



Guide Technique de l'ILEP: Comment faciliter le processus d'intégration

**Guide sur l'intégration des services de lutte anti-lèpre
au sein du système général de santé**

Copyright © 2003 ILEP, Londres

Cet ouvrage peut être copié, reproduit ou adapté au contexte local sans autorisation préalable des auteurs ou éditeurs, à condition que les parties reproduites soient distribuées sans but lucratif, gratuitement ou au prix coûtant. Toute reproduction à des fins commerciales doit faire l'objet d'une autorisation préalable de l'ILEP et les sources documentaires expressément mentionnées. Une copie des documents ayant été adaptés devra être envoyée à l'ILEP.

Réalisé au nom de la Commission médico-sociale de l'ILEP.

Publié par :

La Fédération Internationale des Associations de Lutte contre la Lèpre (ILEP)
234 Blythe Road, Londres W14 0HJ, Royaume-Uni
www.ilep.org.uk

Conception et impression :

ds print | redesign, 7 Jute Lane, Brimsdown, Enfield, EN3 7JL, Royaume-Uni

Images en couverture (en haut, de gauche à droite) : OMS/TDR/Crump, The Leprosy Mission International, Fondation Damien Belgique, OMS/TDR/Crump

ISBN 094754327 9



ILEP Technical Guide:
Comment faciliter le processus d'intégration
Guide sur l'intégration des services de lutte anti-lèpre
au sein du système général de santé

Table des matières

Préface	iv
Remerciements	v
Liste des abréviations	vi
Chapitre 1 – Introduction	1
Chapitre 2 – Intégration : historique et études de cas	4
Chapitre 3 – Vue d’ensemble du processus d’intégration	8
Chapitre 4 – Etapes et points du processus d’intégration	13
Etape A – Analyser la situation	13
Etape B – Obtenir l’adhésion des décideurs aux principes et au processus d’intégration	20
Etape C – Elaborer un plan d’action pour l’intégration	21
Etape D – Préparer le système de santé pour la mise en place des services intégrés de lutte anti-lèpre	28
Etape E – Etablir les services intégrés de la lutte anti-lèpre	29
Etape F – Surveiller la mise en place des services intégrés de lutte anti-lèpre	30
Etape G – Evaluer le processus d’intégration	31
Annexe 1 : Bibliographie et autres références	32
Annexe 2 : Exemple de la répartition des tâches associées à la lutte anti-lèpre	34
Annexe 3 : Exemple d’une analyse simple des intervenants	36

Préface

La lèpre représentera encore un problème important au-delà de l'année 2005, y compris dans les pays ayant atteint la cible dite « d'élimination » (soit un taux de prévalence des malades sous traitement inférieur à 1 pour 10 000 habitants) au niveau national. De nouveaux cas continueront d'apparaître qui devront pouvoir être dépistés dès les premiers signes de la maladie et recevoir un traitement régulier et complet par polychimiothérapie (PCT). Une proportion importante de malades présentera déjà des incapacités diverses lors du diagnostic et nombreux sont ceux qui risqueront d'en développer (d'autres) après le diagnostic. Les services de lutte anti-lèpre devront être maintenus pendant bien longtemps encore.

Le compte rendu du Forum technique 2002 de l'International Leprosy Association précise que « la viabilité des services de lutte anti-lèpre ne peut être garantie qu'avec l'intégration des programmes de lutte contre la lèpre au sein des services généraux de santé » (ILA/TF, 2002). Dès 1989, la Commission médico-sociale de l'ILEP avait recommandé que la mise en œuvre de la PCT se fasse au travers des services généraux de santé (ILEP, 1989). L'intégration est également une composante majeure de la stratégie « d'élimination » de l'OMS.

L'intégration implique que les activités de lutte contre la lèpre tombent sous la responsabilité des services généraux de santé (c. à. d. des services qui soient polyvalents, permanents et décentralisés), aussi proches que possible de la communauté. La nécessité de recourir à l'intégration a été reconnue dans la quasi-totalité des pays où la lèpre est endémique et un nombre croissant de pays a entamé le processus d'intégration des services de lutte anti-lèpre. Plusieurs d'entre eux ont montré que l'intégration est possible et que le personnel général de santé est capable d'offrir des services de lutte anti-lèpre efficaces.

Toutefois, le passage d'un programme vertical à un programme intégré n'est pas simple. Il convient de bien planifier ce processus, et de l'adapter spécifiquement au contexte local. Un processus d'intégration précipité et bâclé peut facilement engendrer une détérioration de la qualité des services de lutte anti-lèpre, avec des conséquences dramatiques pour les malades de la lèpre. Certains pays ont rencontré de sérieux problèmes, généralement liés à une planification inadéquate.

En outre, et malgré la vaste expérience acquise dans ce domaine, documentée dans de nombreux rapports et publications, les mêmes erreurs ont tendance à se reproduire dans des contextes différents. Il serait bon de s'appuyer plus souvent sur l'enseignement tiré de ces expériences, d'où la publication de ces directives. Elles sont basées sur l'expérience des pays qui ont vécu le processus d'intégration, et elles visent à aider ceux qui sont sur le point de s'embarquer dans ce même processus ou qui ont déjà commencé. Le guide a recours à un modèle souple pour décrire, de façon systématique, comment réussir cette intégration. Il est destiné en tout premier lieu aux responsables et aux décideurs en matière de santé publique, aux niveaux national et régional. J'espère cependant qu'il sera utilisé par les formateurs et les responsables travaillant à d'autres échelons administratifs ou dans d'autres programmes.

Pieter Feenstra

Président, Commission médico-sociale de l'ILEP

Remerciements

Principaux auteurs : Jan Visschedijk et Pieter Feenstra du Royal Tropical Institute (KIT), Pays-Bas.

Ce guide est publié sous la responsabilité finale de la Commission médico-sociale de l'ILEP dont les membres ont révisé les versions successives.

Nous souhaitons remercier tous ceux qui ont contribué à la rédaction de ce guide. Les personnes suivantes ont aimablement envoyé des commentaires sur les versions antérieures : Marijke Becx-Bleumink (Royal Netherlands Tuberculosis Association), Dr Denis Daumerie (Organisation Mondiale de la Santé (OMS)), Dr Etienne Declercq (Fondation Damien Belgique), Dr M Htoon (OMS), Dr Andreas Kalk (anciennement de la German Leprosy Relief Association), Dr Ashok Kumar (Administration des Services de Santé, Gouvernement indien), Dr Peter Lever (KIT, Pays Bas), Dr Derek Lobo (OMS, Bureau régional de l'Asie du Sud-Est), Dr N Murugesan (Aide danoise au Programme national d'élimination de la lèpre (DANLEP) en Inde), Dr Antonio Ruffino Netto (Université de Sao Paulo), Dr James Newell (Nuffield Institute for Health, Université de Leeds), Dr Shaik Noordeen (International Leprosy Association), Dr V Pannikar (OMS), Dr Gerson Fernando Mendes Pereira (Ministère de la Santé, Brésil), Dr Erik Post (Netherlands Leprosy Relief, Indonésie), Dr Kefas Samson (OMS, Nigeria), Dr Paul Saunderson (American Leprosy Missions), Dr Pieter Schreuder (Netherlands Leprosy Relief, Brésil), Dr Kyaw Nyunt Sein (Département de la Santé, Myanmar), Doug Soutar (British Leprosy Relief Association) et Marion Steentjes (Netherlands Leprosy Relief, Indonésie).

Nous remercions également les délégués à la réunion de l'ILEP sur l'Organisation des Services en 2003 : Dr V Pannikar (OMS), Dr Kefas Samson (OMS, Nigeria), Dr N Murugesan (DANLEP, Inde), Dr Cornelius Walter (The Leprosy Mission, Asie du sud), Dr Rajan Babu (The Leprosy Mission, Inde), Dr James Newell (Nuffield Institute for Health, Université de Leeds) et Dr Peter Nicholls (Département de la Santé Publique, Université d'Aberdeen).

Enfin, nous remercions le Secrétariat de l'ILEP pour son aide dans la publication de ce guide, dont Penny Holzmann pour le travail d'édition qu'elle a fourni.

Liste des abréviations

CDC	Lutte contre les maladies transmissibles
DANLEP	Danish Assistance to the National Leprosy Eradication Programme (Secours danois au programme national d'éradication de la lèpre)
DFB	Fondation Damien Belgique
IEC	Information, Education, Communication
ILA/TF	Association Internationale de la Lèpre/Forum technique
ILEP	Fédération internationale des Associations de lutte contre la lèpre
KIT	Royal Tropical Institute, Pays Bas
MB	Multibacillaire
MIS	Système d'information pour la gestion
MoH	Ministère de la Santé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PCT	Polychimiothérapie
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SSP	Soins de Santé Primaires
SWOT	Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats (forces, faiblesses, opportunités et menaces)
TB	Tuberculose
TBL	Tuberculose et lèpre
TDR	Programme spécial pour la recherche et la formation sur les maladies tropicales
TLMI	The Leprosy Mission International

1 Introduction

Lutte anti-lèpre et intégration

Au cours des vingt dernières années, les conditions dans lesquelles opéraient les programmes de lutte anti-lèpre ont énormément changé. L'introduction de la polychimiothérapie (PCT), associée à l'effort mondial visant à éliminer la lèpre en tant que problème de santé publique, a eu un impact considérable sur la lutte anti-lèpre. Bien que le nombre des malades dépistés n'ait pas changé à l'échelon mondial, la plupart des cas sont maintenant détectés au début de la maladie et le nombre de malades sous traitement a baissé de façon considérable.



Source: WHO/TDR/Crump

Parallèlement, le contexte au sein duquel opère la lutte anti-lèpre est en pleine évolution, essentiellement en raison des réformes du secteur de la santé et de l'attention accrue qui est portée à d'autres maladies comme le SIDA, la malaria et la tuberculose. Toutefois, dans les années à venir, il est probable qu'un nombre élevé de nouveaux malades aura besoin des services de lutte anti-lèpre. De fait, même si la lèpre continue d'être une maladie peu endémique, voire d'une occurrence rare dans de nombreuses régions, il conviendra d'en maintenir les services : diagnostic, traitement, prévention et soins des incapacités ainsi que réadaptation, pendant encore de nombreuses années en ce XXIème siècle (ILA/TF, 2002).

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a adopté l'intégration au sein du système général de santé comme étant la stratégie la plus appropriée pour soutenir les services de lutte anti-lèpre. Dans son 7ème rapport, le Comité d'Experts sur la Lèpre de l'OMS insiste sur le fait que "l'intégration pourrait améliorer la sensibilisation de la communauté locale, ainsi que le dépistage et l'accès des patients à la PCT ; elle pourrait ainsi favoriser l'assurance d'un traitement régulier" (OMS, 1998). Cette déclaration coïncide avec le rapport de l'Association Internationale de la Lèpre/Forum technique en 2002 dans lequel il est dit que pour garantir des services de lutte anti-lèpre qui soient viables, les programmes de lutte anti-lèpre doivent être intégrés au sein des services généraux de santé" (ILA/FT, 2002). Quelques années auparavant, en 1989, la Commission médico-sociale de l'ILEP avait déjà recommandé que la mise en œuvre de la PCT se fasse par le biais des services généraux de santé (ILEP, 1989).

Plusieurs pays ont déjà bien avancé vers l'intégration des programmes verticaux de lutte anti-lèpre au sein des services généraux de santé. D'autres commencent à peine. Quels que soient les progrès réalisés, il est important de faciliter ce processus d'intégration par une préparation systématique et détaillée. Comme suggéré par l'ILA/FT, « le processus consistant à passer d'un programme vertical à un programme intégré doit être minutieusement planifié et adapté à la situation locale" (ILA/TF, 2002).

Objet de ce guide

Ce guide vise à faciliter le processus d'intégration des services de lutte anti-lèpre au sein du système général de santé. Il décrit le processus d'intégration de façon systématique, en utilisant une approche "point par point", et en détaillant pour chacune des phases le raisonnement à l'origine de la démarche et les méthodologies appropriées qui permettent de la mener à bien. Dans un premier temps, ce guide est destiné aux directeurs de programmes et aux décideurs du Ministère de la Santé ainsi qu'au niveau régional.

Le chapitre 1 introduit le guide et indique comment l'utiliser. Le chapitre 2 définit le concept d'intégration et en discute la logique. Les chapitres 3 et 4 constituent tous deux le noyau de ce guide, et donnent la structure et la méthodologie nécessaires au processus d'intégration : le chapitre 3 donne un aperçu général du processus, tandis que le chapitre 4 le décrit sous forme d'une série d'étapes principales, elles-mêmes parfois subdivisées en points précis. Bien que certains des points d'une étape soient traités en parallèle, il est préférable de procéder par ordre chronologique dans la mesure où une étape ultérieure ne pourra être abordée correctement que si les étapes précédentes ont été complétées. Par exemple, l'élaboration d'un plan d'action exigera le recours aux informations qui auront été recueillies et évaluées durant l'analyse de situation. Enfin, tandis que ce guide expose les grandes lignes des motifs justifiant chaque point, il insiste essentiellement sur la façon de les mettre en œuvre.



Source: DfB

Dans de nombreux pays où la lèpre est endémique, le processus d'intégration est peut-être déjà engagé, du moins en ce qui concerne les premières démarches. Dans ce cas, le guide peut aider à identifier les progrès réalisés dans le cadre du processus d'intégration, à juger s'il est satisfaisant et à préciser quelles sont les démarches qui restent à effectuer ou à répéter. En final, ce guide peut servir :

- de manuel donnant des renseignements sur la préparation et la mise en œuvre du processus d'intégration, et une description des méthodes à utiliser à cet effet.
- d'inventaire énumérant les principaux points du processus d'intégration.
- de document de fond offrant des outils pratiques et références sur certains aspects de l'intégration.

Il convient de noter qu'une intégration réussie réclame à la fois transparence et engagement. Ce qui ne peut s'obtenir qu'avec l'implication de tous les partenaires et un processus participatif le plus large possible. Seule la transparence permettra d'identifier et de traiter les points faibles et les contraintes des services de lutte anti-lèpre. Dans le cadre d'une intégration réussie, la qualité des services restera à un niveau acceptable tout en étant plus équitable, plus efficace et plus durable.

En outre, il ne faut jamais oublier que le contexte dans lequel opèrent les programmes de lutte anti-lèpre est propre à chaque pays, région ou état ; de fait, ce guide doit être utilisé avec souplesse. Bien que l'on se soit efforcé de produire un guide qui soit utile dans des situations diverses, le contexte local doit toujours prévaloir au moment de planifier et de mettre en œuvre des services intégrés.

Enfin, ce guide n'a pas pour objet de décrire les stratégies et objectifs généraux de la lutte anti-lèpre tels que le dépistage, la gestion des cas déclarés, la prévention des incapacités et la réadaptation. On a considéré que, pour l'essentiel, ils resteront les mêmes qu'auparavant, seule la manière dont ils seront assurés devant être adaptée pour répondre à un cadre intégré.

2 Intégration : historique et études de cas

Qu'entend-on par intégration ?

Dans la plupart des pays où la lèpre est endémique, les activités mises sur pied pour lutter contre la maladie ont commencé sous forme de programme vertical. Un tel programme est organisé indépendamment des autres services de santé, du niveau national jusqu'au niveau opérationnel ; il dispose de son propre personnel spécialisé et de ses propres cliniques.

Le principe sous-jacent de l'intégration est l'équité : des soins médicaux optimum, y compris pour les malades de la lèpre, demandent une prise en charge *générale, continue et intégrale*. Des soins médicaux *généraux* prévoient qu'un malade puisse recevoir des soins pour un large éventail de problèmes de santé communs, contrairement aux soins proposés par les services verticaux qui ne s'appliquent qu'à des problèmes de santé spécifiques. Les soins médicaux *continus* supposent l'accès constant (quotidien) aux services offerts, par opposition à la disponibilité intermittente des services verticaux (lesquels, par exemple, peuvent n'organiser qu'une clinique par mois). Par "*soins médicaux intégraux*" est entendue la prise en charge du patient par des agents de santé qui connaissent les antécédents particuliers (et familiaux) du malade. Ces soins ne peuvent être offerts que par le biais de services de santé polyvalents, permanents et décentralisés.

L'intégration signifie que les services généraux de santé prennent en charge les activités de lutte anti-lèpre. Sont inclus : le dépistage des cas, le traitement, la prévention des incapacités et la réadaptation. Ces activités sont toutes mises en œuvre au niveau de la prestation des services de santé, mais elles incluent aussi l'élaboration et la planification des politiques, la formation, la supervision et l'identification des dispositions existantes en matière de référence du patient. En conséquence, la



Source: DFB

compétence nécessaire à ces derniers éléments de la lutte anti-lèpre doit être impérativement maintenue aux niveaux intermédiaire et national. Le contexte local déterminera comment intégrer ces fonctions.

Pourquoi l'intégration ?

Pendant de nombreuses années, les personnes impliquées activement dans la lutte anti-lèpre recevaient une formation spécialisée et faisaient montre d'un dévouement et d'une motivation considérables. Les autorités nationales responsables des services de santé avaient tendance à s'en remettre aux organisations locales et internationales pour le soutien des programmes. Toutefois, l'introduction d'un traitement efficace sous la forme d'une PCT a entraîné un changement radical dans la prise en charge de la lèpre en tant que maladie. Elle a également suscité le recours aux approches de type Santé Publique pour organiser les services de lutte anti-lèpre, reflétant ainsi la nécessité d'améliorer l'accessibilité, le rapport coût-efficacité et la viabilité des services PCT. Parallèlement, on a reconnu qu'il fallait changer la perception négative de la société par rapport à cette maladie et aux personnes qu'elle affectait.

L'intégration des activités de la lutte anti-lèpre au sein des services de santé existant dans les pays endémiques est désormais reconnue comme étant la meilleure approche pour susciter de tels changements. Les services généraux de santé sont plus ou moins largement répartis et à proximité des communautés qu'ils desservent ; l'intégration permettra d'augmenter la couverture PCT, offrira un meilleur rapport coût-efficacité et sera d'une plus grande viabilité. On peut aussi espérer que l'opprobre séculaire associée à la maladie déclinera tandis que les personnes affectées par la lèpre commenceront à utiliser les mêmes services généraux de santé que les autres membres de la communauté. Bien entendu, cette démarche n'anticipe pas la disparition de tous les éléments de soutien ; il conviendra de conserver un réseau efficace de services de soutien et de référence au sein du système de santé de façon à aider les agents généraux de santé périphériques à maintenir une qualité de service acceptable.

Quelle est l'expérience acquise quant à l'intégration ?

Un effort d'intégration des services de lutte anti-lèpre a été tenté dans plusieurs pays. Pour certains, le processus a plutôt réussi et a donné des résultats satisfaisants en termes de dépistage et de qualité des services offerts. Pour d'autres, l'intégration s'est heurtée à des obstacles et autres contraintes. Les études de cas suivantes illustrent deux expériences récentes, lesquelles ont été incorporées dans le modèle décrit aux chapitres 3 et 4.

Etude de cas n° 1 : Intégration dans l'état de Jigawa au Nigeria – Susciter l'engagement du personnel en vue de l'intégration des services de lutte anti-lèpre¹

L'état de Jigawa est situé au nord du pays et il est divisé en 27 districts. La lèpre y représente toujours un important problème de santé publique. Les taux de dépistage des cas en 1999 et en 2000 s'élevaient respectivement à 5,5 et à 1,9 pour 10 000 habitants. Un programme combiné lèpre/tuberculose y opère. Avant l'intégration, une clinique PCT était assurée de manière quasi-hebdomadaire par le personnel d'un programme vertical de lutte anti-lèpre dans 75 des 368 établissements de soins.

En 1996, l'équipe du Programme Fédéral de lutte contre la tuberculose et la lèpre tente d'intégrer la lutte anti-lèpre afin de renforcer l'accessibilité aux services et leur viabilité. Durant la même année, le personnel général de santé des unités de soins de santé primaires (SSP) reçoit une formation mais l'impact reste limité. Environ 25 % seulement du personnel formé participe aux séances de cliniques PCT et moins de 10 % y prend une part active. Ces résultats plutôt décevants tiennent à un certain nombre de facteurs : peur de contracter la maladie, opprobre associée à la lèpre, manque d'encouragements tels que les indemnités financières et les mobylettes normalement octroyées au personnel des services verticaux de lutte anti-lèpre, et répugnance parmi le personnel de ces mêmes services à céder leurs responsabilités. Même lorsque, en 1997, le Conseil d'Etat présente un projet de loi spécial stipulant qu'il convient de traiter les malades de la lèpre au même titre que les autres patients dans tous les centres de santé de l'Etat de Jigawa, aucun changement significatif n'apparaît dans la participation du personnel général de santé aux services de lutte anti-lèpre.

En 1999, une nouvelle opportunité se présente lors du lancement d'une campagne d'élimination de la lèpre et un nouvel effort est tenté dans l'espoir de susciter l'engagement du personnel de santé général et vertical en faveur du processus d'intégration. Pour préparer ce processus, le Programme Fédéral de lutte contre la tuberculose et la lèpre organise une réunion spéciale avec tous les membres du personnel spécialisés dans la lutte anti-lèpre. Cette réunion montre que la majorité d'entre eux est contre l'intégration par crainte de perdre leur position sociale et leurs avantages, y compris leur mobylette. Leur appréhension relève principalement d'une méconnaissance de leur futur rôle, mais ces inquiétudes sont cependant prises au sérieux et discutées. De plus, ces discussions permettent de mettre en valeur leurs nouvelles responsabilités, à savoir : apporter un soutien technique aux agents généraux de santé et surveiller le programme.

Une fois le nouveau rôle du personnel vertical accepté, il est convenu de transférer la conduite des cliniques PCT existantes au personnel général de santé. Durant la formation du personnel général de santé, beaucoup d'efforts sont faits pour essayer d'atténuer leur crainte de la lèpre et pour renforcer l'idée que la lèpre est une maladie « ordinaire ».

Cette fois, le processus d'intégration a plus de succès. Dès l'année 2000, le nombre total de cliniques de soins de santé primaires passe à 264 sur les 368 existantes (soit 72%). Avec cette évolution, la responsabilité des services de routine en matière de lutte anti-lèpre est confiée aux agents généraux de santé périphériques, tandis que les tâches consultatives et techniques continuent d'être effectuées par le personnel spécialisé (lèpre et tuberculose) au niveau intermédiaire.

¹ Résumé de Namadi, Visschedijk et Samson (2002).

Etude de cas n° 2 : Intégration des services de lutte anti-lèpre au Tamil Nadu en Inde²

Lorsque, en 1983, la PCT est introduite au Tamil Nadu, les services de lutte anti-lèpre sont assurés par l'intermédiaire d'un réseau de 102 unités verticales de lutte contre la lèpre, administrées par un personnel médical et paramédical comptant 3000 employés et couvrant une population de 56 millions d'habitants. En 1996, une analyse effectuée par la division de la santé de cet état conclut que la prestation des services de lutte anti-lèpre au travers d'un système vertical n'est plus d'un bon rapport coût-efficacité. Un comité dirigé par le Directeur des services de santé médicaux et ruraux est alors établi. Ce comité, composé de divers intervenants, formule un plan pour l'intégration des services de lutte anti-lèpre. Outre le rapport coût-efficacité, le comité base sa décision sur l'amélioration anticipée de la viabilité des services anti-lèpre et de l'accès au travers d'un réseau composé de plus de 30.000 agents de soins de santé primaires.

En février 1997, juste avant que ne démarre l'intégration, le système de soins de santé primaires tout entier prend part à une campagne d'éducation sanitaire et de dépistage des cas menée sur l'ensemble du territoire. Cette campagne permet d'introduire le personnel des soins de santé primaires au travail de lutte anti-lèpre. Plus tard, 22 667 membres du personnel des soins de santé primaires, médicaux et paramédicaux, suivent une formation sur la lèpre et la prévention des incapacités. Les fiches et registres des patients sont simplifiés et le personnel apprend à utiliser un système de surveillance simplifié. Les supports d'information, d'éducation et de communication (IEC) sont conçus et réalisés dans un but de sensibilisation aux changements survenant dans la prestation des services. Des affiches sur le schéma PCT sont placardées dans les centres de soins de santé primaires.

En octobre 1998, une étude est conduite pour évaluer le processus et l'impact de l'intégration. Cette étude constate que la plupart du personnel, y compris une proportion importante d'anciens agents de la lutte anti-lèpre a accepté le principe de l'intégration. En outre, des indicateurs essentiels de la performance associée à la lutte anti-lèpre, avant et après la période d'intégration, sont comparés dans six districts présélectionnés. L'étude constate que l'ensemble du nombre moyen des nouveaux cas n'a pas changé de façon significative. Elle indique également que la présentation spontanée est beaucoup plus élevée durant la période post-intégration. Cette augmentation est attribuée à la plus grande accessibilité qu'ont les résidents locaux aux services de lutte anti-lèpre. L'étude recommande que des systèmes de référence et des liens bien définis soient mis en place et que les connaissances, compétences, attitudes et motivation des agents soient consolidées en identifiant les besoins de formation et en organisant cette dernière. Elle note également qu'il convient de travailler sur le degré de sensibilisation de la communauté par rapport à la lèpre.

² Résumé du Department of Community Health, Vellore (2003).

3 Vue d'ensemble du processus d'intégration

Dans ce document, le processus d'intégration a été divisé, de façon plus ou moins arbitraire, en sept étapes (de A à G) comme suit. A l'issue d'une **analyse** de la situation actuelle (A), il convient d'obtenir l'**engagement** envers l'intégration des principaux décideurs (B). Ensuite, il convient de mettre au point un **plan d'action** pour la préparation et la mise en œuvre des services intégrés de lutte contre la lèpre (C). Après une phase de **préparation** du système de santé (D), les services généraux de santé peuvent alors commencer la **mise en œuvre** des services intégrés de lutte anti-lèpre (E). Cette mise en œuvre doit faire l'objet d'une **surveillance** scrupuleuse (F) et, après quelques années, il faudra procéder à l'**évaluation** (G) du processus d'intégration tout entier.

Chacune des étapes consiste en un certain nombre de points, et une description de chacun est donnée dans le tableau 1. Chacune des étapes est représentée par une section dans le tableau. La première colonne du tableau donne les points composant chaque étape. La deuxième colonne énumère les principales questions à considérer tandis que la troisième donne des points précis à prendre en compte. La méthodologie nécessaire à la réalisation de chaque étape est décrite au chapitre 4.



Source: Wellcome Trust Research Labs, Blantyre

Tableau 1 – Etapes et points du processus d'intégration

Points	Questions à envisager	Points précis à prendre en compte
Etape A. Analyse de la situation		
A1. Analyser la situation épidémiologique	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle est l'ampleur actuelle du problème ? • Quelle sera la situation dans 5 ou 10 ans ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Identification de l'ampleur exacte du problème que pose la lèpre. • Fiabilité des données.
A2. Analyser les services actuels de lutte anti-lèpre	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle est la situation actuelle des services de lutte anti-lèpre (y compris les services associés aux patients et les services de soutien) ? • Quels sont les points faibles et les points forts des services actuels ? • Actuellement, quelles sont les ressources humaines existantes pour les services de lutte anti-lèpre ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Existence de descriptifs de poste clairs et précis et répartition des tâches entre les différents agents de santé. • Informations disponibles sur les comportements sanitaires. • Attention suffisante portée dans l'analyse à la gestion du programme (formation, supervision, surveillance). • Description et analyse claires des ressources financières nécessaires.
A3. Analyser le système de santé et le degré d'intégration des services de lutte anti-lèpre	<ul style="list-style-type: none"> • Quel est le degré d'intégration du programme de lutte anti-lèpre déjà atteint ? • Y a-t-il des contraintes au sein du service général de santé qui concernent également l'intégration des services de lutte anti-lèpre ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacité du service général de santé en terme de couverture de la population. • Capacité du service général de santé en terme de ressources humaines. • Facteurs d'obstacle possible à l'accessibilité tels que les frais à la charge de l'usager.
A4. Analyser les intervenants	<ul style="list-style-type: none"> • Qui sont les intervenants concernés ? • Quelle est leur position respective quant à l'intégration ? • Comment s'assurer de leur engagement ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Appréciation de l'engagement du personnel vertical de la lutte anti-lèpre et des agents généraux de santé. • Attitude des donateurs/ONG envers l'intégration. • Soutien de l'intégration par la communauté. • Volonté des patients d'accepter l'intégration.
B. Obtention de l'engagement des décideurs envers les principes et le processus d'intégration		
	<ul style="list-style-type: none"> • Qui sont les décideurs ? • De quelle façon sont-ils informés et persuadés du besoin d'intégration ? • Comment obtenir un engagement formel de leur part en faveur de l'intégration ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Obtenir l'implication des décideurs. • S'assurer de leur engagement véritable en faveur de l'intégration. • Clarté du concept d'intégration. • Stabilité de la situation politique. • Soutien des donateurs.

Points	Questions à envisager	Points précis à prendre en compte
C. Mise au point d'un plan d'action pour l'intégration		
C1. Enoncer les objectifs et les cibles	<ul style="list-style-type: none"> Quels sont les objectifs du processus d'intégration ? Comment traduire ces objectifs en cibles appropriées ? 	<ul style="list-style-type: none"> Clarté des objectifs pour tous les intervenants. Définition de cibles réalistes.
C2. Formuler une stratégie pour le processus d'intégration	<ul style="list-style-type: none"> Comment conduire le processus d'intégration ? 	<ul style="list-style-type: none"> Clarté et stabilité de la stratégie.
C2.1. Susciter l'engagement du personnel de santé	<ul style="list-style-type: none"> Comment obtenir l'engagement des agents de santé ? 	<ul style="list-style-type: none"> Intérêt soutenu du personnel de santé.
C2.2. Consolider la capacité des ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> A quelles catégories de personnel confier les différentes tâches associées à la lutte anti-lèpre ? Comment consolider la capacité ? Dans un milieu intégré, comment remplir les postes vacants liés à la lutte anti-lèpre ? 	<ul style="list-style-type: none"> Identification des tâches relevant de la lutte anti-lèpre pour différentes catégories de personnel au sein du service de santé. Niveau d'études et d'expérience du personnel général de santé. Adaptation du personnel vertical au cadre des soins généraux de santé.
C2.3. Assurer une supervision technique adéquate	<ul style="list-style-type: none"> Comment maintenir le soutien technique dans un milieu intégré ? 	<ul style="list-style-type: none"> Compétence de la structure de supervision. Maintien du soutien technique aux agents généraux de santé fournissant des services de lutte anti-lèpre.
C2.4. Ajuster le système d'information	<ul style="list-style-type: none"> Quels indicateurs et cibles utiliser pour surveiller les services intégrés de lutte contre la lèpre ? Quand et comment les évaluer ? 	<ul style="list-style-type: none"> Solidité et simplicité du système de surveillance. Existence de systèmes d'information parallèles.

Points	Questions à envisager	Points précis à prendre en compte
C. Mise au point d'un plan d'action pour l'intégration		
C2.5. Assurer des stocks de médicaments et un soutien logistique adéquat	<ul style="list-style-type: none"> • Comment fonctionnera le système de distribution des médicaments pour la PCT et autres médications ? • Comment fonctionneront les systèmes de transport dans ce nouveau contexte ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Fonctionnalité du système d'approvisionnement en médicaments. • Maintien d'un service de transport garanti.
C2.6. Communiquer les changements au public, aux patients et aux autres groupes concernés	<ul style="list-style-type: none"> • Comment s'assurer que les malades et les communautés sont prêts à consulter les services généraux de santé et que l'opprobre a diminué ? • Quels moyens utiliser ? • Comment informer d'autres groupes ciblés tels que les guérisseurs et le secteur privé ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de sensibilisation aux services intégrés. • Immuableté de l'opprobre.
C3. Elaborer un plan de travail, un budget et un calendrier	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles activités concrètes planifier et comment les financer ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboration d'un programme clair avec budget à l'appui.
C4. Sélectionner des indicateurs pour surveiller le processus d'intégration	<ul style="list-style-type: none"> • Quels indicateurs et cibles utiliser pour surveiller le processus d'intégration ? • Quand et comment les mesurer ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Solidité et simplicité des indicateurs.
C5. Finaliser le programme	<ul style="list-style-type: none"> • Les décideurs et autres intervenants d'importance approuvent-ils le plan d'intégration ? • Le soutien financier reçu est-il suffisant pour démarrer le processus ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Fermeté de l'engagement des intervenants envers l'intégration. • Ressources financières suffisantes pour la mise en œuvre des services intégrés de lutte anti-lèpre.

Points	Questions à envisager	Points précis à prendre en compte
D. Préparation du système de santé à l'intégration effective des services de lutte anti-lèpre		
Toutes les activités préliminaires prévues à l'étape C sont maintenant effectuées. Elles sont principalement liées au point C2, dans le cadre duquel aura été formulée une stratégie applicable au processus d'intégration.	<ul style="list-style-type: none"> • Comment lancer rapidement la mise en œuvre après la formation ? • Les membres du personnel ont-ils tous reçu une formation adéquate et sont-ils motivés pour fournir des services de lutte anti-lèpre à l'issue de la période préparatoire ? • Le système d'exploitation de l'information et le soutien technique sont-ils en place ? • Les supports logistiques et les médicaments sont-ils organisés pour assurer des services intégrés de lutte anti-lèpre ? • Le public en général, ainsi que les malades, ont-ils été adéquatement informés des changements à venir ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Perte d'enthousiasme si cette étape est trop longue.
E. Démarrage de la mise en œuvre des services intégrés de lutte anti-lèpre		
	<ul style="list-style-type: none"> • Les points de l'étape D ont-ils tous été menés à bien ? 	
F. Surveillance de la mise en œuvre des services intégrés de lutte anti-lèpre		
	<ul style="list-style-type: none"> • Comment utiliser les premiers résultats pour renforcer l'engagement envers l'intégration ? • Les informations recueillies indiquent-elles le besoin de procéder à quelques ajustements des services intégrés ? • Une recherche relative aux systèmes de santé est-elle nécessaire ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Fiabilité des informations. • Possibilité d'agir à partir des informations recueillies.
G. Evaluation du processus d'intégration		
	<ul style="list-style-type: none"> • Les objectifs ont-ils été atteints ? • Faut-il ajuster les objectifs ou stratégies ? • Quelles leçons en tirer ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilité pour organiser et financer les évaluations.

4 Etapes et points du processus d'intégration

Ce chapitre détaille les étapes et points du processus d'intégration. L'argumentation (ou justification) et la méthodologie sont données pour chacune des étapes, et pour chacun des points de l'étape en question. Le cas échéant, le lecteur est renvoyé à la bibliographie en annexe 1.

Etape A – Analyser la situation

Justification

Le processus d'intégration doit commencer par une analyse de l'actuel programme de lutte contre la lèpre et du contexte au sein duquel il opère dans le pays. Cette démarche permet :

- d'identifier les actuels points forts et points faibles du programme.
- d'identifier les possibilités, et les obstacles, se rapportant au processus d'intégration.
- de formuler, à partir de cette évaluation, un plan d'action.

Une analyse élémentaire de la situation sert également à générer l'engagement des décideurs en faveur de l'intégration (étape B). Toutefois, dans la mesure où les informations et l'analyse à cet effet peuvent ne pas être aussi détaillées qu'il le faudrait pour élaborer un plan d'action (étape C), le processus de consolidation de l'engagement peut commencer sans attendre que soient terminées la collecte et l'analyse des données.

Méthodologie

Différentes approches peuvent être utilisées pour effectuer une analyse de situation. Ce guide est axé sur les quatre domaines suivants :

- La situation épidémiologique en rapport avec la lèpre.
- Le programme de lutte anti-lèpre.
- Le système de santé au sein duquel opérera (ou opère déjà quelque peu) le programme.
- Les personnes et intervenants concernés par le processus d'intégration.

Une grande partie des informations nécessaires à l'analyse de situation sera disponible dans les rapports annuels, les approbations de projet et autres documents. Le personnel de santé, notamment les superviseurs, peut être, lui aussi, une bonne source d'information.

L'analyse de situation peut être conduite à l'aide d'une analyse SWOT (identification des forces, faiblesses, opportunités et menaces). A partir de celle-ci on pourra établir les priorités à considérer dans le processus de planification.

Point A1 – Analyse de la situation épidémiologique

Justification

Il importe d'évaluer l'étendue et la distribution du problème que pose la lèpre à l'heure actuelle et qu'elle posera dans cinq à dix ans. Une telle évaluation :

- servira d'argument factuel pour convaincre les décideurs et les autres du besoin de maintenir les services de lutte anti-lèpre.
- permettra de formuler et de mettre en œuvre des services de lutte anti-lèpre adaptés à l'étendue du problème.
- permettra de planifier des activités spécifiques telles que l'approvisionnement en médicaments, la logistique et la supervision.



Source: DFB

Méthodologie

Un ensemble d'indicateurs peut servir à évaluer la situation actuelle et à estimer les tendances futures. L'OMS et l'ILEP utilisent déjà la plupart de ces indicateurs pour suivre les progrès de la lutte anti-lèpre. La publication de l'ILEP intitulée : "L'interprétation des indicateurs épidémiologiques de la lèpre" donne des conseils pour l'évaluation du problème de la lèpre dans une zone géographique donnée (ILEP, 2001).

Le tableau 2 présente les indicateurs épidémiologiques que l'on peut utiliser pour analyser le problème de la lèpre. Il est utile d'analyser les tendances pour ces indicateurs en recueillant des données sur plusieurs années.

Tableau 2 – Indicateurs épidémiologiques les plus appropriés à la lutte anti-lèpre

Indicateur	Interprétation
Dépistage des cas et taux de dépistage	Ce sont là les indicateurs les plus utiles pour estimer l'ampleur du problème et le degré de transmission continue. Le dépistage des cas est également un élément essentiel au calcul des stocks de médicaments nécessaires.
Proportion de personnes avec des incapacités (degré 2) parmi les nouveaux cas dépistés	Il met en évidence le délai entre l'apparition des symptômes et le début du traitement ainsi que la gravité de la maladie chez les nouveaux patients.
Proportion de patients multibacillaires (MB) parmi les nouveaux cas dépistés	Il donne une indication de l'importance de la source potentielle de transmission. Il est également essentiel au calcul des stocks de médicaments nécessaires.
Proportion d'enfants parmi les nouveaux cas dépistés	Il donne une idée du degré de transmission continue.

Les autres indicateurs que l'on peut utiliser sont : la proportion des femmes parmi les nouveaux cas dépistés, la prévalence et le taux de prévalence.

Point A2 – Analyse des services actuels de lutte anti-lèpre

Justification

Il convient également de recourir à une évaluation des services actuels de lutte anti-lèpre. Cette évaluation doit être à la fois qualitative et quantitative et porter sur chacun des niveaux du système de santé. Les différences régionales qui existent dans la couverture et la performance doivent être prises en compte.

Cette évaluation permettra :

- d'identifier les forces et les faiblesses des services actuels de la lutte anti-lèpre.
- d'évaluer de quelle façon changeront les services de lutte dans un contexte intégré.
- d'évaluer la capacité actuelle en matière de ressources humaines.
- d'identifier les besoins de formation.

En outre, l'analyse est essentielle à la formulation d'un plan d'action (étape C) pour laquelle quelques-uns des outils décrits ci-après peuvent se révéler utiles.



Source: TLMI

Source: Ida Baarsen

Méthodologie

On peut utiliser différentes approches pour évaluer les services de lutte anti-lèpre. L'analyse peut être menée :

- à partir du *point de vue de la santé publique* à l'aide d'indicateurs opérationnels et/ou d'un modèle opérationnel comme celui utilisé dans les modules de formation de l'OMS à la gestion des programmes de lutte contre la lèpre (OMS, 1993).
- à partir du *point de vue du client*.
- à partir du *point de vue organisationnel*.

• **Analyse des services anti-lèpre d'un point de vue de la santé publique**

Une première démarche utile dans l'analyse des services de lutte anti-lèpre est de se pencher sur les indicateurs opérationnels qui permettent d'avoir une perspective de santé publique. Parmi ceux-ci, sont inclus les indicateurs épidémiologiques énumérés dans le Tableau 2 ainsi que les indicateurs supplémentaires présentés dans le Tableau 3.

Tableau 3 – Indicateurs pour les services de lutte anti-lèpre

Indicateur	Interprétation
Taux d'achèvement de la PCT (Taux de "guérison").	Cet indicateur est important pour évaluer la qualité de la prise en charge des patients.
Proportion des établissements de santé contribuant à la lutte anti-lèpre, qu'ils soient verticaux ou intégrés.	Cet indicateur donne une idée de l'accès aux services de lutte anti-lèpre et de la couverture.

On peut calculer ces indicateurs à l'aide des données recueillies soit de façon routinière (comme celles utilisées pour calculer le taux de "guérison"), soit par des moyens spéciaux comme pendant les visites de surveillance (ex : donner la proportion des centres de santé participant à la lutte anti-lèpre).

- **Analyse des services de lutte anti-lèpre à partir du point de vue du client**

Chaque fois que possible, l'appréciation du client quant aux services de lutte anti-lèpre peut aider le processus de planification. Un modèle permettant d'étudier la perspective du client figure dans la publication intitulée : "Client Satisfaction – Guidelines for assessing the quality of leprosy services from the clients' perspective" (Satisfaction du client : Directives pour évaluer la qualité des services de lutte anti-lèpre selon les vues du client) (van Dijk, 2002).

- **Analyse des services anti-lèpre à partir d'un point de vue organisationnel**

Outre les approches décrites ci-dessus il est également possible d'évaluer les services de lutte anti-lèpre à partir d'un point de vue structurel et organisationnel. Cette démarche inclura les points suivants :

- Le personnel employé dans la lutte anti-lèpre (différentes catégories, fonctions et responsabilités).
- Les tâches qu'ils effectuent (dépistage des cas, prise en charge, prévention des incapacités, réadaptation, éducation à la santé, activités de formation, approvisionnement en médicaments, surveillance, contrôle, supervision et formation technique). Certaines de ces activités peuvent être associées à celles d'autres programmes comme, par exemple, aux activités relevant des programmes de lutte contre la tuberculose ou d'autres maladies transmissibles.
- Les établissements et institutions de santé (qu'ils soient publics ou privés).
- Les dispositions relatives au soutien logistique (comme l'approvisionnement en médicaments et le transport).
- Les implications budgétaires de la lutte anti-lèpre (comme les investissements et les frais récurrents).

Au moment de formuler un plan d'action (étape C), il est tout particulièrement important d'identifier la personne actuellement responsable des tâches mentionnées et celle qui en assumera la responsabilité dans un contexte intégré. L'annexe 2 donne un exemple détaillé de la répartition des tâches avant et après le processus d'intégration.

Point A3 – Analyse du système de santé et du degré d'intégration des services de lutte anti-lèpre



Source: Joost Batenop

Justification

Outre l'analyse des services de lutte anti-lèpre actuels, il convient également d'analyser certains aspects du système de santé général et de la politique de santé suivie. De plus, quelques initiatives d'intégration sont peut être déjà en place et il convient dès lors de voir dans quelle mesure les services de lutte anti-lèpre sont intégrés au sein du système général de santé. Cette analyse permettra :

- d'évaluer quels sont les étapes et points du processus d'intégration qui restent à effectuer.
- d'identifier les éventuelles contraintes et opportunités au sein du système de santé en matière d'intégration.

Les résultats de cette analyse permettront d'élaborer un plan d'action qui soit réaliste et réalisable (Etape C).

Méthodologie

Il convient d'évaluer l'actuel système de santé selon des critères qui soient adaptés au processus d'intégration. Les deux questions clés à cet effet sont :

- Dans quelle mesure les services de lutte anti-lèpre sont-ils intégrés à l'heure actuelle et à quel point les agents généraux de santé participent-ils à la lutte anti-lèpre ?
- En ce qui concerne le système de santé et la politique nationale en matière de santé, quelles contraintes faut-il prévoir quant à l'intégration ?
- ***Dans quelle mesure les services de lutte anti-lèpre sont-ils intégrés à l'heure actuelle, et à quel point les agents généraux de santé participent-ils à la lutte anti-lèpre ?***

Il est également possible d'évaluer le niveau d'intégration existante à l'aide d'indicateurs ; les plus pertinents sont énumérés dans le Tableau 4. Ces indicateurs qui reflètent l'étendue de l'intégration au niveau des services de santé périphériques peuvent également servir à définir des cibles pour le processus d'intégration et à le surveiller. Il est important de ne pas confondre ces indicateurs avec ceux du Tableau 3 qui incluent également la couverture assurée par les services verticaux.

Tableau 4 – Indicateurs des progrès vers l'intégration

Proportion des établissements de santé offrant des services de dépistage et de traitement de la lèpre assurés par des agents généraux de santé

Cet indicateur peut comprendre un ou plusieurs des critères suivants :

- Proportion des établissements de santé employant au moins un agent général de la santé ayant reçu une formation lèpre.
- Proportion des établissements de santé offrant la PCT.
- Proportion des établissements de santé disposant de supports d'information, d'éducation et de communication (IEC) à l'usage des patients.
- Proportion des établissements de santé utilisant un système simple de surveillance du traitement (ex : fiches d'enregistrement des patients ou registre).
- Proportion des établissements de santé ayant un manuel ou un guide national sur la lèpre.

Par ailleurs, il convient d'évaluer le degré d'intégration des activités de lutte anti-lèpre aux niveaux intermédiaire et central, par exemple en termes de supervision technique, d'analyse des données, de centres de référence et de fourniture de médicaments.

• En ce qui concerne le système de santé et la politique nationale en matière de santé, quelles contraintes faut-il prévoir quant à l'intégration ?

Quelle que soit l'étendue de l'analyse du système de santé, la question la plus importante est de savoir s'il existe de sérieuses contraintes au processus d'intégration. Si tel est le cas, il convient de les aborder lors de l'élaboration du plan d'action ; dans certains cas, heureusement rares, on peut même être amené à réviser, retarder, voire annuler ce plan d'action. Les éventuels obstacles qui peuvent se poser dans le cadre du système de santé sont les suivants :

- Existe-t-il des zones où l'accès aux services généraux de santé est limité comme, par exemple : les zones isolées, les zones de conflits ou les bidonvilles en pleine expansion pour lesquels il n'y a ni personnels, ni établissements de santé en nombre suffisant? Ces zones demandent une attention toute particulière.
- Existe-t-il des obstacles d'ordre juridique à l'intégration ? L'accès aux patients de la lèpre sera-t-il limité par des réglementations financières ou administratives comme des honoraires payables par l'utilisateur ou la détention d'une assurance-maladie ? Les malades de la lèpre viennent en grande partie des couches sociales les plus défavorisées et des honoraires à la charge du patient risquent de réduire l'accessibilité aux services et d'avoir de graves conséquences sur le dépistage et la prise en charge des cas.
- Les réformes coïncidentes du secteur de la santé telles que la décentralisation auront-elles un impact sur le processus d'intégration ? Les conséquences des réformes du secteur de la santé sur la lutte anti-lèpre doivent être abordées pendant le processus d'intégration.
- Le système général d'approvisionnement et de distribution des médicaments peut-il fournir la PCT de façon satisfaisante ou faut-il consolider le système ?
- Faut-il faire participer le secteur privé au processus d'intégration ? Comment y parvenir ?

Point A4 – Analyse des intervenants

Justification

Les intervenants sont des personnes, des groupes et des organisations qui ont un intérêt pour (ou sont impliqués dans) un projet ou un programme et ont les moyens d'en influencer les actions et objectifs (Brugha et Varvasovszky, 2000)³. Une analyse des participants est tout particulièrement utile dans l'évaluation de la faisabilité politique de l'intégration et pour consolider plus avant tout engagement.

Méthodologie

L'analyse simplifiée des intervenants se fait en trois étapes :

1. L'identification des différents intervenants.
2. L'identification de leur position par rapport à la politique concernée (dans ce cas, l'intégration) et les arguments qu'ils ont en sa faveur.
3. L'élaboration de stratégies et la réalisation d'activités concrètes pour renforcer leur engagement vis-à-vis du processus.

Les intervenants dans le processus d'intégration peuvent inclure :

- Les décideurs au sein du Ministère de la Santé.
- Les donateurs.
- Les équipes de soutien (telles que les équipes de lutte contre les maladies transmissibles ou la tuberculose).
- L'ancien personnel des programmes verticaux de lutte anti-lèpre.
- Les agents généraux de santé.
- Les patients et leurs organisations.
- Le secteur privé.

Les résultats de cette analyse seront utilisés pour planifier et préparer le processus d'intégration.

Le Tableau 5 donne un spécimen de fiche à utiliser pour faire la synthèse des résultats d'une analyse des intervenants. Un exemple de cette analyse est donné à l'annexe 3.

Tableau 5 – Analyse des intervenants

Intervenants	Attitude par rapport à l'intégration	Stratégies et activités pour susciter l'engagement vis-à-vis de l'intégration

³ De plus amples renseignements sur la façon de conduire une analyse des intervenants sont donnés par Varvasovszky et Brugha (2000).

Etape B: Obtenir l'adhésion des décideurs aux principes et au processus d'intégration

Justification

Pour une intégration réussie, il est impératif que tous les intervenants soient engagés vis-à-vis du processus ; un tel engagement permettra d'obtenir le soutien politique et financier ainsi que l'appui du personnel au fur et à mesure des étapes. Toutefois, au départ, l'accent sera mis sur la façon d'obtenir l'engagement des décideurs pour lancer



Source: Dr Casabianca/ILMI

le processus. Cette démarche est tout particulièrement importante lorsque des décisions-clés doivent être prises à l'avance, par exemple lorsque certains cadres doivent assumer un nouveau rôle. Plus avant dans le processus, l'engagement d'autres intervenants comme le personnel de santé et le public en général, y compris les patients, sera recherché.

Méthodologie

Les stratégies suivantes peuvent se révéler utiles au moment d'essayer d'obtenir l'engagement des décideurs :

- **Identifier les principaux responsables dont le soutien est essentiel à l'intégration.**
Il s'agit souvent des dirigeants politiques et directeurs d'administration qui sont responsables de la santé ainsi que des cadres supérieurs des services de santé d'un pays ou d'un état. En outre, il peut se révéler important d'obtenir, dès le départ, le soutien des intervenants qui appuieront le processus sur le plan financier comme, par exemple : les principaux donateurs.
- **Persuader les décideurs du besoin d'intégration.**
Il convient d'expliquer le besoin et les avantages de l'intégration et de veiller à ce que les concepts de base soient clairs. Les expériences positives d'autres pays ou d'autres scénarios peuvent servir à renforcer ces points.
- **Obtenir un engagement et un soutien formel.**
Le résultat de ce processus devrait prendre la forme d'une confirmation formelle dans le cadre de laquelle toutes les parties montrent leur engagement vis-à-vis de l'intégration et de ses stratégies à grande échelle. Cette démarche pourrait être effectuée par le biais d'une déclaration écrite laquelle serait approuvée par une lettre ou une circulaire officielle du gouvernement.

Etape C – Elaborer un plan d'action pour l'intégration

Justification

En fonction de l'analyse conduite à l'étape A, et après avoir entamé la démarche de consolidation de l'engagement à l'étape B, il convient d'élaborer un plan d'action. C'est là une mesure nécessaire pour :

- formuler et obtenir un consensus sur les objectifs, la stratégie et le budget nécessaires au processus d'intégration,
- obtenir un engagement vis-à-vis du processus.

Méthodologie

Ce plan a pour but de servir de guide à la préparation, la mise en œuvre, la surveillance et l'évaluation du processus d'intégration. Il doit indiquer le calendrier, la stratégie, le plan de travail et les résultats attendus. Une fois le plan approuvé par les autorités concernées, les phases suivantes peuvent être lancées.

Le plan d'action comportera les éléments suivants :

- Une analyse de situation (effectuée à l'étape A).
- Des objectifs et cibles.
- Une stratégie.
- Un plan de travail et un budget détaillés.
- Des indicateurs pour surveiller le processus.

Bien que le plan exige de réelles compétences techniques et administratives, il convient de l'élaborer en adoptant une approche participative offrant ainsi aux principaux intervenants l'opportunité d'y prendre part ; il est impératif d'obtenir l'engagement et le soutien qui permettront de mettre en œuvre ce plan. L'organisation d'un atelier de travail peut être un bon moyen d'y parvenir.

Point C1 – Enoncer les objectifs et cibles

Justification

Il convient de fixer objectifs et cibles pour s'assurer que :

- l'orientation du processus d'intégration et les résultats attendus sont bien compris par tous les intervenants.
- Les concepts de l'intégration sont opérationnels.
- Les services de lutte anti-lèpre sont suivis et évalués.

Méthodologie

Les objectifs de la lutte anti-lèpre intégrée sont présumés être les mêmes que ceux de l'ancien programme vertical et seuls les objectifs et cibles du processus d'intégration en tant que tels sont discutés ci-après.

Les objectifs de l'intégration tels que décrits dans le plan doivent se rapporter aux résultats souhaités du processus. Il est impératif que ces objectifs se traduisent en des cibles claires, réalistes et précises, de façon à ce que les progrès vers l'intégration des services anti-lèpre puissent être surveillés et évalués. Des indicateurs tels que ceux donnés au Tableau 4 peuvent servir à cet effet.

Point C2 – Formuler une stratégie pour le processus d'intégration

Justification

Une compréhension claire de la façon dont les services de lutte anti-lèpre doivent être délivrés dans un contexte intégré est une condition préalable à la réussite de l'intégration. Cette compréhension peut servir de base à la décision portant sur la façon de réaliser l'intégration et sur les préparations nécessaires.

Méthodologie

Les éléments clés de la stratégie doivent être développés pour chacun des sujets suivants :

- C2.1. Susciter l'engagement du personnel de santé
- C2.2. Consolider la capacité des ressources humaines
- C2.3. Assurer une supervision technique adéquate
- C2.4. Adapter le système d'information
- C2.5. Assurer un approvisionnement en médicaments et un soutien logistique adéquats
- C2.6. Communiquer les changements au public, aux patients et aux autres groupes concernés

C2.1. *Susciter l'engagement du personnel de santé*

Justification

L'étape B indique combien il est important d'obtenir l'engagement des décideurs et des donateurs au processus d'intégration. Cependant, pour que les services de lutte anti-lèpre puissent fonctionner de façon adéquate dans un contexte intégré, l'engagement de ceux qui prodigueront les soins est tout aussi important.

Méthodologie

Les agents de santé ne s'engageront vis-à-vis de l'intégration que s'ils comprennent les tendances actuelles de l'épidémiologie de la lèpre et les conséquences inhérentes qu'elles ont sur la viabilité des services de lutte anti-lèpre. Les avantages de l'intégration seront expliqués et les agents de santé devront en comprendre la nécessité ; ils doivent absolument réaliser que la lèpre est une maladie normale qui n'exige pas une infrastructure ou un personnel spécialisé(e). La mise à niveau des connaissances du personnel en matière de lèpre permettra également de surmonter les éventuelles inquiétudes en rapport avec l'opprobre lié à la maladie. De plus, il faut leur montrer que la mise en œuvre d'activités liées à la lèpre n'ajoutera que peu à leur charge de travail.

En même temps, les agents du programme vertical qui seront employés par les services généraux de santé risquent de se montrer réticents aux changements par peur de perdre leur position sociale ou leurs primes d'encouragement : il faudra donc les informer de manière détaillée et les rassurer quant à leur nouveau rôle. Le besoin de

communiquer de façon approfondie et claire avec tous les membres du personnel de santé est illustré dans l'étude de cas n° 1 à la page 6.

L'organisation de réunions ou d'ateliers peut aider à renforcer l'engagement du personnel. Ces réunions, non seulement incluront une explication du processus d'intégration, mais elles devront également laisser suffisamment de temps aux discussions ouvertes durant lesquelles aborder les inquiétudes manifestées par le personnel de santé.

C2.2. Consolider la capacité des ressources humaines

Justification

La mise en œuvre de l'intégration ne peut réussir que si la capacité des ressources humaines au sein du système général de santé est suffisante. Il conviendra d'ajuster cette capacité et, le cas échéant, de la renforcer.

Méthodologie

Les tâches liées à la lèpre seront allouées à différentes catégories du personnel général de santé. Une fois décidé quels services de lutte anti-lèpre seront offerts au niveau périphérique et quels le seront au niveau de référence, on pourra estimer les besoins en effectifs. Bien qu'il soit important de reconnaître la contribution des anciens employés du système vertical, leur assimilation à un système intégré peut être parfois impossible ; il s'agira alors de décider lesquels seront transférés, licenciés ou redéployés.

Une fois cette tâche effectuée, les besoins de formation des agents seront évalués. Les agents généraux de santé devront non seulement se familiariser avec la lèpre et développer les compétences requises pour le diagnostic et le traitement mais il faudra aussi s'intéresser à leur attitude envers la lèpre et leurs talents en communication. Pour le personnel de soutien technique, priorité sera donnée aux compétences de supervision et de surveillance.

Les besoins de formation seront satisfaits par le biais de cours, de formation sur place et de réunions avec un formateur ; en règle générale on fera appel aux centres et aux programmes de formation existants ainsi qu'à une supervision technique renforcée. De plus amples renseignements concernant la formation et le développement de programmes figurent dans le guide de l'ILEP sur la "Formation Lèpre" (ILEP, 2003).

Au long terme, il convient de conserver une capacité de base dans le cadre de la lutte anti-lèpre. Il faudra s'efforcer d'incorporer la formation lèpre et les activités de lutte anti-lèpre dans le programme des facultés de médecine et des écoles paramédicales.



Source: Paul Saunderson

C2.3. Assurer une supervision technique adéquate

Justification

La supervision technique est essentielle si l'on souhaite maintenir le niveau des compétences du personnel et la qualité des services offerts. Elle permet de motiver le personnel et d'identifier les contraintes dès le début. Une supervision technique efficace comporte toujours une grande partie de formation sur le lieu de travail.

Méthodologie

Les premières phases de l'intégration ont tendance à requérir un soutien technique plus intensif de façon à motiver et à aider les agents généraux de santé dans leurs nouvelles tâches et responsabilités. Pour être bénéfique, la supervision doit être organisée de façon systématique. Les tâches de supervision et la fréquence des visites seront planifiées avant la mise en œuvre même des services intégrés. Les superviseurs généraux de santé seront formés en vue de remplir leurs responsabilités supplémentaires en matière de supervision des activités associées à la lèpre. Parfois, notamment aux niveaux plus centraux du système de santé, des éléments plus ou moins spécialisés des services généraux de santé peuvent offrir ces services (ex : fonctionnaires coordonnateurs de la lutte antituberculeuse et anti-lèpre, ou superviseurs provinciaux de la lutte contre les maladies transmissibles). De plus amples informations sur la supervision figurent dans la publication intitulée : "The supervision of health personnel at district level" (La supervision du personnel de santé au niveau du district - Flahault et al, 1988), tandis que des renseignements de fond sur la formation sur le lieu de travail sont donnés dans le guide de l'ILEP : "Formation lèpre" (ILEP, 2003).



Source: WHO/TDR/L. Maurice

C2.4. Adapter le système d'information

Justification

Il faudra adapter le système d'information (MIS) de la lèpre étant donné que les services généraux de santé ne pourront pas enregistrer et notifier la quantité de données habituellement traitées dans les programmes verticaux. Dans la mesure où ce nouveau système devra être en place avant le démarrage des services intégrés de lutte anti-lèpre, la mise à disposition et la distribution de toutes les nouvelles fiches et registres devra également avoir été effectuée auparavant. La gestion d'un système simplifié d'enregistrement et de notification sera incluse dans la formation du personnel de santé (voir point C2.1 à la page 22.)

Méthodologie

Il s'agira de déterminer quelles sont les données à enregistrer et à notifier, à quelle fréquence et à quel niveau du système de santé. En vertu des recommandations du Forum technique de l'ILA (ILA/TF, 2002), il faudra également envisager d'inclure les données requises pour gérer les indicateurs de la lutte anti-lèpre les plus significatifs,

soit : le taux de dépistage des nouveaux cas, la proportion des personnes avec incapacités (degré 2), la proportion d'enfants et la proportion de cas MB parmi les nouveaux cas dépistés ainsi que le taux d'achèvement de la PCT. Ces indicateurs sont présentés dans les Tableaux 2 et 3 aux pages 11 et 12 (respectivement).

Une fois ces décisions prises, les fiches et registres nécessaires seront ensuite élaborés. Le système d'enregistrement et de notification sera incorporé au système général d'information sanitaire et, en conséquence, il devra être complètement compatible avec ce système.

C2.5. Assurer un approvisionnement en médicaments et un soutien logistique adéquats



Source: WHO/TDR/Camp

Justification

Les services de lutte anti-lèpre ne peuvent être offerts aux patients que grâce à une organisation efficace en matière d'approvisionnement en médicaments, d'équipements de laboratoires et autres et de transports.

Méthodologie

Immédiatement après le redéploiement et la formation du personnel, et avant la mise en œuvre des services intégrés, il convient de procéder aux préparations suivantes :

- Les médicaments (PCT et stéroïdes) seront distribués au sein du système intégré.
- Des transports intégrés et fiables ainsi qu'un soutien logistique seront à disposition.
- Les réactifs de laboratoire et autres produits seront disponibles et distribués lorsque les interventions telles que les prélèvements cutanés par incision et la chirurgie font partie du programme de lutte anti-lèpre ; il s'agit habituellement d'une fonction du niveau de référence.

L'apport d'un tel soutien exige une planification et une coordination préalables bien précises.

C2.6. Communiquer les changements au public, aux patients et aux autres groupes concernés

Justification

Grâce à l'intégration, l'accès aux services de lutte anti-lèpre peut être facilité pour la population locale. Toutefois, il convient d'informer la communauté (dont les patients) que les services associés à la lèpre sont disponibles et gratuits dans l'établissement de santé le plus proche. Par-dessus tout, il faut que le grand public apprenne à considérer les patients de la lèpre comme des membres de la communauté à part entière, avec les mêmes droits d'accès aux services généraux de santé que les autres ; à cet effet, il est particulièrement important de combattre l'opprobre attaché à la maladie.



Source: TLMI

Methodologie

Des actions d'information, d'éducation et de communication (IEC) en direction du grand public, des patients et autres groupes ciblés, comme les guérisseurs traditionnels et le secteur privé, doivent être prévues afin de faire savoir que les services de lutte anti-lèpre sont intégrés et peuvent être offerts dans presque tous les établissements de santé. Le démarrage des services intégrés peut être souligné par un communiqué de presse, une lettre officielle ou une célébration spéciale. En outre, les actions d'IEC doivent motiver les patients à venir consulter dès qu'ils soupçonnent avoir contracté la lèpre (elles devraient également motiver les guérisseurs traditionnels et autres prestataires de services de santé à référer les cas suspects). Bien entendu, on peut en même temps faire passer des messages plus généraux sur la lèpre, concernant les signes précoces, le besoin de traitement, la disponibilité de médicaments gratuits et la prévention des incapacités.

Les moyens par le biais desquels disséminer les messages d'IEC dépendront du contexte local. Différentes méthodes peuvent être utilisées pour l'éducation du public, entre autres :

- Conférences à l'attention des communautés et de leurs dirigeants.
- Messages radio et télévisés.
- Théâtre de rue, marionnettes, affiches et brochures.
- Conférences dans les écoles, les cliniques et autres lieux.

Point C3 – Elaborer un plan de travail, un budget et un calendrier

Justification

Pour traduire la stratégie en un programme d'activités concrètes, il faudra élaborer un plan de travail qui prévoie un calendrier et un budget.

Méthodologie

Le plan de travail peut être élaboré selon le système de planification habituellement utilisé. Il devra préciser toutes les activités nécessaires, un calendrier, les personnes responsables et un budget. Des activités préliminaires comme la formation et les campagnes d'éducation sanitaire (voir étape D) seront également incluses.

En règle générale, le processus d'intégration sera mis en œuvre de façon simultanée sur tout le territoire ou l'état. Toutefois, il est possible de procéder par étape en fonction des zones administratives ; en d'autres termes, l'expérience acquise dans les premières zones d'intégration sera utilisée pour améliorer la stratégie pour les zones suivantes.

Point C4 – Sélectionner les indicateurs pour surveiller le processus d'intégration

Justification

Outre l'adaptation du système d'information pour inclure la surveillance des services intégrés de lutte anti-lèpre (étape C2.4), les progrès réalisés vers les objectifs et cibles du processus d'intégration doivent également être évalués. Cette surveillance signalera la présence d'éventuels obstacles à l'intégration qui pourront alors être réglés selon les besoins.

Méthodologie

Ce système de surveillance doit être aussi simple que possible ; il peut être basé sur les indicateurs présentés dans le Tableau 4 à la page 18. Les procédures de recherche sur les systèmes de santé peuvent également fournir des informations supplémentaires au processus, si nécessaire.

Point C5 – Finaliser le programme

Justification

Avant de pouvoir mettre en pratique le plan de travail et le budget, et avant de démarrer les activités préliminaires, le programme d'intégration doit avoir été clairement présenté à l'ensemble des partenaires et le soutien financier avoir été obtenu.

Méthodologie

Avant la mise en œuvre concrète des services intégrés, il est souvent utile de discuter les grandes lignes du plan avec les principaux intervenants. Il est alors possible de l'ajuster au fur et à mesure. Le financement du plan doit également être garanti ; le cas échéant, il peut être nécessaire de négocier, et l'organisation d'une journée de réunion avec les intervenants les plus concernés sera l'occasion propice. Par la suite, la date de la mise en application du plan de travail (y compris la préparation) pourra être fixée et communiquée à toutes les parties intéressées.

Éventuellement, une circulaire ou une lettre officielle du gouvernement communiquant la décision d'intégrer les services de lutte anti-lèpre pourra être rédigée et distribuée à l'ensemble du personnel, des établissements de santé et des instituts. Cette communication inclura les dates de la période préparatoire (Étape D) et la date réelle de la mise en œuvre des services intégrés de lutte anti-lèpre (Étape E).

Etape D – Préparer le système de santé pour la mise en place des services intégrés de lutte anti-lèpre

Justification

Pour que les conditions idéales d'une intégration réussie soit réunies, il importe que tous les préliminaires aient été effectués avant la mise en œuvre effective des services intégrés de lutte anti-lèpre. La capacité des ressources humaines et les fonctions de soutien seront établies ; le public et les patients seront informés.

Méthodologie

Toutes les activités préliminaires prévues au point C2, "Formuler une stratégie pour le processus d'intégration", sont effectuées ici : consolider l'engagement du personnel, organiser les ressources humaines et la supervision, adapter le système d'exploitation des informations, organiser les services de soutien et communiquer avec le public. Cette étape doit être relativement brève et être immédiatement suivie de la mise en œuvre effective des services intégrés de lutte anti-lèpre : une période de trois mois est en général suffisante.



Source: TLMi

Etape E – Etablir les services intégrés de la lutte anti-lèpre

Justification

La mise en œuvre des services de lutte anti-lèpre par le système général de santé ne commencera qu'une fois les conditions d'intégration effective remplies, à savoir :

- L'ensemble du personnel de santé s'engage en faveur du processus d'intégration.
- Les agents de santé ont reçu la formation en rapport avec leurs nouvelles tâches et responsabilités.
- La supervision technique est organisée.
- Le système d'enregistrement et de notification est en place.
- Les autres supports de la lutte anti-lèpre sont établis (ex : approvisionnement en médicaments et logistique).
- Le public et les patients sont informés et instruits de l'intégration des services de lutte anti-lèpre.

Méthodologie

La date de lancement aura été fixée avant le démarrage de la phase préparatoire (étape D), et largement annoncée par la circulaire du gouvernement, comme décrite au point C5. Le personnel général de santé pourra alors appliquer les activités de lutte contre la lèpre telles que prévu dans le plan d'action.

Etape F – Surveiller la mise en place des services intégrés de lutte anti-lèpre

Justification

Pendant la mise en œuvre, les services intégrés de lutte anti-lèpre feront l'objet d'une étroite surveillance pour en évaluer les progrès et identifier les éventuelles contraintes.

Méthodologie

Bien que la surveillance du processus d'intégration diffère de la surveillance de la performance des services intégrés de la lutte anti-lèpre, quelques-uns des indicateurs utilisés pour cette dernière serviront à la première. Les indicateurs énumérés au Tableau 4 de la page 13 sont particulièrement utiles à cet effet. La surveillance est également importante si l'on prévoit une expansion progressive du nombre des établissements de santé qui mettront en œuvre des services intégrés de lutte anti-lèpre. Dans ce cas, les services intégrés seront mis en place dans une région tandis que les autres régions en seront encore aux stades préparatoires.



Source: TLMI

Les adaptations seront effectuées en fonction des besoins ; par exemple, en matière de descriptifs de poste du personnel de santé. Il peut également se révéler nécessaire de renforcer la formation de certaines catégories de personnel, ou d'intensifier la supervision technique durant la période de lancement.

Etape G – Evaluer le processus d'intégration

Justification

Alors que la surveillance doit rester une activité continue, une évaluation peut être effectuée une fois le processus d'intégration terminé, dans le but d'apprécier et, le cas échéant, de modifier les services intégrés de lutte anti-lèpre. En outre, l'expérience acquise sera toujours utile pour l'avenir ou dans d'autres cadres.

Méthodologie

L'évaluation se basera sur les objectifs et cibles définis pour le processus. Elle pourra être menée quelques années après le démarrage et devra si possible être réalisée par des experts indépendants.

Les points fondamentaux d'une évaluation sont les suivants :

- La décision de conduire une évaluation est prise, une équipe et une date sont identifiées.
- Le mandat, la méthodologie et le calendrier sont décidés.
- L'évaluation est effectuée :
 - Informations et matériel sont recueillis au moyen de différents outils d'évaluation (questionnaires, évaluations, discussions, analyse des entrées) ;
 - Les données sont analysées ;
 - Un rapport est rédigé et des recommandations sont faites.
- Les recommandations issues de l'évaluation sont mises en pratique.

L'étude de cas à la page 6 donne en exemple un résumé des constatations et recommandations d'une évaluation conduite au Tamil Nadu, en Inde, après l'intégration.

Annexes

Annexe 1 – Bibliographie et autres références

- Brugha R, Varvasovszky Z (2000). Stakeholder analysis: a review. *Health Policy and Planning* 15: 239-246.
- Department of Community Health, Vellore (2003). *Integrating Leprosy Services into the General Health Care System. Studies from Tamil Nadu, India*. DANLEP, New Delhi.
- Feenstra P (1993). Leprosy control through general health services and/or combined programmes. *Leprosy Review* 64: 89-96.
- Feenstra P (1994). Sustainability of leprosy control in low-endemic situations. *International Journal of Leprosy* 65: 624-638.
- Feenstra P, Visschedijk J (2002). Leprosy control through general health services - revisiting the concept of integration. *Leprosy Review* 73: 111-122.
- Flahault D, Piot M, Franklin A (1988). *The supervision of health personnel at district level*. WHO, Geneva.
- Green AT, Jochem K (1998). Sustaining leprosy services in the changing context of health sector reform. *Leprosy Review* 69: 134-144.
- ILA/TF (2002). Rapport du Forum technique de l'International Leprosy Association. Paris, France, février 2002. *International Journal of Leprosy and other Mycobacterial Diseases* 70 (Supplément): S3-S62.
- ILEP (1989). *Conditions fondamentales à la mise en application de la polychimiothérapie*. Bulletin technique N° 1. ILEP, Londres.
- ILEP (1997). *Viabilité des activités liées à la lutte anti-lèpre. Directives pour répondre au changement*. ILEP, Londres.
- ILEP (2001). *Interprétation des indicateurs épidémiologiques de la lèpre*. Bulletin technique. ILEP, Londres.
- ILEP (2003). *Formation lèpre*. ILEP, Londres.
- Namadi A, Visschedijk J, Samson K (2002). The leprosy elimination campaign in Jigawa, Nigeria: an opportunity for integration. *Leprosy Review* 73: 138-146.
- Saunderson PR, Felton Ross W (2002). Training for integration. *Leprosy Review* 73: 130-137.
- Van Dijk M (2002). *Client Satisfaction - Guidelines for assessing the quality of leprosy services from the clients' perspective*. KIT Publishers, Amsterdam.
- Varvasovszky Z, Brugha R (2000). A stakeholder analysis. *Health Policy and Planning* 15: 338-345.
- OMS (1986). *Report of a consultation on implementation of leprosy control through primary health care*. WHO/CDS/LEP/86.3. OMS, Genève.

OMS (1993). *Managing Programmes for Leprosy Control*. Modules de formation de l'OMS. OMS, Genève.

Groupe d'étude de l'OMS (1996). *Integration of health care delivery*. Série de rapports techniques de l'OMS, N° 861. OMS, Genève.

Comité OMS d'experts de la lèpre (1998). *Septième rapport*. Série de rapports techniques de l'OMS, N° 874. OMS, Genève.

Annexe 2 – Exemple⁴ de la répartition des tâches associées à la lutte anti-lèpre

Tâches de lutte anti-lèpre	Qui effectue cette tâche à l'heure actuelle ?	A qui la confier dans un contexte d'intégration?	Quels autres ajustements faut-il apporter ?
Niveau périphérique			
Education de la communauté	Agent de santé du village (VHW)	VHW	
Identification des cas suspects	Agent général de santé (GHW)	GHW	
Examen des cas suspects	Agent lèpre du district (DLW)	GHW	Directives simplifiées
Orientation des cas suspects	Tous les GHW	Agent de santé de la communauté (CHW)	Participation des CHW à la lutte anti-lèpre
Diagnostic et classification	DLW	GHW	
Fiche du patient à remplir	DLW	GHW	
Enregistrement des patients dans le registre de l'unité	DLW	GHW	
Prescription de la PCT	DLW	GHW	
Administration des doses supervisées	DLW	GHW	
Distribution des médicaments auto-administrés	DLW	GHW	
Explication du traitement aux patients	DLW	GHW	Production de brochures pour les patients
Récupérer les patients ayant abandonné le traitement	DLW	GHW/CHW	
Education des patients en matière de prévention des incapacités	DLW	GHW	
Identification des effets secondaires du traitement	DLW	GHW	
Traitement des effets secondaires	DLW	GHW au niveau de référence	
Examen de la fonction motrice	DLW	GHW	Directives simplifiées
Identification des réactions	DLW	GHW	Directives simplifiées
Traitement de la dégradation de la fonction motrice et des réactions (= traiter ou référer)	DLW	GHW au niveau de référence	

⁴ Il s'agit ici d'un exemple fictif qui ne reflète pas forcément une situation réelle.

Tâches de lutte anti-lèpre	Qui effectue cette tâche à l'heure actuelle ?	A qui la confier dans un contexte d'intégration?	Quels autres ajustements faut-il apporter ?
Niveau périphérique (cont.)			
Traitement des ulcères	DLW	GHW	
Formation des patients à l'auto-traitement des ulcères	DLW	GHW, DLW	
Libération du traitement	DLW	GHW	
Notification des transferts	DLW	GHW superviseur de district pour les maladies transmissibles (CDC)	
Education sanitaire des patients lors de la RFT	DLW	GHW	
Tenue du registre de l'unité	DLW	GHW	Production de registres supplémentaires
Préparation du rapport de l'unité de santé	DLW	GHW	Elaboration d'un cadre simple pour le rapport de l'unité de santé
Examen des contacts	DLW	GHW	
Commande des médicaments requis	DLW	GHW, « pharmacien » de l'établissement de santé	
Gestion des stocks de médicaments	DLW	GHW, « pharmacien » de l'établissement de santé	
Prélèvement d'un frottis cutané	DLW	Personnel de laboratoire	
Examen d'un frottis cutané	Personnel de laboratoire	Personnel de laboratoire	
Tenue du registre du laboratoire	Personnel de laboratoire	Personnel de laboratoire	
Commande des réactifs et produits de laboratoires nécessaires	Personnel de laboratoire	Personnel de laboratoire	
Ajustement du traitement aux résultats du frottis cutané, le cas échéant	DLW	GHW	

Légende :

- VHW Agent de santé du village
- GHW Agent général de santé
- DLW Agent lèpre de district
- CDC Lutte contre les maladies transmissibles

Tâches de lutte anti-lèpre	Qui effectue cette tâche à l'heure actuelle ?	A qui la confier dans un contexte d'intégration?	Quels autres ajustements faut-il apporter ?
Niveaux intermédiaire et central			
Supervision et formation sur place	DLW	Superviseur de district de la CDC*	Nouveau programme de supervision incorporant soutien technique et formation sur place
Approvisionnement en médicaments et logistique	DLW	Entrepôt médical central	Formulation de directives claires sur la logistique
Identification des besoins de formation et organisation de la formation et des réunions	Equipe lèpre de la province	Superviseur de district de CDC, Equipe lèpre et TB de la province	
Recueil et analyse des données	Equipe lèpre de la province	Equipe lèpre et TB de la province, unité lèpre nationale	
Stratégie et planification	Unité lèpre nationale et équipe lèpre de la province	Unité lèpre nationale, équipe lèpre et TB de la province	Nouveau manuel sur la lèpre
Education des patients, éducation de la communauté	Unité lèpre nationale et équipe lèpre de la province	GHW, personnel de district de la CDC, équipe lèpre et TB de la province, unité lèpre nationale	
Incorporation de la formation dans le programme de base	Unité lèpre nationale en collaboration avec les universités et les instituts de formation	Unité lèpre nationale en collaboration avec les universités et les instituts de formation	Veiller à ce que la lèpre soit incluse dans les cours élémentaires du personnel général de santé
Recherche	Unité lèpre nationale en collaboration avec les instituts de recherche	Unité lèpre nationale en collaboration avec les instituts de recherche	

*Dans certains contextes, la supervision sera conduite soit par des superviseurs généraux, soit par des superviseurs lèpre/TB. Dans d'autres contextes, le superviseur de district de la lèpre aura d'autres responsabilités que la lèpre seule. Le contexte local déterminera l'option la mieux adaptée.

Légende :

- VHW Agent de santé du village
- GHW Agent général de santé
- DLW Agent lèpre de district
- CDC Lutte contre les maladies transmissibles

Annexe 3 – Exemple⁵ d’une analyse simple des intervenants

Intervenants	Position par rapport à l’intégration	Stratégies et activités pour susciter l’engagement vis-à-vis de l’intégration
Ministère de la santé/Unité centrale	Pour l’intégration.	<ul style="list-style-type: none"> • A utiliser en tant que facilitateurs et participants au processus d’intégration.
Autorités de l’état	Contre l’intégration parce qu’ils croient que la lutte anti-lèpre exige des prestations particulières qui entraînent des frais supplémentaires.	<ul style="list-style-type: none"> • Organiser un atelier pour les convaincre des avantages de l’intégration. • Entretenir des contacts et organiser des réunions de représentation. • Rédiger un document officiel qui indiquera l’approbation de l’intégration.
Equipe de lutte antituberculeuse de l’état	Pour l’intégration.	<ul style="list-style-type: none"> • Organiser une formation sur l’association de la lutte anti-lèpre à la lutte antituberculeuse.
Agents généraux de santé	Contre l’intégration par crainte de la charge de travail supplémentaire et de l’opprobre attaché aux malades de la lèpre.	<ul style="list-style-type: none"> • Il faut les convaincre des avantages de l’intégration. Cet aspect sera inclus dans la formation. • Envoyer une circulaire officielle à tout le personnel. • Décrire clairement les tâches du personnel général de santé. • Instaurer une supervision intensive durant la période suivant l’intégration.
Personnel vertical de la lutte anti-lèpre	Très opposés par peur de perdre leurs privilèges particuliers (moto, allocations).	<ul style="list-style-type: none"> • Il faut les convaincre du besoin d’intégration. Dans la mesure du possible, veiller à ce que certains privilèges soient préservés. • Organiser des réunions et séances de formation pour obtenir leur engagement et les former à leur nouveau rôle.
Communauté et patients	Plutôt pour l’intégration, mais certains s’inquiètent de l’éventuelle baisse de la qualité des services.	<ul style="list-style-type: none"> • Il faut les convaincre que des services adéquats sont offerts dans les établissements de santé les plus proches. Organiser des campagnes d’éducation sanitaire à cet effet.

⁵ Il s’agit ici d’un exemple fictif qui ne reflète pas forcément une situation réelle.

Intervenants	Position par rapport à l'intégration	Stratégies et activités pour susciter l'engagement vis-à-vis de l'intégration
ONG/donateurs	Contre parce qu'ils redoutent une baisse de la qualité des services	<ul style="list-style-type: none"> • Il faut les convaincre qu'il est possible de maintenir des services de qualité tout en augmentant l'accès, l'efficacité et la viabilité. Les prier de soutenir plus particulièrement la formation du personnel général de santé.

L'intégration des programmes de lutte anti-lèpre au sein du système général de santé est aujourd'hui reconnue comme la stratégie la plus importante qui soit pour pérenniser les services de santé offerts aux personnes affectées par la lèpre. Un nombre croissant de pays s'est lancé dans le processus d'intégration et l'expérience de certains a montré qu'il est possible d'offrir des services de lutte anti-lèpre de façon efficace au travers du système général de santé.

Toutefois, le passage d'un programme vertical à un programme intégré est loin d'être aisé et, dans de nombreux cas, il s'est heurté à maints problèmes. Ce guide s'inspire de l'expérience des pays qui ont déjà vécu le processus d'intégration, dans le but d'aider ceux qui en prennent le chemin ou qui s'y sont déjà embarqués. Il utilise une approche point par point pour décrire les préparations nécessaires à la réussite de l'intégration ; il insiste à la fois sur l'importance de la planification et sur les embûches les plus fréquentes. Il décrit également comment contrôler et évaluer le processus une fois les services intégrés mis en place.

Ce guide est un outil important pour les responsables de la santé publique et les décideurs aux niveaux national et régional, mais aussi pour les formateurs et les responsables travaillant à d'autres niveaux.