



le bulletin de l'ALLF

Organe de l'Association des Léprologues de Langue Française

janvier 2000 • n° 6

Éditorial

2005 : la nouvelle échéance

Nous sommes en l'an 2000, cette année magique qui devait voir l'élimination de la lèpre « comme problème de santé publique ».

Certes, en 1999, avec 820 000 cas enregistrés pour 6 milliards d'êtres humains, on est avec un taux de prévalence d'1,4/10 000, proche de celui que l'OMS s'était fixé comme objectif, pour l'an 2000.

Mais, peut-on se contenter d'une évaluation globale au niveau mondial, alors que dans les 11 pays qui hébergent 90 % des cas mondiaux, le taux de prévalence est en moyenne plus de 4 fois supérieur au taux idéal d'élimination et le taux de détection, en constante augmentation ?

Par ailleurs, la prévention des neuropathies et la prise en charge des infirmités restent des problèmes toujours non résolus.

Donc, à l'aube du 3^{ème} millénaire, on est partagé entre satisfaction et inquiétude. Il faut, dans les pays hyperendémiques intensifier la lutte, mais aussi, dans les autres régions, adapter les stratégies à la situation nouvelle de faible endémicité, pour éviter une recrudescence.

Il faut sensibiliser, informer et surtout former les personnels. Il faut avoir une approche épidémiologique, mais sans négliger la composante individuelle. Il faut éliminer le bacille, mais aussi les infirmités, lutter contre les tabous et l'indifférence, relancer la recherche fondamentale pour trouver de nouveaux outils diagnostiques, et progresser au plan thérapeutique et prophylactique.

Pour atteindre tous ces objectifs, un multipartenariat s'avère indispensable et dans ce sens, « l'alliance globale pour l'élimination de la lèpre » que viennent de conclure les pays d'endémie, l'OMS, l'ILEP et le laboratoire NOVARTIS semble être une véritable « opportunité historique », alliant volonté politique, technicité et financement.

Rendez-vous donc en 2005, la nouvelle date cible que tous ces partenaires ont fixée.

En espérant que la lutte contre la lèpre ne connaîtra pas, après l'an 2000, le « bogue » qu'il faut le plus redouter : la démobilisation.

Pierre BOBIN
secrétaire général de l'ALLF

Le Mot du Président

L'an 2000, année de tous les bilans, est enfin arrivé et pour la première fois la lèpre dont l'histoire se confond avec l'origine du monde a véritablement changé de visage : elle n'est plus la terrifiante maladie tant redoutée et elle est curable si les patients sont traités précocément.

Quelle extraordinaire révolution que la PCT ! Tous les progrès réalisés depuis quinze ans sont dus à l'engagement ferme et déterminé d'hommes et de femmes, dans une action concertée contre ce fléau millénaire. Chacun de vous a pleinement participé à l'effort de « guerre », si bien qu'aujourd'hui l'élimination de la lèpre « comme problème de santé publique » est envisageable à moyen terme.

Mais la vigilance et la concertation au niveau mondial doivent être permanentes. En cela, la troisième conférence internationale sur l'élimination de la lèpre qui s'est récemment tenue à Abidjan a su nous redynamiser.

Ne perdons pas la bataille finale.

Henri ASSÉ
président de l'ALLF

SOMMAIRE

(Voir en quatrième de couverture)

**L'oubli est une forme de liberté,
et le souvenir une sorte de rencontre.**
(K. Gibran)

**Si tu sais que tu ne sais pas, tu sauras
Si tu ne sais pas que tu sais,
tu ne sauras pas.**
(adage Peulh)

L'eau ment dit le lépreux venu se mirer.
(proverbe malgache)

■ LA LÈPRE DANS LE MONDE FIN 1999

(Info OMS)



Calcul des taux :
- Prévalence : pour 10 000
- Détection : pour 100 000

Rappel des abréviations

AFRF : Association Française Raoul Follereau
ALLF : Association des Léprologues de Langue Française
CEL : Campagne d'Élimination de la Lèpre
CLO : Clofazimine
CNPL : Coordonnateur National de Programme Lèpre
DDS : Dapsone
ILAD : Institut de Léprologie Appliquée de Dakar
ILEP : Fédération Internationale des Associations contre la lèpre
LEM : Monitoring de l'Élimination de la Lèpre
MB : Multibacillaire
MINO : Minocycline
M. leprae : Mycobacterium leprae
OCCGE : Organisation de Coordination et de Coopération pour la lutte contre les Grandes Endémies
OFLO : Ofloxacin
OLA : Observatoire de la Lèpre en Afrique
PB : Paucibacillaire
PCT : Polychimiothérapie
PNL : Programme National Lèpre
RMP : Rifampicine
ROM : Rifampicine + Ofloxacin + minocycline
SAPEL : Projet d'Action Spéciale pour l'Élimination de la Lèpre

90 % du nombre total de cas sont dans 11 pays (prévalence moyenne de 4,5/10 000).

Au début de 1999, sur les 122 pays que l'on considérait comme fortement endémiques en 1985, 98 avaient atteint leur objectif en matière d'élimination au niveau national. La prévalence de la lèpre a donc été réduite de 85 % au cours des 15 dernières années.

On enregistre désormais dans le monde une prévalence de la lèpre d'environ 1,4 pour 10 000 habitants.

Toutefois, contrairement au taux de prévalence, le nombre de nouveaux cas dépistés chaque année demeure constant ou même augmente. En 1998, 800 000 nouveaux cas ont été dépistés. Cette tendance à l'augmentation du nombre de cas dépistés peut s'expliquer par un certain nombre de facteurs

comme un plus grand effort de recherche des cas, une transmission plus importante de la maladie dans certains secteurs, un surdiagnostic ou un réenregistrement de cas antérieurement traités.

A l'heure actuelle, la vaste majorité des cas de lèpre mondiale est concentrée dans quelques zones géographiques limitées. S'il est vrai que la lèpre pose encore un problème de santé publique dans 24 pays situés pour la plupart dans la zone intertropicale, les 11 premiers pays d'endémie regroupent environ 735 000 cas enregistrés et 750 000 cas nouveaux, soit 90 % du nombre total de cas et du nombre de cas nouvellement dépistés dans le monde. Le taux de prévalence de l'ensemble de ces principaux pays d'endémie est encore de 4,5 pour 10 000, plus de 4 fois le taux correspondant à l'élimination juste 1 an avant la date butoir (fin 2000).

Prévalence et détection de la lèpre, par région OMS en 1999

Région OMS	Cas en traitement (taux pour 10 000 habitants)		Nombre de nouveaux cas détectés au cours de la dernière année de notification (taux pour 100 000 habitants)	
Afrique	68 457	(1.1)	51 530	(8.3)
Amériques	86 029	(1.1)	47 218	(5.8)
Méditerranée orientale	9 748	(0.2)	5 923	(1.2)
Europe	765	(-)	92	(-)
Asie du Sud Est	635 719	(4.3)	689 069	(46.5)
Pacifique occidental	19 487	(0.1)	10 617	(0.6)
Total	820 205	(1.4)	804 449	(13.5)

Prévalence et détection enregistrés dans les principaux pays d'endémie, 1999

Pays	Cas enregistrés le 1 ^{er} janvier	Prévalence pour 10 000 habitants	Cas nouvellement dépistés au cours de l'année	Taux de détection (pour 100 000 habitants)
Inde	577 200	5.9	634 901	64.3
Brésil	72 953	4.3	43 933	25.9
Indonésie	23 378	1.1	18 367	8.9
Madagascar	12 989	8.0	8 957	55.2
Myanmar	11 906	2.4	14 357	29.0
Népal	8 446	3.6	6 570	27.8
Ethiopie	7 764	1.3	4 457	7.4
Mozambique	5 861	3.3	3 764	21.1
Rép. Démocratique du Congo	5 853	1.2	3 781	7.9
Niger	2 885	2.9	2 549	25.2
Guinée	2 388	3.3	3 684	50.3
Total	734 853	4.5	748 855	46.0

Il restera 1,5 à 2 millions de cas à dépister dans l'ensemble des pays d'endémie dans le monde.

■ LA LÈPRE EN L'AN 2000. QUELQUES COMMENTAIRES

P. Bobin

ÉPIDÉMIOLOGIE

1) - **Le taux de prévalence** certes, diminue et en 1999 la moyenne mondiale (1,4/10 000) est proche du taux fixé arbitrairement par l'OMS comme critère d'élimination en tant que problème de santé publique (1/10 000).

Mais cette diminution a une part de relativité (changement dans les critères de définition des « cas de lèpre » - raccourcissement à 12 mois de la PCT/MB etc...), et d'autre part il s'agit d'une moyenne mondiale.

Il ne faut pas oublier que **90% des cas lèpreux mondiaux sont situés dans 11 pays seulement**, et que dans ces pays le taux de prévalence est en moyenne plus de 4 fois supérieur au taux « d'élimination ».

Enfin, il ne faut pas voir le problème uniquement au niveau national, mais au plan **infranational** (province, district) car il existe des « poches » dans des pays dont la moyenne nationale est < 1/10 000.

2) - **Le taux de détection** est reconnu comme étant un **indicateur beaucoup plus intéressant**.

La stabilité de ce taux, voire même son augmentation depuis quelques années peut, certes, être dû à un plus grand dynamisme des campagnes de dépistage et au surdiagnostic habituellement constaté dans les CEL. D'autre part, il ne traduit pas vraiment l'incidence, étant donné le retard au diagnostic des formes de début.

Mais il signe l'importance du « réservoir » et comment alors envisager une « élimination » de la lèpre avec une telle réserve bacillaire ?

3) - **Les invalidités** liées à la lèpre continuent toujours à poser des problèmes difficiles : nombre important (2 à 3 millions de personnes) et toujours en augmentation (dépistage trop tardif), difficultés de leur prise en charge et stigmatisation.

4) - **Des questions restent toujours sans réponse**, au plan épidémiologique et pathogénique :

- la PCT est-elle le seul moyen d'enrayer la transmission ?

- l'homme est-il le seul réservoir de la lèpre ? : certains travaux font état de l'importance d'une réserve animale (tatou du Sud des Etats Unis - certains primates) ou même d'une possibilité de trouver *M. leprae* dans le milieu ambiant (études par PCR... à confirmer) - quel est le rôle exact du portage nasal de *M. leprae* ?

- les portes d'entrée et de sortie de *M. leprae* sont-elles uniquement respiratoires ?

- quelle est l'action protectrice réelle du BCG ?, etc.

Les travaux de recherche actuellement en cours, et en particulier, au plan de la biologie moléculaire, permettront peut-être d'apporter des réponses.

STRATÉGIE

1) - **Le « pari » de l'OMS**

L'OMS a estimé en 1991 qu'il était possible d'envisager, pour la fin 2000, un taux de prévalence < 1/10 000 au niveau mondial et qu'alors, la lèpre serait « éliminée comme problème de santé publique ».

Elle a estimé également qu'en dessous d'un tel taux, les bacilles en circulation seraient si peu nombreux que l'endémie finirait par « s'éteindre » d'elle-même progressivement.

Mais constatant qu'en 2000, tant au niveau national qu'infranational de nombreux pays ont un taux de prévalence et de détection encore trop élevé, l'OMS a fixé une nouvelle échéance : **2005**, et propose pendant 6 ans une « intensification » des actions dans les zones hyperendémiques et une consolidation dans les autres, dans le cadre d'une « **alliance globale** pour l'élimination de la lèpre » lancée à Abidjan le 15 novembre 1999 institutionnalisant un partenariat : Pays - OMS - ILEP - Laboratoire NOVARTIS.

2) - **La détection précoce des nouveaux cas**

Le problème encore loin d'être résolu de la détection trop tardive des nouveaux cas est crucial car est source de perpétuation de l'infection et de complications neurologiques (invalidités).

Parmi les solutions envisagées, **la formation dermato-léprologique** des personnels polyvalents est de plus en plus considérée comme essentielle pour éviter les erreurs de diagnostic par excès dans les zones hyperendémiques ou par défaut dans les zones de faible endémie.

3) - **La catégorisation clinique**

Avec l'abandon de la bacilloscopie sur le terrain la catégorisation est donc maintenant la suivante : SL = 1 seule lésion ; PB = de 2 à 4 lésions ; MB = 5 lésions et plus .

4) - **Les nouveaux outils diagnostiques**

Pour compenser les insuffisances de la clinique, il faut souhaiter qu'ils soient rapidement disponibles sur le terrain. Ce sont :

- le **test de détection sérologique** rapide (AC. anti PGL1) pouvant être utilisé sur bandelette chez les contacts domiciliaires de malades MB, pour détecter ceux qui présenteraient un risque de développer une forme MB,

- le **test cutané de réactivité** pour diagnostic des formes PB et pour évaluer la prévalence de l'infection infra clinique dans une communauté .

- le **test in vitro** pour études de la **sensibilité à la rifampicine** (énorme progrès par rapport à la technique d'inoculation à la souris) .

TRAITEMENT

La PCT est toujours considérée comme très efficace, car **il y a très peu de rechutes (<1%)**. Le risque de rechute avec les PCT/MB de 12 mois, sera-t-il plus grand dans les formes MB à charge bacillaire élevée (IB > 4 +) ? . Le suivi à long terme de ces malades permettra de répondre à cette question.

Les nouveaux protocoles plus courts associant rifampicine, ofloxacine, minocycline, clarithromycine sont en cours d'évaluation .

Pour le moment, il semble que les cas de résistance à la Rifampicine soient exceptionnels après PCT.

RECHERCHE

Outre la recherche opérationnelle, la recherche **fondamentale** doit être intensifiée :

- un progrès important a déjà été réalisé avec la fin du séquençage du génome de *M. leprae* ;
- mais on attend beaucoup de la recherche pour améliorer la compréhension de l'immunité protectrice, de la pathogénie de l'atteinte nerveuse, du mécanisme des réactions, de la transmission de *M. leprae*, et pour poursuivre les études concernant les nouveaux outils diagnostiques, la mise au point d'un vaccin etc...

EN CONCLUSION

Beaucoup de progrès ont été réalisés depuis ces dernières années, mais il reste encore beaucoup de problèmes à résoudre, tant sur le terrain, que dans les laboratoires de recherche. **Rendez-vous en 2005**, la nouvelle échéance fixée par les partenaires de « l'Alliance pour l'élimination de la lèpre » .

LE SLOGAN DE L'OMS N'EST QU'UN SLOGAN

La lèpre ne sera pas éliminée comme par magie lorsque le seuil tout théorique d'1 cas/10 000 habitants sera atteint.

Au contraire, il faut redoubler de vigilance. Un arrêt de la lutte contre la lèpre en l'an 2000 entraînerait inéluctablement une réascension de la prévalence et un retour progressif en une vingtaine d'années à la situation antérieure à 1981.

BRÈVE

Le taux de prévalence d'1/10 000 correspond exactement à l'incidence de la tuberculose dans les pays industrialisés, bien placés pour savoir que la tuberculose n'est toujours pas éliminée chez eux.

■ « L'ALLIANCE GLOBALE POUR L'ÉLIMINATION DE LA LÈPRE ». UNE OPPORTUNITÉ HISTORIQUE ?

Au cours de la 3^{ème} Conférence internationale sur l'élimination de la lèpre organisée par l'OMS, et coparrainée par la Fondation Sasakawa pour la Santé, l'Association Française Raoul Follereau et le gouvernement ivoirien, qui s'est déroulée à Abidjan (Côte d'Ivoire), du 15 au 17 novembre 1999, une étape importante a été franchie dans l'histoire de la lutte contre la lèpre.

L'alliance globale pour l'élimination de la lèpre : une étape importante

En effet, au cours de cette réunion, des représentants de **pays** à forte endémie de lèpre, l'OMS, la **Nippon Foundation**, les laboratoires **NOVARTIS** et l'**ILEP** ont annoncé une « **Alliance mondiale** » (une véritable « taskforce ») déterminée à éliminer la lèpre dans le monde d'ici à l'an **2005** .

Ces différents partenaires pensent que cette « alliance » permettra d'optimiser les actions sur le terrain, et d'éviter les chevauchements ou duplications. Il ne faut pas méconnaître toutefois les limites de tels partenariats à grande échelle liées au manque de concertation entraînant parfois des blocages, un manque de transparence voire, une malsaine compétition.

Il faut souhaiter qu'une telle collaboration permette de réduire les écarts entre les théories sur l'élimination de la lèpre, et les **réalités du terrain**.

Ces partenaires se sont donnés comme objectif de **dépister** et de **traiter** quelques **2,5 à 2,8 millions de malades d'ici à la fin 2005** ; ce qui permettrait d'atteindre le taux de prévalence d'1/10.000 (défini par l'OMS comme seuil d'élimination).

Actuellement, les 11 pays les plus touchés qui totalisent 90% des cas ont un taux de prévalence 4,5 fois plus élevé. L'Alliance va plus particulièrement appuyer ces pays pour la détection et le traitement.

- La **stratégie** est toujours basée sur la **détection précoce et la guérison de**

tous les malades avec la PCT ; mais avec une mise en oeuvre synchronisée de tous les éléments « clés », et des ajustements pour s'adapter aux variables locales.

Les éléments clés sont :

- améliorer l'accès aux Services de la lèpre dans le cadre d'une intégration dans les Services de Santé,
- améliorer la logistique de la PCT,
- sensibiliser les populations ,
- améliorer la formations des personnels.

Intensification

Les pays d'endémie sont classés en 3 groupes en fonction de leur niveau d'endémicité pour une **intensification** (les 11 pays les plus endémiques) - une **accélération** ou une simple **consolidation**. Les mesures à prendre seront donc modulées en fonction de ces différents niveaux d'action .

Au plan financier :

- la **Nippon Foundation** et la **Fondation Sasakawa** verseront 24 millions USD à l'OMS .

NOVARTIS : une initiative novatrice

- La **firme Novartis** s'est engagée à fournir gratuitement les médicaments de la PCT pour les 6 années à venir (représentant pour la firme un coût d'environ 30 millions d'USD).
- l'**ILEP**, fédération de 19 ONG, est d'une aide précieuse, grâce à la longue et vaste expérience qu'elle possède. Les membres de l'ILEP verseront en l'an 2000 à l'Alliance 19,5 millions d'USD.

Rendez-vous en 2005 pour l'évaluation finale de l'ambitieux programme de cette « alliance globale » pour l'élimination de la lèpre .

Mais comme le dit un proverbe japonais : « **même si on atteint 80% de l'objectif, on n'aura parcouru que la moitié du chemin** » !...

P. B.

■ LA LÈPRE EN CÔTE D'IVOIRE



1 - HISTORIQUE

La lèpre est restée longtemps dans notre pays un problème de santé publique. En effet :

120 000 malades lépreux début 1960 ;
45 076 malades début années 1980 (début PCT en 1983) ; **1978** malades en 1999.

Malgré cette diminution importante des cas en traitement, la lèpre reste une grave cause de morbidité et d'invalidité parce que : elle sévit à l'état endémique dans notre pays ; le malade lépreux se considère encore de nos jours, comme un malade à part ; il existe un nombre élevé de malades dépistés chaque année, environ 2 000 cas ; selon la méthode d'estimation des cas de lèpre de l'O.M.S. : environ 250 à 300 malades lépreux, vivent encore cachés dans notre pays.

2 - ORGANISATION DE LA LUTTE ANTILEPREUSE

Système de Santé partiellement intégré avec trois niveaux.

a) - Niveau central

Avec la direction exécutive du programme : planification des activités ; formation des agents lèpre ; supervision ; recherche.

S. Djakeaux (*)

Et la structure spécialisée qu'est l'IRF (centres d'Adzopé et de Manikro) : prise en charge des complications dues à la lèpre ; formation ; recherche.



b) - Niveau intermédiaire

Avec les 42 Districts sanitaires répartis dans 11 régions sanitaires. Le service est animé par un Médecin chef aidé d'un Infirmier lèpre : prise en charge des cas de lèpre ; formation ; IEC.

c) - Niveau périphérique

1 460 Dispensaires et Centres de santé de village animés par des infirmiers généralistes. 1/3 impliqué dans le traitement lèpre : prise en charge du traitement PCT

3 - OBJECTIFS

a) - Objectif général

Réduire le taux de prévalence de la lèpre en Côte d'Ivoire, à moins de 1 cas pour 10 000 habitants avant la fin de l'an 2000.

b) - Objectifs intermédiaires

Amener le taux de prévalence à moins de 1 cas pour 10 000 habitants, dans les Districts hyperendémiques avant la fin de l'an 2000. Maintenir le taux de prévalence à moins de 1 cas pour 10 000 habitants, dans les Districts hypoendémiques. Réduire le taux d'infirmité au dépistage de 15% à 5% avant la fin de l'an 2000.

4 - LES STRATEGIES

Prise en charge des cas (diagnostic précoce, traitement précoce et référence). Prévention des cas (mobilisation sociale, participation communautaire). Intégration des activités lèpre dans tous les centres et dispensaires périphériques ruraux et aussi dans les centres de santé urbains. Recherche opérationnelle afin de résoudre les problèmes rencontrés

5 - ACTIVITÉS

Recyclage des médecins des Districts à forte prévalence. Formation des médecins des centres de santé urbains. Formation des infirmiers de Districts, des infirmiers des Centres de santé des villages, des chefs de villages et des infirmiers des Centres de santé Urbains. Approvisionnement correct et régulier des centres de traitement en médicaments PCT et en médicaments et matériels de prise en charge des complications dues à la lèpre. Prévention des cas de lèpre par la sensibilisation, la mobilisation sociale et l'implication des communautés.

6 - RESULTATS

a) - Résultats de 1988 à 1998 (voir tableau)

b) - Résultats en 1999 (jusqu'au 30 septembre)

. Prévalence annuelle : 3512 malades dont 2 056 MB et 1 456 PB

INDICATEURS \ ANNEES	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
PREVALENCE ANNUELLE	25575	24777	13970	10136	10841	8015	6163	4892	3902	4066	4036
PREVALENCE AU 31 DECEMBRE	21912	21106	11772	7362	6878	3762	2709	2168	1717	2167	1978
NOUVEAUX CAS DE LEPRE	2103	1904	1875	2049	2249	2186	2193	1923	1734	2098	1719
TAUX DE COUVERTURE PCT (%)	12,46	20,54	40,32	80,26	83,9	98	100	100	100	100	100
POURCENTAGE DE MUTILES	7,12	6,13	5,97	8,16	7,63	7,91	11,13	10,61	15,69	12,19	9,18
POURCENTAGE ENFANTS (< 15 ANS)	3,12	4,96	5,91	4,12	3,99	6,01	4,80	5,41	7,90	6,12	6,91

- . Prévalence au 30 septembre 1999 : 1 705 malades dont 1 182 MB ET 523 PB
- . Taux de prévalence : 1,13/10 000
- . Dépistage : 1 475 malades dont 645 MB et 830 PB
- . Taux de dépistage : 0,98/10 000
- . Enfants de moins de 15 ans : 7,18%
- . Taux d'infirmité degré 2 parmi les nouveaux cas : 11,02%

On note sur 11 régions sanitaires :

- 5 régions avec un taux de prévalence < 1 pour 10 000 habitants;
- 4 régions avec un taux compris entre 1 et 1,5 pour 10 000 habitants;
- 2 régions avec un taux de prévalence compris entre 1,50 et 2 pour 10 000 habitants.

DIFFICULTÉS

- Problème des réfugiés libériens heureusement en voie de résolution, grâce au projet S.A.P.E.L./O.M.S.
- Résultat : Taux de prévalence passe de 1996 à 1999 : DS Tabou : 3,12 à 1,27 pour 10 000 ; DS Danané : 4,61 à 1,31 pour 10 000 ; DS Guiglo : 3,93 à 1,48 pour 10 000.



Je suis guérie
Faites comme moi, n'attendez pas !

La lèpre se guérit aujourd'hui en 6 ou 12 mois de traitement
Informez-vous au centre de santé le plus proche

Republique de Côte d'Ivoire
Ministère de la Santé Publique
PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LA LÈPRE

- Taux de prévalence lèpre parmi les réfugiés de 3,37 à 1,36 pour 10 000 ; taux d'abandon du traitement de 46,68% à 18,02% ; taux de régularité au traitement de 56,14% à 73,64%
- Gestion difficile des cas de lèpre en zone forestière, à cheval sur la frontiè-

re, entre la Côte d'Ivoire et la Guinée ;

- Prise en charge de plus en plus difficile des cas de lèpre dans certaines populations : autochtones et allogènes migrantes, cachées dans les campements en zones forestières (Sud-Ouest) et dans les régions du nord.

PERSPECTIVES

Extension de la couverture géographique PCT par implication de tous les centres de santé et dispensaires ruraux ; engagement politique du gouvernement en vue d'éliminer la lèpre : octroi d'une ligne budgétaire ; engagements en faveur de notre pays ; campagnes de dépistage de masse ; mise en œuvre de S.A.P.E. L et C.E.L

(*) Médecin Coordinateur du Programme National lèpre de Côte d'Ivoire - Bouaké

Se méfier des dates cibles (2000, 2005...) car après, il y a risque de démobilisation.

ERREURS DE DIAGNOSTIC

Dans les pays de faible endémie, c'est le problème des **erreurs par défaut**

- on ne pense pas à la lèpre (ou on n'y pense plus)
- les personnels de santé ne voyant que très peu de cas dans leur carrière n'ont aucune expérience léprologique,
- donc, les nouveaux cas de lèpre ne seront diagnostiqués que tardivement, au stade des complications neurologiques caractéristiques, ou de faciès léonin !...
- dans les pays européens, les cas de lèpre ne sont diagnostiqués le plus souvent que très tardivement. En France, les cas où le diagnostic est porté 3 à 4 ans après les premiers signes dermatologiques, c'est -à-dire au stade de neuropathie ne sont pas rares.

Dans les pays de forte endémie, surtout dans les cas d'actions spécifiques (CEL, SAPEL), on peut voir au contraire des **erreurs par excès**.

- on pense trop à la lèpre,
- les personnels de santé insuffisamment formés, posent le diagnostic de lèpre, de façon abusive, devant des dermatoses banales : dans certains pays on a pu estimer à 30 % le nombre de faux cas de lèpre détectés par an.

On insiste donc à nouveau sur l'importance d'une formation dermato-léprologique minimale des personnels de santé polyvalents (médecins et infirmiers des centres de santé) : une formation très pratique, iconographique, courte de 3 jours, à renouveler si possible tous les 3 à 5 ans (recyclage).

Il faut rappeler sans cesse que **la lèpre est une maladie neurologique dont le diagnostic précoce est dermatologique. Donc la lutte contre la lèpre doit se concevoir dans le cadre de la Dermatologie.**

P.B.

■ LA LÈPRE AU MALI. DÉFIS ET STRATÉGIES VISANT À INTENSIFIER LES ACTIVITÉS D'ÉLIMINATION DE LA LÈPRE

B. Karambiri (*)

La mise en œuvre de la PCT au Mali depuis 1988 a permis de réduire le taux de prévalence de l'endémie lépreuse par l'amélioration de la détection et par la prise en charge adéquate des cas de lèpre au niveau des formations sanitaires. Cependant malgré cette performance, des problèmes et des contraintes persistent quant à l'atteinte de l'objectif d'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique, car cet objectif de l'élimination doit impliquer non seulement la réduction du taux de prévalence de la lèpre au niveau national, mais aussi et surtout au niveau des aires de santé, des districts sanitaires et des régions.

I – PRESENTATION GENERALE DU MALI

Superficie : 1 244 00 km², population : 10 035 000 habitants, densité : 8,06 habitants / km² en moyenne, découpage administratif : 8 régions, 1 district, 55 cercles et communes urbaines.

II – OBJECTIFS DU PNLL AU MALI

2.1 - Objectif général

Atteindre le seuil de l'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique, c'est-à-dire atteindre moins de 1 cas pour 10 000 habitants d'ici la fin de l'an 2000.

2.2 - Objectifs spécifiques

Améliorer les taux de couverture sanitaire et géographique PCT. Améliorer la qualité des prestations PCT. Renforcer les connaissances des malades et des populations aux problèmes de la lèpre. Impliquer les communautés à la lutte contre la lèpre.

III – RESULTATS

Les tableaux montrent l'évolution de l'endémie lépreuse au Mali de 1985 à 1998 : taux de couverture sanitaire : 53 % ; taux de couverture PCT : 100 % ; taux de prévalence instantanée

de la lèpre au 30 juin 1999 : 1,56 cas pour 10 000 habitants.

IV - STRATEGIES

Elles s'appuieront sur les actions prioritaires suivantes qui seront développées et renforcées au cours des cinq années de la mise en œuvre du Programme de Développement Socio-Sanitaire (PRODESS) : l'intensification de la formation du personnel de santé à tous les niveaux de la pyramide socio-sanitaire ; l'accroissement de la médiatisation de la lutte contre la lèpre par l'information – éducation – communication et la mobilisation des communautés ; la mise en œuvre des actions spéciales dans les zones enclavées et ou d'accès difficile : CEL et SAPEL ; la rationalisation de la gestion des médicaments spécifiques et leur intégration dans le Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution (SDAD) des médicaments essentiels mis en place au niveau national ; la recherche action.

4.1 – L'intensification de la formation et/ou recyclage du personnel de santé à tous les niveaux de la pyramide socio-sanitaire

Le personnel impliqué dans la lutte contre la lèpre au niveau des structures de santé de 1er contact (centres de santé communautaires, centres de santé d'arrondissement revitalisés, dispensaires et cabinets privés), des centres de santé de référence, des hôpitaux régionaux et nationaux et des cliniques privées sera formé à la lutte contre la lèpre et à la gestion du programme de lutte contre la lèpre.

Cette formation qui sera décentralisée a pour avantage de transférer des compétences à un grand nombre de personnels capables de dépister précocement et de traiter correctement les cas de lèpre chez les patients examinés au sein des formations sanitaires pour tout autre motif que la lèpre.

Le système de référence mis en place



entre les différents niveaux du système de santé sera utilisé pour la prise en charge des cas de lèpre compliqués.

Le personnel de santé sera également formé à l'analyse et à l'interprétation des données épidémiologiques (indicateurs opérationnels du programme) pour une meilleure prise de décision de proximité et à temps.

Avantages :

Amélioration des taux de couverture sanitaire et géographique PCT ; amélioration de la qualité des prestations offertes aux malades de la lèpre ; renforcement de la surveillance épidémiologique ; réduction de la survenue des complications chez les malades.

4.2 – L'accroissement de la médiatisation de la lutte contre la lèpre par l'information – éducation – communication (I.E.C.) et la mobilisation des communautés

L'IEC constituera la pierre angulaire de l'ensemble des stratégies qui seront développées.

Les activités d'information et de sensibilisation seront intensifiées et renforcées. Elles visent essentiellement à informer et à sensibiliser les populations, les décideurs, les partenaires et le personnel de santé aux problèmes de la lèpre par l'élaboration de messages adaptés et leur diffusion à travers des canaux appropriés (médias privés et publics, microprogrammes, etc...).

La mobilisation des communautés quant à elle, sera assurée à travers des actions qui seront initiées au niveau

village : mise en place des volontaires villageois pour assurer le relais de l'information et de la sensibilisation.

Avantages :

Changement d'attitudes des populations et des malades face à la lèpre ; amélioration de la fréquentation des formations sanitaires et du dépistage précoce des cas de lèpre ; réduction du taux d'abandon au traitement ; amélioration du taux de guérison ; meilleur engagement des décideurs ; meilleure implication des communautés ; réduction de la proportion des mutilés parmi les nouveaux cas.

4.3 – La mise en œuvre d'actions spéciales dans les zones enclavées et d'accès difficiles (CEL ou SAPEL)

L'analyse des données épidémiologiques fournies par les aires de santé, les centres de santé de référence et les directions régionales de la santé pour les besoins d'information sur le fonctionnement et la performance du programme a permis de détecter des poches hyper-endémiques dans les zones qui sont d'accès difficile ou enclavées. Les CEL ou SAPEL seront

exécutés dans ces zones avec mise en place d'un système souple de traitement des cas diagnostiqués. L'élaboration de la cartographie de l'endémie lépreuse à un rythme trimestriel va se poursuivre au niveau national et l'installation du logiciel sera faite au niveau de directions régionales et des cercles (districts sanitaires) pour leur permettre de disposer d'un outil performant d'analyse pour une prise de décision de proximité.

4.4 – La gestion rationnelle des médicaments spécifiques lèpre

Afin de rendre les médicaments spécifiques PCT disponibles et accessibles aux malades de la lèpre sur le plan géographique, ces médicaments seront intégrés dans le Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution des médicaments essentiels mis en place sur l'ensemble du territoire national.

Avantages :

Gestion rationnelle des médicaments : réduction de la fréquence des ruptures de stock, tenue régulière des supports de gestion ; bonne conservation des

médicaments ; disponibilité et accessibilité géographique des médicaments aux malades ; meilleur suivi de la gestion des médicaments.

4.5 – Le développement de la recherche – action

Afin d'apporter des réponses adéquates aux problèmes qui pourront se poser à la mise en œuvre de la PCT, des activités de recherche-action seront réalisées à tous les niveaux de la pyramide socio-sanitaire.

(*) Médecin Coordinateur Programme National Lèpre du Mali – Bamako

Mieux vaut se perdre dans sa passion que de perdre sa passion

Saint Augustin

Le plus grand malheur c'est de n'être utile à personne et que notre vie ne serve à rien..

** Raoul Follereau*

Evolution de l'endémie lépreuse au Mali de 1985 à 1998

Fin d'années	Prévalence	Nouveaux cas dépistés	Rapport Prévalence/détecté	Nouveaux cas dépistés						Total cumulé guéris par la PCT
				Enfants		Infirmes		MB		
				No.	%	No.	%	No.	%	
1985	31 196	1 948	16.01					357	18.33 %	2 230
1986	28 024	1 580	17.74					250	15.82 %	20
1987	23 508	696	33.78					85	12.21 %	52
1988	22 121	1 524	14.52					477	31.30 %	80
1989	21 008	1 138	18.46					308	27.07 %	453
1990	16 185	1 006	16.09					357	35.49 %	422
1991	13 654	836	16.33					255	30.50 %	849
1992	13 737	1 162	11.82					421	36.23 %	1 306
1993	10 716	1 360	7.88					462	33.97 %	1 727
1994	5 626	1 865	3.02					598	32.06 %	2 181
1995	4 605	1 580	2.91					573	36.27 %	1 948
1996	3 278	1 557	2.11	70	4.50 %	170	10.92 %	527	33.85 %	1 975
1997	2 352	1 633	1.44			201	12.31 %	754	46.17 %	1 947
1998	1 405	1 222	1.15	69	5.65 %			558	45.66 %	1 700
TOTAL	-	19 107	-	-	-	-	-	5 982	31.31 %	16 890

■ LA LÈPRE AU MAROC

SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE AU 31-12-1998

(informations du Ministère de la Santé transmises par le Dr. A. Filali-Baba)

Au Maroc, le programme lèpre est l'un des plus anciens programmes du Ministère de la Santé. Il a débuté en 1950 pour parvenir actuellement à des résultats encourageants. La lèpre sévit surtout dans les régions rurales montagneuses enclavées et touche particulièrement les populations à bas niveau socio-économique. Là où elle sévit, elle disparaîtrait si on améliorait les conditions de vie : infrastructures de base : route, habitat salubre, eau, électricité et élévation du niveau socio-culturel.

L'incidence est passée de 0,80 pour 100 000 habitants en 1981, à 0,36 en 1998. La prévalence est passée de 1,2 pour 10 000 habitants à la fin de 1990 à 0,4 pour 10 000 habitants en fin de 1998 grâce à l'introduction de la PCT moderne et efficace et à la révision des normes de classification de la maladie. La lèpre est donc en régression constante au Maroc.

Les perspectives d'avenir de la lutte contre la lèpre au Maroc sont optimistes et l'élimination de cette maladie dans le pays est envisagée d'ici l'an 2010.

Le programme national de lutte contre la lèpre a enregistré au 31.12.1998 les données suivantes :

PREVALENCE (nombre total des malades) :

- malades en traitement : 1074
- taux de prévalence : 0,4 pour 10 000 habitants
- pourcentage MB/PB : * MB : 754 soit 70 %. * PB : 320 soit 30 %
- malades sous surveillance sans traitement : 1123

INCIDENCE (nombre de nouveaux cas)

- nouveaux malades fichés en 1998 : 100 (MB 66 %, PB 34 %)
- taux d'incidence : 0,36 pour 100 000 habitants

- * sexe masculin : 71 soit 71 %
- * sexe féminin : 29 soit 29 %
- répartition selon l'âge des malades fichés en 1998 :
- * enfants (de 1 à 14 ans) : 5 soit 5 %
- * adultes (au delà de 15 ans) : 95 soit 95 %

LA LÈPRE AU MAROC ENTRE HIER ET AUJOURD'HUI

Il y a quelques dizaines d'années, quand on évoquait la lèpre, deux principales notions venaient à l'esprit des gens :

* **sa gravité** représentée par les mutilations qu'elle entraîne et l'absence de traitement efficace,

* **l'exclusion** et le rejet des malades lépreux par la société.

Qu'en est-il aujourd'hui ?

Les choses ont, évidemment, bien changé grâce aux progrès de la médecine et à la réhabilitation de l'éthique et des droits de l'homme.

La maladie n'a plus la gravité d'autrefois. Elle est désormais guérissable, en quelques semaines, grâce à la PCT moderne. Les mutilations ne se voient pratiquement plus. Quant à sa contagiosité, il s'est avéré que la lèpre est la moins transmissible des maladies infectieuses.

Sur le plan social, les malades lépreux sont considérés, de nos jours, comme les autres patients. Les léproseries dans lesquelles ils étaient enfermés n'existent plus. Actuellement, les malades font de plus en plus rarement l'objet de discrimination et leur dignité est de plus en plus respectée par tous ou presque. Mais la bataille éthique n'est jamais totalement gagnée. On entend, parfois, ici et là, que certains malades ont été victimes de mauvais traitements ou de rejet. C'est la raison pour laquelle il faut rester toujours vigilant pour faire respecter par tous, les règles éthiques et déontologiques envers tous les malades, lépreux, sidéens ou autres.

Cependant, les indéniables progrès enregistrés ces derniers temps, nous



rassurent, nous confortent et nous indiquent que nous sommes sur la bonne voie dans notre travail quotidien.

Sur le plan épidémiologique, l'OMS estime à 1 million le nombre des lépreux de par le monde, répartis principalement au Sud-Est asiatique, en Afrique sub-saharienne et en Amérique latine. L'Europe est pratiquement épargnée à part certains pays du pourtour méditerranéen.

Notre pays est peu touché par cette maladie. Des efforts importants ont été menés par les pionniers de cette lutte dans notre pays depuis les années 50. Nous citerons Feu René Rollier et son épouse qui ont consacré leur vie entière à cette lutte. Leur fils, Bernard, a continué l'œuvre de ses parents. Nous rendons hommage à ces grandes figures de la dermato-léprologie marocaine.

Les professionnels de la santé de tous les secteurs ont consenti beaucoup de sacrifices dans cette lutte. Nous les félicitons pour l'excellent travail qu'ils ont mené sur le terrain.

D'ailleurs, ces efforts n'ont pas été vains. La preuve, c'est que le taux d'incidence de cette maladie ne cesse de baisser d'une année à l'autre au point que les responsables et les personnes ressources du Programme ont déjà envisagé son éradication dans notre pays d'ici l'an 2010. L'apport des ONG-Lèpre est considérable. L'Aide aux Lépreux Emmaüs-Suisse n'a pas cessé, depuis plusieurs années, d'apporter son appui au Programme dans les domaines de la formation, de la logistique et de l'équipement médico-technique. L'Association Marocaine d'Application Agricole et de Formation (AMAAF),

ONG nationale, est connue pour son dynamisme et son appui au Programme. Elle consacre ses efforts pour la prise en charge sociale des malades lépreux. L'OMS a toujours aidé le Programme sur les plans technique et financier.

Nous profitons de cette occasion pour remercier ces organisations pour leur aide et leur collaboration.

La lutte contre la lèpre au Maroc se trouve, actuellement, dans la **dernière ligne droite** avant le triomphe final. Cette situation exige de nous tous un **redoublement d'efforts et de sacrifices**.

■ LA LÈPRE EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

Deux enquêtes viennent d'être menées en France :

- celle du Pr. G. Guillet (Service Dermatologie, CHU Morvan Brest) présentée au 22^{ème} congrès de l'Association des Dermatologistes francophones à Beyrouth, le 02/07/99 ;
- celle du Dr. B. Flageul (Service Dermatologie du Pr. Dubertret - Hôpital Saint-Louis - Paris) présentée aux Journées Dermatologiques de Paris le 03/12/99.

Voici les résumés de leurs communications :

1 - LA LÈPRE EN FRANCE MÉTROPOLITAINE. ENQUÊTE SUR 10 ANS

G. Guillet et C. Garcia (CHU Morvan Brest) avec la collaboration des CHU de France métropolitaine (Amiens, Angers, Brest, Bordeaux, Clermont-Ferrand, Dijon, Limoges, Lyon, Marseille, Montpellier, Nantes, Nice, Nîmes, Toulouse, Tours, Reims, Rouen, Strasbourg et 2 centres de Paris (Pitié-Salpêtrière et Hôpital Ambroise-Paré). En 1973 Merklen évaluait l'incidence annuelle moyenne des lèpres diagnostiquées en France à 50, dont la moitié d'origine antillaise et le 1/5 d'origine africaine. Il soulignait la proportion notable de formes bacillifères et la faible contagiosité des lèpres d'Afrique Noire. Nous disposons de peu d'éléments épidémiologiques depuis cette date sur la lèpre en France. Nous avons adressé un questionnaire sommaire aux services de Dermatologie des CHU Français, portant sur les lèpres diagnostiquées depuis 10 ans.

Discussion : La lèpre reste encore d'actualité malgré le ralentissement des mouvements d'immigration. En 1992, le nombre de malades suivis en France métropolitaine était évalué entre 600 à 700 mais la diminution attendue d'incidence ne doit pas démo-

biliser le dermatologue compte tenu des réponses de cette enquête préliminaire. Le taux des lèpres bacillifères est en effet de 58 % et le diagnostic n'en est pas toujours facile, ce qui peut être la cause d'un retard de diagnostic et la source possible de contaminations autochtones en particulier chez l'immunodéprimé. Les lèpres africaines apparaissent aussi bacillifères que celles des DOM-TOM et leur hypoco contagiosité semble non confirmée. Le nombre limité de réponses obtenues n'autorise pas à conclure avant que n'aboutisse l'étude plus large entreprise par le Dr. B. Flageul.

2. ENQUÊTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE SUR LA MALADIE DE HANSEN EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

B. Flageul, Service de Dermatologie du Pr Dubertret - Hôpital Saint-Louis - 1 Avenue Claude Vellefaux - 75 475 - Paris Cedex 10 - France

La maladie de Hansen n'est plus et depuis longtemps un problème de santé publique en France. Cependant, de nouveaux cas continuent à être dépistés dans les DOM-TOM et en Métropole. Dans les DOM-TOM, la situation épidémiologique est assez bien connue car les patients sont suivis dans des centres anti-hanseniens ou des consultations spécialisées. En Métropole, à l'exception de l'Hôpital Saint-Louis où il existe depuis plus de 50 ans une consultation de Léprologie, les patients sont suivis dans différentes spécialités, essentiellement en Dermatologie et en Maladies infectieuses. La dernière enquête réalisée en Métropole date de 1979, elle avait porté sur la période de 1970 à 1978 (1). Il nous a donc paru intéressant de réaliser un bilan de la situation de la maladie en Métropole, à l'aube de l'an 2000, date à laquelle l'OMS depuis quelques années espérait avoir obtenu une « élimination de la lèpre ».

MATERIEL ET METHODES

Cette enquête rétrospective, réalisée auprès de 105 services de Centres

RECTIFICATIF

Concernant l'article « La Lèpre en Tunisie » de T. J. MEZIOU et collaborateurs, paru dans le n° 5 du BALLF, et dans l'introduction duquel, les auteurs rappelaient le nombres de malades enregistrés dans les autres pays du Maghreb. Nous avons reçu une demande de rectification émanant du Ministère de la Santé du Maroc :

En 1997, il n'y avait au Maroc que 1125 malades, et non 2167 comme indiqué dans cet article.

Hospitalo-Universitaires, d'Hôpitaux Régionaux et d'Hôpitaux Militaires de Métropole a porté sur les années 1995 à 1998. 56 services de Dermatologie, 41 services de Maladies Infectieuses et/ou Tropicales et 8 services de Neurologie ont été interrogés.

RESULTATS

Sur les 105 services interrogés, 86% ont répondu dont 84% en Dermatologie, 93% en Maladies Infectieuses/Tropicales et 62% en Neurologie.

Au total, 232 patients suivis ont été recensés en 1998 dont 81% en Dermatologie (61% à l'Hôpital Saint-Louis), 19% en Maladies Infectieuses / Tropicales et aucun en Neurologie. 30% étaient sous traitement antibacillaire, 25% étaient suivis pour complications et 45% étaient sous surveillance simple.

Le nombre de nouveaux cas par an a été de 16 en 95, 17 en 96, 20 en 97 et 18 en 98, soit 71 cas en 4 ans (moyenne de 18 cas par an). 76% des cas avaient été diagnostiqués en Dermatologie et 24% en Maladies Infectieuses.

Dans ce groupe des nouveaux patients : Il existait une prédominance masculine (ratio H/F= 2,4).

Les tranches d'âge de 19-29, 30-40 et plus de 40 ans représentaient respectivement 22%, 33% et 44% des cas. Un seul cas de moins de 19 ans a été recensé. Il s'agissait d'un enfant de 13 ans, originaire d'Inde, en France depuis 1 an lors du diagnostic de maladie de Hansen.

48% étaient des patients lépromateux (LL-BL-BB)/multibacillaires (MB) et 46% des patients tuberculoides (TT-BT)/paucibacillaires (PB) (5% non classés).

Leur origine était la suivante : Métropole sans séjour en pays d'endémie = 0 cas, Métropole avec séjour en pays d'endémie = 10 cas (14%), DOM-TOM = 17 cas (24%) (Antilles = 13, Guyane = 1, Mayotte = 2), Europe = 2 cas (3%) (Portugal et Belgique avec séjour en pays d'endémie), Méditerranée-Est = 3 cas (4%) (Turquie-

Egypte), Afrique Noire = 29 cas (42%), Asie du Sud-Est/Inde = 10 cas (14%).

DISCUSSION

Au terme de cette enquête, ce qui était bien sûr attendu la maladie de Hansen n'est à l'évidence pas « endémique » en Métropole et la prévalence de la maladie (selon la définition de l'OMS) est extrêmement basse : 0,013/10 000 habitants en 1998.

Le taux de détection annuel est également faible (0,003/10 000 habitants en 1998). Cependant, un nombre régulier de nouveaux cas continuent à être dépisté tous les ans, en moyenne 18 cas par an durant ces 4 dernières années. Ce nombre est proche de ceux trouvés durant les années 1970-74 et 1978 (10 à 28, moy = 22 cas/an) mais très inférieur à ceux notés entre 1975-77 (57 à 71, moy = 64 cas/an) attribués à un grand flux d'immigration d'Asie du Sud-Est (Tableau 1) (1)

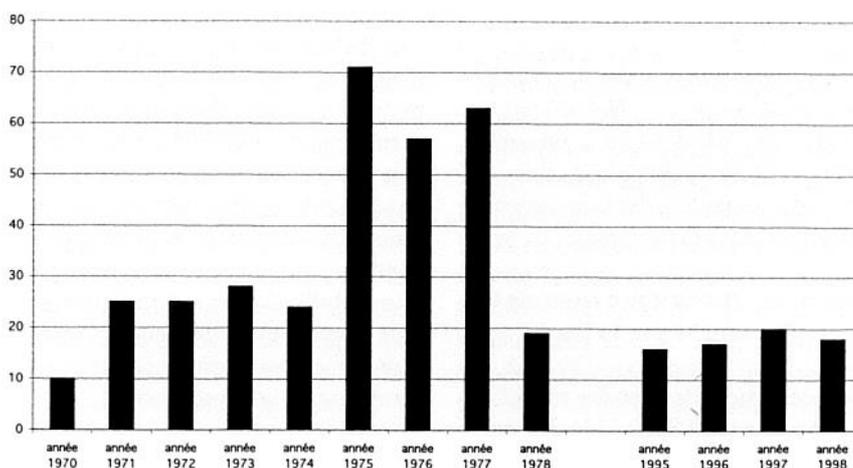
Durant ces 60 dernières années, de rares cas de lèpre métropolitaine autochtone ont été rapportés. Les 2 derniers cas diagnostiqués en 1983 et en 1987, étaient des patients immunodéprimés dont un avait été en contact avec un patient MB (2). Dans notre enquête, malgré une prédominance des formes lépromateuses MB, la contagiosité des nouveaux malades semble « a priori » avoir été nulle en raison de la notion constamment retrouvée de séjour en pays d'endémie et de l'absence de cas familiaux parmi les nouveaux patients.

Par rapport aux autres territoires français, en 1997 comme en 1998, le nombre de nouveaux cas détectés en Métropole (20 et 18 cas), a été supérieur à ceux rapportés dans les DOM-TOM : Guadeloupe, Martinique, Guyane, Réunion, Nouvelle-Calédonie et Polynésie française (moins de 10 cas) à l'exception de l'île de Mayotte (Collectivité Territoriale) où respectivement 36 et 26 cas ont été dépistés et où la prévalence de 3,2/10 000 habitants (1998) témoigne du caractère endémique de la maladie dans l'île.

En 1998, l'OMS estimait à moins de 1000 le nombre de patients lépreux dans la zone « Europe » (50 pays) avec 523 cas enregistrés et 37 nouveaux cas dont 12 en Espagne, 1 au Portugal et 1 au Kazakhstan (3). L'origine des autres patients n'était pas précisée. Nos résultats suggèrent que cette évaluation où tout au moins que le nombre de nouveaux cas annuel est probablement sous estimé. Il serait intéressant que le même type d'enquête que la nôtre soit menée dans les autres pays européens de façon à évaluer la réalité de la situation de la maladie de Hansen dont on peut d'ores et déjà dire qu'elle n'aura pas disparu en France métropolitaine et non métropolitaine en l'an 2000.

Références: (1) Bull. Soc. Pathol. Exot., 1979, 72:295-307. (2) Ann. Dermatol. Veneréol., 1995;122 : 606-8. (3) WHO Status Report Lep/98/2.

EVOLUTION du NOMBRE de NOUVEAUX CAS PAR AN



■ LA LEPRE DANS LES DOM - TOM

Voici les chiffres 1999 des DOM-TOM qui nous ont été communiqués par :

- le Dr. Raymond HELENON pour la Martinique,
- le Dr. Micheline FREDERIC pour la Guadeloupe,

- le Dr. Leila BERRAMDANI pour la Guyane,
- le Dr. Maryse CROUZAT pour la Nouvelle-Calédonie,
- le Dr. Ngoc Lam NGUYEN pour la Polynésie Française,
- le Dr. Georges de CARSALADE pour Mayotte,
- le Dr. DEMANEUF pour La Réunion.



LA LEPRE DANS LES DOM-TOM au 01/01/2000

	Enregistrés fin 1999 (« cas de lèpre » selon déf. OMS)				Détectés en 1999						Rechutes
	PB	MB	TOTAL	Prév. (pour 10000)	PB	MB	TOTAL	Tx détection (pour 100 000)	N. Enfants	Infirmités au dépistage	
- Martinique			26	0,6	7	3	10	2,63	0	0	2
- Guadeloupe	9	18	27	0,6	3	0	3	0,7	0	0	1
- Guyane Française	11	13	24	1,41	8	0	8	4,7	0	1	3
- Mayotte (au 30/09/99)			84	6,5	16	29	45 (*)	31,6	4	3	1
- Nouvelle-Calédonie	1	10	11	0,53	3	4	7	3,4	0	1	0
- Polynésie Française	1	9	10	0,44	1	2	3	1,32	0	1	0
- La Réunion			20	0,35(*)	2	3	5	0,7	1	-	0
Total DOM/TOM			202				81		5	6	7

(*) 54 cas fin décembre

(*)(*) Au 01/01/1999 (Thèse S. BAZIN)

■ LA LEPRE A MAYOTTE

Une étude de « **La lèpre dans la collectivité territoriale de Mayotte.**

Etude rétrospective de 1990 à 1998 ».

par G.Y. de Carsalade, A. Achirafi et B. Flageul

Cette étude parue dans le *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* (BEH) - N° 44/1999 du 2 novembre 1999 - doit être publiée dans une version plus détaillée dans le prochain numéro d'*Acta Leprologica*.

Mayotte : le territoire français le plus touché par la lèpre

Dans cet article, les auteurs rappellent que Mayotte (374 Km² / 131 320 habi-

tants) est située dans une zone d'endémicité lépreuse importante (proximité d'Anjouan et de Madagascar) et que dans le cadre des DOM-TOM, ce territoire français est de très loin le plus touché (27 nouveaux cas en 1998, 54 fin 1999).

Ils concluent que cette étude « confirme bien que, à l'aube de l'an 2000, la lèpre continue à être endémique dans l'île de Mayotte et que fréquemment le diagnostic est porté tardivement, ceci malgré des structures médicales de bonne qualité. Ces constatations révèlent la nécessité d'un renforcement de la lutte anti-lépreuse qui devrait comprendre un dépistage actif temporaire dans les communes hyperendémiques, la sensibilisation et la formation d'un plus grand nombre de membres du personnel médical et paramédical et l'information de la population ».

En ce qui concerne les statistiques 1999, le Dr. G. de Carsalade nous précise :

« L'augmentation du nombre de nouveaux cas détectés en 1999 (54 cas) est liée à la sensibilisation faite cette année des infirmiers trieurs et des médecins des différents dispensaires (1 staff avec 70 diapos de malades, et qui a eu un gros succès), mais aussi à des émissions radiophoniques faites par M. A. Achirafi à RFO Mayotte. Si des moyens humains (vacations supplémentaires de médecins et d'infirmiers) nous sont accordés en l'an 2000, nous pourrions intensifier nos actions dans les communes hyperendémiques et faire des mini CEL. »

« ...C'est au pied du mur que l'on voit ... le mur »

■ EVALUATION DU RÉSEAU DE PRISE EN CHARGE DE LA LÈPRE À LA RÉUNION (*)

Sophie Bazin

Mandainga ny rano, hoy ilay Boka nizaha taratra.

*L'eau ment, dit le Lépreux venu se mirer.
Proverbe malgache.*

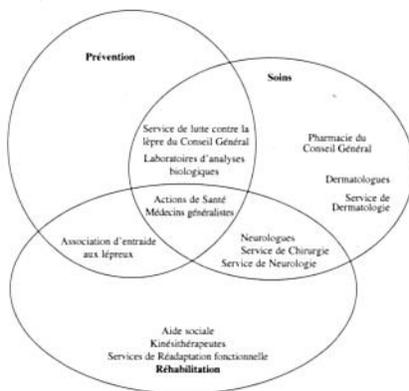
L'île de La Réunion est un département français d'outremer situé dans la région sud-ouest de l'Océan Indien, à 9200 kilomètres de Paris, entre l'île Maurice à 100 kilomètres et Madagascar à 700 kilomètres. Inhabitée lors de sa colonisation au XVII^e siècle, elle semble avoir accueilli la lèpre dès le début de son peuplement, vraisemblablement introduite lors de la déportation des esclaves. La maladie de Hansen y évolue depuis cette époque, mais depuis 1988 le taux de prévalence est inférieur à la valeur de un cas pour dix mille habitants, et on peut donc considérer être **en situation de faible endémie** depuis dix ans. Cette situation presque « expérimentale » présente un intérêt certain puisque la plupart des pays vont s'y trouver confrontés dans les années qui viennent. Néanmoins il ne faut pas oublier que La Réunion en tant que département français est dans une situation sanitaire qui ne peut être comparée à celle de ses voisins, pays en voie de développement.

Ma rencontre avec deux patients réunionnais atteints de lèpre et qui ont souffert un important retard au diagnostic est à l'origine de cette étude. Après avoir traité les populations, il ne faut pas négliger de soigner les individus, et la vigilance devrait rester de mise lorsque la maladie n'est plus un problème de santé publique ; sans quoi **le risque de résurgence est grand**, majoré à La Réunion par la **proximité de zones où l'endémie est forte (Madagascar, Comores)**. Cette évaluation s'est attachée à analyser le réseau de prise en charge de la lèpre sur l'île afin de repérer les **dysfonctionnements** et de proposer des **mesures** pour y remédier.

MÉTHODE

Dans le cas présent, elle est de type « externe » : réalisée dans le cadre d'une thèse, de façon indépendante et

en l'absence de demande de la part du réseau. Les différents acteurs de la prise en charge de la lèpre à La Réunion ont très bien compris l'intérêt de cette étude. Ils ont accepté de coopérer avec beaucoup de bonne volonté, parfois satisfaits de trouver une écoute attentive à l'expression des difficultés qu'ils peuvent rencontrer. Des indicateurs ont été définis afin d'orienter le recueil de données, qui a été effectué d'abord au plus près du patient (médecins généralistes, Dispensaires d'Actions de Santé), puis auprès des spécialistes (dermatologues, neurologues, hôpitaux) et dans un dernier temps auprès de l'institution chargée de la lutte contre la lèpre, le Conseil Général, ceci afin que les données en possession de cette institution n'influencent pas le recueil sur le terrain. Par ailleurs il a semblé pertinent que le questionnaire proposé aux médecins généralistes ait un objectif secondaire de sensibilisation, et une information a été délivrée aussi souvent que possible. A La Réunion, le réseau de prise en charge de la lèpre peut être représenté comme suit :



La lèpre est habituellement observée dans des localisations géographiques très focalisées. On a donc utilisé pour l'enquête auprès des médecins généralistes la méthode du sondage par grappes (par souci de représentativité et afin d'éviter un biais de sélection), et la division s'est appuyée sur chaque mairie annexe ou

lieu-dit. 161 noms ont ainsi été déterminés, soit environ 25 % des 627 médecins généralistes libéraux de l'île.

La deuxième partie du recueil de données s'est déroulée au sein des Dispensaires d'Actions de Santé, anciennement Dispensaires d'Hygiène Sociale, qui relèvent du Conseil Général. Tous les dossiers de Maladie de Hansen disponibles ont été consultés, soit en accès direct, soit par l'intermédiaire de l'infirmière ou du médecin d'Actions de Santé. Parmi ces dossiers, nous avons retenu ceux des patients ayant débuté ou repris un traitement antilépreux à partir de janvier 92 et jusqu'à juin 99. Quarante sept observations de patients lépreux ont ainsi été établies pour analyse ; elles ont été complétées secondairement par les informations recueillies par téléphone ou de visu auprès des médecins traitants et des dermatologues, et par les données du dossier hospitalier lorsqu'il existait. Dans un troisième temps, nous avons interrogé les médecins spécialistes libéraux et hospitaliers. Chacun des dix-neuf dermatologues exerçant sur l'île a accepté de répondre à quelques questions, concernant le nombre de lépreux suivis au cours de sa pratique, son avis sur le traitement de choix actuellement et son opinion sur le réseau. Nous avons eu accès aux dossiers des patients hanseniens, soit directement au cabinet, soit par l'intermédiaire du spécialiste. Cinq cas de lèpre non connus des dispensaires ont pu ainsi être identifiés. La visite aux médecins hospitaliers habituellement confrontés à la lèpre, dermatologues et neurologues, a permis de compléter les observations déjà connues et de découvrir un cas supplémentaire. L'ultime étape du recueil des données fut la rencontre du médecin coordinateur de la lutte antilépreuse et de l'infirmière chargée de la tenue des registres des cas de lèpre, au Conseil Général. Les données du registre ont permis d'identifier sept autres cas de lèpre, dont les observations ont été éta-

blies après information auprès des médecins traitants.

N'ont pas été retenues pour analyse les observations de patients traités totalement en dehors de La Réunion (2 cas), ni celles des patients encore en traitement en 1992 mais dont le traitement avait été débuté antérieurement (une dizaine de cas), ni les cas pour lesquels la lèpre a été fortement suspectée cliniquement mais qui, en raison d'une régression spontanée de la lésion, n'ont pas nécessité de traitement anti-lépreux. Enfin, les cas de suspicion de lèpre n'ayant pas été confirmés par la biologie ni par l'évolution de la maladie ont également été écartés.

Au total, **soixante patients mis ou remis sous traitement antilépreux à partir de 1992** et jusqu'en juin 1999 ont été recensés.

RÉSULTATS

Au terme de l'évaluation, la synthèse des constatations permet de faire les remarques qui suivent.

Concernant les **indicateurs de structure** : **L'accessibilité à l'hôpital pose problème aux personnes dépourvues de couverture sociale** ; l'image parfois négative des Dispensaires d'Actions de Santé peut dissuader la population d'y avoir recours. En revanche, l'accessibilité géographique, l'accessibilité dans le temps et la connaissance de l'offre de soins sont satisfaisantes.

La pertinence des structures étudiées est améliorable. Les médecins généralistes connaissent habituellement l'existence de la lèpre sur l'île et plus de la moitié d'entre eux l'ont rencontrée dans leur pratique, mais leur information sur la question date généralement de leurs études de médecine générale. Les dermatologues appliquent des protocoles thérapeutiques très différents d'un médecin à l'autre. L'action des médecins d'Actions de Santé est aussi peu valorisée qu'elle est peu valorisante. En revanche l'équipement hospitalier paraît adapté à une prise en charge globale du malade.

La réactivité évalue l'aptitude du

réseau à repérer et analyser un dysfonctionnement.

Celle du réseau étudié est **faible**, principalement en raison d'un **manque d'interactivité entre les différents intervenants.**

La capacité d'évaluation apprécie la mise en place, par le réseau, des moyens lui permettant de s'évaluer. Elle est correcte. Un recensement des nouveaux cas de lèpre et des malades en traitement est établi chaque année, il semble un reflet assez fidèle de l'endémie réunionnaise.

Concernant les **indicateurs de processus**, qui permettent d'apprécier les pratiques :

La **globalité** est moyennement satisfaisante. La prise en charge psychologique du malade reste parfois difficile, mais la prise en charge des aspects sociaux et des handicaps s'effectue habituellement sans grande difficulté. Le dépistage actif des sujets contacts semble acceptable pour les familles et utile dans une optique de sensibilisation. En revanche les aspects de prévention primaire des invalidités (par dépistage systématique de lésions oculaires ou neurologiques infracliniques) et secondaire (accessibles à une éducation sanitaire du patient) ne sont pas abordés.

La **cohérence** du réseau apparaît insuffisante. Un effort de concertation et de formation continue semble nécessaire à tous les niveaux.

L'adaptabilité est médiocre. La faible prévalence de la lèpre à La Réunion demande une redéfinition des objectifs et des rôles, actuellement non envisagée.

L'interactivité souffre de l'absence d'investissement des acteurs du réseau dans la lutte contre la lèpre, qu'ils considèrent aujourd'hui comme une activité marginale. La communication, dans ces conditions, est parfois difficile.

La continuité est moyenne. Le retard au diagnostic reste trop souvent important, les dispensaires subissent des ruptures de stock en traitement et en réactifs, et le recours aux examens neurologiques, rhino-laryngologiques et ophtalmologiques est loin d'être systé-

matique. En revanche, une fois le diagnostic posé, la mise en route du traitement et la prise en charge chirurgicale respectent des délais satisfaisants.

Au total, **33 patients lépreux parmi les 58 dont le dossier est complet ont bénéficié d'une prise en charge globalement satisfaisante** de la part du réseau.

Concernant les **indicateurs de résultat** : **L'acceptabilité** semble assez bonne pour les patients qui ont recours, en majorité, à la collaboration de plusieurs intervenants. Les difficultés sont liées à la mauvaise image de la lèpre, à la réputation des dispensaires et au caractère lourd et long du traitement. Au total, 37 sur 60 patients n'ont pas induit de problème pour leur prise en charge.

Pour les professionnels, l'activité de lutte contre la lèpre est vécue comme marginale et la réalité du réseau ne leur est pas évidente.

Au plan de **l'efficacité** : sans remettre en cause la polychimiothérapie classique qui a fait ses preuves, on observe un nombre non négligeable de rechutes (parfois difficiles à différencier de réactions tardives) et des effets secondaires qui peuvent entraver l'adhésion au traitement.

La légère tendance de la détection à diminuer ne doit pas masquer l'activité de l'endémie, attestée par la survenue de la lèpre chez des enfants.

Si le délai moyen pour le diagnostic paraît acceptable, le taux élevé de nouveaux cas présentant une infirmité de degré 2 traduit les regrettables conséquences d'une errance diagnostique de plusieurs années.

L'efficience paraît correcte. Le coût de la lutte contre la lèpre semble acceptable pour la collectivité, grâce à l'intégration de cette activité par chaque membre du réseau et à tous les niveaux, public et libéral.

CARACTÈRES DE LA LÈPRE CHEZ LES 60 LÈPREUX DE L'ÉTUDE

Contage : 72 % des cas de lèpre sont endogènes.

Parmi les 60 patients de l'étude, on

retrouve une notion de contagement réunionnais dans 43 cas, pour lesquels on identifie une proximité avec un lépreux déjà connu dans la famille (17 cas), dans le voisinage (12 cas) ou sur le lieu de travail (3 cas).

Pour 5 cas, la lèpre a été contractée à Madagascar, pour 5 autres cas, elle a probablement été contractée aux Comores ou à Mayotte, enfin un cas de lèpre était originaire de Guyane, un cas provenait d'Afrique noire et un cas venait d'Inde.

Pour 4 patients, on ne peut dire si la lèpre a été contractée à La Réunion ou en dehors.

Délai moyen pour le diagnostic : 12 mois

Proportion de formes multibacillaires : 55 %

Proportion de nouveaux cas avec degré 2 d'infirmité : 12 %

Proportion de nouveaux cas enfants : 7 %

Taux de prévalence au 01.01.1999 : 0,35 malades en traitement pour 10000 habitants

Taux de détection pour l'année 1998 : 0,7 nouveaux cas pour 100000 habitants

Sex Ratio : 1

Couverture par la polychimiothérapie : 72 %

43 patients sur 60 soit 72 % ont bénéficié de la polychimiothérapie proposée par l'OMS

6 patients multibacillaires ont poursuivi un traitement par Rifampicine + Dapsone

2 patients ont poursuivi un traitement par Rifampicine + Clofazimine

7 patients ont poursuivi un traitement par Rifampicine + Ofloxacine

1 patiente a poursuivi un traitement par Dapsone + Clofazimine

2 patients ont poursuivi un traitement par Minocycline

4 patients n'ont pas poursuivi de traitement

Distance moyenne pour le traitement : 7 kilomètres

Si l'on compare l'endémie lépreuse réunionnaise à celle observée dans les

autres départements et territoires français d'outremer [2], on observe que La Réunion enregistre les taux les plus faibles de prévalence et de détection.

PROPOSITIONS

L'évaluation du réseau de prise en charge de la lèpre à La Réunion a permis de dégager des **éléments positifs, mais aussi des points pour lesquels une amélioration peut être apportée. Une redéfinition des objectifs et du rôle du Département** dans la lutte contre la lèpre devrait être **programmée**. La tenue des registres et l'implication des Dispensaires d'Actions de Santé nous paraît indispensable, mais cette implication ne peut être efficace si elle n'est pas valorisée. Le rôle des différents intervenants sanitaires du réseau devrait pouvoir être précisé en concertation avec chacun de ces intervenants. Un **travail en « équipe »** des médecins d'Actions de Santé est souhaitable.

Afin de sensibiliser le corps médical à la persistance de l'endémie lépreuse et d'actualiser ses connaissances en la matière, un **enseignement post-universitaire** bien signalé devrait être proposé aux médecins généralistes, aux médecins d'Actions de Santé, aux dermatologues et aux neurologues. Cet enseignement peut être l'occasion d'une **rencontre** entre les différents acteurs du réseau afin d'encourager une communication plus fluide.

Les médecins d'Actions de Santé et les dermatologues devraient être sensibilisés à la nécessité de **prévenir** la survenue des **invalidités** et leur aggravation. Un examen ophtalmologique orienté et un examen neurologique avec électromyogramme devraient être proposés à chaque nouveau cas de lèpre, même en l'absence de signe fonctionnel. Une formation à l'**éducation sanitaire** des malades lépreux est également souhaitable.

Les dermatologues retireraient un grand bénéfice d'une conférence de consensus, ou plus modestement, d'une **réunion d'harmonisation** afin de définir les **protocoles thérapeu-**

tiques actuellement les mieux adaptés au contexte réunionnais.

Les ruptures de stock en médicaments qui affectent les dispensaires ne sauraient être justifiées. Le **refus** exprimé par l'hôpital **d'accueillir les patients dépourvus de couverture sociale** nous semble **inacceptable**.

L'image terrifiante encore trop souvent attachée au mot de lèpre est difficile à combattre, même en situation de faible endémie. Les journaux sont un support exemplaire pour démystifier la maladie à l'occasion de chaque Journée Mondiale de la Lèpre, encore faut-il qu'ils soient lus. Mais la compréhension et l'acceptation de la maladie sont habituellement liées aux facultés pédagogiques du médecin qui révèle le diagnostic, à la relation qu'il entretient avec son malade. Et ça, ça reste une **affaire de personnes**.

Si tu oublies la lèpre, elle ne t'oubliera pas ...

Malgré les progrès remarquables engendrés par l'application de la polychimiothérapie, l'**éradication** de ce fléau séculaire semble encore aujourd'hui une ambition **utopique**. Aussi les objectifs doivent-ils être redéfinis et la **lutte contre la lèpre doit pouvoir s'intégrer à l'ensemble du système de santé**. Il ne s'agit plus de traiter en masse une population mais de **conserver un niveau de compétence suffisant** pour prodiguer à chaque individu des soins adéquats.

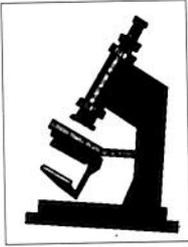
Cette évaluation a permis de mettre en lumière les **difficultés** de prise en charge qui surviennent, même dans une région fortement médicalisée, **lorsque la lèpre se fait rare**. Nous espérons qu'elle offrira des pistes de réflexion aux pays qui sont encore touchés par la maladie, et aux organisations internationales qui s'attachent à la lutte contre la lèpre.

Aujourd'hui autant que demain, la **vigilance reste de mise**.

(*) *Résumé d'une thèse de médecine soutenue le 2 novembre 1999 à Caen*

■ ACQUISITIONS RECENTES EN IMMUNOLOGIE DE LA LÈPRE

Ph. Lagrange*



De nombreuses revues récentes ont fait le point des connaissances actuelles sur la complexité des réponses du système immunitaire qui se développent après l'infection par des mycobactéries. Ces connaissances sont issues dans leur grande majorité, de résultats obtenus avec des modèles expérimentaux animaux infectés par des mycobactéries cultivables pathogènes (*Mycobacterium tuberculosis*) ou opportunistes (*M. avium*), et de quelques études réalisées *ex vivo* à partir de patients atteints d'infections à mycobactéries (*M. tuberculosis*, *M. leprae*). Deux grands aspects de la réponse immunitaire antimycobactérienne ont été abordés. Le premier est relatif aux mécanismes potentiellement protecteurs, le second a trait aux variabilités des réponses immunologiques rencontrées chez les individus infectés exprimant des formes cliniques de la lèpre (formes lépromateuses et formes tuberculoïdes).

Protection immune :

En ce qui concerne les mécanismes de la protection immune vis-à-vis des mycobactéries en général, et en partie vis-à-vis de *M. leprae*, les données récentes ont montré le rôle majeur joué par l'**immunité à médiation cellulaire**, sous tendue par les lymphocytes thymodépendants (appelés **lymphocytes T**). Parmi ces derniers, on a l'habitude de les classer en fonction de leurs marqueurs de surface (CD4+ et CD8+) et de leurs fonctions (démontrés *in vitro* et *in vivo*). Les lymphocytes T impliqués dans la protection acquise comprennent à la fois des lymphocytes CD4+ et des lymphocytes CD8+, chacune de ces sous-populations pouvant présenter à la fois des **fonctions pro-inflammatoires** induisant des granulomes et aussi des **acti-**

vités cytotoxiques. La voie classique d'induction des réponses cellulaires des lymphocytes T (CD4+ et CD8+) est liée à la **reconnaissance des molécules étrangères** d'origine protéique. Ces lymphocytes reconnaissent les antigènes peptidiques présentés obligatoirement par des cellules spécialisées appelées présentatrices d'antigènes (macrophages, cellules dendritiques). Cette reconnaissance se fait par l'intermédiaire des glycoprotéines membranaires, du **Complexe Majeur d'Histocompatibilité (CMH)**, dites de classe II pour les lymphocytes T CD4+ et de classe I pour les lymphocytes T CD8+. Cette reconnaissance s'associe à d'autres molécules d'adhésion cellulaire pour entraîner l'**activation des lymphocytes T et la production de cytokines**. Les effecteurs cellulaires, ayant reconnu les antigènes bactériens, ont soit une activité indirecte par la production de cytokines (Interféron γ , TNF a...) qui induisent l'**activité bactéricide** des macrophages ou soit une activité directe par la **libération de molécules cytolytiques** (Perforine, Granzyme B). Les premiers médiateurs moléculaires sont aussi capables d'induire la **formation de granulomes** accumulant des cellules monocytaires à forte capacité bactéricide ou bactériostatique ce qui entraîne la stérilisation des foyers infectieux. Les seconds médiateurs cytolytiques sont délivrés dans les espaces de liaison entre les lymphocytes T et les macrophages infectés, ils entraînent la **lyse** de ces cellules. Les **mycobactéries** vivantes sont **libérées**, elles seront ensuite **phagocytées et tuées** par les monocytes activés recrutés localement.

Une **autre voie d'activation** des lymphocytes T a été récemment décrite. Elle concerne la **reconnaissance** par certaines sous-populations lymphocytaires, d'**antigènes lipidiques** (ac. mycoliques, Lipoarabinomannane) reconnus par l'intermédiaire de molécules appelés CD1, exprimés par les

macrophages et les cellules dendritiques situées dans les zones paracorticales des ganglions lymphatiques drainants. Ces lymphocytes activés (CD8+, ou CD4-CD8-) ont des capacités cytolytiques, mis en évidence *in vitro*. Cette cytolyse est associée à la réduction de la viabilité des mycobactéries infectantes au sein même des macrophages par un peptide bactéricide : la **granulysine**. Cette deuxième voie pourrait avoir un rôle important, car il a été montré qu'il existait une diminution significative d'expression des molécules CD1 dans les lésions périphériques des patients lépromateux par rapport à celles des patients tuberculoïdes.

Variabilités des réponses immunitaires :

La lèpre est une maladie infectieuse chronique présentant un **spectre immuno-clinique** caractéristique. L'analyse des réponses immunologiques humorales et cellulaires a montré que le spectre immunologique pouvait en première approximation correspondre aux formes cliniques avec **deux pôles opposés** liés entre eux par des **formes instables de polarité évolutive** vers l'un ou l'autre pôle. Le **pôle lépromateux** associe les formes disséminées avec une grande prolifération bacillaire, **une absence de réponse cellulaire T granulomateuse**, et une grande fréquence de **production d'anticorps** (IgG et IgM) spécifiques de glycolipides (PGL). A l'opposé, le **pôle tuberculoïde** est caractérisé par une absence de prolifération bacillaire, un **granulome lymphocytaire T pathologique** et une **faible production d'anticorps**. Ces deux pôles pourraient correspondre, comme l'a montré récemment l'équipe de Modlin, à une **dichotomie des fonctions des lymphocytes T CD4 et CD8**, classés en réponses de type 1 ou de type 2, suivant la polarité des réponses en médiateurs pro-inflammatoires ou anti-inflammatoires (type 1 : Interféron γ ,

■ ELEMENTS DE GENETIQUE BACTERIENNE.



Le patrimoine génétique de toute cellule vivante a pour support la molécule d'acide désoxyribonucléique (A. D. N.). Cette molécule a une structure

simple : elle est constituée par l'assemblage de quatre éléments de base, quatre nucléotides. Un nucléotide est lui même constitué d'un nucléoside résultant de l'association d'une base purique ou pyrimidique et d'un sucre, le désoxyribose. L'association d'un nucléoside avec un à plusieurs phosphates donne un nucléotide.

Il y a quatre bases différentes :

- deux bases puriques : Adénine et Guanine
- deux bases pyrimidiques : Cytosine et Thymine.

La molécule d'ADN est constituée de deux chaînes de nucléotides assemblées entre elles à la manière d'une échelle où, chaque montant, serait constitué par le squelette sucre-phosphate de chacune des chaînes ; les « barreaux » étant représentés par les bases unies entre elles, par paires.

Au niveau de chaque « barreau » les bases sont donc appariées mais l'association ne peut se faire qu'entre :

- Adénine et Thymine d'une part
- Guanine et Cytosine d'autre part.

Ces bases sont dites complémentaires : lorsque la structure d'une chaîne est connue on peut en déduire la structure de l'autre chaîne.

Cette relation de complémentarité A-T, G-C, implique une possibilité d'auto-réplication : lorsque les deux chaînes de la molécule sont séparées, de façon naturelle ou artificielle (à l'image d'une fermeture éclair) chaque chaîne possède l'information nécessaire et suffisante pour engendrer une chaîne fille à partir des éléments de base (nucléotides) existant dans le milieu.

L'information génétique est donc écri-

te avec un alphabet très simplifié constitué de quatre lettres, qui sont les quatre bases : A, T, G, C.

Toutes les protéines produites par les cellules vivantes sont constituées de chaînes plus ou moins longues, d'acides aminés. La différence entre les protéines dépend, en grande partie, du nombre, de la proportion, de la situation dans la chaîne de ces différents acides aminés.

Il existe vingt acides aminés (AA). Les combinaisons possibles avec deux lettres (deux bases) de l'alphabet génomique ne peuvent permettre de coder 20 AA différents.

Par contre, les différentes combinaisons possibles avec trois lettres permettent ce codage et même au-delà.

La séquence de trois lettres ou « triplet », permettant ce codage, s'appelle un *codon*.

Un même acide aminé peut être codé par plusieurs codons (2 ou 3). D'autres codons jouent un rôle de ponctuation dans l'écriture génétique, par exemple, signal de début ou de fin de lecture du message.

Une protéine étant constituée de très nombreux acides aminés, le gène dont dépend cette protéine va être constitué par une longue série de codons, chaque codon correspondant, en gros, à un AA : il est donc constitué de plusieurs milliers de paires de bases ; la longueur d'un gène est exprimé en kilobases (kb).

La lecture et la traduction de l'information génétique ne peuvent se faire directement : cette information est située sur le chromosome bactérien mais les protéines sont fabriquées par des « usines » disséminées dans le cytoplasme, les ribosomes.

Les intermédiaires sont représentés par des acides nucléiques différents où le sucre est un ribose : ce sont les acides ribonucléiques ou ARN.

Il existe deux principales variétés d'ARN : les ARN messagers (mARN)

et les ARN de transfert (tARN).

L'ARN messager va copier un gène : cet mARN est constitué d'une chaîne de nucléotides complémentaires de la séquence nucléotidique d'une chaîne de l'ADN. Cette copie va se faire à de multiples exemplaires, ce qui permet d'amplifier considérablement la lecture.

Le mARN va être transporté au niveau des ribosomes où vont s'effectuer la lecture et la traduction du message ainsi que l'assemblage, au fur et à mesure de la lecture, des AA correspondants. Ces AA, sont amenés, dans l'ordre, par les tARN (chaque tARN étant spécifique de l'AA correspondant).

Le mARN se comporte, en quelque sorte, comme un ruban magnétique passant par une tête de lecture qui est le ribosome.

Sur un chromosome bactérien sont donc disposés un grand nombre de gènes, chaque en retranchant de petits fragments de chaînes nucléotidiques (oligonucléotides).

Le génie génétique exploite actuellement ces techniques pour faire fabriquer, par des bactéries, des molécules thérapeutiques, par exemple l'insuline. La biologie moléculaire a également permis d'énormes progrès dans le diagnostic en infectiologie, par l'utilisation de sondes moléculaires : ce sont des « hameçons » biochimiques constitués de petites chaînes de nucléotides complémentaires d'une séquence spécifique du génome d'une bactérie (ou d'un virus) qui, en se combinant à la fraction de génome recherché, vont permettre d'« accrocher » et d'identifier l'agent pathogène.

L'étude de la génétique bactérienne a été à l'origine d'une révolution en biologie dont on ne connaît pas encore toutes les potentialités

*médecin-biologiste. Bordeaux.

■ MYCOBACTERIUM LEPRAE DANS LA MUQUEUSE NASALE, DETECTE PAR PCR

S.R. Pattyn (*)

Au XIV^{ème} Congrès International de la lèpre à Orlando, deux communications concernaient la recherche de *M. leprae* dans les muqueuses nasales d'individus contacts de malades de la lèpre afin de détecter et illustrer la transmission des bacilles par voie aérogène. Ces détections se faisaient par PCR (polymerase chain reaction).

Au XV^{ème} Congrès à Beijing, il y eut 7 communications à ce sujet. Voici l'essentiel de ces communications.

EPO1 - Dans un village dans lequel la lutte antilépreuse avait été menée depuis 20 ans, 1298 écouvillonnages nasaux furent récoltés pour détection de *M. leprae* par la PCR. Les résultats ne sont pas communiqués dans le résumé.

EPO3 - S. Izumi examina des sources d'eau dans un district où la prévalence de lèpre était estimée à 2,5 %. 13 échantillons sur 27 furent trouvés positifs.

EP10 - Concerne une étude par Sang-Nae Cho, faite en Micronésie. 12 (1,9 %) des 629 écouvillonnages nasaux provenant d'individus apparemment normaux furent trouvés positifs avant l'instauration d'un traitement préventif et 9/622 (1,4 %) un an plus tard.

EP35 - Environ 5 % (sur 1200) d'individus normaux vivant dans une région en Inde étaient porteurs de *M. leprae* au niveau de la muqueuse nasale, détecté par PCR.

EP36 - Concerne l'examen de 600 écouvillonnages nasaux provenant de villages endémiques et probablement récoltés chez des personnes sans signes apparents de lèpre (le texte du résumé ne le signale pas explicitement). Les contacts des malades étaient 4 fois plus souvent positifs. Les personnes de < 15 ans et de > 65 ans étaient rarement positives.

M102 - Concerne une étude de contacts : 8/242 (3,3 %) contacts de MB étaient positifs, aucun chez des contacts de PB.

M106 - Examina 21 malades et 25 contacts et les trouva tous négatifs.

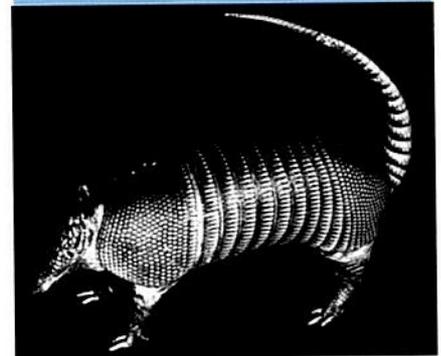
La PCR a fait naître de grands espoirs dans de nombreux domaines, y compris la microbiologie. La technique permet en effet de détecter des micro-organismes présents en très faible nombre. Mais cette réaction comporte un certain pourcentage de résultats faussement négatifs et faussement positifs. Les premiers sont la conséquence de la présence de substances inhibant l'activité de l'enzyme polymérase utilisée dans la réaction. Les seconds sont le résultat de contaminations dans le laboratoire. En effet, la PCR produit un nombre très élevé de molécules de taille relativement réduite qui sont très facilement dispersées dans les réactifs, les appareils, l'environnement et de là parviennent dans des échantillons à examiner. De nombreuses enquêtes de contrôle de qualité dans les laboratoires appliquant la méthode dans le diagnostic de la tuberculose, de l'hépatite C, de *Chlamydia trachomatis* et autres illustrent les nombreuses déficiences existant dans le domaine.

Aussi est-il **indispensable** que les auteurs de recherches comme celles mentionnées ci-dessus prennent **toutes les précautions** afin d'assurer la qualité de la collecte des échantillons et des manipulations au laboratoire. **Le sujet est important** et si **une confirmation par recherche rigoureuse est fournie**, un suivi de cohortes s'imposera.

(*) Unité Mycobactériologie -
Institut Médecine Tropicale - Anvers

TATOU

Un véritable « tube à essai » à 4 pattes. Une petite usine fabriquant du *M. leprae*. Parce que sa température corporelle est basse, il se prête à la culture d'abondantes quantités de bacilles fournissant ainsi du matériel d'expérience aux chercheurs.



SYSTÈME À GÉOMÉTRIE VARIABLE

La lutte contre la lèpre est passée d'un système « vertical » (lutte contre les grandes endémies) à un système « horizontal » (intégration dans les Services de Santé Généraux).

Cependant, une certaine dose de verticalité demeure dans cette horizontalité, avec des programmes nationaux spécifiques, des appuis techniques et financiers de partenaires privés, des actions ciblées telles que CEL ou SAPEL...

La trajectoire serait-elle devenue « oblique » ?

P. B.

Il faut éliminer les bacilles mais aussi les infirmités

PROBLÈME ESSENTIEL : LA PRÉVENTION DES INVALIDITÉS PASSE PAR LA RECHERCHE

La recherche sur la **pathogénie des névrites** doit être prioritaire :

- comment le bacille atteint les nerfs et envahit la cellule de Schwann ?
- à quelle fréquence les nerfs sont infectés au stade latent ?
- est-ce qu'ils hébergent des bacilles responsables de rechutes ultérieures ?

La détection consiste essentiellement à déceler « l'arriéré » des cas méconnus, car dans de nombreux pays, la proportion de cas réellement incidents est relativement faible par rapport à l'ensemble des cas. Une fois l'arriéré de cas éliminé, le nombre de cas dépistés diminuera pour atteindre un minimum.

D'après R.E.H. - OMS - 5.06.98

Actuellement, la détection de « l'arriéré » n'a pas encore atteint un niveau optimal et dans la majorité des pays d'endémie, le nombre de cas détectés ne baisse pas.

La tendance de la détection est en augmentation.

Cette situation risque d'être interprétée comme un échec de la tentative d'élimination.

STRATÉGIE DES CEL

Objectif :

- Améliorer le dépistage et la PCT
- Former des agents de santé
- Améliorer la sensibilisation et la participation des populations.

Une CEL doit :

- Couvrir le maximum de population
- Détecter et guérir le maximum de cas occultes
- Dans un temps relativement court

Une CEL peut se faire dans une région d'un pays, ou dans un pays tout entier.

En 2000, les CEL auront permis la détection de 650 000 nouveaux cas

PLACE DE LA VACCINATION BCG DANS LA LUTTE CONTRE LA LÈPRE ET LA TUBERCULOSE

En raison des communautés antigéniques entre tous les membres de la famille des mycobactéries, la vaccination BCG a une activité immunisante contre la tuberculose et contre la lèpre. Chacun sait que la protection conférée n'est pas totale, mais personne ne sait exactement le degré de la protection apparemment importante dans certains pays et beaucoup moins dans d'autres.

J. G.

BRÈVES

■ RAPPEL PCT

DANS LES PAYS D'ENDÉMIE
(RECOMMANDÉE PAR L'OMS)

PB :

RMP 600 mg/mois x 6 mois
DDS 100 mg/jour x 6 mois

MB :

RMP 600 mg/mois x 12 mois
CLO 150 mg/mois x 12 mois
CLO 50 mg/jour x 12 mois
DDS 100 mg/jour x 12 mois

(les doses mensuelles de RMP et CLO sont supervisées)

DANS LES PAYS INDUSTRIALISÉS

PB :

RMP 600 mg/jour x 6 mois
DDS 100 mg/jour x 6 mois

MB :

RMP 600 mg/jour x 24 mois
CLO 50 mg/jour x 24 mois
DDS 100 mg/jour x 24 mois

■ AUTRES SCHÉMAS PCT

Dans certaines situations particulières, le comité d'experts de l'OMS propose :

- Lèpre PB à lésion unique :

ROM 1 seule prise

- Refus Clofazimine

(coloration de la peau) :

ROM/mois x 24 mois

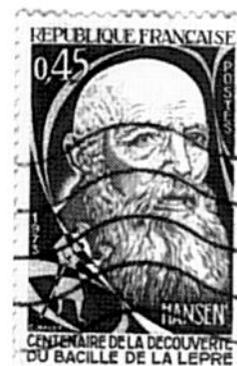
- Contrindication Rifampicine

(allergie - hépatite chronique...) :

CLO 50 mg + OFLO 400 mg + MINO
100 mg/j x 6 mois

puis

CLO 50 mg + OFLO 400 mg ou MINO
100 mg/j x 18 mois suivants.



■ LEPRE ET TUBERCULOSE : DES RESULTATS OPPOSES

J. Grosset*

Le contraste entre le succès de la lutte contre la lèpre pour laquelle l'élimination comme problème de santé publique était envisagée pour l'an 2000, et l'échec de la lutte contre la tuberculose pour laquelle l'urgence a été proclamée depuis 1993, est d'autant plus saisissant que ces deux maladies ont de nombreux **points communs**. Toutes deux sont des maladies infectieuses dues à des mycobactéries parasites strictes de l'homme et sensibles à la rifampicine. Pour toutes deux, il y a infection et maladie. Elles sont endémiques dans les pays en développement. Elles sont guérissables dans près de 100 % des cas par une polychimiothérapie (PCT) à base de rifampicine lorsqu'elle est prise d'une manière régulière et prolongée. La lutte contre la lèpre et la lutte contre la tuberculose ont en commun une étroite dépendance au soutien des pays industrialisés.

Il y a pourtant des **différences essentielles** entre les deux maladies. En interprétant d'une manière simplifiée les données épidémiologiques disponibles, on peut estimer qu'il y a chaque année **10 fois plus de nouveaux cas de tuberculose que de lèpre**. Sans traitement, la tuberculose est mortelle dans 50 % des cas dans un délai de 2 ans alors que la lèpre est source de mutilations lentement progressives ne mettant pas en cause le pronostic vital du malade. Le diagnostic de la tuberculose requiert des moyens techniques plus ou moins sophistiqués, mais à coup sûr coûteux, alors que le diagnostic de la lèpre ne demande qu'un simple examen clinique. Le traitement de la tuberculose repose sur l'administration quotidienne de rifampicine tandis que celui de la lèpre repose sur l'administration mensuelle de rifampicine. Très rapidement, en quelques semaines, le traitement antituberculeux donne au malade traité la sensation d'être guéri et de ne plus avoir besoin de continuer à prendre des médicaments alors que la régression et surtout la disparition des lésions cutanées de la lèpre sont lentes

et demandent souvent des mois. Le traitement antituberculeux est fragile alors que le traitement antilépreux est robuste : l'irrégularité et l'arrêt de la prise des antibiotiques antituberculeux sont rapidement sanctionnés par l'échec et souvent par la résistance des bacilles aux antibiotiques alors que les mêmes irrégularités, inhérentes à la nature humaine, sont sans conséquence apparente dans la lèpre. Enfin, l'incidence de la tuberculose est très négativement influencée par l'épidémie d'infection VIH alors que celle de la lèpre ne l'est apparemment pas.

Quantitativement et qualitativement, la lutte contre la lèpre est donc beaucoup moins difficile que la lutte contre la tuberculose. Elle est aussi beaucoup moins coûteuse : 10 fois moins de cas et 30 fois moins de rifampicine par cas conduit, en première approximation, à penser que **la lutte contre la lèpre est 300 fois moins coûteuse que la lutte contre la tuberculose**. Si son coût annuel peut être estimé à 136 millions de dollars par an, celui de la lutte contre la tuberculose est certainement supérieur à $136 \times 300 = 40.8$ milliards de dollars !

Comment gagner le combat contre la lèpre et la tuberculose ?

Pour la lèpre, aucune information scientifique précise ne permet d'affirmer que l'incidence a significativement diminué depuis l'introduction de la PCT en 1981. Etant donné la longueur de la phase d'incubation de la maladie, le contraire serait étonnant. Arrêter la lutte contre la lèpre en l'an 2000 sous le prétexte que le seuil d'élimination a été atteint alors que l'atteint de ce seuil n'est pas autre chose qu'un slogan mobilisateur, aurait tout naturellement comme conséquence une réascension de la prévalence et un retour progressif en une vingtaine d'années à la situation antérieure à 1981. L'important est la **consolidation des acquis** de l'an 2000. Celle-ci passe par un renforcement de la lutte contre la lèpre dans les pays qui n'auraient

pas atteint en 2000 le seuil d'élimination et la permanence du **soutien technique et financier** des pays industrialisés et, étant donné la prévalence maintenant réduite de la maladie, par une **adaptation** des méthodes diagnostiques et thérapeutiques et par un effort d'**intégration** de la lutte contre la lèpre dans des structures multidisciplinaires, par exemple la dermatologie.

Pour la tuberculose, les solutions aux difficultés actuelles sont, comme les causes d'échec, principalement organisationnelles, donc **politiques**. Elles passent par une mobilisation des ressources humaines et financières dans les pays en développement et dans les pays industrialisés pour appliquer sans réserve la stratégie **DOTS**. Même si la **prise supervisée de tous les antibiotiques** peut paraître irréaliste et surtout difficilement réalisable, il est de la responsabilité des pouvoirs publics de trouver les moyens permettant la régularité de la prise des antibiotiques, car celle-ci est la condition *sine qua non* du succès. Il faut avoir le courage de reconnaître que cela est difficilement réalisable dans des structures thérapeutiques non spécialisées. Les pays industrialisés ont fait de la lutte contre la tuberculose une grande cause nationale pendant près d'un siècle et ont consacré, et consacrent encore, à cette cause tous les moyens humains, salariaux, techniques et financiers nécessaires, y compris la gratuité totale du diagnostic et du traitement, ainsi que le versement de leur salaire aux malades pour éviter qu'il y ait compétition entre les soins et le support à leur famille. Ils ont réussi et savent donc bien ce qu'il y a lieu de faire. Comme ils disposent de 95 pour cent des moyens financiers, c'est de leur réponse à l'attente des pays en développement que dépend l'avenir de la lutte contre la tuberculose.

(Extrait communication aux Journées du Pharo - 3 sept 1999)

(*) Service Bactériologie et d'Hygiène
Faculté de Médecine Pitié Salpêtrière - Paris

■ QUEL EST VOTRE AVIS ?

P. Bobin

Cette nouvelle rubrique, expérimentée dans le précédent numéro du BALLF (n° 5), ayant reçu un accueil très favorable de l'ensemble de nos lecteurs,

nous souhaitons la poursuivre. Selon la même formule, nous avons adressé à une dizaine de personnes, un thème de réflexion et un questionnaire,

et nous vous faisons part ci-dessous de leur réponse.

PROBLÈME SOUMIS : DETECTION PRECOCE DES NOUVEAUX CAS



QUESTIONNAIRE :

- **PROBLEME** : Grâce à la PCT, les résultats obtenus dans la lutte contre la lèpre ont été spectaculaires. Mais, le nombre important de cas non détectés et de ceux dépistés trop tardivement est un sujet d'in-

quiétude (perennisation de l'infection et nombre élevé d'infirmes au moment du dépistage).

Pensez-vous que cette situation puisse

être améliorée ? Et si oui, quelle amélioration des stratégies actuelles proposeriez-vous pour réaliser une **détection précoce des nouveaux cas** ?

- **REponses PROPOSEES : OUI, NON**

- Pensez-vous qu'on puisse envisager une amélioration de cette situation ?

- Si oui, que proposez-vous ?

- Intensification de l'information des populations

- Formation dermato-léprologique des personnels de santé polyvalents :

- courte ; préciser nombre de jours (1, 2, 3 j) ;

- longue ; préciser durée

- Multiplication des CEL et SAPEL

Autres (préciser)

- Commentaires éventuels

NB : Pour les prochains numéros du BALLF, quel(s) autre(s) thème(s) souhaiteriez-vous voir traiter dans le cadre de cette rubrique ?



REPONSES REÇUES :

1) Dr. E. DECLERCQ (Bruxelles)

Amélioration possible ? : OUI

Propositions :

- Intensification de l'information des populations

- Formation courte

- Multiplication des CEL mais pas des SAPEL

- **Commentaires**

Mais la stratégie actuelle de dépistage précoce et traitement par PCT montre ses limites. On peut sans doute améliorer encore un peu le dépistage par les méthodes ci-dessus. Mais, on n'interrompra sans doute pas la transmission ici. Il est urgent d'envisager des méthodes alternatives et de revitaliser la recherche scientifique dans les domaines de la détection de l'infection et de la prophylaxie (immuno et chimioprophylaxie).

NB : Pour les prochains numéros du BALLF, autres thèmes :

Revue des résultats des CEL ; revue des connaissances - expériences en matière d'immuno et chimioprophylaxie.

2) Dr. R. FARRUGIA (Sydney)

Amélioration de cette situation ? : OUI

Propositions :

- Intensification de l'information des populations

- Formation dermato-léprologique des personnels de santé polyvalents : courte (1 jour)

- Insister sur l'information des membres de Gouvernements, et des Ministres de la Santé

- Organiser une journée mondiale de la

lèpre annuellement

- Demander à l'OMS de prendre officiellement position pour une deuxième étape sur le plan international (après le but de l'élimination de la lèpre pour l'an 2000) concentrée sur la recherche des cas non détectés et la mise en oeuvre à l'échelle nationale des moyens pour y parvenir.

- **Commentaires**

Il n'y a pas de doute que ce problème est le deuxième défi dans la lutte contre la lèpre et probablement deviendra de plus en plus évident dans les années à venir.

3) Dr. A. GUEDENON (Cotonou)

Amélioration de cette situation ? : OUI

Propositions :

- Intensification de l'information des populations : OUI

- Formation dermato-léprologique des personnels de santé polyvalents : OUI
courte - uniquement pour la suspicion

longue - 1 mois pour confirmation du diagnostic.

- Multiplication des CEL et SAPEL

- Commentaires

A mon avis, il n'y a pas de réponse standard. Tout dépend du système de santé du pays et du niveau où il se situe par rapport à l'objectif d'élimination de la lèpre. Un pays peut avoir une organisation qui utilise l'ensemble des propositions.

4) Pr. M. LECHAT (Belgique)

Intensification de l'information des populations : OUI

Formation : courte

Multiplication des CEL et SAPEL : OUI et NON (*)

- Commentaires

La situation décrite - nombre élevé de cas non détectés ou détectés trop tardivement - varie selon les pays. Elle peut s'expliquer par de multiples raisons. Il n'y a donc pas de remède uniforme.

A mesure que la prévalence diminue et que la distribution géographique de la maladie se fait moins homogène, la stratégie - CEL, SAPEL ou autre - devra toujours davantage être taillée sur mesure (d'où la réponse ambiguë « oui et non » (*). Ceci suppose le développement d'un outil épidémiologique approprié.

5) Dr. H. SANSARRICQ (Saint-Armou)

1^{ère} question : Je pense que l'on peut améliorer la situation. Mais, je crois aussi que l'on doit dès maintenant, dans chaque pays n'ayant pas atteint la prévalence de 1 pour 10 000, évaluer l'impact réel qu'a eu jusqu'ici le programme d'élimination, en particulier dans les pays ou régions où l'incidence de la lèpre est (très) élevée. On devrait en même temps déterminer de manière

réaliste les changements de méthodes et les moyens supplémentaires à mettre en oeuvre pour avoir des chances réelles d'aboutir à l'élimination avant 2005.

2^{ème} question :

a) - La nécessité d'intensifier l'information de la population est reconnue par tous.

b) - Il n'est ni pertinent ni équitable de concevoir la prise en charge des cas de lèpre exclusivement par du personnel spécialisé lorsque la prévalence a été réduite à un niveau proche de 1 pour 10 000. Et on sait que l'on peut parvenir à ces niveaux de prévalence faible en peu d'années. Donc, la formation en matière de lèpre des personnels de santé polyvalents est une nécessité urgente. Etant donné le nombre élevé et la dispersion de ces personnels, on ne pourra faire appel en général qu'à des formations très courtes (quelques heures), basées sur des rapports visuels et auditifs, et réalisées de préférence sur les lieux de travail des « formés ». En principe, l'objectif doit être de rendre les personnels polyvalents capables d'identifier des « suspects » à revoir par du personnel qualifié.

c) - Les CEL et SAPEL sont les méthodes de recherche des cas qui semblent le mieux adaptées aux conditions sociologiques actuelles des pays d'endémie. Concernant les CEL, je me demande si on peut envisager d'en réaliser successivement plus de deux dans la même région.

d) - Chaque pays d'endémie n'ayant pas encore atteint la prévalence de 1 pour 10 000 devrait faire l'objet d'un nouveau Plan d'Action, adapté à la situation des différentes régions (niveau de prévalence, conditions socio-économiques, ressources de toutes provenances, couverture sanitaire). La base de ce Plan d'Action sera l'évaluation évoquée dans le commentaire à la 1^{ère} question.

6) Dr. A. SHERIF (Conakry)

- Peut-on envisager une amélioration de cette situation ? : Oui et pour cela il faut :

- Intensifier l'information et la sensibilisation des communautés (par le réseau des radios rurales très développé en Guinée)

- Augmenter le nombre de personnes capables de dépister la lèpre et de décentraliser le plus loin possible le traitement (en respectant la qualité minimale requise)

La durée de la formation dépend de la situation épidémiologique et du niveau d'intégration :

a) - prévalence et détection élevées : courte durée axée sur les critères de diagnostic de la lèpre (2 à 3 jours) pour le personnel déjà impliqué dans la lutte contre la lèpre sur place (lieu de travail)

b) - basse prévalence : formation de plus longue durée dans un centre permettant d'examiner des malades de la lèpre et de faire un diagnostic différentiel - 1 à 2 semaines

c) - dans ces deux cas, la participation de quelques malades (lépreux et autres dermatoses fréquentes) sélectionnés par l'équipe de formation, permettra aux formés de disposer d'un modèle réel.

La multiplication des CEL et SAPEL qui nous le savons, augmente la proportion de faux diagnostics (malades recyclés ou non malades de la lèpre) ne me paraît pas souhaitable. La réalisation de SAPEL dans des zones bien ciblées peut, si elles sont bien conçues, être efficace.

- Commentaires

L'intégration effective des activités de la lutte contre la lèpre dans les structures de Soins de Santé Primaire est la priorité. Réalisée pendant que la prévalence est élevée, elle permet aux agents d'acquérir les compétences leur permettant la prise en charge des patients suspects d'être atteints par la lèpre.

L'intégration ne doit être réalisée que si le programme marche bien et les ser-

vices de santé généraux sont fonctionnels.

Le diagnostic et la prise en charge des complications de la lèpre ne doivent pas être occultés au cours des formations même si la proportion des invalidités est faible parmi les nouveaux cas en traitement.

7) Dr. A. TIENDREBEOGO (Bamako)

Amélioration de la situation : OUI

Propositions :

- Intensification de l'information des populations : OUI

- Formation dermato-léprologique des personnels de santé polyvalents : OUI, courte

- Multiplication des CEL : OUI

- Mise à disposition de guides illustrés (atlas) pour les agents du niveau périphérique (photos de lésions suspectes de lèpre).

- Supervision/confirmation de diagnostic des agents de terrain par les infirmiers superviseurs lèpre (ISL).

- Commentaires

Les stratégies sont à adapter à la prévalence de la lèpre :

- taux prévalence $\geq 1/10\ 000$ = formation/recyclage/supervision, IEC et CEL, guide illustré.

- taux prévalence $< 1/10\ 000$ = IEC, formation dermato-lèpre, supervision/confirmation diagnostique par ISL.

EN CONCLUSION :

L'ensemble des 7 experts interrogés pensent que la situation peut être améliorée. Parmi les différentes actions proposées, la **formation dermato-léprologique courte des personnels de santé est considérée comme indispensable.**

DÉTECTION PRÉCOCE

La détection précoce est définie comme la détection d'un cas de lèpre avant l'apparition d'une invalidité au niveau des mains, des pieds, des yeux ou du visage (degré 0 de la classification OMS). Donc, dans un pays le pourcentage d'invalidités au dépistage est un bon indicateur de la précocité du diagnostic.

SITUATION DE FAIBLE ENDÉMICITÉ LÉPREUSE :

- . un pays est considéré comme faiblement endémique si on détecte moins de 5 nouveaux cas par an pour 100 000 habitants.

- . la prévalence de l'invalidité devrait être évaluée.

- . plus l'endémicité diminuera, plus le délai moyen pour l'établissement du diagnostic augmentera (même dans les pays industrialisés, ce délai peut être de 4 à 6 ans).

- . Il faut continuer à informer la population, renforcer l'intégration, former les personnels de santé, concevoir la lutte contre la lèpre dans le cadre des Services de Dermatologie.

LA LÈPRE EST UNE MALADIE NEUROLOGIQUE DONT LE DIAGNOSTIC PRÉCOCE EST DERMATOLOGIQUE

BRÈVES

■ DANS LES STATISTIQUES/LÈPRE

• Pour la prévalence :

- ne compter que les "cas de lèpre" selon définition OMS, c'est-à-dire les nouveaux cas et les rechutes pendant toute la durée de leur PCT. Sont donc exclus les malades ayant terminé leur PCT, même s'ils ont des séquelles ou s'ils présentent des réactions tardives.

- Taux = calculé pour 10 000 habitants.

• Pour la détection :

- compter les nouveaux cas détectés dans l'année, c'est-à-dire les cas vraiment "incidents" + les cas anciens non détectés les années précédentes (lèpres "cachées"). Donc préférer terme détection à celui d'incidence.

- Taux = calculé pour 100 000 habitants.

BRÈVES

■ RAPPEL

NOUVELLE CLASSIFICATION OPÉRATIONNELLE ET MODALITÉS DE PCT

SL : 1 seule lésion

→ traitement « minute » ROM

PB : < 5 lésions

→ PCT/OMS/PB/6 mois

MB : ≥ 5 lésions

→ PCT/OMS/MB/12 mois

■ RAPPEL

TRAITEMENT MINUTE « ROM »

(1 SEULE DOSE) DES FORMES PB À LÉSION UNIQUE

Adulte : RMP 600 mg

OFLO 400 mg

MINO 100 mg

Enfant : RMP 300 mg

OFLO 200 mg

MINO 50 mg

■ PRINCIPES DE BASE POUR LA GESTION DES PLAQUETTES DE PCT

A. Tiendrebeogo*

La résolution WHA 44.9 de la 44^e Assemblée Mondiale de la Santé de 1991 porte sur l'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique. Cette résolution est fondée sur une stratégie qui consiste à dépister et à traiter tous les cas de lèpre avec les schémas de la polychimiothérapie (PCT) antiléprouse. Pour que cette stratégie soit efficace, les plaquettes de PCT doivent être disponibles dans tous les centres de santé chargés de dépister et de traiter les cas de lèpre. Afin d'assurer cette disponibilité des plaquettes de PCT, les agents de santé de terrain reçoivent une formation et des directives techniques pour l'approvisionnement et la gestion de ces médicaments. Cependant, comme le souligne une thèse de doctorat en pharmacie soutenue à Bamako en juin 1999, l'approvisionnement des centres de santé en plaquettes de PCT présentent de nombreuses insuffisances qui peuvent compromettre les résultats d'un programme d'élimination de la lèpre. C'est pourquoi, nous proposons dans le texte suivant, le rappel de quelques principes de base pour la gestion des médicaments de la PCT. Nous présentons ces principes en deux parties:

- Principes et formules pour la commande des plaquettes de PCT
- Principes pour le stockage et l'utilisation des plaquettes de PCT

PRINCIPES ET FORMULES POUR LA COMMANDE DES PLAQUETTES DE PCT

La commande des plaquettes de PCT se fonde sur les mêmes principes que celle de la commande de tout médicament ou de denrée périssable. La commande est fonction des besoins (nombre de cas de lèpre à traiter), du

taux d'utilisation, du délai d'approvisionnement et de la quantité de médicaments disponibles au moment où l'on établit la commande.

Les besoins (quantité nécessaire ou QN)

C'est la quantité de plaquettes nécessaires pour le traitement des cas de lèpre pendant une période donnée. Pour estimer ces besoins on prend en compte le nombre de patients en traitement et le nombre de nouveaux cas attendus au cours de la période. Dans le cas de commande annuelle, le besoin est de six plaquettes pour les cas PB et de 12 plaquettes pour les cas MB. Nous désignons ces besoins par le sigle QN pour quantité nécessaire (voir tableau ci-dessous).

Le taux d'utilisation (TU)

C'est la quantité de médicaments utilisée au cours d'une période donnée rapportée à la quantité qui était nécessaire pour cette période. Exemple un centre de santé ayant en traitement trois cas de lèpre PB, a une quantité nécessaire de 9 plaquettes pour un trimestre. A la fin du trimestre en question il constate qu'il a utilisé 11 plaquettes. Le taux d'utilisation (TU) a été de $11/9 = 1,2$. En règle générale, on accepte un taux d'utilisation de 10% soit 1,1.

En fonction de ce taux d'utilisation, on estime la quantité de médicaments utile (QU) pour le traitement des cas pendant une période donnée par la formule suivante:

$$QU = QN \times TU$$

ou de manière générale

$$QU = 1,1 \times QN$$

Le délai d'approvisionnement (DA) et le stock de sécurité (SS)

C'est la période de temps qui s'écoule entre la commande (envoi du bon de commande) et la réception des médicaments. Ce délai d'approvisionnement (DA) dépend de la distance, des moyens de communications, des directives techniques pour la gestion des médicaments, et varie suivant les Pays ou à l'intérieur d'un même Pays. En fonction de la durée de ce délai d'approvisionnement, un centre de santé doit toujours disposer d'une réserve de médicaments ou stock de sécurité. Ce stock de sécurité (SS) est la quantité de médicaments utile (QU) pour traiter les cas de lèpre enregistrés pendant la durée du délai d'approvisionnement. Un centre de santé attendant 3 mois avant de recevoir les médicaments qu'il a commandé a un délai d'approvisionnement (DA) de 3 mois. Son stock de sécurité sera la quantité utile de médicaments pour un mois (QU/mois) multipliée par trois, ou encore la quantité nécessaire (QN) pour trois mois corrigée par le taux d'utilisation. La formule est la suivante :

$$SS = QU/mois \times DA \text{ (en mois)} = (QN \times TU)/mois \times DA \text{ (en mois)}$$

La quantité maximale à commander (QMC)

Pour éviter un sur-stockage des plaquettes de PCT qui peuvent se périmier, il faut respecter la norme de quantité maximale à commander (QMC). Cette quantité maximale de médicaments qu'un centre peut commander équivaut à la quantité utile (QU) à laquelle s'ajoute le stock de sécurité (SS).

	Période d'un an	Période de 6 mois	Période de 3 mois
QN plaquettes PB	Nombre de x 6	Nombre de PB x 6	Nombre de PB x 3
QN plaquettes MB	Nombre de MB x 12	Nombre de MB x 6	Nombre de MB x 3

$$QMC = QU + SS = (QN \times TU) + SS = (QN \times TU) + (QN \times TU)/\text{mois} \times DA$$

La quantité en stock (QSt)

Au moment de faire la commande, on doit déduire de la quantité à commander le nombre de plaquettes disponibles ou quantité en stock (QSt). La quantité de médicaments commandée (QC) équivaut alors à la quantité maximale à commander (QMC) déduite de la quantité en stock (QSt).

Formule pour la commande de plaquettes de PCT

La formule générale pour déterminer la quantité de médicaments à commander est donc la suivante :

$$QC = QMC - QSt = (QN \times TU) + (QN \times TU)/\text{mois} \times DA - QSt$$

PRINCIPES POUR LE STOCKAGE ET L'UTILISATION DES PLAQUETTES DE PCT

Rangement des plaquettes

Dans la pharmacie, il faut ranger les boîtes ou cartons de plaquettes de PCT de manière à garder visibles les étiquettes portant la date de péremption. Dans le cas de plaquettes unitaires, il faut les emballer dans un sachet et marquer sur un papier à glisser dans le sachet la date de péremption la plus proche des plaquettes emballées.

En principe les plaquettes doivent être conservées dans un local pas trop chaud, à l'abri de la lumière et hors de portée des rongeurs et des insectes; (les cafards apprécient beaucoup les globules de clofazimine). Il faut veiller à enlever réguliè-

èrement la poussière sur les boîtes ou cartons de plaquettes dans les magasins pour garder visibles les dates de péremption. Dans les magasins du niveau national ou régional pouvant stocker les plaquettes six mois ou plus, le local de stockage doit être bien ventilé et disposer de la climatisation pour les périodes les plus chaudes de l'année.

Fiche de stock

Les quantités de plaquettes reçues ou sorties sont portées sur une fiche de stock, ou un cahier ou registre de gestion des médicaments. La fiche de stock est un support de gestion permettant entre autres fonctions de :

- suivre le mouvement des plaquettes (entrées et sorties)
- visualiser les dates de péremption et les stocks de sécurité
- connaître à tout moment la quantité de plaquettes disponibles
- estimer le taux d'utilisation

Pour que la fiche de stock puisse remplir ces fonctions, elle doit être complétée à chaque mouvement (entrée ou sortie) des plaquettes de PCT (on dit qu'elle est tenue à jour). La fiche comporte au minimum six colonnes (voir tableau ci-dessous).

Utilisation des plaquettes de PCT

Les plaquettes de PCT sont sorties en tenant compte de la règle "1er arrivé, 1er sorti" et des dates de péremption. Les médicaments dont les dates de péremption sont proches sont utilisés en priorité.

Mouvements des plaquettes de PCT

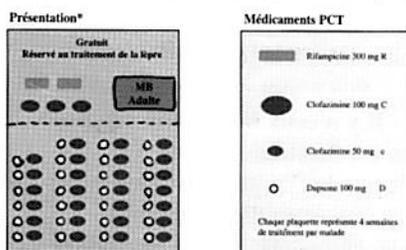
Les entrées et sorties pour consommation ne constituent pas les seuls mouvements de plaquettes dans un centre de santé. Un centre de santé peut aussi

retourner au niveau supérieur des quantités de plaquettes qu'il ne pourra pas utiliser avant la date de péremption en tenant compte du nombre de cas à traiter et des nouveaux cas attendu

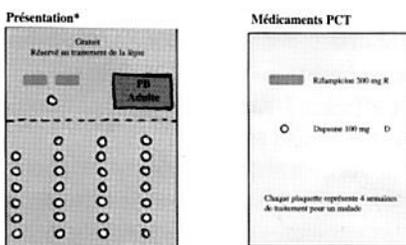
Nous espérons que le rappel de ces quelques principes permettra aux agents de santé du niveau périphérique d'améliorer la gestion des plaquettes de PCT qui est essentielle dans le cadre des efforts d'élimination de la lèpre dans tous les Pays en l'an 2005.

* Chef du Service Epidémiologie
OLA - BP 2759
BAMAKO - MALI

PLAQUETTE POUR LE CAS MULTIBACILLAIRE (MB)



PLAQUETTE POUR LE CAS PAUCIBACILLAIRE (PB)



FICHE DE STOCK					
Nature :		Stock de sécurité :			
Dates	Désignation (origine, destination)	Entrée	Quantités Sortie	Stock restant	Observations

■ LA PRISE EN CHARGE DES INVALIDITÉS LIÉES À LA LÈPRE EST-ELLE POSSIBLE ?

P. Bobin (*)



Il n'existe toujours pas de consensus concernant la prise en charge des infirmités liées à la lèpre.

1 - Il y a ceux qui disent : le problème est insoluble, car

- le nombre de porteurs d'infirmités est très important (2 à 3 millions),
- la chronicité de ces invalidités est désespérante,
- la participation indispensable des malades à leurs propres soins et la mobilisation des personnels vis-à-vis de ce problème sont illusoire,
- l'efficacité des traitements chirurgicaux est mise en doute,
- la corticothérapie dans les réactions n'est pas " faisable " sur le terrain,
- les structures capables de réaliser les actions de PIRP ne peuvent pas être mises en place dans toutes les régions d'un pays,
- la politique d'intégration est à l'opposé de la politique du PIRP,
- le coût serait exorbitant : les budgets disponibles doivent être réservés aux programmes PCT, CEL et SAPEL...

Donc, concernant les infirmités, il s'agit d'une **conception pessimiste mais réaliste justifiant une (frustrante) attitude d'abstention.** Par contre, **une certitude : une PCT précoce est le meilleur moyen de**

prévenir l'apparition des infirmités et tout doit être mis en œuvre pour que tous les cas de lèpre soient détectés et traités précocement.

2 - A l'inverse, il y a ceux qui disent : on n'a pas le droit de s'abstenir

En s'abstenant, on continue à isoler le lépreux porteurs de séquelles :

- autrefois, il était exclu physiquement,
- maintenant, il est exclu des statistiques (n'étant plus considéré comme « lépreux »), des systèmes de santé.

On n'a pas le droit de se contenter d'évoquer ces infirmes pour sensibiliser les donateurs puis ensuite de les exclure, à priori, de toute solution thérapeutique,

Ces malades continuent à **perenniser l'image péjorative** véhiculée par cette maladie depuis des millénaires,

Il faut **tout faire** pour mettre en place les programmes : éducation sanitaire - formation - « self care » - kinésithérapie - chirurgie (neurolyses - chirurgie de « propreté » - chirurgie palliative) - formation des chirurgiens nationaux - soins (MPP) - prothèses - cordonniers mobiles...

3 - Et puis, il y a ceux qui disent : voyons ensemble ce qui est réalisable.

On est conscient de l'énorme **problème** que poserait la prise en charge de tous les infirmes de la lèpre, tant au niveau de l'efficacité, que de la faisabilité et du coût.

Mais, il faut **réaliser ce qui est « faisable » stratégiquement, financièrement, scientifiquement et techniquement.**

- Soins de MPP,
- PIRP,
- Prise en charge des réactions,
- Formation de chirurgiens généralistes nationaux pour la chirurgie de la lèpre courante (neurolyses - amputation...),
- Missions chirurgie lèpre palliative.

En conclusion

La PCT est évidemment **prioritaire** pour éliminer la lèpre, mais est-il acceptable de se désintéresser, à priori, des infirmes de la lèpre, sous prétexte qu'ils ne présentent pas de risque épidémiologique, et que le problème est difficile ?

Nécessité d'organiser une réunion de consensus sur la prise en charge des invalidités

Il serait très souhaitable d'organiser un **atelier** sur ce thème pour que les tenants de ces positions divergentes puissent arriver à un **consensus** et fasse des **propositions concrètes** aux principaux acteurs de la lutte contre la lèpre.

LÈPRE ET SOLITUDE

« Il se sentait si seul dans ce désert que, parfois, il marchait à reculons pour voir quelques traces devant lui »

Hortense Vlou,

1^{er} prix de concours de poésie, Paris

Il y a des médecins qui soignent le cœur, les poumons, les yeux... Mais qui soigne les malades ?

La vie est méchante, mais chante la vie !
Sermontès, poète corse

■ PEUT-ON SOIGNER LES MAUX PERFORANTS PLANTAIRES DES ANCIENS MALADES DE LA LÈPRE SUR LE TERRAIN ?

Résultat d'une expérience au Sénégal

MY. Grauwin*, A. Ndiaye, PM. Sylla, A. Beckr Gaye, I. Mane, JL. Cartel, JP. Lepres

Parmi les troubles trophiques rencontrés au cours de la maladie de Hansen, le mal perforant plantaire (MPP) pose un problème préoccupant, en raison de sa fréquence et de sa tendance à la récurrence.

Une revue des publications médicales montre que de 10 à 15 % des malades sont porteurs de MPP. On estime, dans le monde, que le nombre d'anciens malades de la lèpre guéris mais déficients, invalides et handicapés oscille entre 2 et 3 millions, ce qui correspondrait à environ 300 000 malades porteurs de MPP. On évalue actuellement au Sénégal à 12 500 le nombre des handicapés et une enquête a permis de considérer que le nombre de malades porteurs de MPP était de 1562, soit 12,5 %.

La fréquence de ces lésions et leur tendance à la récurrence sont directement liées à la persistance de l'anesthésie plantaire. Paraissent également en cause l'état de déformation du pied, l'absence du port de sandales adaptées et le défaut d'apprentissage des recommandations d'éducation sanitaire ou leur négligence.

Résumé :

Les auteurs proposent leur expérience de la mise en place d'un programme de soins des MPP sur le terrain au Sénégal. Ce programme est complémentaire des autres programmes du volet Prévention des invalidités et réadaptation physique du PNL sénégalais : éducation sanitaire et cordonnerie mobile. Les soins pratiqués par les panseurs dans les dispensaires ont été codifiés et simplifiés et un accès facile à l'hôpital régional a été organisé quand un geste opératoire plus important devait être pratiqué par un chirurgien. Plus de 30 % des malades présentant des MPP ont pu être soignés avec, chaque année, un pourcentage moyen de guérison de 62 %. Le nombre d'anciens malades de la lèpre

nécessitant un geste de chirurgie et admis à l'hôpital régional ne cesse d'augmenter ; jamais dans le passé, un malade porteur de séquelles de la lèpre n'avait été admis à l'hôpital. Les auteurs insistent aussi sur l'importance d'une supervision régulière des agents.

SCHEMA SIMPLE DE TRAITEMENT D'UN MAL PERFORANT PLANTAIRE CHEZ LE LÉPREUX

MY. Grauwin

On prend l'exemple d'un mal perforant plantaire, sale et non traité précédemment, peu importe la situation sur la sole plantaire. Dès l'arrivée du lépreux, le pansement de fortune sent mauvais et on découvre un mal perforant plantaire macéré et infecté.

- Premier stade

Il faut :

- **laver** la plaie grâce à des bains quotidiens et prolongés au permanganate de potassium dilué
- repos strict avec **décharge** et marche sans appui grâce à des béquilles
- une semaine d'**antibiotiques** systématiques.

Durée du premier stade : de une semaine à dix jours.

Mots clés de ce premier stage : **laver, tremper, repos, béquilles, antibiotiques.**

- Deuxième stade

- **faire une radio** pour juger de l'atteinte osseuse, de l'ostéite éventuelle et des saillies osseuses en regard du mal perforant plantaire

- **excision-curetage** chirurgical sous anesthésie générale ou locale réalisant le classique parage

- toujours **repos et décharge**

- bains complémentaires au permanganate dans la semaine qui suit

- pas de premier pansement après le

geste avant deux jours (pour assurer l'hémostase).

Mots clés du deuxième stade : **radio, excision-curetage, repos, bains.**

- Troisième stade

C'est la phase importante du bourgeon de granulation ou bourgeon inflammatoire de cicatrisation. La plaie est maintenant propre avec ce tissu bourgeonnant et rouge de granulation. Tous les décapants sont interdits et vous n'avez le droit de mettre sur la plaie que des produits qui vont respecter et faire pousser ce bourgeon.

Formellement interdits

- Permanganate de potassium
- Dakin
- Alcool et alcool iodé
- Pansements secs
- Savons et liquides purs
- Corticotulle
- Mercurochrome

Permis et conseillés

- Corps gras et tulle gras
- Compresses vaselinées
- Baume du Pérou
- Biogaze
- Pommade à l'oxyde de zinc
- Savons liquides très dilués pour le nettoyage au cours du pansement
- Betadine

Après quelques jours, si le bourgeon pousse bien et si le malade est discipliné, un **plâtre**, de marche ou non, peut être confectionné.

Mots clés du troisième stade : **bourgeon, interdit, repos.**

- Quatrième stade

C'est l'**évolution** longue du bourgeon. 1 - Guérison et fermeture cutanée après plusieurs semaines, voire mois. Passage obligatoire par l'**éducation sanitaire** pour prévenir la récurrence, et **chaussures** adaptées.

2 - Bourgeon propre à la peau, sans fermeture : greffe de peau.

3 - Bourgeon hypertrophique dépassant le niveau de la peau : 48 heures de Corticotulle ou décapage chirurgical au bistouri électrique.

4 - Bourgeon hypotrophique, stagnant : **patience et repos**. Se voit souvent dans les récurrences de mal perforant plantaire, chez les malnutris et les

vagabonds. Cela fait partie de ces maux perforants plantaires qui passent à la chronicité et ne guérissent jamais.

5 - Après plusieurs années d'évolution d'un mal perforant plantaire, il faut penser au risque de **cancérisation** et faire une biopsie : c'est un mal perforant plantaire avec bourgeon hypertrophique, anfractueux et hémorragique.

Mots clés du quatrième stade :

patience, repos, cancer, éducation sanitaire, chaussures.

(Extrait d'un article paru en 1998 dans *Cahiers Santé*, réf. 1998 ; 8 : 199-204)

* ancien chirurgien de l'ILAD (Dakar)
36 boulevard La Fayette, - 62100
CALAIS

REFLEXIONS SUR LA CHIRURGIE DE LA LÈPRE



Il y a une différence entre :

1 - La « chirurgie de la lèpre » telle qu'elle a été présentée par nos bons maîtres (chirurgie stéréotypée, facile à enseigner, techniques simples, chirurgiens non spécialistes, voire médecins formés à quelques techniques...). Elle nécessite des choix « politiques » au niveau de chaque pays, tous les chirur-

giens étant formés aux mêmes gestes et indications. Ce n'est pas une chirurgie brillante, elle s'intéresse aux grands nombres, elle laisse tomber les cas difficiles (et elle accepte un pourcentage d'échecs liés à la « courbe d'apprentissage »). Enfin, elle s'intéresse aussi au « boute-feu » que sont les neurolyses, qui se voudraient simples et préventives, mais sont très controversées. C'est le parti que j'avais pris à Madagascar où nous faisons près de 70 % de libérations nerveuses...

2 - La « chirurgie des chirurgiens » : c'est une chirurgie plus brillante, avec un bel éventail d'indications affinées, c'est la vision des « chirurgiens de la main », plus satisfaisante pour le chi-

urgien, mais destinée à des spécialistes et ne pouvant être envisagée qu'entourée largement de kiné, d'appareilleurs, etc., et donc limitée à des « centres de référence ». Elle ne concernera qu'un petit nombre de malades et ne répond donc pas à « l'épidémiologie des mutilations ».

*Chirurgien orthopédiste - Hôpital Percy - Clamart

**Les patients non-traités
d'aujourd'hui seront
les mutilés de demain**

RAPPEL D'UN ARTICLE (RESUME) PARU DANS MEDECINE TROPICALE

(*Med Trop* 1995 ; 55 : 146-150)

Résultats à un an de 466 décompressions nerveuses réalisées chez 123 lépreux en cours de polychimiothérapie à Madagascar

S. Ramarozana, J-P. René,
E. Schwartzi,

J. Randrianomenjanahary,
H. Razafindramboa, M. Di Schino

RÉSUMÉ - La décompression chirurgicale des nerfs lépreux est un geste chirurgical simple, applicable dans toutes zones des pays en développement. Au centre hansénien d'Ambatoabo, sur la côte est de

Madagascar, 123 sujets ont bénéficié de 466 décompressions nerveuses, dont les résultats ont été appréciés par le même observateur avec un recul moyen de 15 mois. Tous ces sujets étaient en cours de PCT lors de l'intervention. L'indication chirurgicale a été posée sur la survenue récente de signes neurologiques sensitifs ou moteurs, et sur leur aggravation ou leur persistance sous prednisolone. Cette décompression a permis une amélioration dans 100 % des cas des phénomènes douloureux et dans 97 % des cas des troubles sensitifs évolutifs. Les maux perforants plantaires récidivants ont été

améliorés dans 80 % des cas et les troubles moteurs dans 61 % des cas. Ces bons résultats montrent l'intérêt de cette chirurgie dans la prévention des séquelles de la lèpre et sa fiabilité en poste isolé.

**On connaît le bonheur
quand on l'a perdu**

■ APPROCHE DE LA NOTION DE LÈPRE ET DU LÈPREUX A TRAVERS LA TERMINOLOGIE AU COURS DU 2^e MILLENAIRE

Nicole Doche

- Au XI^e siècle, au moment où l'Europe est confrontée plus particulièrement à la lèpre avec les Croisades, les lépreux sont désignés sous le nom de :

Ladres dérivé de Lazare (Lazarus, Lazre, ladre).

On fait référence à une parabole du Christ qui raconte que Lazare recouvert d'ulcères gisait devant la porte d'un riche qui festoyait. Lorsqu'il mourut, il fut enlevé au ciel où il reçut sa récompense.

Le lépreux recouvert d'ulcères fut assimilé au Lazare de la parabole et fut considéré comme un « serviteur éprouvé mais récompensé ».

- Aux XII^e – XIII^e siècle, on trouve pour désigner les lépreux la dénomination de :

Crestias, Christias, Crestianus, Christians, qui signifient : Chrétiens. **Le lépreux est donc le chrétien par excellence, le frère privilégié du Christ et des Chrétiens.**

Il est « béni de Dieu », ce qui n'empêche pas que l'on redoute sa maladie et qu'il est mis à l'écart.

- Aux XV^e et XVI^e siècle par contre, le lépreux est traité (plus particulièrement dans le grand Sud-Ouest) de : **Cagot, Capot, Agot, Cougot**, termes péjoratifs. En effet, l'origine probable de ces noms est indo-européenne, comme cela a déjà été dit, **Cac** signifiant sale, laid.

Cacot signifiait en celte : lépreux, ce terme péjoratif avait dû être refoulé sous la pression chrétienne, et réapparaît au XV^e siècle, et ces malheureux que le langage présentait naguère comme des frères du Christ souffrant, deviennent « **des réprouvés revêtus de la cape à patte d'oie qui les signale à l'opprobre populaire** ».

- Aux XVI^e et XVII^e siècle, les personnes d'une certaine culture (avocats, légistes) emploient les termes de : **Giezites, Gezites, Gezitains**, toujours

avec la même connotation péjorative, faisant référence à Giezi du 2^{ème} livre des rois de la Bible qui rapporte l'histoire suivante :

Naaman, riche syrien, lépreux vint trouver le prophète Elisée et lui demanda de la guérir, ce qui lui fut accordé. Il voulut remercier Elisée par de précieux présents. Celui-ci refusa mais son serviteur Giezi attiré par la convoitise se lança à la poursuite de Naaman, prétextant que son maître avait changé d'avis. Il obtint de lui une forte somme d'argent (Giezi est menteur et voleur). De retour, Elisée le maudit et transféra la lèpre sur lui et sa descendance. La lèpre est le fruit du péché : **les Giezites sont des lépreux maudits.**

- Au XVII^e siècle, pour atténuer cette opprobre populaire, il fallait en changeant les termes, mettre fin à ce sectarisme. Un arrêt du parlement de Toulouse interdit l'appellation de Cagot, Capot, Gezite, considérée comme injurieuse et le parlement les désigne sous le nom de **Menuisiers, Charpentiers, Maîtres charpentiers**, termes qui rendent compte de la profession principale des Cagots.

A. Poinot nous rappelle dans son article que le bois était considéré comme non transmetteur de la maladie, d'où la prédilection des lépreux ou assimilés, pour le travail du bois.

- **A partir du XVII^e siècle, les lépreux ou qualifiés de tels, sont désignés en fonction de l'activité qu'ils exercent.**

A travers les termes employés au cours des siècles, il ressort que le lépreux fut perçu de manières totalement différentes. Au Moyen-Age chrétien, il était un frère dans le Christ. L'Eglise rappelle ainsi au croyant l'obligation morale de le considérer comme un frère à part entière. Avec une dégradation du sentiment religieux, semble-t-il, la lèpre devint un châtement et il devint un maudit. Il fallut

légiférer pour stopper cet « ostracisme » qui s'appliquait à des descendants de lépreux souvent plus qu'à des lépreux réels. Le terme de Cagots englobant au XVI^e siècle, un ensemble de rejetés, de répudiés pour des raisons différentes. Comme le rappelle G. Loubès, on retrouve dans la mentalité médiévale ces deux notions contradictoires.

- **En cette fin du XX^e siècle**, le terme d'« hansénien », considéré comme moins péjoratif que celui de « lépreux » est parfois utilisé. D'ailleurs, au dernier congrès de léprologie de Pékin, un atelier a été consacré à ce thème. Toutefois, la dédramatisation d'une maladie ne passe pas uniquement par la terminologie, mais surtout par le changement des mentalités.

Références : G. Loubès, éd. « Sud-Ouest » 1995



La Résurrection de Lazare, Giotto.

SAINT-LAZARE PATRON DES LÈPREUX

Si le Lazare de l'Evangile, couvert d'ulcères a donné le nom de ladres à ceux qui étaient comme lui atteints d'une maladie qui donne des ulcères (la lèpre), il n'est que le personnage fictif d'une parabole du Christ. Dans les croyances populaires chrétiennes, il fut assimilé au Lazare, frère de Marie et Marthe que le Christ avait ressuscité. C'est lui qui devint saint et qui a bien existé. Il est probable que les deux « Lazare » ont été confondus dans le même culte, et c'est la raison pour laquelle il devint le protecteur des lépreux et d'un Ordre hospitalier qui se consacre aux lépreux depuis plus de 9 siècles : l'Ordre de St Lazare de Jerusalem.

N.D.

■ QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LES CAGOTS



On l'a déjà dit, la lèpre fut un des plus redoutables fléaux que le monde ait connu, et, dès le haut Moyen-Âge, le lépreux est exclu de la société des autres hommes, livré aux prêtres qui ne limitaient pas alors leur activité au spirituel, mais exerçaient aussi la médecine (notons que dans nos campagnes, en patois, le guérisseur se dit encore « lou préguentayre », celui qui prie...)

C'est l'Eglise qui installe les premiers hôpitaux, des léproseries. Il y en eut jusqu'à 2000 au temps de saint Louis, modestes, avec une dizaine de pensionnaires en moyenne, détenus jusqu'à leur mort, la lèpre étant réputée incurable (les guérisons de Job, Lazare, sont des miracles). Bien évidemment, il est certain que grande était la confusion avec eczéma ou gale (exemple : la léproserie de Sarnès près de Gradignan... *Sarnès*, en gascon, c'est la gale). Et si la peau redevient normale, on parle alors de « lèpre rentrée ».

A côté de la « grande lèpre dite rouge », il existe une petite lèpre « blanche » dont les victimes peuvent être en liberté surveillée et portent le nom de Crestiaas, Caffots, Cappots, Cagots. C'est ce nom qui s'affirme en Gascogne, Béarn, Navarre, Pays Basque, débordant au sud vers l'Espagne. Un très grand Sud-Ouest donc. Il s'agit d'autochtones (des théories abandonnées les font descendre des Goths, des Arabes...)

Les agglomérations peuplées de cagots sont, bien sûr, les « cagotteries » (à Bordeaux, l'enclos des gahets, autour de l'église Saint Nicolas, est identifié du XIII^e siècle à....1830).

D'où vient ce nom de « cagot » ?

Comme trop souvent en étymologie, plusieurs thèses :

« Ca » en gascon = chien ; d'où « chien de goth ».

A l'inverse : chasser se dit « cassà », donc qui chasse le goth (c'est la théorie de leur origine arabe).

Enfin, et c'est l'avis de la plupart des experts (dont Osmin Ricau) le mot dériverait de la racine indo-européenne « Cac », signifiant mauvais, grossier, excrémental, malade (et en particulier atteint de la maladie par excellence, la lèpre).

Une remarque en passant : en breton « kak-od » veut dire lépreux, et en vieux français, lépreux se dit « caqueux ».

Une idée de l'époque en épidémiologie : **le bois ne transmet pas la lèpre.**

Les cagots, quand ils entraient en ville les jours de marché, ne devaient pas toucher les marchandises. Ils les indiquaient avec une baguette en bois et c'est aussi avec un bâton que l'eau bénite leur était présentée à l'église. Si le bois ne transmet pas la lèpre, les cagots vont pouvoir le travailler.

Cette activité est à l'époque capitale : les armatures des maisons en torchis, les charpentes, les coffres (en Orme, mis debout contre un mur, deviendront ormoires : cette racine est soutenue par beaucoup contre la classique « armarium », l'endroit où l'on range les ustensiles).

Les cagots seront donc charpentiers, charrons, sabotiers ; ils fabriquent cerceaux et chaises, des tonneaux ou même des bateaux à Bordeaux, et des ponts qui, acrobatiquement réalisés par ces êtres à part, seront dits « ponts du diable ».

Ce n'est pas un métier noble (n'est-ce pas un charpentier qui fabriqua la croix de Notre Seigneur ?)

Et pourquoi la marque du pied d'oie sur leurs habits ?

Parmi les traitements proposés pour les

lépreux, la balnéothérapie jouait un grand rôle (dans l'eau pouvaient macérer des feuilles de lierre). Donc, rôle essentiel de l'eau.

D'après la légende, la reine « Pé d'Auque » (pied d'oie), c'est Austris, épouse du roi Wisigoth de Toulouse, par sa particularité podologique, remarquable nageuse et plongeuse, qui faisait l'admiration des foules massées sur les bords de la Garonne... (elle est assimilée plus ou moins à Berthe, fille du roi des Lombards, épouse de Charlemagne, qui mit au monde un fils pied bot).

Les cagots, puants par définition, sont attirés par l'eau et cette reine légendaire devient leur symbolique souveraine



(la reine de Saba, elle aussi, aurait eu des pieds palmés).

La patte d'oie (ou de « guit », canard) devient donc l'emblème des cagots, le signal qu'ils doivent porter de façon

très apparente sur leur vêtement et de couleur rouge qui rappelle la lèpre rouge à l'origine de leur mise à l'écart.

Les nazis n'ont rien inventé avec l'étoile jaune des « judes ».

*Chirurgien de la Marine

N'aimer que ce qui nous ressemble, c'est s'aimer soi-même, ce n'est pas aimer

Amadou Hampâté Bâ

■ L'ULCERE DE BURULI : ATTENTION AUX ATTEINTES OSSEUSES !

Résumé d'une thèse de doctorat sur les ostéomyélites à *Mycobacterium ulcerans*, à propos de 33 observations au Bénin.

Valérie Lagarrigue¹, Françoise Portaels², F. Abalos³, Wayne M Meyers³, Julia Aguiar⁴

Aujourd'hui, l'infection à *Mycobacterium ulcerans* est essentiellement connue par ses atteintes cutanées, notamment ces grands ulcères aux bords décollés caractéristiques de la maladie. Cependant, cette infection peut également provoquer des ostéomyélites ; ces atteintes sont très peu étudiées dans la littérature médicale bien que leur fréquence puisse atteindre 14% des cas.

Nous avons collecté, au Bénin, 33 observations d'ostéomyélites, confirmées bactériologiquement et/ou histopathologiquement à *M. ulcerans* et nous présentons ici une partie des résultats de cette étude.

1 - Caractéristiques des ostéomyélites à *M. ulcerans* :

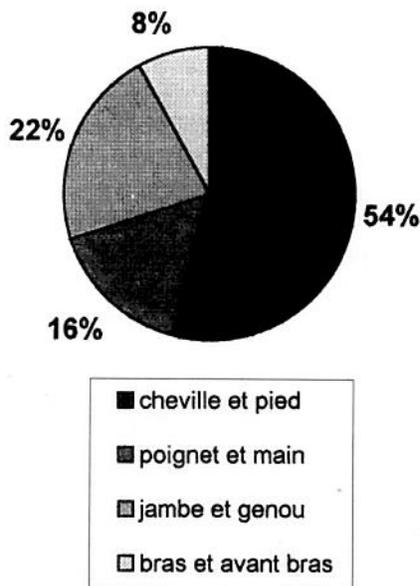
Comme pour les atteintes cutanées, les ostéomyélites surviennent essentiellement chez l'enfant avec une médiane de 12 ans (étendue de 3 à 47 ans). Dans notre étude, 40% des patients avec atteinte osseuse ont un antécédent d'ulcère de Buruli cutané cicatrisé. Devant un tableau d'ostéomyélite atypique, cette cicatrice, assez caractéristique en étoile, doit faire évoquer une infection osseuse par *M. ulcerans*. Cependant, 13% des patients ne présentent ni cicatrice d'ulcère cutané, ni ulcère évolutif, ayant essentiellement une tuméfaction localisée. Les manifestations cliniques des ostéomyélites à *M. ulcerans* sont souvent frustes à type de tuméfaction locale (80% des cas), non inflammatoire, peu douloureuse. L'état général est bien conservé dans 79% des cas.

L'atteinte osseuse survient, dans 64% des cas, durant la première année d'évolution de la maladie. Les patients ont une médiane de deux localisations osseuses (de 1 à 5 os atteints) ; le nombre d'os atteints n'est statistiquement pas lié à la durée d'évolution de la maladie.

Parmi l'ensemble des ostéomyélites de

notre étude, 41% sont sous-jacentes à un ulcère (ostéomyélites de contact) et 59% sont d'origine métastatique. Contrairement à une idée généralement admise, la surinfection ne semble pas nécessaire à la constitution d'une ostéite de contact à *M. ulcerans*, seulement 16% de ces ostéomyélites associent des germes de surinfection.

Les ostéomyélites à *M. ulcerans* se localisent à 70% au niveau des extrémités (poignet-main, cheville-pied), cette localisation préférentielle est très utile dans le diagnostic différentiel de l'affection.



2 - Résultats anatomo-pathologiques :

Au total 45 examens anatomo-pathologiques osseux ont été réalisés, permettant de définir le type de lésions osseuses provoquées par *M. ulcerans*. Les espaces médullaires présentent des plages nécrotiques importantes, altérant les travées osseuses, la moelle osseuse est œdématisée et hypocellulaire. La réaction inflammatoire est discrète, les polynucléaires neutrophiles sont peu nombreux sauf en cas de surinfection. Bien que non spécifique, une réaction granulomateuse

médullaire est fréquente, surtout à la phase subaiguë ou chronique d'organisation. Si parfois des cellules géantes multinucléées sont présentes, il n'y a jamais de nécrose caséuse.

En coloration de Ziehl-Neelsen, des Bacilles Acido-Alcool-Résistants sont retrouvés dans 76% des cas, au sein des plages de nécrose.

3 - Résultats bactériologiques

Nous avons utilisé, sur plus de 80 prélèvements, une PCR spécifique de *M. ulcerans*. Dans notre étude, la PCR a une sensibilité de 85%.

Pour la première fois, une culture osseuse de *M. ulcerans* a pu être réalisée à partir de prélèvements osseux chez trois patients différents, ceci après 8 à 12 semaines d'incubation sur milieu de Lowenstein-Jensen. La température de croissance de *M. ulcerans* est particulière, entre 30 à 33°C. Ces exigences thermiques expliquent la localisation préférentielle de la bactérie dans le derme profond et l'hypoderme. Au contraire, ces exigences thermiques ne peuvent expliquer la localisation osseuse de *M. ulcerans*, particulièrement lors des ostéomyélites métastatiques. Cependant, une des souches de nos trois patients a poussé à 37°C, permettant de poser de nouvelles hypothèses physiopathologiques.

4 - Hypothèses physiopathologiques :

Les résultats bactériologiques et histopathologiques de cette étude permettent d'avancer trois hypothèses physiopathologiques :

- **La surinfection des lésions cutanées** ne semble pas favoriser l'atteinte osseuse par *M. ulcerans*. Elle **pourrait au contraire limiter la dissémination** en stimulant la réaction immunitaire. Cette hypothèse, émise à partir de l'expérience clinique, est confirmée par la bactériologie en com-

parant nos observations (N=33) à un échantillon de patients sans atteinte osseuse (N=63) en utilisant des séries consécutives. Les patients sans atteinte osseuse présentent 27% de cultures cutanées contaminées alors que les patients avec atteinte osseuse n'avaient aucune culture cutanée contaminée.

– L'obtention inhabituelle d'une **culture osseuse** à *M. ulcerans*, qui de plus pousse à 37°C, suggère que les atteintes osseuses seraient dues à des mycobactéries résistantes à la température de 37°C.

– La sélection de germes résistants à une température de 37°C, serait le résultat de **formes cutanées multi-bacillaires**, qui dans notre étude sont caractéristiques des patients ayant une atteinte osseuse. En effet, la comparaison de patients avec et sans atteinte osseuse montre que les patients n'ayant qu'une atteinte cutanée ont 52,4% de Ziehl-Neelsen cutanés positifs en anatomo-pathologie alors que les patients ayant une atteinte osseuse ont **95,8% de Ziehl-Neelsen cutanés positifs** en anatomo-pathologie.

Conclusion :

Comme le disait en 1997, le directeur général de l'OMS, l'Ulçère de Buruli est « un fléau » qui sévit de façon inquiétante en Afrique occidentale. Les atteintes osseuses font, de plus en plus, toute la gravité de cette maladie, nécessitant une prise en charge chirurgicale. De nombreuses inconnues subsistent encore sur cette pathologie réclamant une coalition de tous les efforts. Nous voulons terminer cette brève présentation par l'histoire de Chimène, une de ces nombreuses enfants touchées par « le Buruli ».

En 1994, à l'âge de 4 ans, Chimène présente un ulcère de l'épaule gauche qui cicatrise après quelques mois de traitement traditionnel.

Lors d'un dépistage actif de l'ulcère de Buruli dans son village en février 1997, Chimène alors âgée de 7 ans présente un ulcère avec ostéomyélite du

poignet gauche évoluant depuis des mois, et quasi-expulsion d'un séquestre osseux au niveau de l'extrémité inférieure du radius.



Photo n°1 (F. Portaels.), février 1997, ulcère cicatrisé de l'épaule gauche ; ostéomyélite et ulcère du poignet gauche

Elle présente également un ulcère du dos du pied droit avec un œdème de tout l'avant pied. Les bords de cet ulcère sont décollés et caractéristiques du Buruli.



Photo n° 2 (F. Portaels), février 1997, ulcère du dos du pied droit

Chimène est hospitalisée au centre Gbémonten de Zagnanado, traitée par curetage chirurgical puis excision-greffe des tissus nécrosés. Après quatre mois d'hospitalisation, elle retourne dans son village sans aucun signe clinique évolutif de la maladie.

En novembre 1997, apparition d'une

légère tuméfaction du dos du pied gauche, l'enfant n'est pas amenée en consultation. Cette tuméfaction non douloureuse va secondairement s'ulcérer, Chimène ne sera hospitalisée qu'en février 1998, présentant alors une ostéomyélite métatarsienne gauche.

Chimène retourne au village après trois mois d'hospitalisation.

L'histoire de Chimène est significative des formes disséminées. Elle débute avec un ulcère cutané, cet ulcère est cicatrisé au moment du diagnostic de la maladie. Probablement à partir de cette porte d'entrée, la dissémination de la maladie se fait de façon silencieuse pendant plusieurs années et, sans que l'on puisse reconnaître de facteur déclenchant, les manifestations cliniques reprennent. On pourrait opposer à cette relecture qu'il s'agit d'une nouvelle contamination et non pas d'un même processus évolutif. Seule l'analyse des souches bactériennes par empreinte génétique permettrait de trancher cette importante question.

Une reprise évolutive de la maladie est toujours, de toute façon, à craindre en l'absence de traitements antibiotiques reconnus efficaces *in vivo* sur *Mycobacterium ulcerans*.

1. Thèse de doctorat en médecine, religieuse de l'Assomption, BP 12, Abomey, Bénin.
2. Institut de médecine tropicale, Nationalestraat 155, B 2000, Antwerpen, Belgique
3. Armed Force Institute of Pathology, Washington, USA
4. Centre Sanitaire et Nutritionnel Gbémonten, Zagnanado, Bénin

A LIRE DANS « THE LANCET »

Mycobacterium ulcerans infection
Tjip S. Van der Werf and al.
The Lancet, vol 354, sept 18, 1999

■ L'ULCÈRE DE BURULI : LE POINT UN AN APRÈS LA 1^{ÈRE} CONFÉRENCE MONDIALE DE YAMOOUSSOUKRO UN ESPOIR DE TRAITEMENT MÉDICAL ?

J.L. Souchet, H. Dega, L. Marsollier,
B. Carboneille, J. Grosset



Mycobacterium ulcerans, bactérie à tropisme cutané, est responsable de l'Ulcer de Buruli. Cette pathologie se rencontre dans les régions de la ceinture intertropicale humide. Depuis 1990, on observe une augmentation importante du

nombre de malades infectés en Afrique de l'Ouest. Ainsi, au Bénin on dénombrait 20 cas en 1990, en 1998 on en comptabilise 1450. En Côte d'Ivoire, la prévalence est de 10.380 cas et l'incidence de 2.000 cas est identique à celle de la lèpre.

M. Ulcerans est un Bacille Acido-Alcool-Résistant. Sur les frottis de lésions pathologiques, on observe souvent des amas serrés qui ne sont pas sans rappeler les « globi » décrits dans la lèpre. Sa croissance sur milieu de culture à l'œuf est lente et difficile, les colonies apparaissent entre 5 semaines et 9 mois. La température de croissance est de 29°. Injecté à la souris il provoque au niveau des parties froides (queue, pattes) des ulcérations. Cette propriété est utilisée pour mener à bien des études de chimiothérapie expérimentale.

On ne connaît pas bien la physiopathologie de l'infection. On suppose que l'homme se contamine à partir d'un contact avec la terre et l'eau. F. Portaels a mis en évidence par PCR des séquences génétiques identiques à celles de *M. ulcerans* chez des punaises d'eau (*Naucoris* et *Diplonychus*), Roos et Roberts, en Australie, ont fait la même constatation à partir d'examen d'eau stagnante. Au point d'inoculation apparaît en quelques semaines un nodule indolore,

inflammatoire qui s'étend de façon centrifuge. *Myobacterium ulcerans* est la seule mycobactérie connue capable d'élaborer des **substances toxiques** qui agissent, d'une part en provoquant la **lyse** des cellules du tissu cellulaire sous cutané et la **thrombose** des petits vaisseaux nourriciers de la peau, d'autre part en induisant une **immunodépression** qui limite la réponse de l'organisme à l'agression (voir encadré). Le nodule cède rapidement la place à une ulcération à bords décollés qui s'étend, peut fusionner avec d'autres lésions identiques et réaliser une ulcération de dimension impressionnante. S'y associe souvent un œdème important du membre.

Actuellement, seul le traitement chirurgical est efficace. Il consiste en une exérèse large et soigneuse des tissus nécrosés suivie d'une suture ou d'une greffe cutanée. Cette prise en charge thérapeutique, lourde et onéreuse, entraîne des complications fonctionnelles et esthétiques importantes dues principalement aux fibroses rétractiles et, de plus, elle ne permet pas toujours de prévenir l'apparition de récives. C'est la raison pour laquelle, il nous a semblé essentiel de **mettre au point un traitement médical** qui serait susceptible **d'encadrer l'acte chirurgical, voire de stériliser une lésion débutante**.

Ces études de chimiothérapie expérimentale ont été réalisées simultanément dans le laboratoire du Pr Grosset au CHU Pitié Salpêtrière à Paris et dans celui du Pr Carboneille au CHU d'Angers. Elles ont consisté à inoculer des souris consanguines (Balb C) avec 50 000 bacilles. Quatre semaines après l'inoculation apparaissent chez plus de 90 % des animaux des lésions inflammatoires, faciles à reconnaître. A partir de ce moment, les souris sont réparties en 4 lots :

- un lot de souris témoin ne reçoit aucune antibiothérapie. Il permet de suivre l'évolution de l'infection ;
- et 3 lots de souris traitées : par l'**Amikacine**, par la **Rifampicine** et par l'**association des deux antibiotiques**.

Les doses administrées tiennent compte du métabolisme particulier des antibiotiques chez la souris. Le traitement est administré quotidiennement 5 jours sur 7 pendant 3 mois. Les souris restant après trois mois de traitement sont observées pendant trois mois supplémentaires dans le but de dépister des rechutes.



Durant cette période, à intervalles réguliers des animaux sont sacrifiés, les tissus dans lesquels s'est développée l'infection sont prélevés, broyés et on y dénombre les bacilles présents par gramme d'organe. Deux méthodes sont employées : la première consiste, comme dans la lèpre, à dénombrer au microscope, après coloration de Ziehl, les bacilles présents dans un volume donné (ce sont les formes visibles), la seconde consiste à inoculer des milieux de culture avec des dilutions de 10 en 10 du produit à analyser et d'en déduire, après multiplication bacillaire, le nombre minimal de microbes présents dans l'échantillon (ce sont les formes viables). On compare les résultats obtenus par dénombrement des bacilles chez les animaux témoins et chez les animaux traités. Les résultats obtenus sont les suivants :

Le jour où débute le traitement, les lésions initiales hébergent entre 20 et 40 millions de bacilles par gramme de tissu infecté. Six semaines après chez les souris témoin la population bacillaire par gramme d'organe atteint environ 10 milliards. Ensuite, les animaux non traités meurent.

1) Chez les animaux traités, deux semaines après le début du traitement les lésions cessent de s'étendre. La guérison clinique est obtenue après 2 mois de traitement.

2) Le nombre des formes bacillaires visibles se maintient tout au long de l'expérience au même niveau, environ 100 fois plus faible que celui des souris témoin, au même moment. Toutefois, plus la durée du traitement s'allonge, plus le nombre des formes morphologiquement anormales augmente. Il pourrait s'agir de bacilles morts que la souris ne peut éliminer.

Le même phénomène s'observe chez les malades atteints de lèpre lépromateuse qui, après traitement et guérison, conservent pendant longtemps des formes bacillaires visibles dans leurs tissus.

3) Les formes viables disparaissent entre six semaines et huit semaines de traitement. Les cultures resteront négatives jusqu'à la fin du traitement.

Après l'arrêt du traitement, le nombre des rechutes apparues chez les animaux ayant reçu une monothérapie est faible :

- parmi les souris traitées par l'Amikacine, 3 souris sur les 30 qui ont été conservées ont présentées des lésions. Les concentrations minimales inhibitrices réalisées sur chacune des souches isolées ont montré que toutes les trois sont inhibées comme la souche sauvage par une concentration de 1 microgramme par ml.

- Pour la Rifampicine, 2 souris sur 28 ont présenté une rechute clinique. La concentration minimale inhibitrice réalisée sur la souche isolée des lésions montre que la CMI a augmenté d'un facteur 8. Il pourrait s'agir de la sélection d'un mutant.

En revanche, **aucune des souris traitées par l'association des deux antibiotiques n'a présenté de rechute.**

En conclusion, il semble donc que **l'association Amikacine-Rifampicine** soit **efficace** sur les **lésions de la souris** soumise à une **infection expérimentale** provoquée par **M. ulcerans**. Ces **résultats encourageants** permettent de penser que ce traitement pourrait, dans un proche avenir, malgré les inconvénients de l'Amikacine, être utilisé pour le **traitement des patients** atteints d'un Ulcère de Buruli.

MYCOLACTONE : UN POLYKETIDE TOXIQUE SECRÉTÉ PAR *M. ULGERANS* ET NÉCESSAIRE À L'EXPRESSION DE SA VIRULENCE

Depuis 1966, on sait que le filtrat de culture de *M. ulcerans* possède une activité toxique sur les cultures de cellules et, depuis 1974, qu'il est doté de propriétés immunosuppressives.

Mais jusqu'à présent personne n'avait réussi à isoler le produit toxique.

En 1999, un polyketide isolé des filtrats de culture a été obtenu à l'état pur par des chercheurs américains.

C'est un produit de petite taille appelé **mycolactone**. Elle est responsable :

- de la pigmentation jaunâtre des souches pathogènes. Les souches non pathogènes ont perdu cette pigmentation.

- de l'effet cytopathique responsable de la lyse des cellules qui se manifeste à des doses extrêmement faible de l'ordre de 10 picogrammes par ml. Injectée à l'animal, les lésions produites sont en tous points comparables à celles provoquées par *M. ulcerans*.

Les polyketides sont des molécules bien connues dans le monde des produits à activité biologique. On trouve répondant à cette structure : des antibiotiques (Erythromycine, Amphotéricine), des immunosuppresseurs (Rapamycine), des cytostatiques (Bafilomycine), des antihelminthiques (Avermectine)

Les Actinomycetales, bactéries du sol, élaborent des polyketides. Ils pourraient protéger la bactérie des prédateurs eucaryotes (amibes...). Jusqu'à ces derniers mois, *M. ulcerans* était la seule mycobactérie connue, capable d'élaborer un polyketide. Or, récemment Cole a mis en évidence dans le génome de *M. tuberculosis* les gènes pks (Polyketide Synthesis) capables de coder pour des molécules de type polyketide dont le rôle est inconnu chez le BK. Seraient-ils responsables des lésions cellulaires et de l'immunomodulation, ce qui ferait de ces produits de nouveaux facteurs de virulence ? Malheureusement, en raison de la petite taille de la molécule, de sa nature lipidique, on peut penser qu'actuellement cette molécule représente un mauvais candidat pour un vaccin.



■ DEUX INFOS OMS



(PNUD/Banque mondiale/OMS –
Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (TDR))

PLAN DE TRAVAIL SUR LA CHIMIOTHERAPIE DE LA LÈPRE

Progrès

Essai multicentrique OFLO : les phases de recrutement et de traitement de cet essai sont désormais achevées et la phase de suivi a commencé et se poursuivra en 1999.

Nouveaux médicaments : dans la recherche continue de meilleurs médicaments pour le traitement de la lèpre, une nouvelle étude a été entreprise pour comparer les effets du **HMR 3647**, de la **clarithromycine**, de la **moxifloxacine**, de l'**ofloxacine**, de la **rifapentine** et de la **rifampine** sur *M. leprae* dans le coussinet plantaire de la souris.

Principaux enjeux en 1999

- a) – poursuite des essais multicentriques OFLO avec traitement et suivi des patients dans 15 centres ;
- b) – poursuite et coordination avec l'IMMYC des essais sur le terrain d'antigènes pour réaction intradermique et études des réactions et des lésions neurologiques.

Nouvelles étapes

- examiner l'essai multicentrique en cours lors de la prochaine réunion du Comité d'Orientation de THEMYS qui se tiendra durant le deuxième semestre 1999.
- Examiner le potentiel des nouveaux schémas thérapeutiques incluant de nouvelles substances pour leur application sur le terrain.
- Collaborer avec IMMYC pour les essais de terrain visant à éprouver et valider les tests épidémiologiques et diagnostiques, y compris les interventions pour prévoir et pour empêcher les réactions et les lésions neurologiques.

Comment soumettre une demande

Les chercheurs qui souhaiteraient collaborer à l'une des activités sus-mentionnées doivent écrire à l'administrateur du Comité d'Orientation qui leur enverra des formulaires de demande. Toute correspondance concernant la chimiothérapie de la lèpre doit être envoyée à l'adresse suivante :

Dr. V.K. Pannikar – Administrateur Comité d'Orientation sur la Chimiothérapie de la Lèpre – OMS/LEP – 20 avenue Appia – 1211 Genève – SUISSE – Tél (41-22) 791-2689/3280 – Télécopie : (42-22) 791-4850 – E-Mail : Pannikarv@who.ch

PLAN DE TRAVAIL DU COMITE D'ORIENTATION SUR L'IMMUNOLOGIE DES MYCOBACTERIES (IMMYC)

Justification

Il est important de mieux comprendre la transmission de la lèpre pour surveiller l'effet de la polychimiothérapie dans les programmes de lutte contre la maladie pour évaluer la faisabilité d'une campagne d'éradication. Dans ce contexte, un réactif intradermique amélioré, spécifique de l'infection par *M. leprae*, aurait un effet bénéfique considérable sur le plan pratique. Le TDR a désormais pris l'initiative d'évaluer l'utilisation potentielle de nouveaux réactifs dermiques à base de peptides provenant de séquences spécifiques de *M. leprae*. Les antigènes peptidiques présentent deux avantages évidents sur les mélanges complexes d'antigènes présents dans les tests conventionnels : a) l'approvisionnement ne dépend pas d'une source biologique – on peut en effet les produire entièrement et éviter ainsi les réactions croisées avec des agents pathogènes apparentés comme *M. tuberculosis*. On teste actuellement in vitro la réactivité et la spécificité de ces réactifs, en comparant la réponse des lymphocytes T de patients atteints par la lèpre ou la tuberculose.

Les états inflammatoires et les neuropathies multiples sont les manifestations de la lèpre que la PCT ne prévient pas le plus souvent, et ce sont leurs séquelles invalidantes qui, en particulier, placent ces phénomènes en tête des priorités de recherche. Les réactions et les lésions nerveuses semblent dues à une hyperstimulation de l'immunité et des études parallèles par le TDR ont montré qu'elles étaient accompagnées ou précédées par une augmentation mesurable de la production des médiateurs de l'immunité, comme le facteur alpha de nécrose tumorale (TNFalpha). C'est pourquoi la recherche stratégique du TDR sur la lèpre tente d'établir solidement, par ce type de réaction (I ou II) une corrélation d'une part entre les quantités de ces produits du système immunitaire et le développement de la réaction et, d'autre part, entre cette réaction et le développement de l'invalidité. Bien qu'il soit difficile de prévoir le succès de ce type fondamental de recherche, l'objectif pour la période biennale 1998-1999 est l'élaboration d'un prototype d'outil simple et peu onéreux permettant de prédire les réactions et/ou les lésions nerveuses.

Objectifs

Les objectifs généraux obéissent à la volonté d'exploiter les progrès de la recherche fondamentale visant à mettre au point de nouveaux moyens de prévention, de dépistage et de traitement des affections mycobactériennes, venant en complément des stratégies actuelles de lutte.

Priorités de recherche

- **Elaborer des réactifs** (intradermique) d'**hypersensibilité retardée** dotés d'une meilleure spécificité/sensibilité pour la lèpre.
- **Elaborer des stratégies d'intervention** afin de prédire et de **prévenir** l'immunopathologie, en pensant notamment aux **lésions nerveuses** au cours des réactions à la maladie.

Progrès

Initiative pour l'intradermoréaction :

- La deuxième série de tests portant sur des peptides immunostimulateurs de *M. leprae* sont achevés ; l'identification des peptides immunoréactifs a commencé dans tous les centres chargés des tests (Brésil, Ethiopie, Pakistan, Népal, Royaume Uni) au moyen de mononucléaires du sang périphérique de sujets atteints de lèpre, de contacts et de tests dans les pays non endémiques, respectivement.

Recherche stratégique sur la lèpre (projets démarrés par les chercheurs) :

- Elucidation du **mécanisme moléculaire d'invasion des cellules de Schwann** des nerfs périphériques par *M. leprae*. Le **domaine G de la chaîne alpha2 de la laminine**, un constituant majeur de la membrane basale des cellules de Schwann, a été identifié comme étant la cible du neurotrophisme de *M. leprae*.
- **Concentration élevée en TNFalpha** dans la circulation de tous les sujets présentant une **réaction de type névrite**. Elle a été observée chez les sujets présentant une névrite isolée ou ayant des symptômes dermatologiques. En outre, on a établi une corrélation entre cette réaction et l'apparition d'une invalidité.
- **Reconnaissance des protéines des cellules de Schwann** par des sérums provenant de **sujets atteints de lèpre et présentant une réaction**. La réactivité est dirigée contre une **protéine de 50 kD**. Ces données peuvent présenter un intérêt clinique pour les réactions de type 1 et 2.
- Création de lignées de lymphocytes T restreintes pour le CD1 provenant de sujets atteints de lèpre et de tuberculose. Les travaux portant sur ce **nouveau type de lymphocytes T** (ne reconnaissant pas les peptides) sont prometteurs et pourraient permettre de mieux comprendre la pathogénie de la lèpre.

Résultats escomptés

Développement de l'intradermoréaction :

- En 1999, **identification d'épitopes antigéniques** reconnus spécifiquement par les individus infectés par *M. leprae* (études précliniques) ;
 - Premier semestre de 2000, **essai clinique** en phase I d'un ou de plusieurs peptide(s) candidat(s) pour l'**intradermoréaction** ;
 - D'ici l'an 2001, **test intradermique spécifique de M. leprae**, à base de peptides, prêt à être homologué.
- ### Prévision et prévention des réactions et des lésions nerveuses :
- D'ici fin 1999, développement d'un prototype d'outil pour la prévision des réactions et des lésions nerveuses.

Plan de travail : possibilités de collaboration

Le comité invite les chercheurs à soumettre des propositions de recherche dont les budgets peuvent atteindre US \$ 50 000 par an axées sur les objectifs cités précédemment. Ces projets sont financés pour deux ans au bout desquels les chercheurs sont invités à refaire une demande, soit pour poursuivre leur recherche, soit pour en commencer une nouvelle, étant entendu que des travaux menés en parallèle dans diverses institutions ne seront pas financés. Les candidats sont encouragés à faire participer à leur projet de jeunes chercheurs des pays en développement afin de les former. Dans certains cas, ces stagiaires pourront recevoir des subventions indépendamment des autres coûts du projet. Les chercheurs souhaiteront peut être discuter avec le responsable du Comité avant de soumettre leur demande.

Comment soumettre une demande

Les chercheurs intéressés par les activités mentionnées ci-dessus doivent demander un formulaire au responsable du Groupe de travail. Les propositions pour 1999 doivent être envoyées dès que possible. (date limite : mars 2000). Toute correspondance doit être adressée au :
Dr. U. Fruth – Administrateur Comité d'Orientation sur l'immunologie des mycobactéries – OMS/TDR - 20 avenue Appia – 1211 Genève 27 – SUISSE – Tél (41-22) 791 2678/2681 – Télécopie (41-22) 791 4680 – E-Mail : Fruthu@who.ch

L'OCCGE N'EXISTE PLUS

L'OCCGE a « fusionné » avec son équivalent de l'Afrique de l'ouest anglophone la WAHC pour former l'OOAS (Organisation Ouest Africaine de la Santé).

Tous les instituts et centres de l'OCCGE sont rétrocedés aux Etats hôtes.

L'OLA, structure créée en 1998, suite à la restructuration de l'Institut Marchoux (voir BALLF n°3) est donc intégrée au système national de santé du Mali.

Un atelier national de consensus pour cette intégration s'est tenu à Bamako les 4 et 5 octobre 1999.

Trois scénarios ont été discutés : - PNL, OLA, Hôpital Marchoux séparés ; - PNL et bloc OLA – Hôpital Marchoux ; - Bloc unique : PNL + OLA + Marchoux.

Il est ressorti de cet atelier que le scénario PNL et bloc OLA-Marchoux semblait la stratégie la plus viable et la plus efficace dans le cadre des efforts d'élimination de la lèpre au Mali.

■ NOUVELLES DE L'ILEP

L'ILEP compte 19 membres basés dans 14 pays.

Au début 1999, l'ILEP prend en charge 45 % du nombre total des malades enregistrés dans le monde et 46 % de tous les nouveaux cas, ainsi que des programmes de réadaptation (250 000 malades) et des activités de recherche (comme par exemple : le séquençage du génome de *M. leprae*).



ILEP
 ILEP Secretariat
 234 Blythe Road, LONDON W14 0HJ
 (UNITED KINGDOM)
 Tel: +44/171 602 69 25
 Fax: +44/171 371 16 21
 E-mail: ilep@ilep.org.uk



AIFO
 Associazione Italiana Amici di Raoul Follereau
 4 via Borvelli, 40135 BOLOGNA
 (ITALY)
 Tel: 39/051-43.34.02 or 39/051-61.45.437
 Fax: 39/051-43.40.46
 E-mail: aifo@iperbole.bologna.it



Aide aux Lépreux Emmaüs-Suisse
 4 Spitalgasse, 3011 BERNE
 (SWITZERLAND)
 Tel: 41/31-311.77.97
 Fax: 41/31-318.08.41
 E-mail: project@ales.ch



American Leprosy Missions
 1 ALM Way, GREENVILLE SC 29601
 (USA)
 Tel: 1/864-271.70.40 and 1/800-537.76.79
 Fax: 1/864-271.70.62
 E-mail: amlep@leprosy.org



Comité Exécutif International de l'Ordre de Malte pour l'Assistance aux Lépreux
 3 place Caparède, 1205 GENEVA
 (SWITZERLAND)
 Tel: 41/22-346.86.87
 Fax: 41/22-347.08.61
 E-mail: mission.order-malta@tiu.ch



Deutsches Aussätzigen-Hilfswerk
 P.O. Box 9062, 97090 WÜRZBURG
 (GERMANY)
 Tel: 49/931-79 480
 Fax: 49/931-79 48 160
 E-mail: dahw@geod.geonet.de



Damien Foundation Belgium
 Boulevard Léopold-II 263, 1081 BRUSSELS
 (BELGIUM)
 Tel: 32/2-422.59.11
 Fax: 32/2-422.59.00
 E-mail: secret@damien-foundation.be



Association Française Raoul Follereau
 BP No.79, 75722 PARIS CEDEX 15
 (FRANCE)
 Tel: 33/1-53.68.98.98 -
 Fax: 33/1-48.56.22.22
 E-mail: communication@raoul-follereau.org



Fondation Luxembourgeoise Raoul Follereau
 151 avenue du 10 Septembre, 2551
 LUXEMBOURG
 (LUXEMBOURG)
 Tel: 352/44.66.06 and 352/45.78.07
 Fax: 352/45.96.53



FOPERDA
 Boulevard Léopold-II 263
 1081 BRUSSELS
 (BELGIUM)
 Tel: 32/2-422.59.39
 Fax: 32/2-422.59.00



Institut Cardinal Léger Centre la Lèpre
 130 avenue de l'Épave, MONTRÉAL H1V 3T2
 (CANADA)
 Tel: 1/514-495.2409
 Fax: 1/514-495.2059
 E-mail: ileger@cam.org



British Leprosy Relief Association
 Fairfax House, Cannon Road
 COLCHESTER CO1 1PL
 (GREAT BRITAIN)
 Tel: 44/1206-56.22.86
 Fax: 44/1206-76.21.51
 E-mail: lepra@lepra.org.uk



Leonard Wood Memorial
 11600 Nether Sorets, Suite 210, Rockville MD 20852
 (USA)
 Tel: 1/301-984.1336
 Fax: 1/301-770.0580



Netherlands Leprosy Relief
 Postbus 95005, NL - 1070 HA, Amsterdam
 (THE NETHERLANDS)
 Tel: 31/12-59.50.500
 Fax: 31/20-668.08.23
 E-mail: info@leprareland.nl



Pacific Leprosy Foundation
 Private Bag 4730, CHRISTCHURCH
 (NEW ZEALAND)
 Tel: 64/3-3663.585
 Fax: 64/3-3667.771
 E-mail: pacleprosy@straco.nz



Fontilles Lucha contra la Lepra
 Plaza Tetuán 6, 46008 VALENCIA
 (SPAIN)
 Tel: 34/96-351.15.83
 Fax: 34/96-351.11.87
 E-mail: fontilles@ccv.es



Sasakawa Memorial Health Foundation
 The Sasakawa Hall, 1-15-16 Toranomon, Minato-ku
 TOKYO 1055
 (JAPAN)
 Tel: 81/3-55-08.22.01
 Fax: 81/3-55-08.22.04
 E-mail: sasakawa@blue.ocn.ne.jp



Le Secours aux Lépreux
 1275 rue Hodge, Bureau 125, MONTRÉAL, H4N 3H4
 (CANADA)
 Tel: 1/514-744.31.99
 Fax: 1/514-744.90.95
 E-mail: secours-lepreux@msn.com



The Leprosy Mission International
 80 Windmill Road, BRENTFORD
 Middlesex TW9 0QH
 (GREAT BRITAIN)
 Tel: 44/181-569.72.92
 Fax: 44/181-569.78.08
 E-mail: friends@lmi.org



Taiwan Leprosy Relief Association
 47-F, 172 Chang-Chuan Road, Taipei 10414
 (TAIWAN)
 Tel: 86/2-2507.6319
 Fax: 86/2-2509.5578
 E-mail: dvhsiao@ms2.hinet.net

■ XXII^{ÈME} CONGRÈS RAOUL FOLLEREAU À PARAY-LE-MONIAL 25-26 SEPTEMBRE 1999



Le XXII^{ème} congrès Raoul Follereau s'est déroulé à Paray-le-Monial les 25 et 26 septembre 1999, sous la présidence de M. Michel Récipon. Le compte rendu détaillé des différentes manifestations, de ce congrès très réussi, peut être consulté dans le n° 321 (octobre 1999) de la revue

« Lèpres »

Au plan scientifique, comme les années précédentes, le point a été fait pour les congressistes, sur la situation de la lèpre (Pr. J. GROSSET) et de l'ulcère de Buruli (Pr. CARBONNELLE). Un temps fort a été la conférence du Pr. S. COLE au cours de laquelle ce chercheur de l'Institut Pasteur, a su trouver les mots simples pour expliquer à son auditoire les résultats de ses travaux sur le génome de *M. leprae* (voir, dans ce même numéro du BALLF, l'interview du Pr. S. COLE que nous avons réalisé).

Les participants ont également écouté avec beaucoup d'intérêt les témoignages parfois poignants, des personnes qui sur le terrain, dans des conditions parfois difficiles, se battent pour faire reculer la lèpre et l'ulcère de Buruli.

Comme l'a dit Maurice Druon, secrétaire perpétuel de l'Académie Française, dans son discours, lu par son directeur de cabinet, lors de la remise du Prix Raoul Follereau de l'Académie Française :



« Et aujourd'hui, grâce à vous, ce n'est plus le lépreux qui est repoussé, c'est la lèpre ».

■ LES INFIRMES LIÉS À LA LÈPRE À MADAGASCAR PROPOSITIONS D'UNE HARMONISATION DES TECHNIQUES CHIRURGICALES

E. Hantz*



À Madagascar, une campagne d'élimination de la lèpre existe depuis plus de deux ans. Elle a déjà permis de **dépister des milliers de malades** lépreux dans les districts les plus endémiques du pays (essentiellement sur la Côte Est chaude et humide).

Mais, le dépistage se heurte à d'insurmontables **difficultés** pour découvrir ceux qui habitent dans des **zones inaccessibles** et qui se **cachent** car honteux de leur maladie. De plus, tous les districts n'ont pas encore été visités dans cette île immense ayant fort **peu de voies de communication** rapides.

D'autre part, il est **difficile de former** pour ce dépistage des médecins peu habitués au diagnostic de cette maladie et pour qui certaines dermatoses posent des problèmes de diagnostic différentiel. Dans le doute, ils instaurent une PCT qui peut être inutile et onéreuse.

Enfin, il n'est pas rare de constater l'**abandon** même précoce du traitement (2^e-3^e mois) au risque de voir apparaître des résistances bactériennes aux antibiotiques.

Le contrôle mensuel par les centres fixes médicaux est évidemment indispensable mais rarement effectué. Les médicaments non utilisés sont revendus.

Qu'en est-il des lépreux atteints de **névrites** précoces ou concomitantes de la maladie qui évoluent vers des **mutilations**, des **paralysies** ou la **cécité**.

Le **traitement** médical **précoce** est **efficace**, les antibiotiques stérilisent aussi les lésions nerveuses.

Hélas, le **dépistage** est **très rarement précoce** à Madagascar et bien souvent des zones entières n'ont **jamais** reçu la visite d'un médecin ou d'un infirmier dépisteur.

Qu'en est-il aussi des malades en cours de traitement et qui présentent des formes de **réversion** ou d'**aggravation** ? Ils interrompent souvent, à tort, leur traitement en l'accusant d'être la cause de cette complication pour eux incompréhensible.

Seule la **Cortisone** peut apporter une solution thérapeutique efficace mais elle ne peut être prescrite qu'en **milieu hospitalier** avec une surveillance médicale rigoureuse du traitement à des doses suffisantes en brousse et dégressives. Il est impensable de prescrire ces fortes doses en dehors d'un contrôle médical (on a vu le cas d'un malade présentant une contre-indication formelle : un ulcère d'estomac !) et l'on a recours à des médicaments moins actifs : aspirine, paracétamol.

L'évolution des névrites à Madagascar aboutit souvent à des **complications** rapides **neurologiques**. Les indications de neurolyses sont rarement posées au stade des névrites hyper-

algiques où l'on pourrait espérer stopper la dégénérescence nerveuse. **L'indication chirurgicale vit plus tardivement de l'échec de la PCT** au cours des formes de réversion et pour les maux perforants plantaires.

Mais, doit-on opérer les nerfs lorsque les signes périphériques

s'aggravent malgré une PCT et une corticothérapie bien suivies ? L'indication chirurgicale est fonction de l'expérience du chirurgien et des disponibilités locales. La **neurolyse** reste une intervention **bénigne** faite sous anesthésie loco-régionale et ne nécessite qu'une instrumentation très modeste. Elle doit être faite sur un segment qui dépasse les lésions macroscopiques de part et d'autre des compressions intra et extrinsèques. Ainsi, sont évités les échecs que l'on observe encore en constatant des cicatrices d'intervention trop courtes.

Le centre d'Ambatoabo sur la Côte Est pratique ces types d'interventions quasi systématiques... rares sont les complications neurologiques ultérieures.

Le résultat portant sur **2000 neurolyses** faites à Madagascar en **10 ans** dans différents services par des chirurgiens francophones a été contrôlé après trois ans. Il atteint **80 % de non récidive**.

Que dire des **interventions réparatrices** ? Elles ne représentent que 10 % à 20 % environ des indications de la chirurgie de la lèpre. À Madagascar, leurs résultats dépendent toujours de la précision des techniques chirurgicales bien codifiées.

Ils sont toujours difficiles à analyser à distance et dépendent aussi de l'encadrement par une kinésithérapie (récupération des raideurs, de l'amyotrophie et test des muscles réanimateurs).

On est parfois surpris de voir un sujet dont le résultat est imparfait à nos yeux, mais qui lui permet de reprendre une activité professionnelle manuelle. Un opéré qui présentait des moignons des 2 dernières phalanges digitales jouait même fort bien de l'accordéon dans une léproserie de Fianarantsoa.

Les **amputations** demeurent la dernière possibilité chirurgicale mais nécessitent un appareillage pour le membre inférieur. Si elle est possible, l'opération de Syme avec son moignon en « pied d'éléphant » peut assurer une marche avec une simple coiffe de cuir, et on la pratique encore à Madagascar où sa réputation n'est pas mauvaise dans le « milieu » des lépreux.

Toutes ces indications thérapeutiques chirurgicales codifiées par des chirurgiens léprologues francophones sont résumées



dans un **recueil écrit pour les jeunes chirurgiens de Madagascar**. Ce sont aussi des **cassettes audiovisuelles** enregistrées à Manankavaly qui illustrent les stades de la maladie, les indications, les moyens thérapeutiques, ainsi que quelques techniques chirurgicales. Ces documents audiovisuels réalisés par le service audiovisuel de l'EASSA (Val de Grâce) constituent un outil de travail pour la formation. Elles devraient être divulguées dans « le monde anglophone » pour information !

Nous les utiliserons en vue de la **formation des jeunes chirurgiens malgaches** qui animeront les **4 nouveaux centres chirurgicaux** mis en chantier dès **l'an 2000** en différents points de l'île avec le concours financier du **Rotary Club International**. Des chirurgiens locaux et des chirurgiens français y viendront opérer pour des missions ponctuelles avec l'accord du Ministère de la Santé Publique Malgache. Les malades lépreux guéris médicalement grâce à la PCT, mais qui restent mutilés pourront ainsi espérer **recupérer une fonction** compatible avec un métier.

Les ghettos que sont encore certaines léproseries, véritables laderies, **doivent disparaître** et la **chirurgie** peut participer aux actions visant à **redonner une dignité humaine** à ces infirmes de la lèpre.

L'espoir des chirurgiens est que le programme de prévention des infirmités rende leur activité un jour inutile, mais il y a encore du travail pour eux à Madagascar...

PROPOSITIONS D'HARMONISATION DES TECHNIQUES CHIRURGICALES.

Dans le cadre du PIRP, le Dr. Chouteau, Chirurgien Coopérant à Tulear, aura la difficile mission d'évaluer les Centres les plus compétents pour pratiquer la chirurgie des lépreux malgaches.

Pour cela, l'accord de Madame le Ministre de la Santé Publique, et du Représentant du PNL est acquis. L'AFRF a déjà étudié les projets pour d'éventuelles réalisations. Y viendraient opérer des chirurgiens volontaires européens pour des missions ponctuelles, mais ce sont, bien sûr, les jeunes chirurgiens malgaches qui auront bientôt l'entière responsabilité pour animer ces centres.

Mais, la chirurgie de la lèpre doit être effectuée suivant des règles classiques et des techniques rigoureuses. Les échecs, source de critique des détracteurs, sont dus le plus souvent à la non observation des protocoles établis par des chirurgiens expérimentés. Cette chirurgie doit donc s'entourer de toutes les garanties qui attesteront de sa réelle efficacité. Ce qui serait évidemment impossible dans le cas de techniques variées inexploitable.

A Madagascar, en relais de la CEL, le programme du PIRP entre dans une nouvelle phase chirurgicale complémentaire pour combler un retard bien difficile à apprécier. Or, 15 %

environ de nouveaux cas dépistés sont déjà mutilés et il ne faut pas compter sur la mise en œuvre de traitements précoces pour les prévenir... de nombreux enfants sont déjà atteints de griffes et de paralysies...

Il conviendrait donc d'arriver à un « **consensus** » adopté par les chirurgiens. Tous s'engageraient à exécuter des **techniques identiques bien sélectionnées**. Cette attitude permettra d'en **apprécier plus scientifiquement les résultats** afin d'établir des bilans et des statistiques cohérentes.

Cette chirurgie ainsi standardisée mériterait aussi d'être soutenue par un coordinateur local du PNL. La présence dans ce pays de chirurgiens résidents permettra d'assurer ce rôle d'arbitre, de conseiller parfois et surtout de superviseur de l'activité chirurgicale discontinuée dans certaines léproseries de brousse.

Il faudra convaincre le PNL et les responsables de la CEL de l'absolue nécessité d'orienter maintenant les malades dépistés qui présentent une indication chirurgicale vers les centres chirurgicaux nouvellement équipés ;

Les Communautés Religieuses auront alors la mission d'assurer la préparation et le suivi pour encadrer l'acte opératoire des malades. Pour elles, le climat de confiance est aujourd'hui un peu émoussé et il doit être rétabli pour que les malades ruraux consentent à rompre avec leur fatalisme habituel et acceptent de subir une opération. L'auto-dépistage par les opérés de retour dans leur village explique toujours le bon débit des centres encore actifs.

A Madagascar, certaines congrégations, reprenant l'esprit de leur fondateur (Filles de la Charité, St-Joseph de Cluny, St-Paul de Chartres, Nazaréennes...) ont anticipé cette résurgence de la chirurgie.

P.S. : Les confrères chirurgiens concernés pourraient apporter leur point de vue dans les colonnes du Bulletin de l'ALLF.

*5, rue Saint Vincent
57000 METZ

CLASSIFICATION DES INVALIDITES	
PIEDS ET MAINS	
Degré 0	Absence d'anesthésie, pas de déformation ni de lésion visible.
Degré 1	Anesthésie, mais pas de déformation ou de lésion visible.
Degré 2	Présence d'une déformation ou d'une lésion visible.
YEUX	
Degré 0	Absence de problèmes oculaires imputables à la lèpre ; aucun signe de perte d'acuité visuelle.
Degré 1	Présence de problèmes oculaires imputable à la lèpre ; mais aucune baisse d'acuité (acuité au moins égale à 6/60 ; le sujet peut compter les doigts à 6 mètres).
Degré 2	Forte baisse de l'acuité visuelle (inférieure à 6/60 ; le sujet ne peut compter les doigts à 6 mètres).

(Réf. OMS)

■ DEMARRAGE DE LA CHIRURGIE DES LEPREUX A MADAGASCAR

A Madagascar, l'année 1999 a été marquée par la mise en chantier de plusieurs blocs opératoires destinés à prévenir ou traiter les mutilations lépreuses.

Il faut aller en brousse pour assister au spectacle désolant de la dégradation physique habituelle des malades lépreux. Leur abandon pendant des années dans des conditions inhumaines est inadmissible à notre époque. C'est le constat que nous avons signalé aux autorités compétentes. Tel le cas de ce véritable « dépotoir » voisin d'Antsirabé où croupissaient plusieurs dizaines de malades peu alimentés et couverts de plaies. Tous auraient été améliorés par un geste chirurgical simple et leurs plaies cicatrisées par une simple neurolyse. Pour l'appareillage, 10 F suffisent pour fabriquer des semelles grâce à un Organisme Humanitaire voisin.

Devant le désintérêt général, ce sont donc les blocs opératoires d'Isoanala, de Vohipeno, de Moramanga, de Manankavaly et bientôt d'Antahala qui sont en cours d'équipement grâce aux subventions du Rotary Club International. Les constructions ou restaurations sont prises en charge intégralement par des Rotary-Clubs français (de Toulon : 400 000 F, de Lorraine : environ 800 000 F...) des véhicules 4x4 sont également fournis pour le transport de malades de brousse.

En France, c'est une véritable mobilisation pour recueillir tous les matériels chirurgicaux d'équipement lourd, des instruments, des produits et petits matériels pour assurer un rythme opératoire important. L'oxygène sera fourni par des extracteurs à partir de l'air ambiant pour alimenter les respirateurs, les appareils d'anesthésie et de réanimation. Les containers sont chargés à l'ARCHE* et les Rotary-Clubs malgaches prennent le relais pour leur acheminement final. Des chirurgiens français et italiens ont déjà démarré en 1999 une large activité à Isoanala, Ambatoabo et Ambika avec des résultats concrets indiscutables. Leurs missions consistaient aussi à former nos confrères chirurgiens des villes voisines (Tulear, Betroka, Farafangana...).

Avec l'enthousiasme d'environ 12 chirurgiens volontaires pour cette chirurgie et de confrères malgaches, tout va s'accélérer dans les mois prochains et nous nous acharnons à

remettre en fonction des centres inactifs, tels Marana et Imady dont le personnel âgé est démobilisé.

Après l'échec d'une réunion en 1999, à Tulear, nous espérons obtenir une harmonisation de toutes nos techniques chirurgicales lors d'un séminaire au Val-de-Grâce.

Le PIRP, complément normal de la CEL ne doit pas être un vain mot et désormais, on ne doit plus se contenter de s'intéresser aux infirmes de la lèpre seulement pour déclencher la pitié des donateurs.....

* ARCHE : Association Rotarienne de Collecte Humanitaire (Versailles).

E. Hantz



La lèpre est une des quatre principales causes d'infirmité dans le Tiers monde

THÈSES

4 Thèses soutenues à Bamako en 1998 et 1999, sous la direction du Dr. A. TIENDREBEOGO

- 1 - Salif FOMBA : Evaluation de la couverture en PCT antilépreuse dans le district de Bamako en 1998.
- 2 - Fatoumata TRAORE : Rôle du genre (masculin/féminin) dans la prise en charge des cas de lèpre dans le district de Bamako.
- 3 - Aminata GOITA : Evaluation comparative des pansements au saccharose et/ou au permanganate de potassium dans le traitement des MPP d'origine lépreuse.
- 4 - Sadio Abdoulaye DIARRA : Problématique de l'approvisionnement en plaquettes de PCT dans 3 régions du Mali.

■ VIENT DE PARAÎTRE

PRECIS DE LEPROLOGIE (Réédition)

J. Languillon et collaboration de P. Bourrel,
P. Saint-André, G. Discamps, G. Baquillon

Les auteurs nous ont adressé le texte de présentation ci-dessous :

Ce précis est l'œuvre d'un petit groupe d'auteurs, tous praticiens; ayant pendant des années, soigné et suivi, de façon permanente sur le terrain, de très nombreux malades.

Après un rappel de l'histoire et de la situation géographique de la maladie, il faut noter une mise à jour sur *Mycobacterium leprae* et une discussion de la réaction à la lépromine. C'est l'immunologie qui joue un rôle primordial dans la compréhension de cette affection. C'est l'immunité à médiation cellulaire (IMC) orientée contre *M. leprae* qui, par sa présence ou son absence, déterminera, chez un sujet contact, sa susceptibilité à contracter la lèpre et la forme clinique qu'elle présentera. La classification immunologique distingue donc, à côté de deux formes polaires, l'une tuberculoïde totalement et toujours allergique, l'autre lépromateuse totalement et toujours anergique, un groupe intermédiaire de formes cliniques à résistance instable allant de la tuberculoïde intermédiaire à la lépromateuse intermédiaire en passant par les formes « borderline ».

La description des lésions cutanées est parfaite et complétée par une étude anatomo-pathologique bien iconographiée. Les lésions rhino-pharyngo-laryngées, les atteintes oculaires, les lésions viscérales sont bien détaillées. *M. leprae* ayant une affinité particulière pour la cellule de Schwann, l'atteinte des nerfs, grand signe de la lèpre, est particulièrement étudiée. La, encore, c'est l'état immunitaire du sujet qui conditionne les deux types de névrites, la lépromateuse réactionnelle hypertrophique et douloureuse, et la tuberculoïde reverse qui évolue à bas bruit et rapidement vers des paralysies irrémédiables de la main et du pied, vers les lésions osseuses et les perforants plantaires. Le chapitre sur les états réactionnels décrit bien l'érythème nouveau lépreux des lépromateux. Il faut signaler les intéressantes descriptions de la lèpre « histoïde » de Wade, de la lèpre de Lucio, de la lèpre de l'enfant. Le diagnostic différentiel montre que de nombreuses affections dermatologiques et neurologiques peuvent, par certains de leurs symptômes faire croire à la lèpre, l'iconographie dermatologique est alors d'un précieux secours. Une étude de la thérapeutique médicale spécifique aboutit aux merveilleux résultats obtenus avec l'association rifampicine, sulfone, clofazimine et plus récemment au traitement ROM associant la rifampicine, l'ofloxacine et la minocycline.

Le chapitre sur le traitement chirurgical est remarquable et reçoit l'attention qu'il mérite, tant du point de vue des techniques directes sur le gros nerf hansenien que celui des méthodes palliatives et réparatrices des paralysies et défor-

mations permettant de « délivrer l'homme guéri de sa lèpre, de son état de lépreux ».

L'exposé sur les connaissances épidémiologiques dans le domaine de la lèpre nous montre que la chimioprophylaxie peut entraîner une résistance de *M. leprae* aux médicaments utilisés, que le BCG ne doit pas être considéré comme un vaccin, et que le vaccin de cette maladie immunologique sera certainement immunologique.

Il est montré un certain pessimisme dans l'exposé des méthodes actuelles de lutte contre la lèpre considérée par l'OMS comme devant être éliminée avant l'an 2000 !!! Alors que chaque année il apparaît 600 000 nouveaux cas et que dans de nombreux pays le dépistage et l'examen des contacts sont abandonnés et que deviendront les 2 millions d'handicapés qui ont besoin de chirurgie et de prothèses si les ONG n'apportent plus leur aide. Enfin, signalons avec émotion, que ce livre a été dédié aux léprologues français bien connus des auteurs et qui ne sont plus.

31 x 21, 338 pages, 371 figures, 53 tableaux. Méd. Général (CR)
Languillon, Salario, Chemin de la Torretta, 20 - Ajaccio.

LES LEISHMANIOSES

Coordination : Jean-Pierre Dedet

Les leishmanioses sont des zoo-anthroposes parasitaires transmises par vecteur, et sévissant dans 88 pays répartis sur quatre continents. Leur incidence annuelle mondiale est estimée à environ deux millions de cas. Elles comprennent un groupe de maladies incluant des formes viscérales, cutanées localisées ou diffuses, et muqueuses. La variabilité de leur expression clinique dépend de l'existence d'espèces parasitaires distinctes, mais également d'une modulation de la réponse immunitaire de l'hôte.

Cet ouvrage propose une mise à jour des connaissances sur la biologie et la génétique de parasites responsables, aussi bien que sur l'épidémiologie, la clinique, la biologie et la thérapeutique des affections correspondantes.

Il est destiné aux professionnels de santé, chercheurs en biologie et étudiants suivant les cursus avancés (3^e cycle) des sciences de la santé et sciences biologiques, plus particulièrement francophones. Destiné à combler un vide existant, il a associé dans sa réalisation praticiens, chercheurs et enseignants d'expression française.

Les leishmanioses tégumentaires et la lèpre ont quelques points communs :

- aspect spectral de la réponse immune, avec deux tendances évolutives opposées de la fonctionnalité des lym-

phocytes TCD4, allant d'un type Th 1 de résistance à l'infection à un type Th 2 de sensibilité,

- similarités cliniques de la leishmaniose cutanée diffuse et de la lèpre lépromateuse, posant parfois un diagnostic différentiel difficile.

Aussi, les léprologues peuvent ils être intéressés par la parution de cet ouvrage en langue française sur les leishmanioses, dont j'ai coordonné l'édition et qui est sorti en avril 1999, dans la collection « Médecine tropicale », des éditions Ellipses, avec le support de l'AUPELF-UREF. Dans cette même édition avait déjà paru précédemment l'ouvrage coordonné par H. Sansarricq sur la lèpre.

Pr. J.P. Dedet

Laboratoire de Parasitologie,

163, rue Auguste Broussonet, 34090 Montpellier

Collection « Médecine Tropicale » dirigée par M. Gentilini

256 pages + 8 pages couleurs - format 17,5 x 26 cm

ISBN 2-7298-4820-7- 180 F - Edition avril 1999

Pour la commande, s'adresser à

Ellipses Edition marketing

32, rue Bague - 75740 Paris cedex 15

SCHEMA DE TRAITEMENT DES MAUX PERFORANTS PLANTAIRES À L'USAGE DES INFIRMIERS ET DES PANSEURS

M.Y. Grauwain - C. Hirzel -

Illustration : R. Moreno

(Institut Léprologie appliquée Dakar -

BP 110233 CD Dakar Annexe - SENEGAL)



En visitant les dispensaires au Sénégal et dans de nombreux pays de la zone, on s'était vite aperçu que les soins aux MPP n'étaient absolument pas codifiés, pas une priorité et faits par des non-infirmiers. Chacun avait sa recette en fonction de quelques échantillons disponibles. Les résultats étaient mauvais par méconnaissance des règles élémentaires de soins et par manque de produits de base peu coûteux.

Comme son nom l'indique, ce livret est à l'usage des infirmiers et des panseurs. Pourquoi des panseurs ? Parce qu'en Afrique francophone, ce ne sont pas les infirmiers qui en pratique font les pansements. Ce sont souvent les aide-infirmiers, des aide-soignants, des panseurs assimilés formés sur le tas, voire des gardiens ou même des anciens malades dans les léproseries ou les villages de reclassement. L'infirmier

fait en général des injections et des ordonnances.

Le but de ce livret est de servir de support et d'aide-mémoire à des gens déjà formés aux soins aux MPP comme ceux formés dans le programme de soins aux MPP au Sénégal, programme intégré avec celui de chirurgie décentralisée, de petite chirurgie ophtalmologique, de cordonnerie mobile et éducation sanitaire dans le Programme National de Lutte (PNL).

Il s'adresse donc essentiellement à des personnes qui ont déjà des notions de lèpre et des connaissances sur les mécanismes de survenue des déficiences, des incapacités et des handicaps dans la lèpre. Tous les mots médicaux qui sortent du jargon de la lèpre sont marqués d'un astérisque et regroupés à la fin dans un lexique donnant des définitions simples voire simplistes.

Il peut aussi servir aux infirmiers qui n'ont pas eu de formation spécifique et qui y trouveront toutes les règles élémentaires pour faire des soins corrects des MPP comme de toutes les plaies.

Cependant, le livret peut aussi être à l'usage du médecin qui n'aura pas de difficultés à le lire et qui apprendra quelques règles élémentaires qu'il ne connaissait pas toujours.

Il a donc été fait le choix de produits de base, simples, peu coûteux, facilement disponibles et ayant fait la preuve de leur efficacité.

M. Y. Grauwain et C. Hirzel

N.B. Ce livret est disponible dans les documents pédagogiques en français de l'ILEP et distribué par la COMED de l'AFRF, 31 rue de Dantzig, 75722 Paris cedex 15

Édité et imprimé par GIE SCENE Saint-Etienne - Edition juillet 1999.

Copyright 1999 : ILEP - 234 Blythe Road - London W14 OHJ - Grande-Bretagne

LA LEPRO, PASADO, PRESENTE, Y FUTURO

de José Terencio de Las Aguas.

Don José Terencio De Las Aguas, né à Valence, est docteur en médecine de l'Université de Valence (1961), dermatologue et directeur médical du Sanatorio de Fontilles depuis 1968.

Il est membre de la Société Internationale de Léprologie, et récemment en 1998, a été réélu membre de l'OMS, en qualité d'expert.

En 1996, il fut nommé membre de l'Académie Royale de Médecine de Valence.

Editeur : Generalitat Valenciana - Conselleria de Presidència (1^{ère} édition - février 1999), ISBN : 84-482-1961-9

■ ASSOCIATIONS A MADAGASCAR

Le Dr. F. Botohely nous communique :

1 - Nous avons l'honneur d'appeler votre attention sur l'existence de notre association « TARATRA ATSINANA-NA », sise à Tamatave, Madagascar. Dans le cadre de la mise en œuvre de notre programme « Santé-Environnement-Développement », la lutte contre la lèpre faisant partie de notre projet. Nos activités en vue d'atteindre cet objectif comprennent la sensibilisation, l'éducation et la formation de la population locale, des autorités publiques et religieuses.

Nous sommes disponibles pour toutes autres informations et collaborations relatives à notre projet.

Siège social : lot 201 parcelle 11/58 Ankirihiry
Nord-Tamatave 501 - MADAGASCAR
Tél : 261 205 340 291

2 - Nous avons créé une association des œuvres sociales qui s'appelle « BALSAM ». Le but de cette association est de s'occuper des lépreux demeurant à Antsiranampasikaan-lamboanio Tamatave (Madagascar). Elle vise à ce que les lépreux jouissent de leur droit en tant que citoyen car il est prouvé que la lèpre est une maladie guérissable et non héréditaire. Elle s'occupe de 84 personnes environ dont 40 enfants. Afin d'atteindre cet objectif, l'association a procédé à des œuvres de bien comme distribution de riz, médicaments, habillement selon ses moyens.

Par la même occasion, elle a bâti une église qui est à la fois une école. Mais, faute de moyens, l'école a été fermée.

Actuellement, l'association a un statut légal. Ainsi, elle continuera ses activités afin d'atteindre les objectifs.

Dr Florent Botohely
Tamatave - Madagascar

■ LES NOTULES D'YVES SAUTERAUD

Le Dr Yves Sauteraud nous a fait parvenir quelques très intéressantes observations historiques.

1 - Traitement de la lèpre proposé par un confrère africain vers 1420 (in *Histoire de la médecine*, tome 6).

Eustache de La Fosse, dans son *Voyage à la côte occidentale d'Afrique, en Portugal et en Espagne* (1470-1479) signale aux îles du Cap-Vert l'utilisation de tortues « desquelles le ladre se guérit en les mangeant et en se oignant du sang et de la graisse à assaulcer toutes ces viandes et par ainssy au bout de deux ans, ils se treuvent bien purgez et guaris de leur lèpre ».

De son côté, en 1506-1507, Valentin Fernandez rappelle que l'huile de tortue du Cap Vert est un grand remède pour les lépreux. Il fait état en outre de la présence d'un arbre fournissant une térébenthine utilisée pour cautériser les blessures et il signale que les graines de paradis sont la plus célèbre épice de la côte guinéenne (...).

La littérature arabe du XII^e au XV^e siècle est riche en chroniques écrites par des Soudanais, mais on n'y rencontre que peu de renseignements concernant la médecine des Noirs.

On n'ignore pourtant pas que dans certaines régions comme le Bornou (actuellement Nigeria et Bénin) les féticheurs-médecins jouissaient d'une telle réputation que les peuples voisins disaient qu'une maladie non guérie dans le Bornou ne pouvait l'être nulle part ailleurs (...).

2 - L'enrayement de la lèpre des tropiques (article 6253, *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques à l'usage des médecins praticiens*, tome 33 - 1862)

Académie des Sciences. - Un membre correspondant de

l'Académie, M. Guyon, a communiqué deux observations de lèpre développée sous les tropiques dans une famille de créoles européens, et qui s'est arrêtée par le changement de climat. La famille dont il s'agit comptait trois enfants. Un des enfants avait succombé à la lèpre tuberculeuse. Les deux survivants, dont l'un était encore à la mamelle, ayant présenté des indices de la même maladie, M. Guyon donna le conseil de soustraire les jeunes malades à l'influence d'un climat évidemment favorable à la pathogénie de la lèpre, et, sur son avis, les deux enfants vinrent habiter la France. Ceci se passait en 1826. Depuis cette époque, le mal, constaté alors, n'a pas rétrogradé, mais il n'a pas non plus progressé d'une ligne. Ajoutons que ces deux individus se sont mariés et que leurs enfants se portent à merveille.

De ces deux faits, M. Guyon conclut que l'enrayement de la lèpre par un nouveau climat sous lequel cette maladie ne se manifeste qu'exceptionnellement, ne saurait être révoqué en doute et qu'il importe d'appliquer aux lépreux le bénéfice de ce remède unique dans le plus bref délai possible.

3 - La « lèpre » de Marat

Au XVIII^e siècle, on appelait lèpre toute dermatose, dont l'aspect était repoussant à la vue. C'est ainsi que le 11 juillet 1793, l'avant veille de son assassinat par Charlotte Corday, Marat reçut la visite du peintre David, lequel affirma avoir vu « l'ami du peuple » atteint d'une lèpre hideuse.

On sait que Marat était tourmenté par d'incessantes démangeaisons qu'il essayait de calmer par des séjours dans sa baignoire sabot « sans parvenir à éteindre le feu dont il était incendié ».

Dans le *Cabinet secret de l'Histoire* publié vers 1910, le

docteur Cabanes affirmait que Marat était « dévoré d'une horrible dartre de la région périnéo-scrotale ». Il est alors intéressant de lire les diagnostics différentiels qu'en tire, en 1910, le Dr. Cabanes : il élimine d'emblée la gale, puis la phtiriose ou maladie de Scylla, pour, en raison du prurigo scroti, s'intéresser aux lichens, car l'eczéma lichénoïde s'observe dans ces régions. Il cite encore le prurigo de Hébra. En outre, Marat semble avoir été diabétique, polydipsique, ayant grand peine à apaiser sa soif, sauf parfois par des boissons émoullientes telles que l'eau mélangée de pâte d'amande et de terre glaise, dont il absorbait plusieurs tasses dans la journée, sa dermatose pouvant alors être en rapport

avec une complication de son diabète. Fabre d'Eglantine décrivait Marat sautillant lorsqu'il marchait, vraisemblablement du fait du frottement local qui lui imposait cet exercice, étant obligé d'écartier les cuisses à chaque pas. Après avoir éliminé un psoriasis plantaire, le Dr. Cabanes conclut finalement que « la lèpre hideuse que le peintre David rapportait avoir vue sur le corps de Marat, l'avant-veille de sa mort, l'affection squameuse et vésicante qui obligeait le malheureux à avoir recours aux manœuvres hydrothérapiques était, selon toutes probabilités, un **eczéma généralisé** ».

6^{ÈME} JOURNÉES DE MYCOBACTÉRIOLOGIE DE LANGUE FRANÇAISE

Toulouse 14-15 octobre 1999

Une matinée complète a été consacrée à la lèpre. « La lèpre perspectives 2000 » (modérateur J. GROSSET). Les communications ont été les suivantes : - Historique et épidémiologie (H. SANSARRICQ) ; - Aspects cliniques (P. BOBIN) ; - Enquête sur la maladie de Hansen en France métropolitaine (B. FLAGEUL) ; - Physiopathologie (Ph. LAGRANGE) ; - Diagnostic biologique, bases expérimentales de la chimiothérapie (J. GROSSET) ; - Le génome de *M. leprae* (S. COLE).

Les 2 autres demi-journées ont été consacrées aux nouvelles techniques de diagnostic des mycobactéries et à l'épidémiologie et aux aspects cliniques des infections à mycobactéries.

22^{ÈME} CONGRÈS DE L'ASSOCIATION DES DERMATOLOGISTES FRANCOPHONES

Beyrouth, 1^{er} au 4 juillet 1999

Congrès très réussi, organisé à l'Université Saint-Joseph de Beyrouth, par le Pr. Roland TOMB et son équipe. Les thèmes étaient : Peau et environnement ; Dermatologie et communication ; Dermatoses infectieuses ; Dermatoses de la grossesse ; Examens paracliniques au cabinet ; Dermatopédiatrie et Santé publique ; Ombres et lumières en dermato-cosmétologie.

Pour la lèpre, 3 communications : Quoi de neuf en Léprologie en 1999 (P. BOBIN) ; La lèpre en France métropolitaine (G. GUILLET) ; Etude de la lèpre dans 3 régions du LIBAN (S. SHBAQLO, E. MAKHOUL et coll.).

3 posters : Maladie de Hansen révélée par un érythème noueux (T.J. MEZIOU et coll.) ; A propos d'un cas de lèpre autochtone en Algérie (N. CHALLANE et coll.) ; Résurgence de la lèpre au Liban ? (F. STEPHAN et coll.).

Pour l'ulcère de Buruli, 2 communications : Ulcère de Buruli, maladie émergente en Afrique de l'Ouest (H. DARIE et coll.) ; Traitement médical de l'infection à *M. ulcerans* (H. DEGA et coll.).



ASSOCIATION FRANÇAISE
RAOUL FOLLEREAU
BP 79 - 75015 PARIS

47^{ÈME} JOURNÉE MONDIALE DES LÉPREUX

30 janvier 2000

Comme tous les derniers dimanches de janvier depuis 1954, la Journée Mondiale des Lépreux (JML) créée par Raoul Follereau, se déroulera le dimanche 30 janvier de l'an 2000.

La campagne publicitaire de sensibilisation qui accompagne la JML vise à frapper l'opinion. Des images fortes dans les spots télévisés et sur les affiches viendront rappeler au public, l'évolution délabrante d'une lèpre non traitée.

La chanteuse belge Maurane a prêté sa voix pour faire passer ce message :

« La lèpre, ici on en parle, là-bas on en souffre ».

■ ETUDE RELATIVE A LA LEPRE DANS TROIS REGIONS LIBANAISES, 1999

Z. Shbaqlo, N. Ghosn, E. Makhoul,
R. Maassarani, N. Rbeiz



On dénombre au Liban une cinquantaine de patients atteints de lèpre. Ils proviennent de 5 différentes régions (5/6). Ils sont traités et suivis soit par un sanatorium syrien (36), soit au sein de leur famille (15).

Une étude (dépiage de nouveaux cas dans l'entourage familial et géographique des malades) s'est déroulée entre janvier et octobre 1999.

Sur le plan local : l'information du public, l'intervention des autorités locales et l'implication des médecins locaux ont contribué à l'acceptabilité du dépistage d'une maladie oubliée et dramatisée. Sur le plan national, les résultats finaux de l'étude, la découverte des nouveaux cas (2 cas durant le premier trimestre 1999, un lépromateux et un tuberculoïde) et l'éventuel retour des exilés du sanatorium syrien, jugeront de l'utilité de réactiver une cellule de lutte anti-lèpre au Liban.

■ A PROPOS D'UN CAS DE LEPRE AUTOCHTONE EN ALGÉRIE

N. Challane, F. Otsmane, D. Bouharati,
A. Ammar-Khodja, I. Benkaidali

(Clinique Dermatologie, CHU Mustapha, Alger, Algérie)

Observation : M.O., originaire de Jijel présente depuis 1998 une symptomatologie générale, un exanthème, des manifestations articulaires, des lésions de vascularite. En 1991-1992 : une sérologie de la rickettsiose positive motive un traitement par les cyclines. En 1994 : le diagnostic d'hématodermie est soulevé devant l'infiltration des téguments. En 1998 : le tableau clinique est évocateur d'une lèpre. L'examen anatomo-pathologique des lésions cutanées et la recherche de BAAR dans les fosses nasales et les lobes des oreilles confirment le diagnostic. Un traitement associant les

sulfones et la Rifampicine est institué avec, à cours terme, un résultat favorable.

Commentaires : L'intérêt de notre observation réside dans la rareté des cas de lèpre rapportés en Algérie (la possibilité d'une contamination en dehors du territoire national est discutée). Par ailleurs, notre observation souligne la difficulté diagnostique des formes réactionnelles. Ces formes cliniques sont à l'origine d'errance diagnostique lorsque le sujet n'est pas originaire d'une zone d'endémie.

LIBAN

Le Dr. Antoine FARJALLAH, coordinateur général du Comité pour l'Élimination de la Lèpre au Liban (CELL) nous fait part d'un projet de séminaire de léprologie qui devrait se tenir à Beyrouth en 2000. Ce séminaire de 2 jours, aurait une envergure internationale, avec la participation de pays du Proche et du Moyen Orient.

MAROC



Le Dr. A. FILALI BABA, Chef du Service des Maladies Dermatologiques au Ministère de la Santé, a demandé à l'ALLF de le mettre en rapport avec des chirurgiens compétents en chirurgie lèpre qui pourraient se rendre au Maroc pendant plusieurs semaines pour opérer des malades porteurs de séquelles invalidantes liées à la lèpre.

Nous l'avons mis en contact avec un certain nombre d'entre eux, volontaires pour cette mission.

A LIRE



REVUE « LÈPRES »

Raoul Follereau n° 313, Décembre 1999

Au sommaire : Editorial de Michel Récipon, président de l'AFRF. Madagascar : la grande Ile dans le rouge. Les miracles d'Ambika (activité chirurgicale du Dr. Y. Chouteau). Un lourd secret de femmes au Niger (problème des fistules vésicovaginales) - Articles sur le Niger - Burundi - Liban - Sénégal - Informations pour la prochaine JML (« Ouvrons le millénaire en bonté - Donnons du cœur à l'an 2000 »)

HOSPITALIERS N° 92

Revue des Œuvres Hospitalières Françaises de l'Ordre de Malte (OHFOM)



2 informations concernant :

- Au Vietnam : l'activité du centre de référence pour la chirurgie et la rééducation des infirmes liés à la lèpre, dans le cadre d'un partenariat : programme national - O.H.F.O.M. - Handicap International -. Opérationnel depuis 1995, ce centre a connu un formidable développement. En 1999, ont été pratiqué : 500 interventions de chirurgie préventive (10 % des cas), palliative (25 % des cas) ou « de propreté » - 700 séances de kinésithérapie - 4000 chaussures protectrices, et plus de 1000 chaussures cicatrisantes. Devant le résultat obtenu, des équipes de chirurgie mobile pour couvrir le sud du pays sont mises en place, ainsi qu'un 2ème centre de référence à Qui-Hoa couvrant les 10 provinces du centre.

- Au Cambodge : Inauguration en novembre 1999 du Pavillon de Malte de Kien Khlang, pour la réhabilitation physique et sociale des invalides de la lèpre.

Paru dans

Fondations et Œuvres charitables au Moyen-Age - Actes du 121^e Congrès National des Sociétés Historiques et Scientifiques (Nice 1996) - Paris CHHS 1999

Domus judæorum leprosum :
Une léproserie pour les Juifs à Provins au XIII^e siècle.
François-Olivier TOUATI.

UN PROJET MONDIAL SUR L'HISTOIRE DE LA LUTTE CONTRE LA LÈPRE

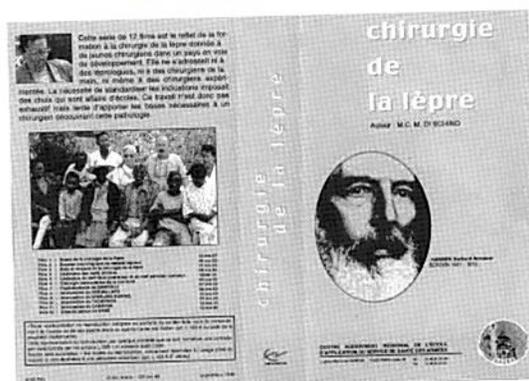


L'objectif de ce projet intitulé « Global project on the history of Action against leprosy » lancé sous l'impulsion de l'OMS et de l'International leprosy association est d'identifier toutes les ressources historiques existantes, et de collecter toutes les informations concernant la lutte contre la lèpre, associations, léproseries ainsi que les témoignages de malades, législation et attitudes discriminatoires, la recherche, les activités de lutte, etc.

Le coordonnateur de ce projet est :
M. Paul SOMMERFELD
22 Tiverton Road - LONDON NW 10 3 HL
United Kingdom
Tel (44) 181 969 48 30 - Fax (44) 181 960 00 69
E-Mail : history@somhealy.demon.co.uk

Vous pouvez le contacter si vous avez des idées ou des suggestions ou des témoignages à lui communiquer.

LA CHIRURGIE DE LA LÈPRE EN CASSETTE VIDEO



ANNONCE CONGRÈS



Asian Leprosy Congress, Agra, India
9th - 13th November 2000

Address: C/o TLM India CNI Bhavan
16, Pandit Pant Marg
New Delhi-110 001
INDIA
Tel : (91-11) - 371-6920, 371-8261,
371-8263, 371-8264
Fax : (91-11) 371-0803
E-mail: tlm india @ del2.net.in
Website: www.asianleprosy.com

■ LA LUTTE CONTRE LA LÈPRE : L'EXPERIENCE D'UN TECHNICIEN DE TERRAIN

Fanto Traore*

A la lumière de mes 34 années de lutte contre cette maladie et ayant participé de façon active au dépistage, au traitement et à l'amélioration des conditions socio-sanitaires des malades de la lèpre, je suis à même de porter un jugement sur tout ce qui se fait dans ce domaine afin qu'on puisse en tirer profit.

Que de chemins parcourus dans la lutte contre la lèpre, depuis les expérimentations thérapeutiques en passant par la monothérapie à la DDS, puis à la PCT aujourd'hui. Grand est l'espoir de voir éliminer très bientôt ce fléau sur notre planète.

Mais malgré les bons résultats obtenus « l'arbre ne doit pas cacher la forêt ». Beaucoup reste encore à faire.

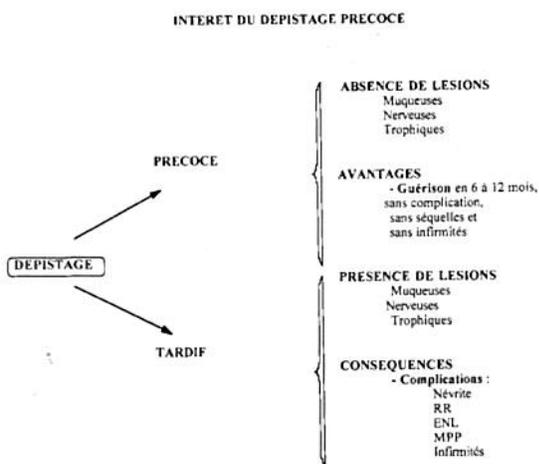
Je voudrais particulièrement m'attarder sur six points qui me paraissent très importants pour l'élimination de la lèpre comme problème de santé publique dans nos pays :

1 - Formation :

Les agents de terrain sont les premiers supports sinon la pièce maîtresse de la lutte anti-lépreuse. Ils doivent avoir une formation de base très solide en dermato-léprologie avec le maximum de temps pour maîtriser la sémiologie dermatologique. Une formation de cycle court est aussi une bonne chose, mais ne peut pas cerner tous les paramètres du diagnostic différentiel de la maladie. Or, les erreurs dues au mauvais diagnostic compromettent cette lutte et aussi l'efficacité de la PCT.

2 - Dépistage :

Le succès du traitement de la lèpre est subordonné à la connaissance du dépisteur et la précocité du dépistage. C'est à ce seul prix qu'on éviterait la résistance et les conséquences dramatiques de la maladie. Donc, un dépistage précoce serait très souhaitable.



3 - Uniformisation du schéma thérapeutique :

Selon les recommandations de l'OMS, le nouveau critère de classification de la lèpre sur le terrain est basé sur le nombre

de lésions cutanées. Cependant, des patients paucisymptomatiques (une à deux macules) se sont révélés MB à la suite des bacilloscopie de confirmation. Ces patients classés à tort PB peuvent perdre le bénéfice de 12 mois de traitement avec le risque de résistance ou de rechute. La différence entre les deux régimes thérapeutiques (6 à 12 mois) n'étant pas considérable, il est souhaitable que tous les malades de la lèpre cliniquement dépistés bénéficient d'un seul régime de traitement MB (12 mois).

4 - Les anciens MB traités par la monothérapie (DDS) :

Nous recevons régulièrement à Marchoux, des anciens MB pour des rechutes avec IB et IM très importants. Ces cas constituent un grand danger, car ce sont des véritables réservoirs de BH, certains portent de nombreuses lésions cutanées typiques, d'autres portent des lésions cutanées discrètes. Là encore la nécessité d'une bonne formation du personnel s'impose.

5 - Surveillance épidémiologique :

Tous les cas de lèpre MB (nouveaux et anciens cas) constituent le réservoir de contamination. Une surveillance épidémiologique est obligatoire au niveau de leur contact (famille, école, camp, prison, etc) pendant une période au moins de 5 ans et cela en fonction de l'incubation de la maladie qui varie de 3 mois à 10 ans. Cette surveillance nécessite des contrôles cliniques et bactériologiques.

6 - Sensibilisation :

Cette sensibilisation est un support incontestable et incontournable du dépistage précoce. Cela donnera une valeur au dépistage horizontal. Elle doit se faire par causerie, par éducation, par séminaire, conférence et surtout par les médias (radio, télé ou autres moyens d'information ou de communication).

Conclusion :

La lèpre, maladie millénaire, a fait beaucoup parler d'elle et d'énormes progrès ont été réalisés dans sa connaissance et son traitement. En regardant rétrospectivement le chemin parcouru dans le domaine de la recherche et de l'expérimentation des nouveaux médicaments, on se rend compte qu'un grand pas décisif a été fait dans la lutte anti-lépreuse, grâce à l'avènement de la PCT. Il n'y a plus de crainte dans l'esprit des chercheurs pour l'élimination de la fameuse lèpre qui fait couler beaucoup d'encre.

Grâce à la PCT dont on dispose actuellement dans tous les centres de traitement et partout, je suis convaincu que l'élimination de la lèpre, comme le cas de la variole qui a disparu sur notre planète, est pour très bientôt.

ICHA ILLAHOU (S'il plaît au Bon Dieu)

*Infirmier d'Etat - Spécialiste en dermato-léprologie
Institut Marchoux BP 251 - Bamako (Rép. du MALI)

■ LA LUTTE CONTRE LA LÈPRE AU CONGO-BRAZZAVILLE DURANT LE 1^{er} SEMESTRE 1999

Xavier Surmont(*)

La reprise de la guerre civile, en décembre 1998, a stoppé net la relance en cours du programme national lèpre, déjà interrompu par la guerre en juin 1997.

Toute la partie sud du pays étant inaccessible, le PNEL n'a pu mener des actions que dans les préfectures où la sécurité était assurée. C'est ainsi que, de mai à juillet, le coordinateur national du programme, le Dr Damas Obvala, a pu visiter les bases des secteurs des grandes endémies de Ouessou, Impfondo, Makoua, Owando, Mossaka et Pointe Noire. Celles de Djambala et Ewo le seront en septembre 1999.

Le Dr. Obvala a pu constater :

- la vétusté des locaux, surtout à Makoua et Ouessou,
- le manque important de personnel, notamment à Impfondo et Makoua,
- l'absence de moyens roulants à Makoua, Pointe Noire, Impfondo et Owando,
- le manque général de tout budget de fonctionnement,
- le bon approvisionnement en médicaments spécifiques grâce à l'Association française Raoul Follereau (AFRF),
- la faible implication des agents de santé formés dans le cadre de l'intégration des activités de lutte contre la lèpre, en particulier à Ouessou, Impfondo et Makoua (secteurs de forêt),
- la bonne intégration des activités avec des centres de traitement fonctionnels à Pointe Noire,
- la plus ou moins bonne tenue des fichiers et supports divers suivant les secteurs,
- les taux de prévalence élevés à Ouessou (7,8), Impfondo (11), Makoua (9,22), et Mossaka (15,41),
- l'irrégularité au traitement de certains malades dû à leur inaccessibilité et à la non implication des agents formés,
- l'absence de collecte d'informations sur les activités de prévention des invalidités.

Les solutions aux problèmes constatés dépendent en tout premier lieu du retour à la paix. Elles dépendront ensuite du Ministère de la Santé et des Directions Régionales de la Santé pour ce qui concerne le personnel ainsi que d'accords avec l'AFRF pour l'acquisition de moyens logistiques légers (motos, vélomoteurs, pirogues) et pour le budget de fonctionnement.

Les CEL initialement prévues en juillet 1997 dans les secteurs nord du pays (Ouessou et Impfondo) sont plus que jamais nécessaires et devraient pouvoir être menées en 2000. Le plus difficile à résoudre sera d'assurer le traitement complet des malades détectés lors de ces campagnes.

Le centre anti-lèpre de Brazzaville (CHRP de Kinsoundi), pillé en décembre 1998, est en train de rouvrir. Un communiqué radiodiffusé a demandé aux malades d'y revenir. Le médecin chef du centre, le Dr. Obvala, et son assistante,

Súur Noémi, assurent grâce à l'aide de l'AFRF, les réparations les plus urgentes : portes et fenêtres, trous de balles, literie...

L'AFRF apporte une aide financière importante aux religieuses secourant les réfugiés du Niari, de la Bouenza et du Pool.

*Représentant AFRF au Congo
BP 15031 BRAZZAVILLE

CONGO

La coordination du programme lèpre congolais a effectué du 7 au 10/12/99 une mission de dépistage et de contrôle lèpre dans les différents sites des sinistrés et centres de récupération nutritionnelle de Brazzaville.

Il existe 11 sites :

- 2 de tri des personnes sortant de la forêt (Centre sportif et Dona Marie)
- 3 d'hospitalisation et de récupération fonctionnelle (Mafouta, CNS Mpissa, Château d'eau)
- 1 d'hébergement (ENAM)
- 5 de « soupes populaires » (EEC Baongo, Kisito, Terinkgo, Séminaire Saint Jean, CNT Sainte Bernadette).

Au total, 3484 personnes ont été examinées, dont 2271 adultes et 1213 enfants
3 nouveaux cas de lèpre PB ont été détectés et mis sous traitement.

Il faut relever le nombre important de cas de gale (909) et de dermatoses diverses (150) dues aux conditions d'hygiène.

Xavier Surmont



■ 36 ANS AU SERVICE DE LA LEPRE ET DE TOUTES LES LEPRES

Père Jean Ollivier(*)



Une Hmong-Laos. Elle finit d'attacher son coupe-coupe à son avant-bras grâce à ses dents, plus un doigt. « Mon père, l'an prochain, vous n'aurez pas besoin de me donner du riz. J'ai un beau champ et un bel élevage de cochons ».

Voici la 1^{ère} partie du texte que nous a adressé le Père Jean Ollivier. La 2^{ème} partie paraîtra dans le prochain numéro du BALLF.

Pour répondre à l'appel de votre bulletin ALLF, voici comment je me suis trouvé sur le chemin de la lèpre, une petite expérience, quelques histoires, anecdotes. Voici 38 ans que je suis engagé dans cette bataille.

1961, je suis au Laos depuis 7 ans, en résidence surveillée à Xieng Khouang après une détention dans un cachot à la Plaine des Jarres. Les troupes du Nord Vietnam sont là, médecin-infirmiers sont tous partis. Avec une petite préparation médicale, je suis en mesure de donner quelques soins d'urgence. Le médecin militaire vietnamien qui est là, et que je ne verrai jamais, me demande parfois quelques médicaments, mais je n'ai presque rien et voilà que je découvre les premiers lépreux, pas un seul comprimé de sulfone à leur donner, la chose possible : assurer les pansements. En 1963 la communauté de 12 pères et frères que nous formons est réduite à quatre. Cinq ont été fusillés parce qu'ils sont restés à leur poste. Nous sommes tous expulsés. Nous ne sauverons pas grand chose de nos effets personnels. Nous nous retrouvons tous à Vientiane en attendant qu'on nous donne une nouvelle affectation. Il m'est demandé d'aller faire une nouvelle prospection vers le Nord à 153 kms de la capitale. Je n'ai que deux chrétiens sur mon territoire, ils ne peuvent pas occuper mon temps. Les gens me demandent d'ouvrir une garderie d'enfants, ce à quoi je réponds « n'ayant jamais eu d'enfant, je n'ai pas l'habitude de les torcher ». J'opte donc pour la prospection, des différentes ethnies Hmong, Kmou, Jao, Thais... En rentrant d'une de ces tournées dans les montagnes, traversant un village dans la plaine, j'avais soif sous cette chaleur de 40 degrés à l'ombre, je m'arrête pour parler avec un groupe d'hommes assis là à l'ombre d'un arbre, une question m'est posée : - « Savez-vous soigner les maladies de la peau ? » - « Oui, un petit peu, mais je ne suis pas médecin » - « Accepteriez-vous d'aller voir un malade dans la forêt ?... » - « Bien sûr, si quelqu'un m'accompagne ». Nous voilà partis, nous marchons le long d'une rivière, 1 km. Nous arrivons à un embranchement de piste.

Il y a là suspendu à un arbre, un gros bambou que mon guide fait résonner. Il me dit, « continuez la piste, il n'est pas loin le malade ». Je continue donc ma route, mais mon guide ne suit plus, il a rebroussé chemin. Un moment d'hésitation et je me remets en marche pour arriver sur une toute petite maison bâtie sur pilotis, un homme aux cheveux longs qui lui tombent sur les reins descend d'une échelle bancale, il essaie de courir, pris de peur, ses jambes ne le portent plus. Je l'appelle, il revient, s'assoie sur un barreau de l'échelle. Je lui offre une cigarette qu'il accepte. - « Je suis là, me dit-il, depuis 17 ans, je n'ai plus le droit de rentrer au village, même pas de me baigner dans la rivière qui coule à côté, je suis lépreux. Ma nourriture m'est déposée là-bas au pied de l'arbre, au son du bambou, je vais la chercher » - « Mais, ce tas de bois sous la maison ? » - « Ah, quand je ne répondrai plus au son du bambou, ils viendront avec du pétrole, ils arroseront ce tas de bois, mettront le feu et ce sera fini » - « Non, lui dis je, car à partir d'aujourd'hui, nous allons faire route ensemble toi, et les autres de ton cas. Nous ferons un village, vous êtes des hommes comme les autres ».

Cinq ans après, ma joie était grande de voir ce brave homme marié et père de famille, un village pour ces malades venait d'être fait grâce à la bonne volonté des autorités en place qui me donnent un très vaste terrain dans la grande forêt pour tous ces malades rejetés par la société. Ma connaissance n'étant pas très grande en matière de léprologie, c'est au médecin colonel Pierre Rouauld, ancien médecin de Dien Bien Phu, aujourd'hui général, à qui je m'adresse. Il était à l'époque médecin militaire à Vientiane. Chaque mois, il sera au village pour me conseiller, et m'encourager dans ce travail plutôt délicat.

Mais comment financer tout ce projet. Je n'ai jamais douté des largesses des fondations R. Follereau et je m'adresse à Monsieur André Récipon, le président. La réponse ne s'est pas faite attendre : « Nous sommes là », une réponse qui a eu ses fruits pour la logistique, médicaments, véhicule, construction de maisons, école... Pourquoi école ? Vous devez vous la poser, leur donner une éducation tout simplement parce que dans certaines ethnies, lorsqu'un membre est lépreux, toute la famille est considérée comme lépreuse. Et l'école, j'allais la rendre obligatoire, le premier maître d'école sera un lépreux sachant juste lire et écrire. Trois ans après, il y aura quand même deux maîtres qualifiés pour les 120 élèves, certains je les ferai entrer à l'école nationale de Vang Vieng où j'ai construit une maison pour eux tout près de chez moi. Je n'oublierai jamais ces gamins, studieux, brillants à l'école, travailleurs dévoués, heureux, reconnaissants. C'était trop beau pour durer, 150 maisons sont debout, école, infirmerie, salle de couture, forge, tout y est pour faire de ce village, un village comme les autres, où il n'est pas

question de ségrégation, c'est la joie pour beaucoup de ces 500 lépreux qui ont vécu seul dans la forêt pendant des années, ou la joie de retrouver enfin une communauté.

Et voilà que des troupes du Nord Vietnam débarquent. Je reste sur place, me présente aux nouvelles autorités. Apparemment tout semble bien se passer jusqu'au jour où un monsieur vient me trouver, un homme de confiance et qui me met en garde car de mauvais bruits commencent à courir. Il est 9 heures du soir, je vais me coucher, les 2 chiens ne font qu'aboyer, des étrangers, à 2 heures du matin une déflagration dans ma chambre, je suis projeté en l'air, du sang coule de mes lèvres, les armoires sont fracassées, un énorme trou au pied de mon lit, mais le « canard est toujours là ».

Certains ont pu dire que j'avais des ennemis, je n'avais pas plus d'ennemis que mes six collègues qui ont été fusillés, des témoins de la foi. Du reste, rentré à Vientiane, des lépreux viendront me voir pour me dire la vérité : après mon départ, j'avais eu droit à un jugement populaire. Cela m'a fait très mal d'entendre comment la vérité a pu être déformée. Ce que je sais, en outre, pour l'avoir vécu avec un autre collègue. Ce jour-là, nous sommes arrêtés par des soldats Viets ne connaissant ni Lao, ni Français, nous sommes ficelés tous les deux, à genoux par terre, devant un peloton d'exécution et nous n'avons pu être graciés que grâce à l'intervention d'un militaire Lao et nous voilà dans un cachot à la Plaine des Jarres pendant 12 jours. Nous n'avions pas d'ennemis dans cette région, dont nous nous occupions depuis de longue date. Sans problème, tournons la page et changeons de pays.

En 1976, je suis en Haïti, encore sous le choc de mon départ du Laos. Et, me voilà nommé vicaire dans une paroisse, ce sera le plus mauvais souvenir de ma vie. Je me vois encore secouant les colonnes de la maison, essayant de les faire tomber, et partout on me dit, « pas de lépreux dans ce pays ». Un médecin français de passage au presbytère me confirme, « la lèpre n'existe pas dans ce pays, cela fait trois ans que je travaille en Haïti, je n'ai pas vu un seul ». De passage à Port au Prince, une religieuse demande à ce médecin s'il avait une connaissance en léprologie et de lui répondre « aucune, mais je connais un Père qui rêve toujours de ce travail, qu'il a fait au Laos, voici son adresse ». A Noël, le plus beau cadeau de Noël de ma vie, je reçois la lettre en question. Je commence à respirer, mais personne n'y croit. Je suis quand même autorisé à aller voir cette religieuse dans son village à 400 kms plus au Nord. A mon arrivée, il fait déjà nuit, et quelle n'est pas ma surprise de voir là une lépromateuse. Le lendemain, la sœur me présente tous les cas douteux qu'elle avait repérés, sept sont certainement lépreux, point n'est besoin de prendre un microscope pour « voir l'éléphant dans le jardin ». Arrive le Ministre de la santé publique, pour une fois en voyage dans cette zone désolée. Il me fait appeler : - « Comment vous êtes médecin ? » - « Infirmier léprologue seulement » - « Et vous avez trouvé ici des cas de lèpre ? » - « Oui, au moins sept » - « Et quels sont les

signes caractéristiques de cette maladie ? ». Il a droit à des termes techniques ensevelis dans ma mémoire depuis mon passage à l'Hôpital Saint-Louis à Paris : « Si vous voulez voir un cas type, suivez-moi, Monsieur le Ministre » - « Oh, rassurez-vous, je vous fais confiance », et le voilà parti, en attendant d'envoyer quelqu'un sur place de Port au Prince pour une vérification. Retour à ma paroisse où j'attends des suites possibles à cette première rencontre avec des lépreux en Haïti.

La réponse se fait attendre et ce n'est qu'à Pâques qu'un message m'arrive, un organisme américain travaillant dans cette zone me demande d'aller soigner ces malades. Peut-être en avaient-ils peur eux-mêmes. Mon supérieur me donne une autorisation de 2 mois pour aller former un infirmier qui pourrait faire ce travail de dépistage et de traitement de la lèpre et après cela, me dit-il : retour à la paroisse. En moi-même, je me dis, deux mois c'est toujours bon à prendre et il n'y a que le provisoire qui dure. Il me reste à obtenir l'autorisation du Ministre de la Santé. J'ai bien une recommandation d'un médecin responsable du secteur, mais je ne suis pas rassuré. Je me vois là encore dans ce bureau du Secrétaire d'Etat, le Ministre étant absent. J'expose mon problème, la réponse ne se fait pas attendre, « mais, mon Père, la lèpre n'existe pas dans ce pays, sinon mes médecins m'auraient mis au courant ». « Je crois que vous êtes médecin ? », tirant de ma poche trois belles photos prises lors de cette visite éclair dans le Nord, « docteur, pourriez-vous me dire de quelle maladie sont atteintes ces 3 personnes qui sont bien d'Haïti, elles ont été prises comme vous le voyez, sous le portrait de votre Président ». La réponse en me tendant mes 3 photos : « si vous voulez aller soigner les lépreux, allez-y » - « Merci Monsieur le Secrétaire d'Etat, j'y vais de ce pas ».

Le lendemain, je suis sur mon lieu de travail, et je commence le traitement grâce à une boîte de Disulone qu'un médecin américain, ancien du Laos également, m'avait remis lors de mon passage à Port au Prince. Les malades augmentent de jour en jour, et nous arrivons à une vingtaine, mais point de volontaires pour s'occuper de ces malades. Mais, il faut toujours aller plus loin, et on ne trouve que ce qu'on cherche. Je me rends donc aux Gonaïves, une ville provinciale de 70-80 000 habitants à l'époque, aujourd'hui plus de 150 000. Il y a là un grand hôpital, je m'y rends pour trouver là une sœur de mon terroir. Oh, mon Père la lèpre, le Directeur médical serait certainement heureux de vous rencontrer, et c'est vrai. « Très heureux de vous rencontrer mon Père, vous êtes léprologue, la lèpre existe dans cette ville, je vais vous demander 3 jours de consultations, je vais annoncer la nouvelle à la radio, consultation de dermatologie par un médecin français venant de Paris ». « Eh, Docteur, je ne suis pas médecin ». « Mon Père, nous sommes en Haïti, « Haïti Chéri ». Deux jours après, me voilà à l'hôpital dans mes petits souliers. A peine arrivé, le médecin de la maternité vient à ma rencontre. « C'est vous le spécialiste de la

peau ? ». « Simplement infirmier léprologue ». « J'aurais voulu que vous puissiez voir une de mes patientes qui vient d'accoucher ». « Je vous suis Docteur ». Là non plus, pas besoin de microscope : lèpre lépromateuse, le brave docteur est catastrophé. « Qu'allons-nous faire ? » – « Rassurez-vous, j'ai les médicaments ». Aussitôt, la pauvre jeune dame est priée de rentrer chez elle. Elle sera même conduite par la voiture de l'hôpital, sans oublier que la machine sera ensuite désinfectée. Une longue file de patients est là devant une salle de consultations mise à ma disposition. Combien sont-ils là, 100-200, je ne sais trop combien. Je fredonne « Haïti

chéri » et en avant. Dès le premier jour, je découvre quelques cas spectaculaires, jamais soignés, ils sont déjà handicapés. Un jeune de 15 ans m'arrive, il fallait se faire soigner à Port au Prince – 153 km, une journée de route, et de retour, oui, quand il avait trouvé un médecin. Pour lui, il n'y avait qu'un seul qui comptait, le Dr. Gérard Boyer qui depuis de nombreuses années essayait de faire reconnaître la maladie dans le pays.

(*) Gonaïves - Haïti

■ ANECDOTES ILLUSTRANT QUELQUES OBSTACLES A LA REHABILITATION DES INFIRMES CONSECUTIVES A LA LEPRE

*Dr. F. Vulliet

Je vous adresse quelques « flashes » vécus pendant mes six missions de chirurgie des infirmités hanséniennes à la léproserie de Kapolawé (ex. Zaïre). J'ai peur qu'elles n'appartiennent pas tout-à-fait au passé !.

I – REPULSION ET SEGREGATION

En arrivant au Shaba (actuellement Katanga-R.D.C. Congo), je me suis demandé s'il était nécessaire d'installer un bloc opératoire spécial pour opérer les infirmes lépreux. Dans un rayon de 50 km existaient plusieurs hôpitaux bien équipés et pourvus de très bons chirurgiens ! Explication : un de nos excellents confrères nous déclare : « en 20 ans, je n'ai jamais entendu parler de chirurgie de la lèpre et jamais rencontré de lépreux infirmes » (une centaine étaient en attente à 30 kilomètres !!). Un autre confrère, ami très bienveillant, se déplace à la léproserie et m'écrit : « nous avons essayé de faire venir vos malades dans nos hôpitaux. Nous n'avons pas pu ; ils font peur ! ». Le personnel de l'hôpital et de la maternité du lieu commence par refuser de nettoyer les instruments et le linge opératoire du « bloc des lépreux ».

Quatre ans plus tard, le « bloc des lépreux » est devenu l'antenne chirurgicale au service de toute la population (à sa grande satisfaction).

2 – LA ROUTINE

Dans l'atelier de coordonnerie et prothèse, en présence de la sœur directrice qui règne sur sa léproserie avec d'excellents résultats sur les plans médical et épidémiologique – Elle-même a souhaité ce service de chirurgie et de réhabilitation. Nous examinons les chaussures protectrices, beaucoup sont usées et je souhaite leur remplacement malgré les problèmes financiers qui se poseront. Réponse spontanée entendue : « Pour aller travailler aux champs, ils n'ont qu'à aller pieds nus ».

3 – LE MANQUE DE JUGEMENT ET DE PSYCHOLOGIE

Après une période initiale très confiante dans la petite communauté des handicapés, on constate une certaine réticence à accepter les interventions, parfois mutilantes, mais nécessaires à leur état. Pourquoi ? Les mutilés cicatrisés et appareillés étaient déclarés guéris (alors qu'ils n'étaient que consolidés). En conséquence, ils étaient exclus des quelques pauvres prestations sociales réservées aux lépreux, telles que les distributions gratuites de vivres ou accès gratuit aux soins. C'était injuste. La confiance fut rétablie par l'attribution de cartes d'invalidité selon barème (type accidents du travail).

4 – LA BUREAUCRATIE AVEUGLE ET IMPI-TOYABLE

Dans un centre hospitalier lointain, où nous allons apprendre à un confrère les techniques de la chirurgie de la lèpre, les handicapés lépreux de l'endroit sont réunis et examinés ; on pose les indications, on explique aux intéressés qui acceptent pour la plupart. Ils sont convoqués dès le lendemain, mais personne ne se présente. Pourquoi ? Après enquête, on arrive à savoir que, dix ans plus tôt, un médecin contrôleur-lèpre (inconnu), en tournée, avait déclaré guéris (médicalement) de nombreux malades et les avait sommés de quitter le hameau qu'ils occupaient près de l'hôpital. Pour être plus persuasif, il avait fait incendier le toit des maisons !!! Nous nous sommes engagés à ne pas imiter cet ahurissante action, et tout est rentré dans l'ordre.

*L'Oranger

860 boulevard du Faron
83200 TOULON

■ LA LÈPRE EN REBUS

J. DARQUEY, psychiatre et « rébusologue » nous délivre un nouveau message.
Si sa lisibilité vous pose problème, vous pourrez trouver la solution page 57

La lèpre en image.
Pour donner de la lèpre
une autre image

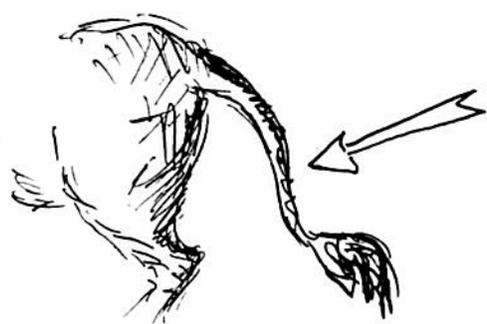
REBUS



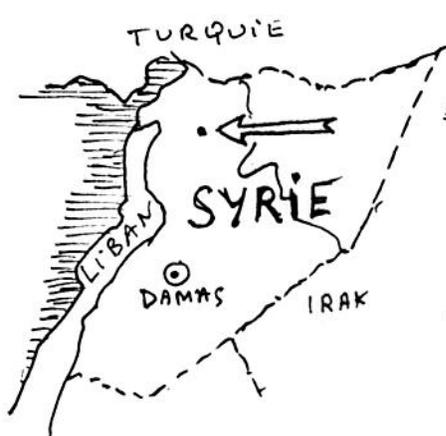
Nous sommes les
valeuroux compagnons
de Charlemagne



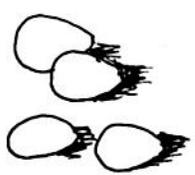
R



L



R





Une des premières lépreuses haïtiennes du père Ollivier

Gonaives le 08 septembre 1999

Docteur,

Par deux fois vous m'avez demandé quelques anecdotes de ma vie dans ce milieu de lépreux. Dans une première lettre, je vous avais promis de répondre à votre appel. Une surcharge de travail à mon retour de France ne m'a pas laissé beaucoup de temps libre. Le travail est fait et vous le trouverez sous ce pli. J'ai écrit longuement, trop long certainement, cela vous permettra de faire un choix, de prendre les ciseaux et de couper. J'ajoute quelques photos tant du Laos que d'Haïti. Il y a de belles figures que je ne peux pas oublier. Je vous signale aussi que **dans votre dernier bulletin n° 5, à la page 44, vous avez une photo de mes premières lépreuses en Haïti, c'est Simone, elle a été longtemps hospitalisée chez moi. Elle est bien d'Haïti et pas d'un pays d'Afrique comme certains le pensaient.**

Comme je vous l'écris dans ce dossier, j'ai étendu mon programme au Sida qui devient une urgence. Le laboratoire du pavillon a enregistré 76 nouveaux cas séropositifs au mois de juillet, 77 en août. Je fais venir mes tests rapides de Paris, par l'intermédiaire de l'APPEL. Au laboratoire, mes deux laborantines sont parfois débordées (240-250 tests dans le mois). L'hôpital général qui est collé à mon pavillon a un labo et même un Cubain qui y travaille, m'envoie tous ses patients. Ils ne font pas le test et pourtant, il y a là 25 médecins et X infirmières.

Près de Gonaives, à 6 kms, grâce à Action Faim, l'Ambassade de France et de multiples amis, j'ai pu faire construire un centre pour accueillir les **vieillards abandonnés**. Un de

ceux-ci m'avait été déposé devant ma salle de consultations à 3 heures du matin, message : « **cadeau pour le P. Ollivier** ». Dans la même semaine, un autre avait été égorgé sur la place publique durant la nuit pour un billet qu'un Blanc lui avait donné la veille au soir. Le projet est parti de là. Tout cela pour moi, fait partie de la lèpre et de « toutes les lèpres ». **Ouvrons nos yeux.**

Je ne vous parle pas de la situation du pays, désastreuse, certains parlent d'un bain de sang au moment des élections... Sinon, je vous aurais dit « prenez l'avion, venez passer quelques jours en Haïti, "Haïti, chéri !" », il y a de quoi voir et il y a de la place dans ma maison ».

Avec mes sentiments respectueux.

Père Jean Ollivier
A/S Evêché – Gonaives – Haïti WI
Tél : 00 274 00 89

Fax : 00 274 00 89 (quand il y a du courant)



BULLETIN
de l'Association des Léprologues de Langue Française
ALLF

N° 6 - janvier 2000

Rédacteur en chef : P. BOBIN

Rédacteur Afrique et Conseiller scientifique : A. TIENDREBEOGO

Illustrations : J. DARQUEY

Secrétariat : Marie-Hélène SCHNEIDER

Conception / réalisation : éditions confluences - *Impression* : Ateliers Graphique de l'Ardoisière

Adresse

Association des Léprologues de Langue Française (A.L.L.F.)
4 rue Jean Jacques Bel 33000 BORDEAUX - FRANCE
Tél. /Fax. 33 (0)5 56 52 32 14

email : crldess@crLu-bordeaux2.fr

Siège Social A.L.L.F.

Centre René Labusquière - Université Victor Segalen Bordeaux 2



2

mots

pour

1000

souhais ...

meilleurs
vœux



Bulletin de l'ALLF n° 6 – Janvier 2000

- Editorial et mot du Président		p. 1
- Epidémiologie		
- La lèpre dans le monde (info OMS)		p. 2
- La lèpre en l'an 2000	P. BOBIN	p. 3
- L'Alliance globale pour l'élimination de la lèpre		p. 4
- La lèpre en Côte d'Ivoire	S. DJAKEAUX	p. 5
- La lèpre au Mali	B. KARAMBIRI	p. 7
- La lèpre au Maroc		p. 9
- La lèpre en France métropolitaine	G. GUILLET	p. 10
- La maladie de Hansen en France métropolitaine	B. FLAGEUL	p. 10
- La lèpre dans les DOM/TOM		p. 12
- La lèpre à Mayotte	G. Y. DE CARSALADE	p. 12
- La lèpre à la Réunion	S. BAZIN	p. 13
- Formation continue		
- Immunologie de la lèpre	PH. LAGRANGE	p. 16
- Activité bactéricide de nouveaux antibiotiques	S. CONSIGNY et coll.	p. 17
- Séquençage du génome de <i>M. leprae</i>	S. COLE	p. 18
- Éléments de génétique bactérienne	G. DISCAMPS	p. 19
- <i>M. leprae</i> dans la muqueuse nasale	S. R. PATTYN	p. 20
- Lèpre et tuberculose : des résultats opposés	J. GROSSET	p. 22
- Quel est votre avis ?	P. BOBIN	p. 23
- Gestion des plaquettes de PCT	A. TIENDREBEOGO	p. 26
- La prise en charge des invalidités lépreuses	P. BOBIN	p. 28
- Soins des M.P.P. sur le terrain	M.Y. GRAUWIN	p. 29
- Réflexions sur la chirurgie de la lèpre	M. DI SCHINO	p. 30
- Approche terminologique de la notion de lèpre	N. DOCHE	p. 31
- Quelques réflexions sur les cagots	A. POINOT	p. 32
- Ulcère de Buruli : attention aux atteintes osseuses	V. LAGARRIGUE et coll.	p. 33
- Le point sur l'ulcère de Buruli	J. L. SOUCHET et coll.	p. 35
- Infos		
- Deux infos OMS		p. 37
- Nouvelles de l'ILEP		p. 39
- 22 ^e Congrès Raoul Follereau		p. 39
- Les infirmités liées à la lèpre à Madagascar	E. HANTZ	p. 40
- Vient de paraître (livres)		p. 43
- Notules	Y. SAUTERAUD	p. 45
- Infos Liban, Algérie, Maroc		p. 47
- A lire		p. 48
- Témoignages		
- Expérience d'un technicien de terrain	F. TRAORÉ	p. 49
- La lèpre au Congo Brazzaville	X. SURMONT	p. 50
- 36 ans au service de la lèpre	Père J. OLLIVIER	p. 51
- Flashes	F. VULLIET	p. 53
- Rébus	J. DARQUEY	p. 54
- Lettre à la Rédaction	Père J. OLLIVIER	p. 55
- La vie de l'ALLF		p. 56
- Bulletin inscription		p. 57