

Congrès Africain de l'ILA
Johannesbourg 31 janvier – 3 février 2005

Dépistage actif versus passif
PCT à supervision mensuelle
versus PCT souple et accompagnée

SYMPOSIUM SUR LES ASPECTS OPERATIONNELS
DU DEPISTAGE ET DU TRAITEMENT DE LA LEPRE

Définitions

Dépistage passif : les cas suspects arrivent dans les services de santé et y sont examinés en vue de la confirmation du diagnostic de lèpre. Ce mode de dépistage qui a cours dans les centres de santé est appelé dépistage passif. Il est le plus pratiqué et assure la pérennisation et la qualité des activités de diagnostic dans les programmes de lutte contre la lèpre. Ce mode de dépistage doit être soutenu par une campagne de sensibilisation et d'information de la communauté portant sur les signes de début de la lèpre et la disponibilité d'un traitement efficace et gratuit

Définitions

Dépistage actif: les cas suspects de lèpre sont regroupés et examinés pour le diagnostic de lèpre dans un village ou un lieu quelconque en dehors des services de santé, lors du déplacement de l'agent de santé dans la localité. Cette approche communément appelée, stratégie avancée, est recommandée dans les villages au cours des journées de mobilisation sociale en faveur de la lèpre. Elle doit être renforcée par une PCT souple ou accompagnée et par un programme de re-visite du village et des malades selon la disponibilité de l'agent de santé, dans la période de 3 à 12 mois après le dépistage actif

Avantages

Dépistage passif

Facilite l'intégration dans les SSP
Meilleur rapport coût efficacité
Contribue à la réduction du stigmatisme de la lèpre
Approprié si la couverture sanitaire est bonne

Dépistage actif

Permet de trouver les cas cachés et un dépistage plus précoce
Implique la participation communautaire et la suppression des tabous
Approprié en cas de faible couverture sanitaire et d'enclavement

Inconvénients

Dépistage passif

Retard du diagnostic

Sous dépistage des cas

Dépistage actif

Erreur de diagnostic en excès (sur diagnostic)

Coût élevé pour le déplacement des agents de santé

Exemples

- Dépistage actif et passif dans le cercle de Kita en 1997
- Dépistage passif dans la ville d'Antananarivo à Madagascar
- Dépistage actif dans le district de Mahajanga II à Madagascar

Exemples

- MAJR de la lèpre au Cameroun en 2001-2002
- MAJR de la lèpre à Madagascar en 2002-2003
- Validation du diagnostic de lèpre en Angola

Définitions

PCT supervisée : la prise mensuelle de rifampicine pour les malades paucibacillaires et de rifampicine et clofazimine pour les cas multibacillaires est faite sous la supervision d'un agent de santé. Elle était recommandée à l'introduction de la PCT dans les années 1980.

PCT souple : stratégie de traitement où le malade reçoit lors de la visite au centre de santé des plaquettes de PCT pour plusieurs mois de traitement, compte-tenu de l'éloignement et/ou de l'enclavement de son lieu de résidence.

Définitions

PCT Accompagnée : stratégie de traitement d'un cas de lèpre qui consiste à responsabiliser le malade et à lui remettre 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 instruit pour revenir pour un examen clinique à la fin du traitement. 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

Avantages

PCT Supervisée mensuelle

Le contact mensuel avec le malade donne l'occasion :

- de faire un examen clinique surtout neurologique pour le diagnostic de névrite ou de réaction
- de vérifier l'amélioration clinique et la prise correcte des médicaments
- de débiter le traitement des réactions lépreuses en vue de prévenir les infirmités
- de donner des conseils pour la prévention des infirmités et démontrer les soins protecteurs des extrémités (mains et pieds) et des yeux en cas d'infirmité de degré 1 (insensibilité)

PCT Souple et Accompagnée

La remise de la totalité des plaquettes de PCT au malade assure:

- un traitement court, régulier et complet
- la responsabilisation du malade, de sa famille et de la communauté pour le traitement
- l'information du malade et de son entourage sur le traitement, les effets secondaires, les complications et la prévention des infirmités
- la réduction du stigmatisme de la maladie et des malades et donne plus de dignité aux patients
- des occasions de vrais examens cliniques et de conseils au malade lors des visites éventuelles ou de l'examen de fin de traitement
- une applicabilité de la PCT quelle que soit la communauté du malade et dans toutes les zones, quelque soit la couverture sanitaire en PCT ou l'accessibilité.

Inconvénients PCT supervisée mensuelle versus souple et accompagnée

PCT Supervisée mensuelle

La nécessité de revenir une fois par mois au centre de traitement est cause:

d'irrégularité et de longueur du traitement

d'abandon de traitement et de traitement inachevé

Les visites du personnel dans les villages ou les points de traitement sont causes (stratégie avancée):

de surcoût du traitement et du programme

d'irrégularité du traitement en cas de non respect des rendez-vous

de maintien du stigma par le regroupement des patients

La stratégie de PCTS est inapplicable pour certaines communautés (nomades) ou dans certaines conditions: zones d'accès difficiles ou enclavées saisonnièrement, villages éloignés des centres de traitement, insécurité

PCT Souple et Accompagnée

Le contact mensuel non obligatoire fait perdre les avantages d'un examen et de conseils mensuels au patient.

Le malade peut se sentir délaissé ou accorder moins de valeur au traitement qui lui est donné en totalité et gratuitement

La survenue d'une réaction ou d'une allergie à la dapsone peut conduire à l'arrêt et à l'abandon du traitement (si le malade et sa famille ou son entourage n'ont pas reçu les conseils appropriés en la matière)

Le non retour du malade au centre de santé en fin de traitement ne permet pas de documenter la guérison par l'examen clinique et le remplissage du dossier médical du patient.

Des malades inconscients ou mal informés pourraient vendre une partie du lot de plaquettes ou les partager avec des membres de leur famille ou communauté

Exemples

- Evaluation de la PCT Accompagnée à Madagascar
- Combinaison PCTA et dépistage actif dans le district de Mahajanga II à Madagascar

Conclusion

Un PNEL doit pouvoir appliquer les différentes stratégies de dépistage et de traitement PCT en fonction de l'importance de la maladie au niveau du district, de la couverture sanitaire (nombre de centres de santé selon la population et/ou la superficie) et des réalités de terrain. Le succès dépend de la bonne combinaison de toutes ces stratégies.