

**WORLD HEALTH
ORGANIZATION**
Geneva

**ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ**
Genève

Annual subscription / Abonnement annuel

Sw. fr. / Fr. s. 334,-

6 800 1.2003

ISSN 0049-8114

Printed in Switzerland

Leprosy elimination campaigns: impact on case detection

Introduction

Leprosy elimination campaigns (LECs) are being conducted in highly endemic countries with the aim of improving peripheral-level health services to provide patients with easy access to diagnosis and treatment. The three main objectives of the campaigns are: to build capacity for local health workers; to increase public awareness of the disease and involve the community in various leprosy elimination activities; and to diagnose cases that, for various reasons, have remained undetected in the community, and provide free multidrug therapy (MDT) to ensure that patients are cured.

Most endemic countries carried out a single round of LECs. In some countries, however, LECs were repeated – particularly in areas where routine activities are weak – to further strengthen the integration of leprosy services and improve community awareness.

The three objectives of the LECs, initiated in 1995, were adapted by national programmes in the light of local needs and conditions. As a result of capacity-building and awareness-promotion activities, a large number of new cases were diagnosed during campaigns and MDT treatment was started promptly.

Outcome of campaigns conducted during 2001

During 2001, large-scale campaigns were conducted in India, Myanmar, and Nepal. The LEC in Ethiopia focused mainly on capacity-building and expansion of leprosy services to existing health facilities.

Campagnes pour l'élimination de la lèpre: effets sur le dépistage

Introduction

Les campagnes pour l'élimination de la lèpre (CEL) sont organisées dans les pays à forte endémie pour améliorer les services de santé périphériques et permettre aux malades d'accéder facilement au diagnostic et au traitement. Ces campagnes ont trois grands objectifs: renforcer la capacité des agents de santé locaux; sensibiliser davantage le public à la maladie et associer la communauté à diverses activités axées sur l'élimination de la lèpre; diagnostiquer les cas qui, pour diverses raisons, n'ont pas encore été dépistés, et fournir gratuitement la polychimiothérapie (PCT) afin d'assurer la guérison des malades.

La plupart des pays d'endémie ont organisé une seule tournée de CEL. Certains, cependant, ont répété les CEL – en particulier dans les zones où les activités systématiques sont insuffisantes – afin de renforcer l'intégration des services antiléproux et de mieux sensibiliser la communauté.

Les programmes nationaux ont adapté les trois objectifs des CEL, qui avaient débuté en 1995, à leur situation et à leurs besoins locaux. Les activités de renforcement des capacités et de sensibilisation ont permis de diagnostiquer un grand nombre de nouveaux cas pendant les campagnes et de commencer rapidement le traitement par la PCT.

Résultat des campagnes organisées en 2001

Des campagnes de grande envergure ont été organisées en 2001 en Inde, au Myanmar et au Népal. En Ethiopie, la CEL a privilégié le renforcement des capacités et l'inclusion de services antiléproux dans les établissements de santé existants.

Campaigns carried out in 9 highly endemic states of India and 17 highly endemic districts of Nepal included house-to-house visits to identify individuals with suspicious skin lesions (except for some districts in the Indian states of Madhya Pradesh, Orissa, Tamil Nadu, and Uttaranchal Pradesh). Suspects were then advised to come forward for examination at the nearest health facility. In addition, various information, education, and communication (IEC) activities, including use of the mass media, were employed to encourage individuals with suspicious lesions to have themselves examined. Members of the community were provided with information about the early signs of leprosy and the availability of free treatment. In the remaining states and union territories of India, LECs focused principally on increasing community awareness through the use of area-specific information materials and mass media. Individuals with suspicious skin lesions were encouraged to report voluntarily to the nearest health facility for diagnosis and treatment. All the health facilities were already equipped with trained personnel and adequate stocks of MDT drugs to deliver services.

Profile of new cases detected during LECs

Rates of case detection in the campaigns carried out during 2001 ranged from 111 per 100 000 population in Central African Republic to 2.1 per 100 000 in Ethiopia (*Table 1*). The proportion of multibacillary (MB) cases among new cases ranged from 14% in Tamil Nadu (India) to 83% in Achham District (Nepal), and the proportion of Grade 2 disabilities ranged from 0.9% in the 17 states and union territories of India to 19% in Achham District.

Among newly detected cases in 17 districts of Nepal, the single skin lesion (SSL) proportion was 31.8 % and 4.8% in India. In the Mandalay Division of Myanmar, the SSL proportion was only 3%.

Improving women's access to diagnosis

Among newly detected cases, the proportion of affected females has increased significantly during campaigns. Evidence that the gender gap in detection is reducing was especially apparent in Madhya Pradesh State of India. During the first campaign, the proportion of females among newly detected cases was 31.5%, which increased to 39.1% and 47.6% respectively during the second and third campaigns. In Nepal, the proportion of female cases detected during the two campaigns was approximately 40%. An increase in the proportion of females among new cases was also observed during campaigns conducted in the Western Region (3 districts) of Nepal; in 2001 the figure was 39%, which was higher than that observed in previous years (29% in 1996 and 32% in 2000).

Improving service coverage

Campaigns conducted in Ethiopia were able to extend the geographical coverage of leprosy services to an additional 19 zones covering 650 health facilities. The number of health facilities providing MDT services in Ethiopia thus

Dans le cadre des campagnes organisées en Inde dans 9 états à forte endémicité et dans 17 districts à forte endémicité au Népal, les visites porte-à-porte ont permis de découvrir des personnes présentant des lésions cutanées suspectes (à l'exception de certains districts des états indiens suivants: Madhya Pradesh, Orissa, Tamil Nadu et Uttaranchal Pradesh). Les cas suspects ont ensuite été invités à se présenter pour un examen dans le service de santé le plus proche. De plus, pour encourager les personnes présentant des lésions suspectes à se faire examiner, on a recouru à diverses activités d'information, d'éducation et de communication (IEC), et on a notamment fait appel aux médias. Des informations sur les signes précoces de la lèpre et la possibilité de se faire soigner gratuitement ont été diffusées. Dans les autres états et territoires de l'Union en Inde, les CEL visaient principalement à mieux sensibiliser la communauté en diffusant des matériels d'information et en recourant à des médias locaux. Les personnes présentant des lésions cutanées suspectes ont été encouragées à se présenter d'elles-mêmes au service de santé le plus proche afin d'y être diagnostiquées et traitées. Tous les services de santé disposaient déjà du personnel qualifié et des stocks de médicaments PCT nécessaires.

Caractéristiques des nouveaux cas dépistés pendant les CEL

Pendant les campagnes organisées en 2001, les taux de dépistage s'échelonnaient entre 111 pour 100 000 habitants en République centrafricaine et 2,1 pour 100 000 en Ethiopie (*Tableau 1*). Les cas multibacillaires (MB) représentaient de 14% des nouveaux cas au Tamil Nadu (Inde) à 83% dans le district d'Achham (Népal), et les incapacités de degré 2 de 0,9% dans les 17 états et territoires de l'Union en Inde à 19% dans le district d'Achham.

Parmi les nouveaux cas dépistés dans les 17 districts du Népal, la proportion des lésions cutanées uniques était de 31,8% et de 4,8% en Inde. Dans la Division de Mandalay au Myanmar, les lésions cutanées uniques ne représentaient que 3%.

Améliorer l'accès des femmes au diagnostic

Parmi les nouveaux cas dépistés, la proportion des femmes a considérablement augmenté au fil des campagnes. La réduction de l'écart entre les sexes pour ce qui est du nombre des cas dépistés était particulièrement flagrante dans l'état du Madhya Pradesh en Inde. Pendant la première campagne, les femmes représentaient 31,5% des nouveaux cas dépistés, laquelle proportion est passée à 39,1% et 47,6% respectivement au cours de la deuxième et de la troisième campagne. Au Népal, les femmes représentaient 40% environ des cas dépistés pendant les deux campagnes. Lors des campagnes organisées dans la Région occidentale (3 districts) du Népal en 2001, on a également noté une augmentation du nombre des femmes (39%) parmi les nouveaux cas par rapport aux années précédentes (29% en 1996 et 32% en 2000).

Amélioration de la couverture des services

Les campagnes organisées en Ethiopie ont permis d'étendre la couverture géographique des services de lutte antilépreuse à 19 zones supplémentaires comprenant 650 services de santé. Le nombre des services de santé assurant la PCT en Ethiopie est ainsi passé de

Table 1. **Case detection rates during LECs conducted in 2001**
Tableau 1. **Taux de dépistage pendant les CEL organisées en 2001**

Area and country – Zone et pays	Population covered Couverture	Detection – Dépistage			
		Total	Detection rates (per 100 000) Taux de dépistage (pour 100 000 habitants)	Multibacillary (MB) Multibacillaires (MB) %	Grade 2 disabilities Incapacités de degré 2 (%)
Achham District, Nepal – District d'Achham, Népal	234 000	146	62.39	82.8	19.2
31 townships in Mandalay Division, Myanmar – 31 municipalités, Division de Mandalay, Myanmar	5 811 000	1 302	22.41	49.4	13.7
17 districts in Eastern, Central, Western, Mid-Western and Far-Western Regions, Nepal – 17 districts des régions orientale, centrale, occidentale, moyen-occidentale et extrême-orientale, Népal	10 058 000	5 803	57.70	31.8	3.8
32 zones, Ethiopia – 32 zones, Ethiopie	12 000 000	246	2.05	78.5	18.3
West Bengal state, India – Etat du Bengale occidental, Inde	82 275 000	12 653	15.38	30.4	1.7
Uttar Pradesh state, India – Etat de l'Uttar Pradesh, Inde	166 017 000	30 739	18.52	38.7	1.4
Uttaranchal Pradesh state, India – Etat de l'Uttaranchal Pradesh, Inde	8 629 000	493	5.71	41.0	5.3
Chhattisgarh state, India – Etat du Chhattisgarh, Inde	21 141 000	12 353	58.43	31.5	2.3
Madhya Pradesh state, India – Etat du Madhya Pradesh, Inde	61 702 000	3 181	5.16	43.1	3.7
Jharkhand state, India – Etat du Jharkhand, Inde	26 900 000	20 301	75.47	37.2	2.5
Bihar state, India – Etat du Bihar, Inde	82 879 000	40 630	49.02	31.3	3.3
Orissa state, India – Etat de l'Orissa, Inde	37 250 000	14 122	37.91	25.4	1.5
Tamil Nadu state, India – Etat du Tamil Nadu, Inde	62 769 000	11 252	17.93	14.3	1.2
17 states and Union Territories of India – 17 états et territoires de l'Union, Inde	429 756 000	9 361	2.18	19.6	0.9
Sangha Mbaere and Paoua Prefecture, Central African Republic – Préfecture de Mbaere et Paoua, République centrafricaine	27 000	30	111.11	40.0	NA/ND

NA = Not available. – ND = non disponible.

increased from 36% to 62% as a result of LEC activities. Similarly in Nepal, leprosy services were extended to sub-health post level during 2001 as a result of refresher training courses conducted as part of the capacity-building element of the campaigns.

Trends in case detection

In areas where a single round of LECs was conducted, the annual rate of case detection increased significantly in the year of the LEC compared with previous year(s) (*Table 2*). This peak in annual case detection was followed by a decline in subsequent years. The decline can be attributed to LECs being able to effectively clear the backlog of cases by improving accessibility and increasing community awareness. However, no decline was observed in the 10 districts of Nepal (hilly and marshy areas).

In areas where LECs were repeated (*Table 3*), the total number of cases detected during the campaign period declined during each subsequent round. In India, compared

36% à 62% par suite des activités associées aux CEL. De même au Népal, les cours de perfectionnement donnés au titre du renforcement des capacités pendant les campagnes en 2001 ont permis d'étendre les services antiléprieux à l'échelon au-dessous du poste de santé.

Tendances du dépistage

Dans les zones où une seule tournée de CEL a été organisée, le taux annuel de dépistage a sensiblement augmenté pendant l'année de la CEL par rapport à l'année (ou aux années) précédente(s) (*Tableau 2*). Cette forte augmentation a fait place à un recul lors des années suivantes, peut-être sous l'effet des CEL qui, en améliorant l'accès au traitement et en sensibilisant davantage la communauté, ont permis de dépister les cas encore non découverts. Aucun recul n'a cependant été observé dans les 10 districts du Népal (zones vallonnées et marécageuses).

Dans les zones où on a répété les CEL (*Tableau 3*), le nombre total des cas dépistés pendant la campagne a baissé lors de chaque tournée ultérieure. En Inde, par rapport à la première tournée de la

with the first round of the campaign, the total number of new cases detected during the third round declined by 23% in Madhya Pradesh and Chhattisgarh states, by 46% in Uttar Pradesh and Uttarakhand Pradesh states, by 70% in Bihar and Jharkhand states, by 78% in Orissa, and by 68% in West Bengal. Similarly, detection declined by 37% in the Mandalay Division of Myanmar and by 43% in the 17 districts of the tarai areas in Nepal.

campagne, le nombre total des nouveaux cas dépistés pendant la troisième tournée a baissé de 23% dans les états du Madhya Pradesh et du Chhattisgarh, de 46% dans les états de l'Uttar Pradesh et de l'Uttarakhand Pradesh, de 70% dans les états du Bihar et du Jharkhand, de 78% dans l'état de l'Orissa et de 68% dans l'état du Bengale occidental. De même, le dépistage a reculé de 37% dans la Division de Mandalay au Myanmar et de 43% dans les 17 districts des zones marécageuses au Népal.

Table 2. **Annual case detection trends in some areas where only a single round of LECs was conducted**
Tableau 2. **Evolution du dépistage annuel dans certaines zones où une seule tournée de CEL a été organisée**

Area and country (year LEC conducted) Zone et pays (année de la CEL)	Annual detection in LEC areas – Taux de dépistage annuel dans les zones couvertes par des CEL						
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Parbat District, Nepal (1996) – District de Parbat, Népal	24	73	34	23	24	20	22
Dalanj Province, Sudan (1997) – Province de Dalanj, Soudan	180	110	180	181	154	19	8
Kosti Province, Sudan (1997) – Province de Kosti, Soudan	250	288	920	691	140	76	33
Kadugli Province, Sudan (1997) – Province de Kadugli, Soudan	184	122	330	148	102	20	56
Basse, Forestière, Haute and Moyenne Guinée, Guinea (1997) – Basse Guinée, Guinée forestière, Haute et Moyenne Guinée, Guinée	3 194	3 326	6 117	3 648	2 475	1 986	1 689
Benue state, Nigeria (1997) – Etat du Benue, Nigeria	906	932	1 018	519	348	325	347
Kampong Chhnang and Takeo, Cambodia (1997) – Kampong Chhnang et Takeo, Cambodge	261	242	320	50	59	46	58
Kampot and Kep City, Cambodia (1997) – Villes de Kampot et Kep, Cambodge	39	73	87	13	19	31	10
10 districts in hilly and tarai areas, Nepal (1998) – 10 districts des zones vallonnées et marécageuses, Népal	—	330	286	1 794	388	400	407
Binh Thuan Province, Viet Nam (1998) – Province de Binh Thuan, Viet Nam	203	214	270	308	161	134	148
Hodeidah Governorate, Yemen (1998) – Gouvernorat de Hodeidah, Yémen	—	—	105	298	93	74	52
East New Britain District, Papua New Guinea (1998) – District de East New Britain, Papouasie-Nouvelle-Guinée	—	—	61	97	21	21	12
El Fasher and Kutom Province, Sudan (1998) – Province de El Fasher et Kutom, Soudan	112	117	170	386	179	109	47

The decline in case detection observed during subsequent rounds is probably due to the success of campaigns in clearing backlog (hidden) cases. The profile of newly detected cases during subsequent campaigns has also changed. Although the proportion of MB cases among new cases did not change greatly, the proportion of Grade 2 disabilities declined significantly as the delay in detection was reduced. Under these conditions, repeating the campaigns on a routine basis will no longer be cost-effective because the yield in terms of newly detected cases will be low. If campaigns are to be repeated in order to improve services further, it is important that the underlying reasons for any past poor performance be carefully analysed and corrective measures taken to improve effectiveness.

In areas where campaigns were repeated, the annual rate of case detection increased significantly during the year the

Le recul du dépistage observé lors des tournées ultérieures est probablement dû au dépistage pendant les campagnes des cas encore non découverts. Les caractéristiques des nouveaux cas dépistés pendant les campagnes ultérieures ont également changé. Bien que la proportion des cas multibacillaires parmi les nouveaux cas n'ait pas beaucoup évolué, la proportion des incapacités de degré 2 a nettement reculé suite à l'accélération du dépistage. Dans ces conditions, la répétition systématique des campagnes ne sera plus efficace financièrement, en raison du petit nombre de nouveaux cas qui seront dépistés. Si on répète les campagnes pour améliorer les services, il est important d'analyser soigneusement les raisons des échecs antérieurs et de prendre des mesures pour améliorer l'efficacité.

Dans les zones où les campagnes ont été répétées, le taux annuel du dépistage a augmenté de façon significative pendant l'année où la

Table 3. Case detection trends during campaigns in areas where LECs were repeated

Tableau 3. Evolution du dépistage pendant les campagnes organisées dans les zones où les CEL ont été répétées

Area and country – Zone et pays	Detection during LEC – Dépistage pendant les CEL								
	First series Premières tournées			Second series Deuxièmes tournées			Third series Troisièmes tournées		
	Total	MB%	G2D% Incapacités de degré 2 %	Total	MB%	G2D% Incapacités de degré 2 %	Total	MB%	G2D% Incapacités de degré 2 %
West Bengal state, India – Etat du Bengale occidental, Inde	39 275	32.9	3.8	17 167	33.4	2.7	12 653	30.4	1.7
Uttar Pradesh state including Uttaranchal Pradesh, India – Etat de l'Uttar Pradesh, Uttaranchal Pradesh compris, Inde	57 817	36.8	3.9	41 016	43.5	3.6	31 232	38.8	1.5
Madhya Pradesh state including Chhattisgarh state, India – Etat du Madhya Pradesh, Chhattisgarh compris, Inde	20 248	31.8	6.1	17 176	37.7	5.1	15 534	33.9	2.6
Orissa state, India – Etat de l'Orissa, Inde	62 844	24.4	2.5	27 197	23.6	2.2	14 122	25.4	1.5
Bihar state including Jharkhand state, India – Etat du Bihar, Jharkhand compris, Inde	206 495	37.2	5.5	80 496	37.9	4.4	60 931	33.3	3.0
Mandalay Division, Myanmar – Division de Mandalay, Myanmar	2 081	49.1	14.0	1 302	49.4	13.7	ND	—	—
17 districts (tarai areas), Nepal – 17 districts (zones marécageuses), Népal	10 219	23.9	9.0	5 803	31.8	3.8	ND	—	—
Chin, Kachin, Kayin, Kayah, Shan South & North, Mon, Tanintharyi, Upper Sagaing, & Rakhine states, Myanmar – Etats de Chin, Kachin, Kayin, Kayah, Shan sud et nord, Mon, Tanintharyi, Haut Sagaing, et Rakhine, Myanmar	2 916	59.8	8.7	852	49.4	21.4	ND	—	—
Rupandehi District, Nepal – District de Rupandehi, Népal	353	58.6	16.4	435	53.8	18.4	343	35.0	6.7

MB% = Multibacillary proportion among newly detected cases. – MB % = proportion des infections multibacillaires parmi les cas nouvellement dépistés.

G2D% = Proportion of Grade 2 disabilities among newly detected cases. – Incapacités de degré 2 % = proportion des incapacités de degré 2 parmi les cas nouvellement dépistés.

ND = not done. – ND = tournées non effectuées.

LEC was conducted (Table 4). Over time, annual detection in some areas dropped to a level well below that observed before the start of the campaign. This impact was not observed uniformly in all areas where LECs were conducted. However, there is concern about those areas where the annual detection, even after two or more rounds of campaigns, was still around the same level as, or higher than, that before the start of the campaign, despite the significant decline in new case detection during each round.

This could be due to a combination of several factors. One possible reason is that campaigns were not properly conducted and were unable to clear up the large number of backlog cases present in the area during each campaign round. Routine services were thus left to detect, at a later date, cases missed during the campaign. Another reason is that increased community awareness, as well as improved service coverage, may have encouraged patients to self-report for treatment after the campaign period. However, other operational factors, such as the practice of meeting annual targets for detection, over (wrong) diagnosis and reregistration of old cured cases as new, could also explain this paradoxical situation. Continued high transmission and high incidence rates may also be a factor contributing to high annual detection in the campaign area. However, since there are at present no tools to measure transmission, and annual incidence cannot be measured easily (sensitivity and specificity of diagnosis and long incubation period), it is difficult to estimate the contribution of incidence cases to the overall annual new case detection, especially in campaign areas.

CEL a été organisée (Tableau 4). Dans certaines zones, le dépistage annuel a été progressivement ramené à un niveau inférieur à celui qui avait été observé avant le début de la campagne. Les effets n'étaient pas uniformes dans toutes les zones où des CEL ont été organisées. On s'inquiète néanmoins au sujet des zones où, après deux tournées ou plus, le dépistage annuel est resté le même ou a progressé par rapport au niveau précédant le début de la campagne, et ce, malgré le recul sensible du dépistage de nouveaux cas pendant chaque tournée.

Plusieurs facteurs pourraient être incriminés. D'une part, les campagnes, peut-être mal organisées, n'ont pas permis de dépister les nombreux cas encore non découverts dans la zone pendant chaque tournée. Les services habituels ont donc été contraints de dépister par la suite les cas non découverts pendant la campagne. D'autre part, la sensibilisation accrue de la communauté, jointe à l'amélioration de la couverture des services, a pu encourager les malades à se présenter d'eux-mêmes pour un traitement après la campagne. D'autres facteurs opérationnels tels que l'établissement de cibles annuelles de dépistage à atteindre, un diagnostic excessif (erroné) et le réenregistrement d'anciens cas guéris comme des nouveaux cas, peuvent également expliquer cette situation paradoxale. La persistance de taux de transmission et d'incidence élevés peut aussi contribuer au dépistage annuel important dans la zone couverte par la campagne. Toutefois, vu l'absence actuelle d'instruments pour mesurer la transmission, et les difficultés que pose la mesure de l'incidence annuelle (sensibilité et spécificité du diagnostic et longueur de la période d'incubation), il est difficile d'estimer le rôle des cas incidents dans le dépistage global annuel des nouveaux cas, spécialement dans les zones couvertes par les campagnes.

Table 4. **Annual case detection trends in areas where LECs were repeated**
 Tableau 4. **Evolution du dépistage annuel dans les zones où les CEL ont été répétées**

Area and country (year LEC conducted) Zone et pays (année de la CEL)	Annual case detection – Dépistage annuel						
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
West Bengal state, India(1998, 1999 and 2001) – Etat du Bengale occidental, Inde	34 000	27 907	38 134	71 728	54 934	35 666	46 620
Uttar Pradesh state including Uttaranchal Pradesh, India (1998, 1999 and 2001) – Etat de l'Uttar Pradesh, Uttaranchal Pradesh compris, Inde	59 016	64 640	55 859	107 632	111 436	88 198	114 630
Madhya Pradesh state including Chhattisgarh State, India (1998, 1999 and 2001) – Etat du Madhya Pradesh, Chhattisgarh compris, Inde	34 538	36 300	31 449	56 319	47 832	41 599	47 072
Orissa state, India(1997, 1999 and 2001) – Etat de l'Orissa, Inde	45 865	42 252	99 341	41 534	65 329	45 216	48 144
Bihar state including Jharkhand State, India(1997, 1998, 1999 and 2001) – Etat du Bihar, Jharkhand compris, Inde	51 265	99 599	104 478	277 336	172 449	137 172	165 682
Mandalay Division, Myanmar (1998, 1999 and 2001) – Division de Mandalay, Myanmar	1 443	1 288	1 585	2 330	5 099	2 301	2 552
17 Districts (tarai areas), Nepal (1998 and 2001) – 17 districts (zones marécageuses), Népal	—	4 354	3 791	14 952	5 646	5 751	5 803
Bago District, Myanmar (1997 and 1999) – District de Bago, Myanmar	227	228	532	113	372	163	91
Pyay District, Myanmar (1997, 1999 and 2001) – District de Pyay, Myanmar	276	298	754	146	478	181	149
Hmawbi District, Myanmar (1997 and 1999) – District de Hmawbi, Myanmar	167	128	361	100	399	58	50
Shwebo and Wetlet townships, Myanmar (1998, 1999 and 2001) – Municipalités de Shwebo et Wetlet, Myanmar	147	223	142	492	244	188	282
Minbu District, Myanmar (1998, 1999 and 2001) – District de Minbu, Myanmar	449	351	268	674	560	255	298
Rupandehi District, Nepal (1996, 1998 and 2001) – District de Rupandehi, Népal	220	612	262	788	282	329	735

Post-LEC evaluation

Campaigns have incorporated immediate post-LEC evaluation to assess the quality of diagnosis and registration practices. Such evaluation has been useful in improving the capacity of health workers and in managing MDT services.

India. The outcome of the campaign carried out in Jharkhand state was evaluated in 6 randomly selected districts, covering 8 blocks, within 4 weeks of completion of the LEC. It was reported that health workers were able to

Evaluation post-CEL

Les campagnes ont intégré une évaluation post-CEL immédiate afin de déterminer la qualité des pratiques de diagnostic et d'enregistrement. Ces évaluations ont permis d'améliorer les capacités des agents de santé et de gérer les services PCT.

Inde. Les résultats de la campagne organisée dans l'état du Jharkhand ont été évalués dans 6 districts choisis au hasard, couvrant 8 quartiers, et ce, dans les 4 semaines suivant la fin de la CEL. Les agents de santé avaient pu examiner 47% des cas suspects

预览已结束，完整报告链接和二维码如下：

https://www.yunbaogao.cn/report/index/report?reportId=5_30235

