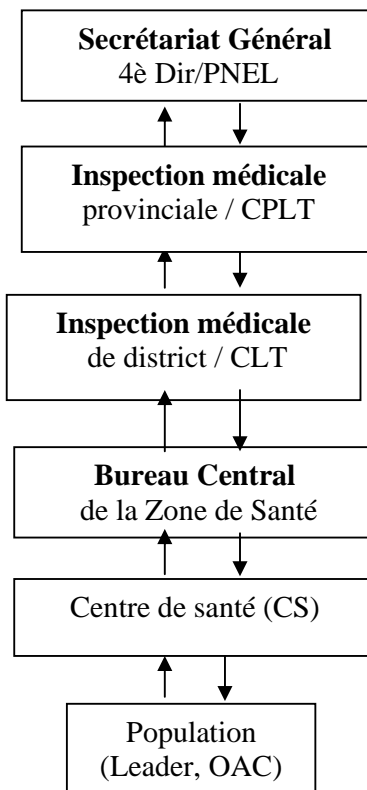
C'est la communication obligatoire à la hiérarchie des cas dépistés et du résultat du traitement.

Le rapport trimestriel est transmis selon la périodicité et le rythme suivants :

- Les données du CS vers le BCZS : **15 jours** après la fin du trimestre
- Le rapport du BCZS vers la CPLT : **25 jours** après la fin du trimestre
- Le rapport CPLT vers le BNL : **30 jours** après la fin du trimestre

N.B. : Le rapport trimestriel provisoire est attendu au niveau central 30 jours après la fin du trimestre tandis que le rapport consolidé doit arriver dans les 45 jours.

Le circuit d'information



f) *Diffusion de l'information*

Il faut ensuite procéder à la diffusion de ces données auprès de ceux qui ont la responsabilité de la prévention et de la maîtrise de la maladie.

B. Surveillance intégrée et riposte

Dans le cadre de la stratégie IDS adoptée par les Etats Membres de la Région Africaine de l'OMS, l'uniformisation de l'outil de déclaration de chaque cas de lèpre (Epiinfo 2000) offre une application simple pour la collecte, le traitement des données et l'échange de l'information.

Dans un premier temps il est recommandé que cet outil soit basé au Ministère de la santé en attendant la décentralisation de la capacité de gestion informatisée des données de surveillance et de lutte contre la maladie.

Le développement de cet outil visera en priorité la production locale des indicateurs nécessaires pour la prise de décision rationnelle, le suivi et l'évaluation de l'impact des interventions, le plaidoyer et la planification.

CHAPITRE V : EVALUATION DU PROGRAMME (BCZS)

Etant donné que tout programme vise l'atteinte d'un certain nombre d'objectifs, il a besoin d'être évalué régulièrement.

En ce qui concerne le PNEL, l'évaluation est un processus qui permet d'apprécier l'impact du Programme.

a) But de l'évaluation

Elle permet d'améliorer la qualité des services PCT

b) Types d'évaluation

On distingue deux types d'évaluation selon le moment d'exécution :

- Une évaluation en cours de processus ou le monitoring : surveillance continue du processus, permet de rectifier les tirs, comme exemple le LEM
- Une évaluation annuelle permet de porter un jugement de valeur à la fin de l'année en vue d'une autre planification dans une nouvelle période

c) Les domaines qui font l'objet de l'évaluation

- Les ressources mises en place dans le cadre de l'organisation des services dans la zone de santé (CS, BCZS et la communauté)
- Les activités qui sont menées (organisation des services de dépistage, traitement et sensibilisation)
- Les résultats en termes d'impact du programme dans la communauté

d) Les indicateurs d'évaluation

➤ *Les indicateurs des ressources*

- Les ressources humaines
 - Nombre des infirmiers titulaires formés
 - Nombre des relais communautaires formés
- Les ressources matérielles
 - Disponibilité de PCT pour le traitement des PB et MB
 - Nombre des jours de rupture de stock
 - Disponibilité des supports d'information

➤ *Les indicateurs d'activités*

- Taux de complétude
- Taux de promptitude
- Taux de réalisation des supervisions
- Taux des formations / recyclage
- Taux des réalisations des activités des leaders communautaires

➤ *Les indicateurs des résultats (voir tableau n°1)*

INDICATEURS ET NORMES DU PROGRAMME

1. Définition

Outil simple qui permet de suivre la progression des programmes.

2. Les indicateurs essentiels du programme

Tableau 1. Les indicateurs essentiels du programme et leurs normes

N°	Indicateurs	Mode de calculs	Normes
1	Taux de prévalence au 31 décembre	Nombre des malades en traitement a la fin de l'année x 10.000/ population totale	< 1p10.000 habitants
2	Taux de détection	Nombre des nouveaux cas survenus pendant l'année x 100.000/ population totale	
3	Proportion d'enfants (0-14 ans) parmi les NC	Nombre d'enfants de 0 a 14 ans x100/ Nombre des NC	≤ 10 %
4	Proportion des cas avec infirmités de degré 2 parmi les NC	Nombre cas avec infirmités degré 2 x 100/ Nombre des NC	≤ 10%
5	Proportion des MB parmi les NC	Nombre des multibacillairesx100/ Nombre des NC	≤ 60 %
6	Proportion des Femmes parmi les NC	Nombre de femmes X100 /Nombre de NC	= 50%
7	Taux de guérison PB	Nombre des PB guéris x100/ Cohorte des PB mis sous traitement 1 an auparavant	≥90%
8	Taux de guérison MB	Nombre des MB guéris x100/ Cohorte des MB mis sous traitement 2 ans auparavant	≥90%
9	Couverture du programme	Pop. couverte x 100/ population totale	≥80%
10	Ratio prévalence détection	Prévalence/détection	< 1

3. Analyse, interprétation et utilisation des données

L'analyse des données nécessite l'usage des indicateurs dont les normes sont déjà fixées.

▪ Prévalence :

La prévalence au 31 décembre (nombre brut et taux) est utilisée pour mesurer le seuil de l'élimination. Si ce taux est égal ou supérieur à 1 pour 10.000 habitants, c'est qu'on n'a pas atteint l'élimination de la lèpre comme problème de santé publique. Cet indicateur ne sera plus utile en période post élimination.

❖ *Analyse et interprétation des tendances de la prévalence*

- **Si la prévalence augmente**, on peut penser à :
 - défaut de traitement correct ou d'achèvement des traitements
 - registres non à jour
 - augmentation de nouveaux cas ou de l'incidence de la maladie
 - amélioration de la couverture géographique du Programme.

- **Si la prévalence est stable**, on peut penser à :
 - registres ne sont pas à jour
 - re-traitement des cas
 - absence de diminution de la détection, donc de l'incidence.
- **Si la prévalence régresse** :
 - Bon ne prise en charge des cas
 - diminution de la surveillance de la maladie
 - régression de la détection, donc de l'incidence.

- **Détection**

La détection, c'est le nombre de nouveaux cas de lèpre dépistés au cours d'une année donnée. Le taux de détection est le nombre de nouveaux cas de lèpre de l'année rapporté à la population et exprimé pour 100.000 habitants. Cet indicateur est le plus important pour suivre l'évolution de l'endémie lépreuse. Son interprétation doit prendre en compte d'autres indicateurs liés à la détection.

- ❖ *Analyse et interprétation des tendances de la détection*

- **Si la détection augmente, on peut penser à** :
 - une redynamisation (intensification) des activités de lutte antilépreuse
 - des erreurs de diagnostic de plus en plus fréquentes.
- **Si la détection est stable**, on peut penser à :
 - un relâchement des activités
 - l'absence d'un programme de lutte.
- **Si la détection régresse** : deux situations sont possibles :
 - la sous notification de cas ou un dépistage insuffisant
 - l'interruption de la transmission de la lèpre et élimination de la lèpre comme problème de santé publique.

- **Proportion d'enfants parmi les NC**

C'est un indicateur lié à la détection de la lèpre. Il nous donne une idée sur le degré de la circulation du microbe de la lèpre au niveau de la communauté.

- ❖ *Analyse et interprétation*

- **Si la proportion d'enfants parmi les NC est supérieure ou égale à 10%** :
 - une transmission récente de la maladie dans la communauté.
 - existence des foyers actifs dans la communauté.
- **Si la proportion d'enfants parmi les NC est inférieure 10%** :
 - une faible transmission de la maladie dans la communauté.
 - la maladie est contrôlée.

N.B. : Dans tous les cas, pour tout enfant malade, il faut assurer une surveillance des contacts

- **Proportion d'infirmités parmi les NC**

Cet indicateur est aussi lié à la détection. Il nous donne une idée sur la qualité du dépistage selon qu'il est précoce ou tardif.

❖ *Analyse et interprétation*

- **Si la % d'infirmités parmi les NC est $\geq 10\%$:**
 - le dépistage est tardif.
- **Si la % d'infirmités parmi les NC est $< 10\%$:**
 - le dépistage est précoce.

▪ **Proportion des malades multibacillaires (MB) parmi les NC**

Cet indicateur avait beaucoup d'importance lorsque la classification de la lèpre était sur base de la bactériologie. Actuellement, avec l'utilisation de la classification clinique, la proportion des NC MB est souvent supérieure ou égale à 60%.

❖ *Analyse et interprétation*

- **Si la % de NC MB $\geq 60\%$,** on peut évoquer trois hypothèses :
 - un sous dépistage des malades : ce sont les malades avec beaucoup des lésions qui sont plus dépistés que ceux qui en ont moins
 - un dépistage tardif dû probablement à la mise en œuvre des activités dans un nouveau foyer ou aire de santé (extension de la couverture)
 - une progression vers l'élimination de la lèpre.
- **Si la % de NC MB $< 60\%$,**
 - un bon dépistage des malades
 - une bonne couverture du Programme.

▪ **Proportion des femmes parmi les nouveaux cas**

Le nombre de femmes dépistées parmi les nouveaux cas de lèpre. La proportion des femmes parmi les nouveaux cas est de 50% . Si cette proportion est supérieure ou inférieure à 50%, il est important de chercher les raisons surtout dans les us et coutumes de la communauté.

▪ **Taux de guérison des malades**

Il mesure le nombre des malades qui ont terminé le traitement pendant le temps déterminé. Ici, on utilise la notion de cohorte pour mieux calculer ce taux.

- ❖ **Taux de guérison PB :** Pour les malades PB, on prend les malades mis en traitement une année auparavant.
- ❖ **Taux de guérison MB :** Pour les malades MB, on prend les malades mis en traitement deux années auparavant.
- **Si le taux est $\geq 90\%$,**
 - une bonne prise en charge des malades.
- **Si le taux est $< 90\%$,**
 - malades traînent dans le registre
 - beaucoup de perdus de vue
 - beaucoup de transférés.

- **Couverture du Programme**

Il s'agit de la couverture géographique du Programme. Elle est basée sur la population à desservir et non sur le nombre des structures de santé existantes.

Cet indicateur donne une idée sur la population qui a facilement accès au service de lutte contre la lèpre. Il doit être supérieur ou égal à 80%.

- **Ratio prévalence-détection** :

C'est le rapport entre le nombre de cas de lèpre en traitement à la fin de l'année (prévalence en fin d'année) par le nombre total de nouveaux cas de lèpre de la même année. Lorsque la prise en charge et le suivi des cas de lèpre sont corrects, ce rapport doit être inférieur à 1.

LES SUPPORTS D'INFORMATIONS

1. Au niveau du CS

a) Fiche clinique du malade

Elle constitue le document principal et essentiel à partir duquel les renseignements importants sur le malade seront récoltés.

Elle est composée de plusieurs pages qui se succèdent de la manière suivante :

1^{ère} page : sur laquelle est inscrit l'intitulé de la fiche à l'en-tête de la page et qui reprend :

- A sa gauche les items relatifs à :
 - a) l'identification de la zone et centre de santé et le numéro de la fiche
 - b) l'identification du malade et son adresse complète
 - c) cas de lèpre dans l'entourage
 - d) le traitement antilépreux antérieur
- A sa droite les items relatifs à :
 - a) la classification du malade, son statut et son schéma de traitement dans sa 1^{ère} partie
 - b) le début du traitement en bas duquel un tableau reprenant les différentes dates de rendez-vous est dressé et en bas duquel est mentionnée la fin de la date du traitement suivie du nom et signature de l'IT.

2^{ème} page : elle reprend la date à laquelle est effectuée l'examen initial du malade et le nom de l'IT qui l'a effectué. On y retrouve les items relatifs à :

- a) L'état général du malade
- b) L'examen de la peau :
 - au niveau de la face avec les images sur lesquelles devront être retracées les tâches selon leur localisation sur la face du patient.
 - au niveau des autres régions du corps avec les images sur lesquelles seront retracées les différentes tâches suivant leur localisation sur le corps.

3^{ème} page : elle reprend les items relatifs aux points suivants :

- a) La palpation des nerfs.
Il s'agit essentiellement de celle des nerfs cubital, radial cutané, le sciatique poplité externe ainsi que le nerf tibial postérieur. Le résumé des résultats obtenus sera retranscrit dans le tableau qui figure à droite de la page selon que le nerf sera normal (N), hypertrophié (H) ou douloureux (D).
- b) Le test de l'acuité visuelle : les résultats obtenus seront retranscrits sur les espaces réservées selon l'œil gauche ou droit.
- c) Le test de la sensibilité tactile des mains et des pieds avec les images sur lesquelles seront inscrites différentes légendes de déficit sensoriel enregistré ou non.

4^{ème} page : elle reprend les items relatifs aux points suivants :

- a) Test de la fonction motrice des paupières, des mains et des pieds. Le résultat obtenu sera retranscrit dans le tableau qui figure à droite avec légende selon le degré de déficit moteur enregistré ou non.
- b) Les réactions lépreuses :
 - signes : indiquer oui ou non selon que le malade présente ou non les signes de réaction lépreuse
 - types : indiquer si réaction type I ou II

- c) Les infirmités au niveau des yeux, des mains et des pieds :
Celles-ci seront classées selon l'échelle de l'OMS.

5^{ème} page : on y reprend les items relatifs à :

- a) L'examen bactériologique en cas d'indication.
Les différents résultats seront retranscrits dans les différentes cases réservées à cet usage selon le site de prélèvement.
- b) La classification : seule la classification opérationnelle est actuellement retenue et parfois bactériologique en cas de son indication.
- c) Le traitement prescrit : reprend le schéma PCT/OMS auquel est soumis le patient c'est-à-dire le modèle PB ou MB.
Le type de PCT que le malade va observer (PCTA, PCT souple), la date du début du traitement, suivis de la date de la fin du traitement et du degré d'infirmités enregistré à la fin du traitement.
- d) Le traitement des réactions : selon la sévérité de la réaction, le malade sera soumis soit aux anti-inflammatoires non stéroïdiens soit à une corticothérapie sous la responsabilité du BCZS ou encore référé.

6^{ème} - 8^{ème} pages : elles concernent le suivi des malades avec le tableau de suivi de l'évolution des infirmités de la lèpre.

12 tableaux accompagnés des croquis représentant les mains et les pieds sont reproduits pour l'examen mensuel du malade en traitement.

b) Cahier de traitement des malades

Le cahier de traitement est l'un des supports les plus importants du programme. Sans un cahier de traitement, il est difficile de suivre correctement les malades et d'attester qu'ils ont reçu un traitement adéquat.

Il constitue la preuve et la garantie de la qualité de nos séances de traitement.

Il doit être rempli au jour le jour et sur les lieux de traitement où sont effectivement traités les malades.

Tout centre de traitement, c'est-à-dire tout lieu où des malades reçoivent leurs prises supervisées doit avoir un cahier de traitement.

Le cahier n'est pas rattaché à l'agent traitant, mais au lieu de traitement. Ainsi, un agent qui traite les malades dans trois centres différents, aura trois cahiers de traitement différents.

On distingue deux modèles de cahier de traitement :

- le modèle PB
- le modèle MB

Pour le modèle PB, une page comprend deux parties : la gauche correspondant à l'identité du malade et son statut et la droite comprend 24 colonnes correspondant aux prises mensuelles supervisées et à l'évolution.

Pour le modèle MB, la partie droite à la différence du PB comprend 36 colonnes pour les prises supervisées.

Chaque nouvelle année doit démarrer avec une nouvelle page de gauche.

N.B : Les centres, qui mettent en traitement plus de malades (MB et/ou PB) que prévus sur la page du cahier de traitement, sont obligés de continuer l'enregistrement sur la page suivante pour la même année.

Il est important de ne pas confondre la nouvelle page avec les listes de plusieurs pages pour les centres qui ont beaucoup de malades.

Le cahier de traitement comprend des lignes et des colonnes.

Les lignes permettent d'inscrire le malade.

Les colonnes comportent :

- 1^{ème} colonne : numéro d'ordre du centre (numéro du centre de santé/code du C.S.
ex : 10/km)
- 2^{ème} colonne : numéro matricule attribué par le BCZS (n°/code ZS/année ; ex : 123/vga/05),
il provient du registre des malades et est attribué chaque année
- 3^{ème} colonne : nom, post-nom du malade
Ils correspondent à ceux qui sont inscrits dans la fiche individuelle du malade et dans le registre des malades.
- 4^{ème} colonne : âge du malade
L'âge du malade doit être donné en fonction de l'année de naissance (ex : 1966)
- 5^{ème} colonne : sexe du malade (Fou M)
- 6^{ème} colonne : adresse complète du malade
- 7^{ème} colonne : statut du malade
Le malade peut être : NC, RPV, transféré in, ou rechute
- 8^{ème} colonne : degré d'infirmité
On inscrira le degré le plus élevé observé lors du dépistage
- 9^{ème} colonne : rifampicine antérieure
C'est le nombre de prises supervisées reconnues valables parmi toutes les prises antérieures que le malade a reçu dans l'année ou les années précédentes avant d'être inscrit sur cette page de cahier de traitement
L'inscription dans cette case se fera sous forme de rapport.
Lorsque le malade est réadmis à la suite d'une disparition, les prises antérieures ne peuvent être validées. Il faut réexaminer le malade ; s'il y a des lésions actives il faut le remettre sous PCT suivant la classification clinique, mais s'il n'y a pas de lésions actives le malade doit être considéré comme guéri.
- 10^{ème} colonne : date et prise
Le modèle PB contient 24 sous colonnes alors que le modèle MB en contient 36. Les mois représentent les dates de prises supervisées.

Deux éléments permettent d'enregistrer un traitement :

- La date sera inscrite en haut dans le casier du mois correspondant.
Par exemple pour un malade qui a commence son traitement le 06 janvier de l'année, la prise supervisée de médicament sera cochée par une croix (x) dans le même casier en dessous de la date du mois correspondant. En cas d'absence du malade au RDV pour sa prise supervisée, on marquera absent (A).
- Pour le malade qui se présente 2 fois le mois pour la prise supervisée, la première date sera indiquée dans la partie supérieure gauche de la case et la seconde sera inscrite dans la partie supérieure droite de la même case.

Exemple :

Janv	Févr	Mars	Avril	Mai	
6	3	3	5	3	31
x	x	A	x	x	x

Il est souhaitable qu'à chaque séance de traitement, la date du prochain rendez-vous soit inscrite à la première page de la fiche clinique du malade et sur la carte de rendez-vous du malade et non dans le cahier de traitement.

Si le malade ne se présente pas au courant du mois, la prise sera considérée comme ratée et en cochera absent (a) dans le casier correspondant.

Lorsque le malade reviendra pour son prochain traitement, la date de son arrivée sera inscrite dans le casier correspondant et son prochain rendez-vous sera fonction de cette date.

Dans le cas où le malade doit se présenter deux fois le mois, les deux dates seront retranscrites dans la case du mois correspondant et l'on cochera chaque fois en dessous des dates lorsque le malade se présentera.

- 11^{ème} colonne : adéquation
Elle est appréciée à la fin du traitement. Pour le malade PB, il est dit adéquat si celui-ci a pris les 6 plaquettes de PCT/PB en une période ne dépassant pas 9 mois et pour le malade MB, s'il a pris les 12 plaquettes de PCT/MB en une période ne dépassant pas 18 mois. On marquera adéquat.
- 12^{ème} colonne : issue de traitement
On notera dans cette colonne l'issue du traitement du malade selon qu'il sera soit guéri, transféré, perdu de vue ou décédé.
- 13^{ème} colonne : observations
Ici seront repris tous les incidents pouvant survenir en cours de traitement (les réactions, les allergies médicamenteuses, les infirmités et autres).

N.B. : A la dernière page de ce cahier sont dressés des tableaux qui reprennent les indicateurs essentiels du programme que l'infirmier titulaire est censé maîtriser pour son aire de santé.

c) La carte de rendez-vous du malade

C'est le document qui permet au malade de se rappeler la date de rendez-vous pour sa dose supervisée. Il permet en outre, de certifier en cas de déplacement du malade que celui-ci est sous traitement PCT.

Au recto de la carte, sont repris les éléments d'identification du malade.

Au verso, sont repris les éléments suivants : la classification du malade (PB ou MB), son statut (NC, AC, Rechute), le schéma PCT auquel il est soumis, la date à laquelle il a commencé le traitement.

Le tableau qui suit comprend 4 colonnes et 18 lignes. Les colonnes correspondent aux mois et les lignes aux différents rendez-vous.

La date de la fin du traitement figure en bas de la page.

Celle-ci se termine par le nom et signature de l'IT

d) Le billet de transfert des malades

Dans le cas où le malade doit se déplacer, l'IT lui établit un document simple qui comporte :

Les éléments d'identification du centre

Les éléments d'identification du malade, sa classification (PB ou MB), son statut (NC, AC, Rechute), le schéma PCT auquel il est soumis, la date à laquelle il a commencé le traitement, le nombre de Rifampicine antérieure et son évolution.

En bas du document, l'IT appose son nom et sa signature. Une copie de ce document est adressée au Bureau Central de la Zone de Santé.

e) Le registre des malades

Ce document se trouve au niveau du Bureau Central de la Zone de Santé. Il constitue le document de synthèse du dossier de chaque malade.

C'est donc un résumé des éléments essentiels de la situation des malades. Il comporte des lignes et des colonnes.

Les lignes

Les lignes sont réservées à l'enregistrement des malades. La règle d'or pour un meilleur enregistrement doit être : « un malade pour une ligne ». Ce qui signifie qu'on ne doit pour aucune raison enregistrer deux fois un malade. Ceci dans le souci d'un bon suivi et d'une bonne immatriculation.

Les colonnes

- 1^{ème} colonne : date
C'est la date où le malade est enregistré par le BCZS. Sa transcription se fera avec 6 chiffres. Par exemple : pour un malade dont le nom a été retranscrit le 1^{er} novembre 2005, la date sera 01.11.05
- 2^{ème} colonne : numéro matricule selon le code de la Z.S., représente le numéro d'ordre d'enregistrement au niveau du BCZS. La numération va du 01 janvier au 31 décembre.
- 3^{ème} colonne : numéro du C.S.
Il est puisé dans le cahier de traitement du CS
- 4^{ème} colonne : nom et post-nom
- 5^{ème} colonne : âge : âge exact du malade. Par exemple : 1966
- 6^{ème} colonne : sexe. On met F ou M
- 7^{ème} colonne : statut du malade
Le malade peut être : NC, RPV, transféré in, ou rechute
- 8^{ème} colonne : classification
C'est la classification clinique au dépistage. Il s'agit soit d'un malade PB soit MB
- 9^{ème} colonne : Indice bactériologique s'il est indiqué
- 10^{ème} colonne : degré d'infirmité
Il s'agit du degré le plus élevé enregistré pour le malade lors du premier examen clinique. Il doit être exprimé dans l'échelle de l'OMS (0, 1, 2)
- 11^{ème} colonne : traitement
 - 11. a. Schéma de traitement
C'est le type de traitement retenu pour le malade
Il sera inscrit tout simplement sous forme de PCT/OMS PB ou MB

11. b. Date de début

C'est le jour où le malade a reçu sa première prise supervisée. Il sera transcrit avec 6 chiffres.

Par exemple, pour un malade qui a commencé son traitement le 20 juin 2005, il sera transcrit 20.06.05

11. c. Date de la fin

C'est le jour où le malade a reçu sa dernière prise supervisée et sera transcrite avec 6 chiffres comme pour la date du début du traitement.

Cette date n'est pas la fin réelle du traitement, car le traitement continue avec les autoprises à domicile. Elle permet d'évaluer les malades qui ont terminé le traitement pendant la période.

- 12^{ème} colonne : évolution

Elle constitue la dernière colonne du registre et indique la porte de sortie du malade.

12. a. Date

Elle permet d'inscrire la date de sortie du registre ou d'autres événements majeurs

12. b. Issue du traitement : (guérit, transféré, décédé, perdu de vue et autres)

f) Les rapports d'activités trimestriels et annuels au BCZS

Ils constituent le rapport d'activités du trimestre pour la ZS. Il permet d'identifier certains problèmes qui s'y posent. Il est donc nécessaire qu'il soit rempli dans les **15 jours** qui suivent la fin du trimestre et l'adresser au MCP.

Il comprend deux parties qui sont : le rapport épidémiologique et le rapport sur la gestion des médicaments.

Les deux parties comportent des lignes et des colonnes.

Les lignes concernent les points ci-dessous :

1. Données épidémiologiques

- 1.1. Nombre des malades provenant de la période précédente
- 1.2. Nombre de NC détectés
- 1.3. Nombre d'enfant parmi les NC
- 1.4. Nombre des femmes parmi les NC
- 1.5. Parmi 1.2. nombre de cas avec incapacité grade 1 de l'OMS
- 1.6. Parmi 1.2. nombre de cas avec incapacité grade 2 de l'OMS
- 1.7. Nombre des malades réadmis (RPV, Transfert in, Rechutes)
- 1.8. Nombre de malades à traiter pendant l'année
- 1.9. Nombre de malades effectivement traités pendant la période
- 1.10. Nombre total de PCT terminé pendant la période
- 1.11. Autres sorties (Perdus de vue, Transfert out, Décédés)
- 1.12. Nombre des malades en traitement à la fin de la période
- 1.13. PB ayant débuté le traitement une année auparavant
- 1.14. Parmi eux, le nombre ayant terminé 6 doses mensuelles en 9 mois
- 1.15. Parmi ces PB, le nombre ayant développé de nouvelles infirmités de 2°
- 1.16. MB ayant débuté le traitement deux années auparavant
- 1.17. Parmi eux, le nombre ayant terminé 12 doses mensuelles en 18 mois
- 1.18. Parmi ces MB, le nombre ayant développé de nouvelles infirmités de 2°

2. Gestion des médicaments

2.1 Stock des plaquettes disponibles (PB ET MB) au début de la période

- 2.1.1 Nombre des malades adultes PB et MB

2.1.2 Nombre des malades enfants PB et MB

2.2 Nombre des plaquettes PB et MB reçu pendant la période

2.2.1 Nombre des plaquettes adultes PB et MB

2.2.2 Nombre des plaquettes enfants PB et MB

2.3. Nombre des plaquettes PB et MB distribué ou sorti pendant la période

2.3.1 Nombre des plaquettes adultes PB et MB

2.3.2 Nombre des plaquettes enfants PB et MB

2.4 Nombre des plaquettes PB et MB disponible à la fin de la période

2.4.1 Nombre des plaquettes adultes PB et MB

2.4.2 Nombre des plaquettes enfants PB et MB

CHAPITRE VI : GESTION DES MEDICAMENTS

1 Principes de gestion

- Avoir un stock minimum des médicaments PCT au CS
- Mettre à jour la fiche de stock (entrée-sortie)
- Utiliser les médicaments en fonction de leur date d'entrée au dépôt (1^{ère} entrée, 1^{ère} sortie)
- Garder les médicaments dans un endroit frais, sec, à l'abri de la lumière et protégés contre les rongeurs et insectes
- Eviter de poser les boîtes des médicaments par terre

2 Ce que doit faire l'infirmier titulaire du centre de santé

	Tâches à réaliser	Supports
1	Faire la commande des médicaments en fonction du nombre des malades attendus au CS	Bon de commande
2	Tenir les fiches de stock	Fiche de stock
3	Faire un inventaire à la fin de chaque mois	Fiche de stock
4	Rédiger le rapport trimestriel	Formulaire de rapport trimestriel

3 Ce que doit faire le Bureau Central de la Zone de Santé

	Tâches à réaliser	Supports
1	Faire la commande des médicaments en fonction du nombre des malades de la ZS	Bon de commande
2	Tenir les fiches de stock	Fiche de stock
3	Faire un inventaire régulier à la fin de chaque mois	Fiche de stock
4	Rédiger le rapport trimestriel	Formulaire de rapport trimestriel
5	Approvisionner les centres de santé en médicaments	Fiche de stock
6	Superviser la gestion des médicaments dans les CS	

LES ANNEXES

ANNEXE 1 : SCHEMAS DE TRAITEMENT DE LA LEPRE

SCHEMA DE TRAITEMENT PCT ADULTES

Schéma de traitement PB

Dose mensuelle	600 mg de Rifampicine
	100 mg de Dapsone
Dose quotidienne	100 mg de Dapsone
La durée du traitement est de 6 mois	

Schéma de traitement MB

Dose mensuelle	600 mg de Rifampicine
	300 mg de Clofazimine
	100 mg de Dapsone
Dose quotidienne	100 mg de Dapsone
	50 mg de Clofazimine
La durée du traitement est de 12 mois	

SCHEMA DE TRAITEMENT PCT ENFANTS

Schéma de traitement PB

PCT pour les enfants PB		Moins de 10 ans	De 10 -14 ans
Dose mensuelle	Rifampicine	300 mg	450 mg
	Dapsone	25 mg	50 mg
Dose quotidienne	Dapsone	25 mg	50 mg
La durée du traitement est de 6 mois			

Schéma de traitement MB

PCT pour les enfants MB		Moins de 10 ans	De 10 -14 ans
Dose mensuelle	Rifampicine	300 mg	450 mg
	Dapsone	25 mg	50 mg

	Clofazimine	100 mg	150 mg
Dose quotidienne	Dapsone	25 mg	50 mg
	Clofazimine	50 mg 2 fois/semaine	50 mg tous les 2 jours
La durée du traitement est de 12 mois			

ANNEXE 2 : SCHEMA DE TRAITEMENT DES REACTIONS LEPREUSES

Réaction inverse (Type I)

Le traitement standard pour les PB est comme suit :

Semaines du cycle	Dose quotidienne	Enfants 6-12 et Femmes enceintes
1 - 2	40 mg/jour	30 mg/jour
3- 4	30 mg/jour	20 mg/jour
5 -6	20 mg/jour	15 mg/jour
7 -8	15 mg/jour	10 mg/jour
9 - 10	10 mg/jour	5 mg/jour
11-12	5 mg/jour	

Le traitement standard pour les MB est comme suit :

Semaines du cycle	Dose quotidienne
1 - 4	40 mg/jour
5 - 8	30 mg/jour
9 -12	20 mg/jour
13 -16	15 mg/jour
19 - 20	10 mg/jour
21 -24	5 mg/jour

Réaction d'érythème noueux lépreux (Type II)

Le traitement pour ENL sévère

ENL SEVERE		
Semaines du cycle	Prednisolone	Clofazimine
1	40 mg/jour	300 mg/jour
2	30 mg/jour	
3	20 mg/jour	
4	15 mg/jour	
5	10 mg/jour	
7-12	5 mg/jour	

13 -16		200 mg/jour
17- fin PCT		100 mg/jour

ANNEXE 5 : CALENDRIER D'ELABORATION DES RAPPORTS

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE			
PROGRAMME NATIONAL D'ELIMINATION DE LA LEPRE			
<u>ECHÉANCIER DES RAPPORTS TRIMESTRIELS ET ANNUELS</u>			
DATES DE L'ELABORATION DU RAPPORT TRIMESTRIEL	NOUVEAUX CAS ET READMIS PENDANT LA PERIODE	EVALUATION DE TRAITEMENT	
		COHORTE PB	COHORTE MB
1er Avril 2004	1er Trimestre 2004	1er Trimestre 2003	1er Trimestre 2002
1er Juillet 2004	2e Trimestre 2004	2e Trimestre 2003	2e Trimestre 2002
1er Octobre 2004	3e Trimestre 2004	3e Trimestre 2003	3e Trimestre 2002
1er Janvier 2005	4e Trimestre 2004	4e Trimestre 2003	4e Trimestre 2002
FEVRIER 2005	ANNEE 2004	ANNEE 2003	ANNEE 2002
DATES DE L'ELABORATION DU RAPPORT TRIMESTRIEL	NOUVEAUX CAS ET READMIS PENDANT LA PERIODE	EVALUATION DE TRAITEMENT	
		COHORTE PB	COHORTE MB
1er Avril 2005	1er Trimestre 2005	1er Trimestre 2004	1er Trimestre 2003
1er Juillet 2005	2e Trimestre 2005	2e Trimestre 2004	2e Trimestre 2003
1er Octobre 2005	3e Trimestre 2005	3e Trimestre 2004	3e Trimestre 2003
1er Janvier 2006	4e Trimestre 2005	4e Trimestre 2004	4e Trimestre 2003
FEVRIER 2006	ANNEE 2005	ANNEE 2004	ANNEE 2003
DATES DE L'ELABORATION DU RAPPORT TRIMESTRIEL	NOUVEAUX CAS ET READMIS PENDANT LA PERIODE	EVALUATION DE TRAITEMENT	
		COHORTE PB	COHORTE MB
1er Avril 2006	1er Trimestre 2006	1er Trimestre 2005	1er Trimestre 2004
1er Juillet 2006	2e Trimestre 2006	2e Trimestre 2005	2e Trimestre 2004
1er Octobre 2006	3e Trimestre 2006	3e Trimestre 2005	3e Trimestre 2004
1er Janvier 2007	4e Trimestre 2006	4e Trimestre 2005	4e Trimestre 2004
FEVRIER 2007	ANNEE 2006	ANNEE 2005	ANNEE 2004

ANNEXE 6 : FORMULAIRE DES RAPPORTS TRIMESTRIEL ET ANNUEL

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE				
PROGRAMME NATIONAL D'ELIMINATION DE LA LEPRE				
RAPPORT TRIMESTRIEL LEPRE				
.....TRIMESTRE 200....				
ZONE DE SANTE DE				
POPULATION TOTALE :				
POPULATION COUVERTE :				
			MB	PB
			TOTAL	
1	DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES			
1.1	Nombre de malades provenant du trimestre précédent			
1.2	Nombre de NC détectés durant le trimestre			
1.3	Nombre d'enfants (0-14 ans) parmi les NC			
1.4	Nombre de NC de sexe féminin			
1.5	Nombre de NC avec des infirmités de grade 1 de l'OMS			
1.6	Nombre de NC avec des infirmités de grade 2 de l'OMS			
1.7	Nombre des réadmis (RPV, Rechute, Transfert in)			
1.8	Nombre de malades à traiter pendant le trimestre			
1.9	Nombre de malades effectivement traités pendant le trimestre			
1.10	Nombre total de PCT terminés pendant le trimestre			
1.11	Autres sorties parmi les malades traités pendant le trimestre (PDV, Transfert out, Décédé)			
1.12	Nombre de malades en traitement à la fin du trimestre			
1.13	PB ayant débuté le traitement 12 mois auparavant			
1.14	Parmi eux , le nombre ayant terminé 6 doses mensuelles en 9 mois			
1.15	Parmi ces PB, le nombre ayant développé de nouvelles infirmités de 2° depuis le début du traitement			
1.16	MB ayant débuté le traitement 24 mois auparavant			
1.17	Parmi eux , le nombre ayant terminé 12 doses mensuelles en 18 mois			
1.18	Parmi ces MB, le nombre ayant développé de nouvelles infirmités de 2° depuis le début du traitement			

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE				
PROGRAMME NATIONAL D'ELIMINATION DE LA LEPRE				
<u>RAPPORT ANNUEL LEPRE 200.....</u>				
ZONE DE SANTE DE :				
POPULATION TOTALE :				
POPULATION COUVERTE :				
			MB	PB
			TOTAL	
1	DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES			
1.1	Nombre de malades provenant de l'année précédente			
1.2	Nombre de NC détectés durant l'année			
1.3	Nombre d'enfants (0-14 ans) parmi les NC			
1.4	Nombre de NC de sexe féminin			
1.5	Nombre de NC avec des infirmités de grade 1 de l'OMS			
1.6	Nombre de NC avec des infirmités de grade 2 de l'OMS			
1.7	Nombre des réadmis (RPV, Rechute, Transfert in)			
1.8	Nombre de malades à traiter pendant l'année			
1.9	Nombre de malades effectivement traités pendant l'année			
1.10	Nombre total de PCT terminés pendant l'année			
1.11	Autres sorties parmi les malades traités pendant l'année (PDV, Transfert out, Décédé)			
1.12	Nombre de malades en traitement à la fin de l'année			
1.13	PB ayant débuté le traitement 12 mois auparavant			
1.14	Parmi eux , le nombre ayant terminé 6 doses mensuelles en 9 mois			
1.15	Parmi ces PB, le nombre ayant développé de nouvelles infirmités de 2° depuis le début du traitement			
1.16	MB ayant débuté le traitement 24 mois auparavant			
1.17	Parmi eux , le nombre ayant terminé 12 doses mensuelles en 18 mois			
1.18	Parmi ces MB, le nombre ayant développé de nouvelles infirmités de 2° depuis le début du traitement			

**LES DIX INFORMATIONS AUX MALADES SOUFFRANT DE LA LEPRE
(A afficher au BCZ et au Centre de Santé)**

1. En vous examinant, nous avons trouvé que vous souffrez de la lèpre, qui est une maladie provoquée par des microbes appelés BH, qui vous ont été transmis par un malade non traité.
2. Il ne faut pas avoir peur ni honte, car c'est une maladie comme toute autre et elle est guérissable.
3. Nous avons des médicaments efficaces que nous allons vous donner gratuitement, et la durée du traitement prendra 6 mois / 12 mois.
4. Les médicaments qui sont des comprimés à prendre chaque jour, sans interruption, se présentent en plaquettes contenant toute la dose du mois.
5. Vous reviendrez retirer une fois par mois, à la date du rendez-vous, votre plaquette pour le mois, et pendant que vous viendrez la retirer, vous avalerez devant un agent de santé, les premiers comprimés de la plaquette, et le reste des comprimés seront à prendre chaque jour à domicile.
6. Pendant que vous serez en train de prendre le traitement, ou même quand vous l'aurez déjà terminé, vous pourriez présenter des épisodes inflammatoires (réactions lépreuses), qui se manifesteront par des douleurs généralisées, de la fièvre, les douleurs au niveau des yeux, au niveau des articulations, l'apparition des nodules, des pertes de sensibilité etc.... si cela vous arrive, vous devez immédiatement venir au centre, même si la date du rendez-vous n'est pas encore arrivée, et nous vous soignerons, si non cela va compliquer votre état.
7. Sans traitement ou sans respecter les rendez-vous et les conseils que nous vous donnons, votre maladie peut se compliquer et provoquer des mutilations graves, comme des plaies, des déformations, des amputations et des troubles visuels qui peuvent conduire à la perte de vue.
8. Même si les lésions (taches, plaques, infiltrations, nodules) disparaissent très vite après le début du traitement, il vous faudra continuer à prendre les médicaments jusqu'à compléter les prises de 6 / 12 mois, si non les lésions se développeront de nouveau, et vous pourriez présenter des mutilations (plaies, déformations, amputations, troubles visuels etc....)
9. Vous n'aurez pas besoin de vous séparer de votre famille, ou de ceux avec qui vous vivez, car le traitement que nous vous donnerons va tuer complètement les microbes, ainsi vous ne pourriez pas contaminer quelqu'un et vous serez déclaré guéri après avoir régulièrement suivi le traitement, même s'il peut y avoir persistance de quelques lésions qui traînent à disparaître.
10. Il ne vous est pas interdit de voyager ou de changer de milieu. S'il arrivait que vous devez voyager, venez nous avertir pour que nous vous donnions les médicaments à prendre pendant le voyage, ou que nous vous transférions dans un centre ou hôpital que nous connaissons et qui saura vous prendre désormais en charge du point de vue médicaments.

BIBLIOGRAPHIE

1. BNL, Guide pour la mise en œuvre de la polychimiothérapie, 1995.
2. BNL, Guide de prévention des infirmités et Réadaptation Physique des Lépreux.
3. BNL, Stratégie nationale de la lutte contre la lèpre, 1988.
4. G. Groenen, La lèpre en pratique, 1990.
5. H. Sansarricq, La lèpre, 1995.
6. ILEP, Viabilité des activités liées à la lutte antilèpre, 1998.
7. ILEP, Guide d'apprentissage n° 1, Comment diagnostiquer et traiter la lèpre, 2002.
8. ILEP, Guide d'apprentissage n° 2, Comment reconnaître et traiter les réactions lépreuses, 2003
9. O.M.S., Education pour la santé, 1990.
10. O.M.S., Guide pour l'élimination de la lèpre, 1995.
11. O.M.S., Guide de la lutte antilèpreuse, Edition 1989.
12. OMS, Prévention des invalidités chez les malades atteints de la lèpre, 1996.
13. OMS, Manuel d'utilisation de l'outil de gestion des données de surveillance et de riposte, document de la réunion des Coordonnateurs nationaux lèpre, Brazzaville, 2005.
14. OMS, Surveillance intégrée des maladies, document de la réunion des Coordonnateurs nationaux lèpre, Harare, 2004.
15. PNEL, Module de formation lèpre, 2002.
16. PNEL, Prévention des infirmités et réadaptation physique chez les personnes touchées par la lèpre, 2004.
17. S.J. Yawalkar, Leprosy for medical practitioners and paramedical workers, 2002

