



le bulletin de l'ALLF

Organe de l'Association des Léprologues de Langue Française

janvier 2001 • n° 8

Éditorial

Faut-il tout dire ?

Voici le huitième numéro du *Bulletin de l'ALLF*, le premier de ce nouveau millénaire.

Comme vous l'avez constaté, il est devenu une véritable revue, qui a trouvé son "créneau", entre les revues scientifiques anglophones de léprologie, les documents de l'OMS, les journaux ou bulletins de l'ILEP et de ses membres.

L'entreprise n'est pas aisée, car le profil de nos lecteurs est très varié et il faut en tenir compte dans le choix des articles, pour que chacun puisse y trouver un intérêt. Nos objectifs sont de participer à l'**information, la formation continue et à la sensibilisation** de nos adhérents et sympathisants du monde francophone dans le cadre de la lèpre et de l'ulcère de Buruli, mais toujours en gardant présent à l'esprit que cette revue est l'organe d'une association et qu'elle doit donner la parole à ses membres.

C'est sur ce point ...**tout l'intérêt, et aussi..... toute la difficulté**. L'intérêt c'est que tout le monde peut s'exprimer et vous avez pu lire, dans les précédents numéros, des avis divergents. Vous avez pu entendre aussi quelques "coups de gueule" qui dénonçaient certaines situations inquiétantes.

Mais c'est là que se trouve la difficulté. **Faut-il tout dire ou faut-il adopter la langue de bois ?** Quelle est la limite entre l'ingérence et le souhait (louable) de dire une vérité, même si elle est dérangeante ?

Nous sommes tous très conscients des grandes difficultés que rencontrent "sur le terrain" les personnels responsables de la lutte contre la lèpre et il ne leur est souvent pas possible d'obtenir des autorités "politiques" de leur pays les moyens de réaliser leur mission. Il est donc peut-être bien que des personnes "indépendantes" signalent les carences, à condition, toutefois, qu'il n'y ait pas d'attaques personnelles et que cela soit fait uniquement dans le but de "faire bouger les choses".

Le risque serait, effectivement, de tomber dans la **polémique**, avec des échanges sans fin de réponses, puis de réponses aux réponses ... Mais comme nous l'a dit un de nos lecteurs : "Pour faire bouger les choses, il faut dire ce qui ne va pas, sans esprit partisan, et, en ce qui concerne la lèpre, dans quelle autre revue que le *Bulletin de l'ALLF* pourrait-on le dire ?" ou, encore, un autre qui nous écrit que le *Bulletin de l'ALLF* lui paraît, réellement, être "le véhicule approprié pour **secouer un peu les consciences**".

Nous comptons sur vous tous pour nous aider à maintenir ce cap en évitant les deux écueils : **langue de bois et polémique partisane**, et en ayant le souci permanent d'apporter une **contribution véritablement constructive à la lutte contre la lèpre et l'ulcère de Buruli**.

Pierre BOBIN

Dans ce numéro

- de nombreuses infos épidémiologiques
 - la recherche en léprologie
 - la fiabilité du diagnostic de la lèpre
 - le diagnostic bactériologique
 - un projet pilote de dermatologie communautaire
- chirurgie de la lèpre au Maroc
 - lèpre et religion
- des infos sur ulcère de Buruli
- une évocation de Victor Segalen
- des débats, réflexions, cas cliniques, analyses de livres
 - une rubrique Internet
- et de très nombreuses autres infos, annonces

SOMMAIRE

(Voir en quatrième de couverture)



Au Moyen Age, les lépreux
étaient mis « hors du siècle ».

En ce début de l'an 2001, nous nous mettons,
nous aussi, hors du siècle (... le 20^{ème}).
Mais c'est pour entrer dans le 21^{ème}.
Et... essayer d'y être bien présent...



L'OMS estime à 2,5 millions le nombre de cas qui devront être dépistés entre 2000 et 2005.

- 24 pays avec P > 1/10 000
- 100% des cas détectés reçoivent la PCT
- 0,1% de rechutes par an
- pas de pharmaco-résistance de *M. leprae*

BRÈVES

- 90% de la lèpre dans le monde sont concentrés dans : 11 pays, dont la prévalence moyenne est de 4.5 / 10 000.

■ Problèmes concernant l'élimination de la lèpre

1. Pays qui ne parviendront pas à l'objectif d'élimination en l'an 2000 :

- forte prévalence : Brésil, Inde, Népal...
- intensité de la transmission : certains états de l'Inde, Guinée, Madagascar.
- guerres civiles, infrastructures insuffisantes : Angola, Mozambique, Congo

2. Pays ayant atteint l'objectif d'élimination :

- Il faut le maintien des activités pendant des années, avant de déclarer l'"élimination".
Surveiller le niveau infra-national (problèmes des "poches")

■ LA LÈPRE DANS LE MONDE AU DÉBUT DE L'AN 2000

(Info OMS)



I. Au début de l'an 2 000

Un an avant la date "cible" de la fin 2 000, la situation est la suivante (Source : OMS Relevé Épidémiologique Hebdomadaire, 2000, 75 : 226-231) :

- **Prévalence** : cas en traitement par PCT enregistrés : **753 263** (taux : 1.25 pour 10 000 habitants).

- **Détection** : nouveaux cas détectés, au cours de l'année 1999 : **738 284** (taux : 12.3 pour 100 000 habitants).

- Malades guéris grâce à la PCT (cumulés) : **10 759 213**

- Malades "guéris", porteurs d'infirmités liées à la lèpre : **2 à 3 millions**

- **Pays d'endémie** :

= **24 pays** : dans lesquels la lèpre est un problème de Santé Publique. Il s'agit de pays ayant :

- + d'1 million d'habitants
 - + de 100 cas de lèpre par an
 - un taux de prévalence lèpre > 1/10 000
- Parmi eux :

11 pays (voir tableau) ont :

- 89 % de la prévalence mondiale.
- 92 % des nouveaux cas dépistés par an dans le monde.

Le taux de **prévalence moyenne** dans ces 11 pays est de :

4.1 pour 10 000 habitants

L'INDE, à elle seule, représente :

- 67 % de la prévalence mondiale
- 73 % des nouveaux cas /an du monde

Prévalence et Détection de la lèpre par région OMS au début de l'an 2 000

Région OMS	Prévalence		Détection		Guéris
	Cas en traitement	taux p 10.000	Nouveaux cas 1999	taux p 100.000	
Afrique	64 490	1.0	55 635	8.6	645 576
Amériques	90 447	1.1	45 599	5.7	256 670
Médit. Orient.	8 785	0.2	5 757	1.2	72 463
Europe	846	-	172	-	3 683
Asie Sud-Est	574 924	3.8	621 620	41.3	9 507 660
Pacifique Oc.	13 771	0.1	9501	0.6	273 167
TOTAL	753 263	1.25	738 284	12.3	10 759 213

Prévalence et Détection dans les 11 principaux pays d'endémie (début 2 000)

Pays	N. cas enregistrés	Tx de prévalence (p 10 000)	N. cas dépistés (en 1 999)	Tx de détection (pour 100 000)
Inde	495 073	5.0	537 956	54.3
Brésil	78 068	4.3	42 055	25.9
Myanmar	28 404	5.9	30 479	62.9
Indonésie	23 156	1.1	17 477	8.3
Népal	13 572	5.7	18 693	78.7
Madagascar	7 865	4.7	8 704	51.6
Ethiopie	7 764	1.3	4 457	7.4
Mozambique	7 403	3.9	5 488	28.7
R D du Congo	5 031	1.0	4 221	8.6
Tanzanie	4 701	1.4	5 081	15.4
Guinée	1 559	2.0	2 475	
Total	672 596	4.1	677 086	41.7

II. Evolution de la situation entre 1985 et 1999 (infos OMS)

- Prévalence :

- La prévalence mondiale a chuté de 86 %
- Sur 122 pays d'endémie en 1985, 98 ont atteint l'objectif d'élimination.
- Mais il faut noter que cette baisse s'est faite à un rythme plus faible et presque stable depuis les 5 dernières années.
- Les raisons de cette diminution sont à mettre au compte de plusieurs facteurs :
 - "nettoyage" des dossiers
 - durée plus courte de la PCT
 - taux élevé de guérison
 - faible taux de rechutes
 - pas de résistance à la rifampicine
 - amélioration de la prise en charge des cas.

- Détection des nouveaux cas :

- Elle est stable depuis ces 5 dernières années :
- Le pic entre 1996 et 1998 s'explique par :
 - un intensité des activités de dépistage (y compris les CEL)
 - l'extension de la couverture géographique des programmes de lutte.
 - La baisse de 8 % en 1999 : on ne sait pas encore si cette diminution est le début d'une tendance à la baisse.

III. Commentaires

- Ces chiffres objectivent incontestablement une réussite de la lutte contre la lèpre depuis ces 10 dernières années.
- Mais comme le fait remarquer E. Declercq, président de la Commission Médicale de l'ILEP, dans le no 1 de "Connect" (automne 2000), nouveau bulletin de l'ILEP, l'analyse de ces chiffres amènent à se poser des questions :

- Concernant la Prévalence :

- Sa diminution est certes due, en partie, à l'efficacité de la PCT, mais également :
 - au "nettoyage" des registres
 - au raccourcissement de la

durée de la PCT qui fait que les malades ne sont enregistrés comme "cas de lèpre" (définition OMS) que pendant une durée de 6 mois (PB) à 1 an (MB).

- Dans certains pays, même avec une prévalence < 1 / 10 000, la lèpre reste un problème soit au niveau national (sous-dépistage), soit dans les provinces ou états, à l'intérieur d'un pays.

Voir, à ce sujet, page 26 les "Réflexions" de M. Lechat, sur la valeur de la prévalence.

- La prévalence "stagne" depuis 5 ans. Est-elle vraiment l'indicateur approprié pour surveiller l'impact de la PCT ?

- Concernant la Détection :

C'est l'inquiétude car la tendance de la détection des nouveaux cas reste stable depuis 6 ans. Certes, cela est dû à l'augmentation :

- de la couverture géographique
 - des activités de programme
- Mais, quelles que soient les explications, cela montre l'importance du "réservoir" infectieux.

Donc le déclin annoncé de la lèpre n'apparaît pas encore.

Le taux de détection, et surtout la tendance de la détection des cas, serait pour beaucoup d'auteurs un meilleur indicateur que celui de la prévalence pour surveiller l'évolution de l'endémie lépreuse. Car, bien qu'il soit influencé par les activités opérationnelles, il permet d'évaluer l'incidence et d'apprécier le niveau de la transmission de la maladie, à partir de l'importance du "réservoir" infectieux (se traduisant par le nombre annuel de nouveaux cas).

- Concernant le nombre de malades, ayant déjà des invalidités, lors du dépistage

- la proportion de ces malades permet d'apprécier combien la détection diffère de l'incidence actuelle.
- elle permet de juger de la qualité de la lutte contre la lèpre dans un pays et d'apprécier la précocité du diagnostic.

En résumé

- Les chiffres de la détection annuelle de nouveaux cas sembleraient, pour certains auteurs, être un meilleur indicateur que ceux de la prévalence (nombre de cas enregistrés).

La guerre de la détection et de la prévalence aura-t-elle lieu ?

Non ! nous dit Alexandre Tiendrebeogo, un peu plus loin .

- L'étude de la "tendance" de cette détection donnera des renseignements importants dans les années à venir.
- Les chiffres bruts de prévalence et de détection ne permettent pas d'apprécier la gravité de la maladie, représentée par l'importance des invalidités liées à l'atteinte neurologique. Le pourcentage des porteurs d'invalidités au moment du diagnostic est d'une extrême importance pour apprécier la précocité du diagnostic.

Car le succès viendra, non seulement de la diminution du nombre de nouveaux cas, mais également, parmi eux, du nombre de ceux ne présentant pas d'atteinte neurologique.

P.B.

LA LÈPRE EN INDE

- prévalence : 67% des cas mondiaux.
- détection : 73% des nouveaux cas détectés dans le monde.

La prévalence est stable depuis 1995 : Taux de 5 / 10 000 au niveau national.

- = entre 15 / 10 000 (état de Bihar) et 1 / 10 000 (dans 10 états)

- 5 états sont particulièrement concernés, car à eux seuls ils concentrent 70% de la prévalence et 70% de la détection de l'ensemble de l'Inde. Il s'agit de : Bengale occidental ; Bihar ; Madhya Pradesh ; Orissa ; Uttar Pradesh.

Ces 5 états représentent 46% de la prévalence et 51% de la détection dans le monde !

Ce qui montre l'importance d'une mise en œuvre efficace de stratégies d'élimination intensifiées dans ces 5 états .

LA GUERRE DE LA DÉTECTION ET DE LA PRÉVALENCE N'AURA PAS LIEU

Alexandre Tiendrebeogo

Quel indicateur, de la détection ou de la prévalence, faut-il utiliser pour apprécier les progrès de la lutte antilépreuse et de l'élimination de la lèpre ?

A la lecture de l'article précédent sur la situation de la lèpre dans le monde au début de l'an 2000, cette question me remémore une anecdote de mes premières années d'études médicales. C'était lors d'une soutenance de thèse de médecine sur le traitement chirurgical des fractures de la cuisse. Le maître qui avait dirigé la rédaction de la thèse ne jurait que par l'enclouage centromédullaire. L'un des professeurs membres du jury de thèse était un adepte de l'utilisation de plaques pour l'ostéo-synthèse du fémur. Le Président du Jury, pour interrompre la discussion animée des membres du jury, a déclaré : «*la guerre des clous et des plaques n'aura pas lieu*».

Comme lui, je voudrais dire, «*la guerre de la détection et de la prévalence n'aura pas lieu*». Je m'explique :

Qu'est ce que la détection ?

C'est le nombre de nouveaux cas de lèpre que les services de santé ont diagnostiqués au cours d'une année donnée. Ceci est différent du nombre de nouveaux cas survenant au cours de la même année (incidence), du nombre de cas existant au cours de la période (prévalence de période) et du nombre de personnes contaminées pendant ce temps. Une variation de la détection peut traduire plusieurs phénomènes :

1. La modification de perception de la maladie par la communauté (augmentation du niveau d'information, diminution du stigma)
2. La variation qualitative et quantitative des activités de dépistage (formation du personnel, augmentation de la couverture sanitaire, stratégies de dépistage utilisées)
3. La modification du niveau de

transmission de la maladie. Compte-tenu de la durée d'incubation de la lèpre, la modification du niveau de transmission ne serait perceptible qu'après un délai équivalent qui pourrait varier de quelques mois à 20 ans.

La détection n'est donc pas un bon indicateur pour apprécier l'ampleur de l'endémie lepreuse dans une communauté donnée.

Qu'est ce que la prévalence ?

C'est le nombre de cas d'une maladie existant (prévalant) à un moment déterminé (prévalence instantanée) ou au cours d'une année (prévalence de période). Pour une affection comme la lèpre, ayant une longue période d'incubation, un début insidieux, et peu de symptômes alarmants au début, la prévalence réelle est toujours inconnue. On parle plutôt de prévalence enregistrée (pour les cas de lèpre diagnostiqués et pris en charge par les services de santé) et de prévalence estimée lorsqu'on corrige la prévalence enregistrée en utilisant un certain nombre d'informations comme la couverture sanitaire, la stratégie de dépistage utilisée, les proportions de nouveaux cas de lèpre infantile, mutilés ou de la forme multibacillaire, le niveau d'information de la communauté sur la lèpre. **La prévalence enregistrée ne peut être un bon indicateur de l'importance de la maladie dans la communauté que si elle se rapproche de la prévalence réelle.**

Par ailleurs la prévalence enregistrée instantanée est **mathématiquement** liée à la détection par la formule épidémiologique suivante :

$Prévalence\ instantanée = détection\ annuelle \times durée\ moyenne\ de\ la\ maladie\ exprimée\ en\ année$

Avec la PCT et une prise en charge correcte des malades de la lèpre, la durée moyenne de la maladie (durée entre le diagnostic et la fin du traitement PCT) est de 7,5 mois (variation de 6 à 9 mois) pour les cas PB et de 15 mois pour les MB (variation de 12 à 18

mois). En supposant que la proportion de MB parmi les nouveaux cas soit de 50%, la durée moyenne globale serait de 12 mois soit 1 an (variation de 6 à 18 mois). Ce faisant :

Prévalence enregistrée instantanée
= Détection annuelle X 1 (an)

Prévalence enregistrée de fin d'année
= détection annuelle

Prévalence/détection = 1

Donc, pas de guerre pour la détection ou la prévalence, **ces deux indicateurs s'équivalent**. Les différences observées entre les tendances actuelles de la détection et de la prévalence sont liées aux difficultés opérationnelles que nous rencontrons dans l'élimination de la lèpre. C'est pourquoi le **ratio prévalence/détection est un bon indicateur** du fonctionnement du programme lèpre. Lorsque ce ratio est supérieur à 1, il faut rechercher les difficultés opérationnelles et trouver des solutions appropriées.

Le Roi lépreux

La lèpre alors apparut sur son front,
Suinta soudain sous sa couronne,
Comme s'il était roi de toute l'épou-
vante qui saisissait les autres.
Ceux-ci, confondus, regardaient fixe-
ment la chose épouvantable
Sur celui qui, mince, comme corseté,
Attendait que quelqu'un le frappât.
Mais nul encore n'en avait le coura-
ge.
Comme si le rendait plus intouchable
encore
L'influx de ce nouvel honneur.

Rainer Maria Rilke
extrait des *Nouveaux Poèmes*
(qui nous a été transmis par
Manuel Pélissié)

■ LA LÈPRE EN AFRIQUE

REUNION SUR LA STRATEGIE D'INTENSIFICATION DES ACTIVITES D'ELIMINATION DE LA LEPRE EN AFRIQUE Maputo (Mozambique) du 26 au 28 septembre 2000

Extrait du rapport transmis par Alexandre Tiendrébéogo (*)

Du 26 au 28 septembre 2000, l'OMS a organisé à Maputo en collaboration avec les autorités mozambicaines, une Réunion sur la stratégie d'intensification de l'élimination de la lèpre en Afrique dans le cadre de l'Alliance Mondiale scellée à Abidjan en Novembre 1999. La réunion a réuni les sept pays les plus endémiques pour la lèpre en Afrique que sont l'Angola, la Guinée, Madagascar, le Mozambique, le Niger, la République Centrafricaine et la République Démocratique du Congo. La réunion avait pour but l'adoption de stratégies nationales d'intensification de l'élimination de la lèpre et des kits d'outils techniques pour l'élimination de la lèpre dans les 7 pays participants.

SITUATION DE LA LEPRE EN AFRIQUE

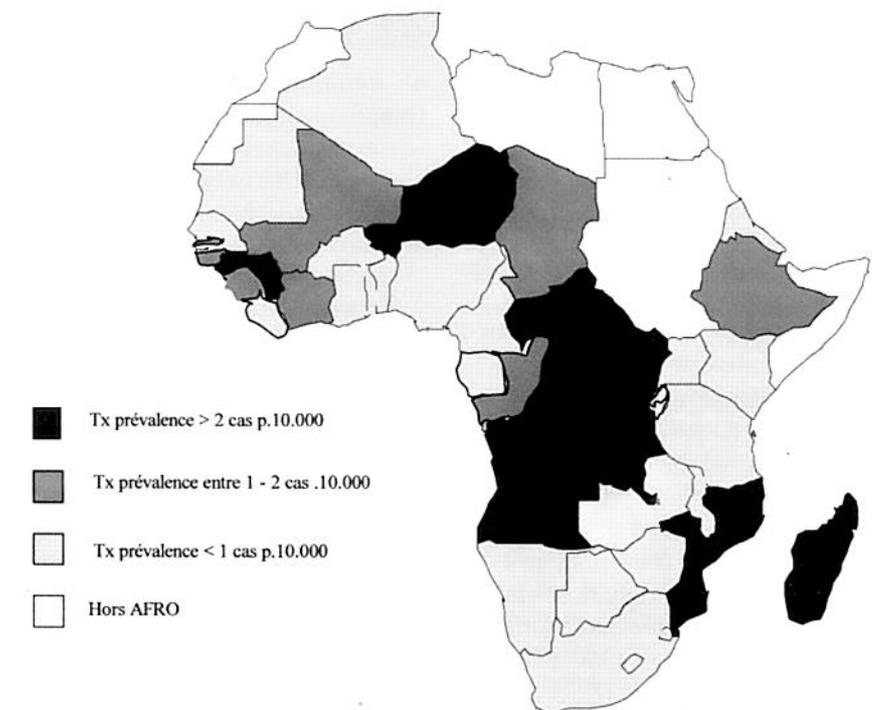
D'importants progrès ont été enregistrés par la mise en place de programmes de lutte par la PCT au cours de la période 1991-1999. Près de 600.000 malades de la lèpre ont été guéris avec un taux de rechute qui demeure inférieur à 1 % personnes-années. A la fin de l'année 1999, 31 pays ont atteint le seuil d'élimination de la lèpre, 8 ont un taux de prévalence compris entre 1 et 2 cas pour 10.000 habitants et 7 ont un taux de prévalence supérieur à 2 cas pour 10.000 habitants. Ces 7 pays sont ceux participant à la réunion de Maputo pour définir une stratégie d'intensification de l'élimination de la lèpre

SITUATION, PROBLEMES ET SOLUTIONS DE L'ELIMINATION DE LA LEPRE DANS LES PAYS PARTICIPANTS

Les responsables nationaux de programme lèpre des pays participants à la réunion ont présenté à tour de rôle la situation de la lèpre dans leur pays, les problèmes et les solutions proposées pour l'élimination de la lèpre.

1. Angola

- Le taux de prévalence en 1999 est de **2,36 cas pour 10.000** habitants
- Le programme demeure **vertical** et la couverture en **PCT** est de **10%** des unités de santé
- La situation de la lèpre est **inconnue** dans la **moitié des Municipalités** du pays



Situation de la lèpre en Afrique en 1999

- Un Groupe Spécial de Travail (GST) national sur l'élimination de la lèpre est fonctionnel depuis 1998
- Les activités du programme sont entravées par l'**inaccessibilité** entre les provinces et les municipalités à cause de l'**insécurité** persistante et des **conflits armés**
- Les grandes lignes du plan d'intensification ont été définies au cours d'un atelier tenu à Genève en Mai 2000 et sont en cours de mise en œuvre.

2. Guinée

- Le taux de prévalence de la lèpre est de **2,07 cas pour 10.000** habitants en fin 1999
- La couverture PCT atteint **100%** des centres de santé
- Le Groupe Spécial de Travail (GST) pour l'élimination de la lèpre a été créé au niveau national
- Les difficultés dans la mise en œuvre des activités d'élimination de la lèpre sont liées aux **faibles capacités du personnel** de santé, au **peu d'implication de la communauté**, à l'**inaccessibilité géo-**



graphique de certaines zones et à l'insuffisance des moyens logistiques.

- Les solutions proposées consistent en la **formation-supervision** du personnel, la mobilisation sociale à travers le GST et la réalisation **d'actions spéciales** dans les zones enclavées.

3. République Centrafricaine

- Le taux de prévalence de la lèpre en 1999 est de **1,6 pour 10.000** habitants
- Le programme est strictement **vertical** et la couverture en PCT est de **10%** des centres de santé
- Il persiste en outre une insuffisance de gestion des stocks de médicaments PCT
- Les activités proposées pour l'intensification de l'élimination de la lèpre consistent en l'**intégration** de la lèpre dans les activités des centres de santé périphériques, la réalisation de **2 campagnes d'élimination** de la lèpre et d'un projet d'action sociale pour l'élimination de la lèpre au sein des populations pygmées

4. République Démocratique du Congo

- Le taux de prévalence de la lèpre est de **1,04 cas pour 10.000** habitants en 1999.
- La couverture en PCT atteint **56%** de la population (proportion de la population située à moins de 5 km d'un centre de santé disposant de la PCT).
- Sur 18 coordinations provinciales du programme lèpre, 9 ont un taux de prévalence de la lèpre supérieur à 1 cas pour 10.000 habitants, 6 ont un taux inférieur à 1 cas pour 10.000 habitants mais avec une couverture sanitaire inférieure à 80% de la population et 3 ont un taux inférieur à 1 cas pour 10.000 habitants et une couverture sanitaire supérieure à 80%.
- Le principale obstacle dans l'élimination de la lèpre est la persistance de la **guerre** et la **partition du pays**.
- La stratégie d'élimination de la lèpre sera mise en oeuvre en fonction de la classification des coordinations et du retour de la paix. Une décentralisation des res-

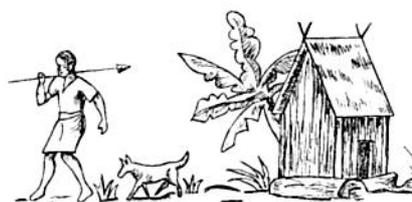
sources et de la responsabilité des activités au niveau provincial est souhaitable avec la collaboration du système des nations unies.

5. Madagascar

- Le taux de prévalence de la lèpre est de **5,91 cas pour 10.000** habitants en 1999.
- La couverture en PCT atteint **60%**.
- Les principaux problèmes sont la **faible capacité du personnel** et l'**insuffisance d'information de la communauté** où persistent de nombreuses **croyances** pérennisant le stigma de la lèpre.
- La solutions pour l'élimination de la lèpre consistent en l'organisation de "**quinzaines lèpre**" qui sont des activités de mobilisation sociale et de participation communautaire, la **formation-supervision** du personnel, la décentralisation des activités et des ressources au niveau des provinces.

6. Mozambique

- Le taux de prévalence de la lèpre est de **4,1 cas pour 10.000** habitants en 1999
- Les 5 provinces du nord sont les plus endémiques du pays
- La couverture sanitaire est **faible** et le **programme demeure vertical**
- Les solutions pour l'intensification de la lèpre consistent en la poursuite des **campagnes d'élimination** de la lèpre dans les provinces du Nord avec l'ouverture de points de distribution de la PCT, la création de GST provinciale dans les provinces les plus endémiques. Ces solutions ont été identifiées lors d'un atelier tenu en Mai 2000 à Genève.





7. Niger

- Le taux de prévalence de la lèpre est de **2,6 cas pour 10.000** habitants en 1999
- La couverture sanitaire est estimée à **42 %**
- Il persiste des **foyers très endémiques** pour la lèpre
- Le GST au niveau national a été mis en place et a commencé à fonctionner
- Les solutions pour l'intensification de la lèpre consistent en la **mobilisation sociale** à travers la task force, l'implication de volontaires villageois et la décentralisation des activités au niveau du District.

Synthèse des discussions sur les présentations des pays

A l'issue des présentations faites par les pays et des discussions qui ont suivi, les points suivants sont à retenir:

- Le **Groupe Spécial de Travail (Task force)** sur l'élimination de la lèpre, a été retenu comme une structure utile dans la mobilisation sociale pour la lèpre et le renforcement de l'engagement politique des Pays. Les participants ont souhaité plus d'échanges sur la composition et le rôle du GST avec les pays ayant déjà mis en place cette structure. Tous les pays ont été encouragés à créer ce GST au niveau national ou provincial dans le cadre de l'intensification de l'élimi-

nation de la lèpre.

Il a été adopté la **stratégie en "peau de léopard"** dans les zones de guerre avec la collaboration d'autres programmes de santé, un renforcement de la collaboration trans-frontalière pour les pays partageant des poches d'endémie lépreuse ou l'organisation d'actions spéciales pour les communautés déplacées ou difficiles d'accès.

- **L'implication de volontaires villageois** pour la suspicion de cas de lèpre et l'accompagnement du traitement PCT des malades s'est révélée **efficace** pour l'intensification de l'élimination de la lèpre. Les agents villageois devraient être choisis dans les deux sexes et être **supervisés** régulièrement par les agents de santé. Dans le cadre de **l'intégration**, les **infirmiers spécialistes** lèpre devraient désormais jouer le rôle de **superviseur lèpre** pour les agents des centres de santé périphériques qui auront la responsabilité de dépister et traiter les patients de la lèpre

- La couverture **PCT** doit être **étendue** à tous les centres de santé et, dans les zones non couvertes, à tous les villages par l'implication des agents communautaires et la souplesse dans la supervision du traitement. **L'information de la communauté** devrait insister les **signes précoces** de la lèpre et sur la disponibilité et la gratuité de la PCT.

- **Les Sept pays les plus endémiques en Afrique peuvent être groupés en 3 :**

- Deux pays de forte endémie

lépreuse avec un taux de prévalence supérieur à 3 cas pour 10.000 habitants : **Madagascar et Mozambique**

- Trois pays de moindre prévalence lépreuse avec un taux compris entre 1 et 3 cas pour 10.000 habitants : **République Centrafricaine, Guinée et Niger.**

- Deux pays en Guerre avec des difficultés d'accès à certaines zones : **Angola et République Démocratique du Congo.**

STRATEGIE REGIONALE D'INTENSIFICATION DE L'ELIMINATION DE LA LEPRE EN AFRIQUE

Elle se base sur quatre éléments : le renforcement de l'engagement politique, l'intégration des activités, la mobilisation sociale et la participation communautaire. Elle réunit cinq composantes qui sont :

- la mise en place de la PCT dans tous les centres de santé, surtout dans les districts endémiques
- la mobilisation sociale
- la réorganisation de la gestion des médicaments
- la surveillance continue des activités, le monitoring et l'évaluation de l'élimination de la lèpre dans les Pays

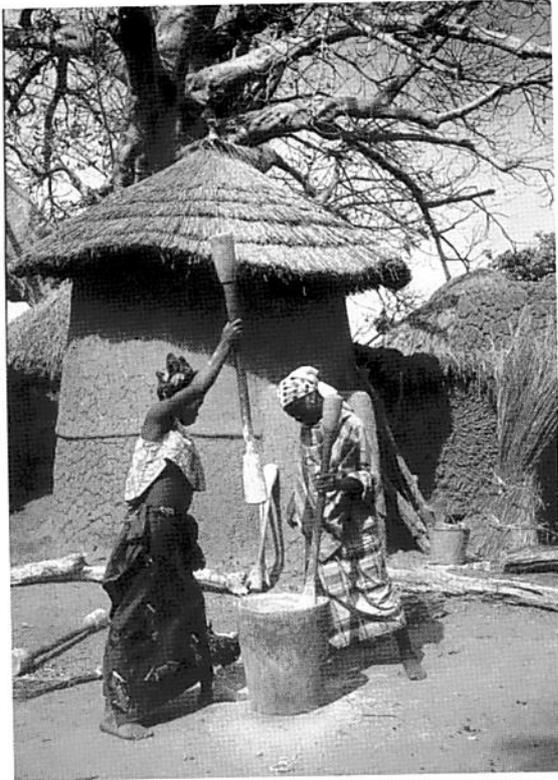
Des activités prioritaires ont été dégagés pour les Pays de la région Africaine en fonction de leur regroupement en trois classes.

PAQUETS D'OUTILS TECHNIQUES POUR L'ELIMINATION DE LA LEPRE

Quatre paquets d'outils techniques, élaborés par l'équipe lèpre de l'OMS ont été présentés et discutés en travaux de groupes

1. Le paquet d'outils (Kit) d'information

Le paquet d'outils d'information comprend des affiches, des panneaux publi-



citaires, des livrets dépliant, des annonces radiophoniques, des spots télévisuels et des produits dérivés (tee-shirts, casquettes, porte-clés etc...) destinés à différents publics cibles (décideurs politiques, communautés, agents de santé, malades). Les messages diffusés portent sur les signes précoces de lèpre, la curabilité de la lèpre, la disponibilité et la gratuité du traitement de la lèpre dans les centres de santé, la lèpre une maladie comme les autres.

Ces outils ont été favorablement appréciés par les participants. Il a été proposé la traduction des messages en langues locales, l'adaptation du graphisme pour chaque pays, la réalisation au besoin la réalisation d'un test sur les différents publics cibles avant l'utilisation à l'échelle nationale ou locale dans les Pays.

2. Le paquet d'outils de formation

Il consiste en un guide simplifié et abondamment illustré permettant d'assurer la formation et l'auto-formation des agents de santé du niveau district au niveau périphérique du système de santé. Des amendements ont été pro-

posés pour améliorer le guide et l'adapter au contexte africain, notamment le remplacement de certaines images par des personnages africains et l'utilisation d'un objet mousse plutôt que pointu pour le test de sensibilité de la peau. Par contre la suppression de la bacilloscopie au niveau périphérique a été approuvée. Cet examen ne doit plus être pratiqué que pour la surveillance de la sensibilité des germes dans des centres de références ayant l'expertise nécessaire. Les participants ont jugé le guide pertinent et très utile pour le renforcement des capacités du personnel.

3. Le paquet d'outils de surveillance

Il consiste en un guide décrivant les différents outils de collecte d'information sur les activités d'élimination de la lèpre aux différents niveaux du système de santé (carte et fiche clinique de malade, cahier de traitement, registre et fiches de rapports d'activités périodiques) et présentant les indicateurs essentiels (détection, prévalence de fin d'année, proportion de mutilés, et de multibacillaires parmi les nouveaux cas). Les informations à fournir ont été limitées au minimum pour le niveau périphérique afin de faciliter la surveillance intégrée des activités de santé.

Il a été proposé d'ajouter l'information sur la tranche d'âge des cas de lèpre pour faciliter la commande des plaquettes de PCT et d'adapter la périodicité des rapports d'activité à celle des supports du système de santé dans le cadre de l'intégration. Les indicateurs complexes tels le taux de guérison par cohorte de malades sont à recueillir uniquement lors du monitoring ou de l'évaluation de l'élimination de la lèpre.

4. Les outils de gestion des médicaments

Les outils proposés pour la gestion des médicaments consistent en la fiche de stock que l'on doit retrouver à tous les niveaux du système de santé et dans tous les centres de santé ainsi que les formulaires de rapport des 1er et 2^e trimestres de l'année et d'expression de besoins annuels en plaquettes de PCT. Ces supports ont été jugés adéquats pour la gestion des médicaments. Les ruptures de stocks observés sur le terrain sont liées à des motifs internes aux pays et devraient être corrigées par la tenue à jour des fiches de stock et les supervisions régulières du personnel.

5. Le Monitoring de l'élimination de la lèpre

Les objectifs, la méthodologie et les trois groupes d'indicateurs du LEM ont été rappelés. Il faut souligner que le LEM est réalisé à la demande des Pays, utilise un moniteur externe venant en appui des autorités nationales, permet d'identifier des insuffisances à corriger dans la mise en oeuvre des activités du programme et s'adresse aussi bien aux pays en voie d'élimination qu'à ceux qui sont encore très endémiques pour la lèpre.

RECOMMANDATIONS, SOLLICITATIONS

Les pays participant à la réunion recommandent :

- L'accélération des procédures et processus de mise en place des groupes spéciaux de travail sur la lèpre (Task Force) dans les pays.
- L'implication des communautés dans l'intensification des activités d'élimination de la lèpre
- Le renforcement d'une collaboration transfrontalière entre les pays en guerre et les pays voisins afin de permettre la disponibilité de la PCT partout.
- L'organisation d'une action spéciale pour les populations réfugiées, déplacées ou d'accès difficiles.

- L'organisation régulière des rencontres entre les pays et la planification de visites d'échange d'expérience.
- La poursuite de l'intégration du programme d'élimination de la lèpre.

Ils sollicitent :

- Auprès des gouvernements, plus d'engagement politique et de soutien aux programmes nationaux en vue de l'élimination de la lèpre d'ici l'an 2005.
- Auprès de l'OMS, plus d'appui technique et de soutien aux programmes nationaux d'élimination de la lèpre.
- Auprès des partenaires, la mobilisation de plus de ressources en vue de l'élimination de la lèpre.



**Les mains qui donnent
se croisent
(proverbe du Burundi)**

**Le fruit, dans l'ouragan, mûr
ou pas, finit par tomber.
(proverbe africain)**

(*) STP/lèpre/DDC OMS AFRO

Activités prioritaires par pays dans la Stratégie régionale d'intensification de l'élimination de la lèpre en Afrique

Dans le groupe 1 : Angola, RCA, RDC, Guinée, Madagascar, Mozambique, et Niger

- Revue du programme national lèpre pour identifier les problèmes réels et adapter les solutions.
- Renforcement de l'engagement politique par la création d'un Task Force national, l'adoption de programmes provinciaux d'élimination.
- Approvisionnement en médicaments spécifiques PCT: mise en place de mécanismes de ravitaillements continus en médicaments spécifiques jusqu'au niveau village avec l'appui des communautés et du groupe spécial de travail. Le coût sera supporté soit par l'ONG partenaire, soit par l'OMS, sous le contrôle direct du groupe spécial de travail.
- Sensibilisation des communautés et mobilisation sociale: affiches, spots radiophoniques, déplacement dans les villages
- Mise en place de volontaires villageois, à la limite rémunérés, pour l'orientation des suspects, le suivi du traitement et le ravitaillement en médicaments spécifiques en étroite collaboration avec le groupe spécial de travail.
- Mise en place d'un consultant de l'OMS à plein temps à Madagascar et au Mozambique pour aider à asseoir les activités intensives.
- Recrutement de consultant national en Angola, Guinée et République Démocratique du Congo.

Dans le groupe 2: Côte d'Ivoire, Ethiopie, Gambie, Guinée-Bissau, Mali, Sierra-Leone et Tchad

- Renforcement de l'intégration des activités de lutte contre la lèpre dans les services généraux de santé
- Poursuite des LEC afin de renforcer la mobilisation sociale et la participation communautaire au diagnostic et à la prise en charge des malades

- Généralisation de la formation par compagnonnage à tout le personnel périphérique afin d'améliorer la qualité du diagnostic
- Poursuite des SAPEL pour améliorer la prise en charge des malades vivant dans des conditions particulières.
- Mise en place des médicaments spécifiques jusqu'au niveau village dans les localités très endémiques en y associant les populations et la société civile.

Dans le groupe 3 : autres pays de la Région AFRO

- Analyse de la situation pour identifier et " vider " les poches restantes de malades
- Mise à disposition des médicaments dans tous centres de santé et dispensaires
- Mise en place d'un système de surveillance avec des centres de référence simple, mais avec l'expertise nécessaire.

Considération spéciale pour les pays en guerre (Angola et RDC)

- En fonction des régions ou zones de paix, l'application de la PCT en " peau de léopard " peut être adoptée et ce, avec une forte implication des ONG, même celles n'opérant pas dans le domaine de la lèpre.
- L'OMS pourra mettre à la disposition de ces dernières des moyens additionnels, par exemple pour la formation des agents à la lutte contre la lèpre et leur supervision. Les médicaments spécifiques seront rendus disponibles également par l'OMS et le transport assuré jusqu'au niveau des villages.
- A l'intérieur des ces régions ou zones, des SAPELs permettront d'améliorer la prise en charge des malades et les taux de guérison. Une grande flexibilité devra être observée dans l'administration du traitement.

■ ELIMINATION DE LA LÈPRE AU MALI.

Alexandre Tiendrebeogo (*)

Dans son article, "Elimination ou réveil de la lèpre en l'an 2000 au Mali ?", paru dans le dernier no du Bulletin de l'ALLF (no 7- juillet 2000), S.O. Sow souhaitait des réponses. Il écrivait en effet à la fin de son article : "Il s'agit d'un débat ouvert, en espérant avoir des réactions de la part de certains lecteurs et/ou techniciens de terrain". Son vœu a donc été exaucé ! (Note de la rédaction).

La recrudescence des cas en 2000 au Mali est due à l'organisation de CEL. La PCT OMS/MB de 24 mois est efficace. Les cas de rechute doivent être traités par PCT/OMS/12 mois. On est en train de gagner la bataille de la lèpre au Mali.



Cet article vient en réponse à celui de Samba Ousmane Sow, paru dans le BALLF n°7 de juillet 2000 et posant, en titre, l'interrogation "Elimination ou réveil de la lèpre en l'an 2000 au Mali ?". Le but de cette réponse n'est pas d'entamer une polémique sur l'efficacité de la polychimiothérapie (PCT) de 12 mois pour le traitement des multibacillaires (MB), mais de donner certains éléments qui vont rassurer les nombreux lecteurs du BALLF qui ont peut-être paniqué à la lecture de ce texte. Nous savons que S.O. Sow est un chercheur, mais son article, quelque peu alarmiste, n'est pas soutenu par des observations scientifiques solides. Il l'a fait sûrement en connaissance de cause pour provoquer une réaction, mais je suis sûr, qu'en lui-même, il ne doute pas de l'efficacité de la PCT et de l'élimination de la lèpre au Mali.

Nous allons commencer par l'analyse des exemples cités dans cet article, avant de présenter d'autres études faites à l'Institut Marchoux, **confir-**

mant bien l'efficacité de la PCT et une diminution notable de la prévalence de la lèpre au Mali, augurant de l'élimination de la lèpre d'ici la fin de l'an 2000 dans ce Pays.

– 1^{er} exemple : **Le taux de rechute élevé chez les patients traités à l'Institut Marchoux de 1970 à 1995.**

Il faut d'abord rappeler que les patients de l'Institut Marchoux sont des cas particuliers. Ils **ne sont pas du tout représentatifs des cas de lèpre vus dans le cadre des programmes lèpre**. En effet, la plupart de ces patients ont été traités dans le cadre d'essais thérapeutiques cliniques et les MB retenus pour ces essais cliniques étaient des **cas fortement bacillaires (Indice Bacilloscopique (IB) supérieur ou égal à 4+)**, alors que les cas de lèpre avec bacilloscopie à 5+ ou 6+ n'atteignent pas 1% des cas de lèpre diagnostiqués dans le cadre des programmes lèpre.

Secundo, le **nombre** de patients traités à l'Institut Marchoux entre 1970 et 1995 est au moins égal à **1.500 cas**, à

raison d'au moins **100 cas par an pendant 15 ans** (ceci est une estimation minimale). Pourtant le groupe éligible pour l'étude de 1992 citée par S.O. Sow est de 384 cas, soit le quart du nombre de malades traités à l'Institut Marchoux. Le **groupe étudié est faible** par rapport à la population cible et présente en outre un **biais de sélection**. En effet les patients traités à l'Institut Marchoux n'ont pas fait l'objet d'un suivi particulier après la fin de leur traitement. Les cas revus à l'Institut sont ceux qui reviennent pour des raisons particulières (réactions, infirmités) ou simplement parce qu'ils rechutent. Les 1.116 (1.500 - 384) patients non pris en compte dans l'étude, l'ont surtout été parce qu'ils n'ont pas été revus (disparus, décédés ou tout simplement guéris). Si l'on considère ce biais de sélection, il faut diviser tous les taux de rechute présentés par S.O. Sow par 4 :

- 3,4 devient 0,85 pour 100 personnes-années
- 0,8 devient 0,2 pour 100 personnes-années
- 3,3 devient 0,82 pour 100 personnes-années

Ce qui est bien en dessous du 1 pour 100 personnes-années accepté comme taux de rechute maximum dans la PCT recommandée par l'OMS.

Tertio, si on retenait le taux de rechute après PCT annoncé et en prenant le taux de rechute brut le plus bas avancé (17,7%), il y aurait parmi les 20.000 cas de lèpre traités par PCT au Mali, entre 1984 et 2000, au moins **3540 cas de rechute**. Même en concédant que les infirmiers du niveau périphérique ne puissent pas diagnostiquer tous les cas de rechute, une rechute MB après 5

années d'évolution devient évidente non seulement pour le personnel de santé mais même pour le malade lui-même qui doit reconnaître les signes de la maladie récidivante. Comment expliquer alors qu'il y ait si peu de cas de rechute lépreuse notifiés dans le cadre du programme lèpre au Mali? Ce raisonnement par l'absurde confirme aussi que le taux de rechute après PCT est bien plus bas que les chiffres cités par S.O. Sow.

- 2^{ème} exemple : l'étude sur 833 patients incluant les 384 cas de l'Institut Marchoux et d'autres patients traité en dehors de l'Institut Marchoux (Essai ROT au Mali et PCT Pilote du Houet au Burkina Faso)

Ce groupe est très hétérogène avec des malades traités dans des essais cliniques, des malades traités dans un essai de terrain (Rifampicine-Ofloxacin de terrain ou projet ROT) et un projet pilote de PCT. Parmi le groupe de malades MB traités dans l'essai ROT les régimes comparés étaient les suivants : RO de 1 mois, RO de 1 mois + PCT/MB 12 mois, PCT/MB de 12 mois et PCT/MB de 24 mois, en double aveugle, c'est-à-dire que ni le personnel traitant, ni le malade ne connaît le régime thérapeutique administré aux patients. Nous ne pouvons donc pas faire d'interprétation sur les rechutes de l'essai ROT par régime thérapeutique pour le moment. Si nous prenons en compte les 79 malades MB recrutés dans ce projet entre 1992 et 1994 et ayant terminé leur traitement entre 1994 et 1996, nous obtenons un délai de suivi de 6 à 4 ans en l'an 2000, soit en moyenne 5 ans. Si l'on accepte les 2 cas de rechutes confirmées par S.O. Sow en l'an 2000 et deux autres cas de rechutes trouvées au cours des années précédentes dans ce projet au Mali, nous obtenons un taux de rechute de $4/(79 \times 5) = 4/395$ soit 1,01 pour 100 personnes-années. L'efficacité des schémas de PCT/MB utilisés dans le projet ROT ont donc un taux de rechute qui reste proche de celle de la PCT recommandée par l'OMS. **A ce jour**

on peut donc considérer que ces 4 régimes thérapeutiques demeurent globalement efficaces dans le terme des 5 premières années de suivi.

Dans le projet de PCT pilote du Houet au Burkina Faso, le traitement pour les MB comprenait de l'éthionamide en plus des 3 molécules de la PCT/OMS. A cause des effets secondaires importants liés à l'adjonction de ce dernier médicament, l'éthionamide a été retiré du régime MB. Cependant certains des patients ont interrompu ou abandonné le traitement à cause de ces effets secondaires. De même les vomissements secondaires ont peut-être diminué les doses de PCT absorbées par ces malades. Néanmoins après l'enquête menée par S.O. Sow en juin et juillet 1997 dans le Houet, 8 cas de rechute ont été notés (4 MB et 4 PB), avec un suivi moyen de 13 ans, sur 255 malades retrouvés en visitant les villages de la zone du projet. (taux de rechute de 0,24 pour 100 personnes-années; 0,33 pour 100 personnes-années pour les MB et 0,19 pour 100 personnes-années chez les PB). Le fait de rechercher les malades dans les villages, a diminué un peu le biais de sélection observé pour les patients suivis à l'Institut Marchoux. Les taux de rechute observés demeureraient encore inférieurs à 1 cas pour 100 personnes-années. Mieux, les BH des lépromes de MB qui ont été inoculés à la patte de souris et qui ont été positifs pour la viabilité se sont révélés sensibles à tous les médicaments de la PCT (DDS, clofazimine et rifampicine).

Ces deux exemples **confirment l'efficacité de la PCT standard de 24 mois. Il est vrai que le taux de rechute s'élève avec la longueur du suivi et c'est pour cela qu'il faut toujours considérer le taux de rechute en personnes-années**, tenant compte de la durée de suivi, plutôt que de considérer le taux de rechute brut. Par ailleurs après 7 ans de suivi en zone endémique, chez un malade MB dont le système immunitaire est déficient vis-

à-vis du BH, **faut-il parler de rechute, de récurrence ou de recontamination?**, surtout lorsque les bacilles retrouvés lors de la rechute restent sensibles aux trois médicaments de la PCT.

- 3^{ème} exemple, donné par S.O. Sow, 55 nouveaux cas de lèpre dont 3 multibacillaires à IB élevé résidant à Bamako, dépistés au cours du premier trimestre de l'année 2000. Au cours des 10 dernières années (1990-1999), le nombre de nouveaux cas vus à l'Institut Marchoux a été en moyenne de 100 cas par an. Si au cours du premier trimestre 2000, 55 nouveaux cas ont été observés, cette moyenne sera doublée et pourrait être la résultante de la Campagne d'Élimination de la Lèpre (CEL) organisée dans six régions du Mali à partir du 2^{ème} trimestre 1999 (Kayes, Koulikoro, Sikasso, Mopti, Tombouctou et Gao). La CEL n'a pas été organisée à Bamako et dans la Région de Ségou parce que le taux de prévalence y était déjà inférieur à 1 cas pour 10.000 habitants en fin 1998. Bien que Bamako n'ait pas été un site de la CEL, les messages radio et télé diffusés sont partis de Bamako et auraient pu faire augmenter l'afflux de suspects à l'Institut Marchoux.

L'un des objectifs de la CEL, est de dépister les "cas de lèpre d'importance cachés" et de les soumettre à la PCT. Le fait de dépister des MB fortement bacillifères, loin d'inquiéter, rassure et confirme le succès de la CEL au Mali. Dans les résultats attendus de la CEL, il y a une augmentation de la détection et de la prévalence au cours de la CEL et pendant les 6 mois suivants, puis une chute de la prévalence qui doit devenir inférieure à 1 cas pour 10.000 si la CEL a été bien organisée et exécutée (dépistage et traitement complet des cas de lèpre). L'augmentation des nouveaux cas à l'Institut Marchoux et la détection de cas de lèpre d'importance (MB avec 5+ ou 6+) confirment le bien fondé de l'organisation des CEL au Mali et augurent du succès de ces



campagnes co-financées par l'AFRF et l'OMS.

Nous allons maintenant rapporter des études, réalisées ou en cours, à l'Institut Marchoux et une observation personnelle qui montrent:

1. l'efficacité de la PCT
2. la réduction effective de l'endémie lépreuse au Mali

- Etude n° 1. : Les résultats de 12.440 IB réalisés à l'Institut Marchoux entre 1987 et 1996 ont été analysés. Les résultats ont montré une **baisse progressive des formes de lèpre MB** et surtout des cas à IB > 4+. Aucun nouveau cas de lèpre MB à IB 6+ n'a été observé en 1996. Cette étude dont la période couvre l'introduction et l'application de la PCT à Bamako, traduit, entre autre, la réduction de la charge bacillaire moyenne des cas de lèpre vus à l'Institut Marchoux (IB moyen 2,09 en 1988 à 0,55 en 1996) et par extension une réduction de la charge infestante des patients et de la circulation du germe. (Voir tableau 1 et figure 1).

- Etude n° 2. : On a également analysé

les résultats des 225 inoculations de lépromes à la patte de souris réalisées à l'animalerie expérimentale de l'Institut Marchoux depuis l'introduction de la PCT à Bamako en 1988 jusqu'en 1997, soit une période de 10 ans. Cette étude montre que le **taux de résistance** aux médicaments de la PCT (DDS, Clofazimine et Rifampicine) **décroit dans le temps**, à telle point que la résistance à la DDS qui atteignait 54,5% des souches de lépromes testées en 1994 est tombé à 25% en 1996 et 0% en 1997. La tendance à la baisse des proportions de souches résistantes montre qu'il n'y aurait plus de résistance à la DDS en l'an 2009 si cette tendance se poursuit. (voir figure 2).

Non seulement la **PCT est efficace** dans le traitement de la lèpre, mais elle **évite la sélection de souches de BH résistants aux médicaments**.

Grâce à la PCT, la dapsoné pourrait retrouver son efficacité originelle avec très peu de souches résistantes. Non seulement le **taux de rechute avec la PCT demeure inférieur à 1 pour 100 personnes-années**, mais encore les **cas de rechutes demeurent sensibles aux médicaments de la PCT**.

Le fait que les souches de BH isolées lors des rechutes après PCT demeurent sensibles aux médicaments pourraient s'expliquer par

le **phénomène de la "persistance"** du BH. En effet, chez les malades multibacillaires, on décrit la présence de germes dits «persistants» qui ne sont en phase de multiplication. Tout se passe comme si du fait de la forte concentration des BH (pression démographique), certains BH arrêtent leur métabolisme pendant des années. La fréquence de ces germes persistants est liée à la charge bacillaire du malade. Grosso-modo, on peut dire que lorsque l'on observe des globis au microscope dans les frottis de peau, il y a des germes persistants chez le malade. Ces germes persistants, ayant arrêté leur métabolisme ne sont pas attaqués par les léproicides. Après un traitement PCT, et plusieurs années, la charge bacillaire du patient diminue, et les germes persistants réactivent leur métabolisme, occasionnant les rechutes à long terme.

La **durée de la PCT MB de 24 ou de 12 mois n'a pas d'influence sur ces germes persistants**, vu que la durée de la phase de persistance est de plusieurs années, cette persistance étant liée à la charge bacillaire présente dans l'organisme du malade. Les études biologiques ont montré que la charge bacillaire diminuait de 0,66 par an. Pour qu'un malade passe de 6+ à 4+ il faut 2 ou 3 ans. La phase de persistance de BH est donc au minimum de 2 ans. La PCT MB de 24 mois n'est pas plus efficace que la PCT MB de 12 mois sur les germes persistants.

- Etude n° 3 : Afin de vérifier la réduction de la transmission de la lèpre dan

Evolution du Tx de résistance DDS

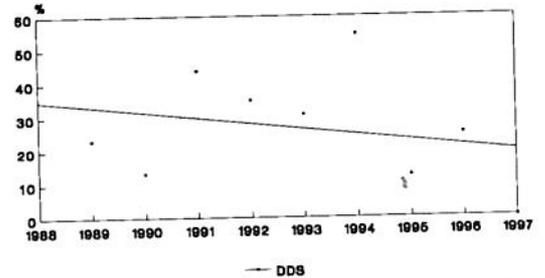


Figure 2 : Évolution du taux de résistance à la DDS

Années	IB=0	IB=1-2	IB=3-4	IB=5-6	Total	IB moyen
1987	734	438	490	209	1871	1,88
1988	389	455	341	177	1362	2,09
1989	330	355	203	104	992	1,83
1990	495	378	184	107	1164	1,55
1991	686	429	217	49	1381	1,21
1992	786	393	180	67	1426	1,11
1993	740	336	192	74	1342	1,18
1994	645	210	115	36	1006	0,91
1995	829	127	106	46	1108	0,74
1996	608	107	64	9	788	0,55
1987-96	6242	3228	2092	878	12440	1,37

Tableau 1 : Résultats des bacilloscopies réalisées à l'Institut Marchoux entre 1987 et 1996 et IB moyen des malades selon les années.

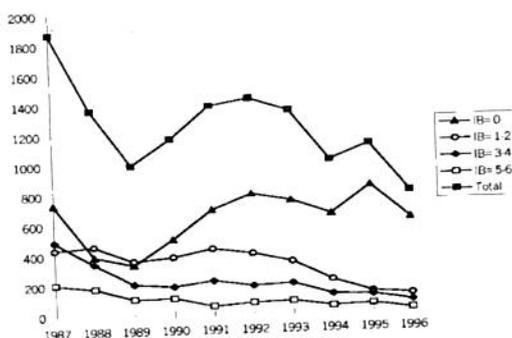


Figure 1 : Évolution des IB observés à l'Institut Marchoux de 1987 à 1996

la ville de Bamako après plus de 10 ans de mise en œuvre de la PCT, nous avons recherché le caractère autochtone des cas de lèpre dépistés à Bamako au cours de l'année 2000. Nous avons défini le caractère autochtone du patient par le fait d'être né et de résider à Bamako avec moins de 3 mois de séjour continu en dehors de la capitale malienne. Nous avons initié cette étude parce que nous étions étonnés par le nombre constant ou même en hausse de cas de lèpre dépistés à Bamako malgré la mise en œuvre de la PCT depuis 1988. Dans le même temps, la prévalence a diminué aussi bien à Bamako qu'au Mali, passant respectivement de 1500 et de 16.000 en 1985 à 240 et 2300 en 1998. Une des explications serait que l'Institut Marchoux sert de pôle d'attraction des cas de lèpre venant des autres régions du Mali. Par exemple 50% des cas de lèpre recrutés à Bamako pour le projet ROT ne sont pas retrouvés lors du suivi (y compris les visites domiciliaires) car ne résidant pas à Bamako. Cependant au recrutement, tous ces malades avaient donné des adresses de résidence à Bamako. Cette étude est en cours actuellement et devrait confirmer la **rareté des cas de lèpre survenant chez des bamakois autochtones**. Elle apporterait un autre argument pour affirmer l'efficacité de la PCT, la régression de l'endémie lépreuse et l'élimination possible et probable de la lèpre au Mali à la fin de l'an 2000.

Nous allons relater maintenant une observation personnelle apportant des arguments pour affirmer l'élimination de la lèpre au Mali.

Entre septembre 1992 et juin 1994, le projet ROT (RO "terrain") devait recruter 300 nouveaux cas de lèpre dans cinq cercles de la Région de Koulikoro. La population de ces cercles devait permettre aisément de recruter le nombre voulu de patients. Cependant, après avoir effectué un dépistage actif en visitant les principaux villages des 5 cercles, à peine 200 malades avaient été trouvés. S.O.Sow était responsable technique pour le dépistage actif des cas. La zone cible

du projet a du être étendue à la ville de Bamako, et aux cercles de Kita et de Bougouni. Ce qui a permis de recruter 43 cas à Bamako et 34 cas à Kita. Néanmoins le nombre de 300 n'a jamais été atteint, et le projet a du se contenter de 275 malades. **Que l'on ne puisse pas trouver par dépistage actif 300 nouveaux cas de lèpre dans une zone abritant environ 1.000.000 d'habitants, pendant une période de 2 ans, est bien la preuve que la prévalence et même l'incidence de la lèpre a beaucoup diminué au Mali et que son élimination est en cours.**

Nous pouvons maintenant répondre aux 4 interrogations posées :

1. **Comment expliquer la recrudescence de nouveaux cas de lèpre MB à Bamako en l'an 2000 ?**

– **Réponse:** les CEL organisées dans 6 régions du Mali en 1999. Par définition un cas de lèpre MB fortement bacillifère, est un cas qui évolue depuis au moins 5 ans. S'il n'est dépisté qu'en l'an 2000, il n'est pas un cas incident de la même année. C'est un cas qui a échappé aux activités de dépistage des années précédentes. N'y voit-on pas un résultat de la CEL?

2. **La PCT/OMS de 24 mois a-t-elle été efficace ?**

– **Réponse:** OUI. Dans le délai de suivi de 5 ans le taux de rechute demeure inférieur à 1/100 personnes-années. Les rechutes au delà de 5 années de suivi peuvent s'expliquer par le phénomène des germes persistants sur lesquels la PCT de 24 mois, ou autres régimes thérapeutiques (RO 1 mois, PCT de 12 mois, ou même PMM c'est-à-dire: rifampentine-moxifloxacine-minocycline en dose unique) n'auraient aucun effet (question de biologie de *M. leprae*).

3. **Comment retraiter les cas de rechute après PCT/MB de 24 mois.**

– **Réponse:** en se fondant sur l'hypothèse qu'il s'agit de rechutes dues à des germes persistants, qui demeurent sensibles aux médicaments de la PCT, il faut donner à nouveau un traitement PCT/MB de 12 mois.

4. **Peut-on dire qu'on a gagné la bataille contre *M. leprae* au Mali ?**

– **Réponse:** Oui, on est en train de gagner. Avec plus de 18.000 cas guéris en 15 ans, 1786 dépistés en 1999 grâce aux CEL, et 1793 cas enregistrés à la fin de l'année 1999 soit un taux de prévalence 1,64 pour 10.000, le seuil d'élimination peut être atteint en 2000

Pourvu que les responsables du programme lèpre, les agents de santé du terrain et les malades de la lèpre demeurent convaincus et motivés par l'efficacité de la PCT !

(*) ancien chef du service
Epidémiologie de l'Institut Marchoux

Bureau Régional OMS pour l'Afrique
Hararé (Zimbabwe)

BRÈVES

■ **Définition pour l'OMS d'un malade "guéri"** : un malade qui a terminé complètement sa PCT, car le risque de rechute est très faible (< 1 %).

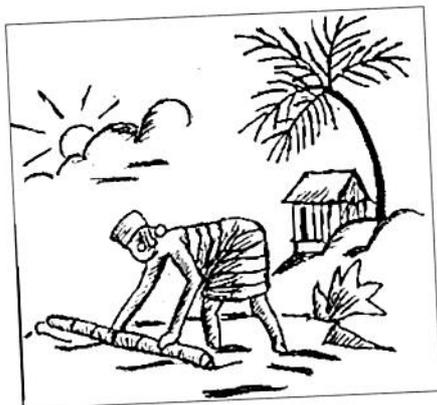
■ **La formation** des personnels est d'autant plus **cruciale** que, maintenant, les services lèpre sont (ou en voie de l'être) **intégrés** dans les services de santé généraux.

■ **"Un monde sans lèpre" ?**
Oui, peut-être ...pour...
après-demain.

■ CAMPAGNE D'ÉLIMINATION DE LA LÈPRE AU CONGO - BRAZZAVILLE :

Damas Obvala (*)

Les activités du Programme Lèpre avaient été arrêtées, à cause de la guerre et de l'insécurité. Mais les deux CEL du début 2000 objectivent la reprise de ces activités.



Depuis la reprise effective des activités de lutte contre la lèpre au Congo, au début de l'année 2000, la Coordination nationale de programme de lutte contre la lèpre a entrepris une série d'activités opérationnelles dont les supervisions des activités des structures intermédiaires et périphériques, la formation des personnels de santé en vue de l'intégration des activités lèpre et la réalisation de deux campagnes d'élimination de la lèpre.

Ces deux CEL visaient deux objectifs, à savoir la sensibilisation des populations sur la lèpre et le dépistage systématique et traitement, par PCT, de tous les cas de lèpre.

Informations communes aux deux régions

Les régions de la Sangha et de la Likouala occupent le nord de la République du Congo-Brazzaville, aux frontières du Cameroun, du Gabon, de la RCA et de la RDC. Leurs superficies sont couvertes de forêt dense et inondée. Les populations sont constituées de bantous et de pygmées (Babenga) qui représentent le tiers de la population de ces régions et sont souvent victimes de la lèpre. Les voies de communication sont en grande partie flu-

viales, routières et pédestres, surtout dans la Sangha. On note une faiblesse en formations sanitaires, principalement dans la Likouala.

La situation de la lèpre avant les CEL dans ces deux régions est caractérisée par des taux de prévalence élevés, près de 10 pour 10.000 habitants, et la stratégie de lutte repose sur un dépistage passif, avec un faible taux de détection.

Activités menées pendant les CEL

Les activités menées pendant les deux CEL ont concerné la formation du personnel de santé des centres de traitement lèpre, en vue de l'intégration de la lutte contre la lèpre, la remise à jour des fichiers lèpre, la mise en place de moyens logistiques, la préparation de l'opinion sur ces campagnes, la détection et le traitement des malades.

Pendant les CEL proprement dites, il a été réalisé une intense mobilisation des populations, à travers des affiches, posters, dépliants OMS, causeries autour des problèmes de la lèpre, tribunes radiotélévisées, suivie d'un dépistage passif dans les grandes communautés et examens cutanés et neurologiques systématiques des habitants des petits villages et campements.

Après l'IEC sur la lèpre, des volontaires et des agents de santé ont été formés dans les villages ayant des cas de lèpre dépistés et ne disposant pas de dispensaires fonctionnels. Une fiche individuelle a été remplie obligatoirement pour chaque malade, avec schéma corporel et le traitement PCT a été remis en totalité (6 blisters PB ou 12 blisters MB), après une IEC d'appoint et implication d'un volontaire ou d'un infirmier. Les anciens malades en traitement ont été contrôlés.

Les personnels de santé impliqués dans ces campagnes d'élimination lèpre sont des médecins et des infirmiers de la région ayant subi une formation en lèpre, avec un appui technique de l'équipe de la coordination nationale du programme lèpre. Avant le déploiement des équipes, dont le nombre et la composition varient suivant les axes et l'intensité du réseau à couvrir, deux ou trois jours de briefing sont nécessaires pour ces personnels.

Dans la Sangha, quatre équipes de trois personnes chacune ont été constituées (2 équipes pour les axes fluviaux, 1 par voie routière et 1 pédestre). Dans la Likouala, la CEL n'a concerné que les axes fluviaux intérieurs car, du fait de la guerre en RDC, les localités situées le long de l'Oubangui et du Congo n'ont pas été visitées. Il a parfois été indispensable de recruter des guides et des porteurs.

Les supports d'information utilisés pendant les deux CEL ont été constitués d'affiches, posters, dépliants OMS sur la lèpre : "Guérir de la lèpre", "Touchés par la lèpre, guérir par le PCT", "Comment reconnaître la lèpre", "Reconnaitre et guérir la lèpre", manuels et documents : "ligne directrice pour réaliser les CEL", "Instructions pour la conduite des ateliers à l'intention des volontaires et agents de santé", "Élimination de la lèpre, questions et réponses", "Guide pour l'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique", édition de poche OMS/ILEP, "la dernière ligne droite vers l'élimination de la lèpre, plan stratégique 2001-2005" (OMS).

L'acceptabilité de ces deux CEL par les populations a été très bonne; en effet elles connaissent bien cette maladie font parfois aisément le diagnostic.

Commentaires

La situation de la lèpre dans ces deux régions est identique et superposable. Cette maladie **touche surtout les populations pygmées qui représentent 95 % des cas**. Les taux de prévalence élevés traduisent la grande circulation du microbe dans ces populations forestières. La distribution des cas de lèpre dans ces deux régions est effroyable car on enregistre parfois 4 ou 5 villages voisins consécutifs avec plusieurs cas de lèpre, ce qui explique le caractère hyperendémique de cette affection dans ces régions. Tant de lépreux n'avaient jamais été dépistés, même en l'espace de cinq ans.

Comme éventuelles suggestions, on peut retenir **d'envisager une seconde CEL**, deux ans après, dans chacune de ces deux régions à une période favorable, **superviser** régulièrement les volontaires et infirmiers des CDT formés, 2 fois l'an, et **contrôler les malades** à la fin du traitement avant d'envisager l'évaluation des CEL, compléter la CEL Likouala en visitant les localités restantes à la fin des hostilités en RDC, doter ces deux secteurs en personnel et moyens logistiques (pirogues, moteurs HB).

En conclusion, les deux premières CEL dans les régions de la Sangha et de la Likouala ont permis de **se rendre compte de l'ampleur de la lèpre au Congo**. C'est un grand fléau et un véritable problème de santé publique. Les stratégies envisagées pour l'élimination passent par la **sensibilisation**, l'**éducation** et surtout l'**implication des populations pygmées** elles mêmes, mais peut-être aussi par la mise en

place de **schémas de traitement courts et adaptés au mode de vie des populations pygmées**.

La coordination nationale du Programme lèpre du Congo est disposée à poursuivre de telles activités afin d'être au rendez-vous de l'élimination de la lèpre à brève échéance.

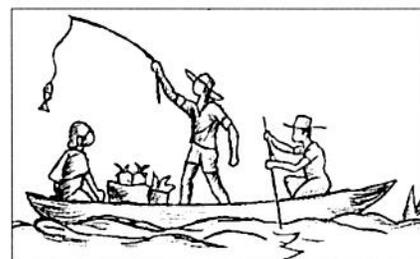
Remerciements

La Direction de la Lutte contre la Maladie et la Coordination Nationale du Programme Lèpre au Ministère de la Santé, de l'Action Humanitaire de la République du Congo-Brazzaville remercient sincèrement :

– l'Association Française Raoul Follereau pour son appui substantiel, permanent et efficace sans lequel ces missions n'auraient pu se tenir,

– l'OMS pour la dotation des supports d'information et les documents nécessaires pour la réalisation des CEL,
– les autorités politico-administratives régionales ainsi que les populations concernées pour leur entière adhésion,
– les compagnies forestières basées à Pokola dans la Sangha, notamment la direction générale CIB pour leur aide ponctuelle.

(*) *Médecin Coordinateur National du Programme Lèpre Brazzaville Congo*



RESULTATS

Variabiles	CEL Sangha	CEL Likouala
superficie	55.000 km ²	60.000 km ²
population	59.727 h.	67.923 h.
nouveaux cas dépistés au cours des 3 dernières années	66(38 PB,28 MB)	26 (14 PB, 12 MB)
population visitée par la CEL	15.216 h.	30.216 h.
nouveaux cas dépistés	104	121
dont: PB lésion unique	26	31
PB	27	27
MB	51	63
adultes	94,5 %	90,9 %
enfants	5,5 %	9,1 %
invalidités II	11,5 %	16,5 %
anciens cas en traitement	48 (13 PB, 35 MB)	52 (15 PB, 37 MB)
Tx prévalence globale après CEL	17,5 p/10.000	25,4 p/10.000
nombre de volontaires formés	94	104
nombre de CDT fonctionnels	6	10
nombre de villages visités	194	55
période CEL	9/3/00 au 17/4/00 saison sèche	22/7/00 au 26/8/00 saison pluvieuse
difficultés rencontrées	étiage prononcé pannes de moteur villages distants	intempéries grandes pluies inondations mauvais état des voies coût du carburant pygmées en déplacement

95% des cas concernent les populations pygmées

■ LA LÈPRE EN ARGENTINE

PROBLÈMES POSÉS PAR LA PERSISTANCE DE POCHE D'ENDÉMIE APRES L'ÉLIMINATION DE LA LÈPRE

Victor E. Merlin(*)

Les représentants des États membres de l'O.M.S., réunis en Assemblée Mondiale de la Santé en mai 1991, adoptèrent une résolution qui contenait l'engagement de promouvoir la lutte antilépreuse afin de parvenir à l'élimination de la lèpre, en tant que problème de Santé Publique, pour l'an 2000 (1). On entendait par "élimination" la réduction de la prévalence à un niveau inférieur à 1 pour 10.000. Pourtant, ce taux, n'étant appliqué qu'au niveau national, représentait seulement la moyenne de chaque pays. De ce point de vue, la plupart des pays du monde ont déjà atteint l'objectif prévu, mais dans beaucoup de ces pays subsistent des **régions, provinces, départements ou districts dont les taux de prévalence sont encore élevés**. Par exemple, la République Argentine a depuis quelques années un taux de prévalence inférieur à 1 pour 10.000 (2), mais il y a plusieurs provinces dans la région du littoral fluvial où la prévalence est encore au dessus de ce chiffre. Parmi ces provinces, Santa Fe, où un Programme de Contrôle de la lèpre s'est déroulé depuis 1962, la prévalence générale a baissé jusqu'à 1,03 pour 10.000 (3). Cependant, la distribution géographique de l'endémie est très irrégulière. Alors que les départements du sud, situés dans la région de la pampa, ont déjà atteint l'objectif d'élimination, les départements du nord-est, qui se trouvent dans la région du Chaco, boisée et plus chaude, ont des taux qui oscillent entre 3,9 et 4,2 pour 10.000.

Situation épidémiologique de la région

La 2e. Zone de Santé, qui comprend les départements Vera et Général Obligado, est la région où l'on a

observé depuis longtemps les taux de prévalence les plus élevés de la province de Santa Fe. Cette région était, à l'origine, habitée par des indiens, mais la lèpre n'existait pas chez eux. L'apparition de la maladie remonte aux dernières décennies du XIXème. siècle et coïncide avec l'arrivée des immigrants provenant surtout de l'Italie septentrionale et de la Suisse, et des manoeuvres métis qui venaient d'autres provinces pour travailler à l'abattage des arbres et à la culture de la canne à sucre. Réconquista, la ville la plus importante, siège de la direction sanitaire régionale, a été fondée en 1872. Elle possède un hôpital d'état polyvalent qui fait fonction de centre de référence et il y a aussi des hôpitaux dans les principaux villages de la Zone. L'endémie lépreuse dans la Zone était déjà très importante au début du XXème siècle. En juin 1923, pendant la 2ème Conférence Nationale de Lèpre, le délégué de Santa Fe a dénoncé l'existence de 100 malades dans le département Général Obligado sur une population estimée de 30.000 habitants (4), ce qui représentait un taux de prévalence de 33 pour 10.000. En 1971, deux ans après le commencement de l'exécution du Programme de Contrôle de Lèpre dans la Zone, d'après les données d'un exhaustif recensement de malades, le nombre de cas enregistrés dans toute la Zone était de 247, dont le 49,9% étaient des formes multibacillaires. Ces chiffres représentaient un taux de prévalence de 17,1 pour 10.000 (5). La baisse de la prévalence par rapport à celle de 1923 ne peut être attribuée qu'à l'évolution naturelle de l'endémie et à la mise en oeuvre de la sulfone-thérapie, étant donné que nul plan sanitaire organisé n'avait été réalisé dans la Zone jusqu'alors.

Stratégies adoptées

L'organisation initiale du programme de contrôle de lèpre a été de **type vertical**, en conformité avec la politique préconisée au niveau national. L'unité opérationnelle consistait en une équipe mobile dotée d'une voiture et composée d'un médecin et d'un travailleur social. La fonction de cette équipe était de faire des visites systématiques périodiques aux centres de santé afin de traiter des malades qui se présentaient spontanément ou des cas qui étaient orientés par des médecins locaux, surveiller les contacts domiciliaires des cas déjà connus et réaliser l'éducation sanitaire.

Le dermatologue de l'Hôpital Central de Réconquista était à la fois le chef de l'équipe, c'est à dire qu'une seule personne était responsable du traitement de tous les malades de la Zone.

Ce système fonctionna d'une manière acceptable pendant quelques années, mais après 1975, à cause des difficultés financières dues à la réduction du budget, le **programme vertical devint impraticable**. Par suite de l'interruption des activités, beaucoup de patients abandonnèrent leurs traitements et le dépistage de cas nouveaux resta restreint à la présentation spontanée des malades.

À la suite de cet échec et dans un contexte politique sanitaire nouveau, le **concept d'intégration dans les services généraux** de santé est entré en vigueur. Par opposition à la structure verticale antérieure, on a commencé à parler d'une structure horizontale basée sur la **participation des médecins généralistes dans la lutte antilépreuse**.

La direction du Programme a mis en oeuvre un plan de **recyclage et formation léprologique** destiné aux **médecins ruraux**. Ce projet, qui s'est prolongé jusqu'à 1980, **n'a pas réussi**

parce que la plupart des médecins généralistes, à la campagne, trop occupés à la résolution de nombreux problèmes de santé, n'étaient généralement pas enclins à prendre sous leur responsabilité des activités spécifiques et en quelque sorte complexes relatives à une pathologie qui en dépit de son impact social n'était guère prioritaire dans le contexte de la problématique sanitaire régionale, et qui, d'autre part, générait fréquemment des préjugés et des sentiments de crainte ou de rejet.

Après le coup d'État militaire de 1976, les autorités sanitaires du gouvernement de facto ont rétabli au niveau national un programme vertical et spécialisé, en destinant à cet effet une somme importante de ressources financières et matérielles. Des nouvelles équipes mobiles ont été constituées mais, paradoxalement, bien que la 2^e Zone de Santé fût la plus importante du point de vue épidémiologique, elle n'a été pas incluse dans la planification. Ce programme vertical, comme on pouvait s'y attendre, dura jusqu'à ce que les ressources s'épuisent. Un événement très important eut lieu en août 1982 : pendant le 2^e Atelier Andin sur Contrôle de Lèpre, organisé par l'O.M.S et l'O.P.S., les participants sud-américains ont été informés sur un nouveau schéma thérapeutique basé sur l'administration simultanée de deux ou trois médicaments déjà connus : su fone, clofazimine et rifampicine (PCT). La proposition contenait trois innovations importantes: la courte durée du traitement, l'administration intermittente de la rifampicine et la prise d'une dose mensuelle sous supervision. À cause de ces particularités, la PCT a été au début repoussée par la plupart des dermatologues. Nous avons pourtant l'impression que cette thérapie était une arme précieuse, avec laquelle on pourrait peut-être résoudre la plupart des problèmes posés par la lutte antilépreuse. Pour cette raison, malgré l'opposition de quelques médecins, nous avons mis en œuvre la PCT dans la ville de Santa Fe en septembre 1982 en guise d'essai afin

d'évaluer son efficacité et sa faisabilité. Les premiers résultats ayant été encourageants (6), nous avons pris la décision d'étendre la couverture aussi aux zones rurales de la 2^e Zone de Santé. Puisque la participation des médecins ruraux n'était pas faisable, il a fallu recourir à une autre catégorie de personnel et on s'est décidé pour les infirmières. On a demandé aux chefs des principaux centres de santé la sélection d'une infirmière pour assister aux cours de formation. Ces cours, d'une durée de 5 jours, ont été financés avec la collaboration d'une organisation non gouvernementale allemande, et ont permis de constituer un groupe de collaborateurs très efficace, dont la plupart restent encore en fonction. Elles ont été formées pour accomplir les tâches suivantes : retrouver les cas hors de contrôle, surveiller les contacts domiciliaires, dépister des malades suspects et les orienter vers le médecin, administrer la PCT jusqu'à la fin, assurer le suivi des malades en traitement, reconnaître les complications de la maladie et faire des prélèvements cutanés pour l'examen bactériologique. Étant donné qu'il n'y a pas de laboratoires spécialisés à la campagne, les lames sont généralement envoyées à l'Hôpital Central de Reconquista ou à Santa Fe. Malheureusement, les restrictions budgétaires ont empêché depuis quelques années la réalisation de cours de longue durée, mais un programme de recyclage permanent pour le personnel des centres de santé est toujours réalisé.

Grâce à la participation de ces collaborateurs, la situation épidémiologique dans la zone rurale s'est améliorée. Si l'on prend en considération qu'au début de l'exécution du programme les taux de prévalence y étaient supérieurs à 17 pour 10 000, on peut présumer qu'on est dans la bonne voie. Quant à la ville de Reconquista, l'endémie y pose les problèmes propres à la lèpre urbaine, notamment: la mobilité de la population, la multiplicité des cas, la nécessité de disposer de personnel pour le suivi des malades, et les diffi-

cultés à parvenir à l'intégration de la lutte antilépreuse dans les centres de santé. Depuis longtemps on avait l'impression que le fait que le dermatologue de l'Hôpital Central faisait en même temps fonction de chef régional du Programme était un facteur qui entravait le processus d'intégration parce que le personnel de l'hôpital avait tendance à se désintéresser de la lèpre et à laisser au Programme la résolution de tous les problèmes, soit médicaux, soit sociaux ou administratifs, liés à cette maladie. Une recherche de Systèmes de Santé, faite en 1995 sous le patronage de l'O.M.S., a démontré la validité de cette hypothèse et a permis de constater une situation similaire par rapport au Programme de Contrôle de Tuberculose, dont la structure au niveau régional était aussi verticale et compartimentée. D'autre part, le manque d'engagement de la part du personnel hospitalier semblait aggravé par le fait que la plupart des agents interrogés ne considéraient pas la lèpre comme un problème prioritaire. Pour améliorer partiellement cette situation, on a obtenu la nomination d'une dermatologue appartenant au "staff" de l'Hôpital qui a pris en charge le traitement médical de tous les patients dermatologiques, y compris les cas de lèpre. Cela a permis de séparer les rôles de médecin hospitalier et de chef zonal du Programme, en réservant à ce dernier les fonctions inhérents à sa charge: planifier, assurer l'approvisionnement régulier des médicaments, appliquer le système de notification, évaluer et superviser. Quant au suivi des cas dans la zone urbaine, l'expérience a démontré la nécessité de disposer d'une équipe mobile pour accomplir cette tâche. Étant donné l'insuffisance de ressources de l'hôpital, une méthode transitoire de travail a été mise en pratique avec une subvention accordée par l'Ordre de Malte. Des unités fonctionnelles composées d'un agent de santé coordinateur zonal, une voiture et un programme informatique mis en œuvre sur ordinateur, ont été installés dans des hôpitaux où

l'on soigne des cas de lèpre. Ces unités permettent d'identifier sans délai les patients qui manquent à la prise de leurs doses mensuelles, et de leur rendre visite à domicile afin d'assurer la prise régulière des médicaments. Le plan, dénommé "AMAPEL", a eu du succès dans plusieurs villes de l'Argentine, notamment Buenos Aires, Rosario et Resistencia, et il est en train d'être étendu aux villes les plus importantes de la zone endémique, y compris Reconquista.

On a l'espoir qu'avec toutes ces ressources on pourra dans un proche avenir atteindre l'objectif d'élimination, même dans ces régions d'endémie persistante.

Références

- (1) Resolution W.H.A. 44.9, may 1991
- (2) W.H.O. Action Programme for the elimination of Leprosy. Status Report updated 1997
- (3) Programa Provincial de Control de Dermatología Sanitaria. Provincia de Santa Fe. Informe anual 1999
- (4) Piñeri Garcia, P. : "La lepra endémica en la provincia de Santa Fe", Rev. Accion Médica, Bs.As., 1937. Fe. Informe anual 1999
- (5) De Greef, E.: "El problema de la lepra en el norte de Santa Fe", Leprología, Vol. 16 n° 2: 89-93, 1971
- (6) Merlin, V.E. et al : "Tratamiento multidroga supervisado en pacientes de lepra multibacilar : observaciones al cabo de un año de aplicacion", Arch.Arg. de Dermat., T.35: 231-238, 1985

(*) Médecin dermato-léprologue
Spécialiste en Santé Publique.
Ex-Chef du Programme de Contrôle de
Dermatologie Sanitaire de la
Province de Santa Fe,
République Argentine.

XX^e Réunion annuelle des dermatologues sud-américains du Cône Sud

Les 6 et 9 mai 2000, a eu lieu la XX^e Réunion des dermatologues sud-américains du Cône Sud, dans la ville Mar del Plata en Argentine, qui regroupe tous les ans des dermatologues d'Argentine, Bolivie, Brésil, Chili, Paraguay, Pérou et Uruguay. C'est en 1973, à Buenos Aires qu'a eu lieu la première réunion sous la présidence du Dr Viglia et les autres ont eu pour cadre les différents pays du Cône sud dont sept fois en Argentine.

Au cours de cette Réunion ont eu lieu : 15 cours, 13 conférences, 13 symposiums, 247 cas cliniques, 7 ateliers, 4 sessions plénières, 71 posters, 71 stands pour les nombreux représentants de l'industrie pharmaceutique et des prix furent attribués à des affiches, à la recherche et à de jeunes dermatologues.

Le thème de la lèpre a été traité au cours d'une conférence par José Terencio "Diagnostico diferencial de la Hanseniasis" au cours d'un atelier "Hanseniasis"

Au cours de l'atelier de stomatologie José Terencio a présenté "Les manifestations buccales dans la maladie de Hansen". Au cours d'autres ateliers, sept intéressants cas cliniques de lèpre ont fait l'objet d'un exposé.

Les prochains congrès se dérouleront en 2001 à Foz do Iguazu (Brésil), 2002 à Santa Cruz (Colombie) et 2003 à Lima (Pérou).

En résumé, un magnifique congrès qui gagne chaque année en participation, en niveau scientifique et en organisation, dans une ambiance cordiale et amicale pour cette réunion fraternelle des dermatologues sud-américains dans le cadre magnifique de la belle ville du bord de mer de Mar del Plata.

José Terencio de las Aguas

BRÈV

■ La représentation que se fait la Société de la lèpre n'a guère évolué, car elle montre, encore trop souvent, l'attitude de la communauté vis-à-vis des invalides de la lèpre

■ Info OMS. Création d'"Groupe consultatif technique pour l'élimination de la lèpre" (TAG)

Composé de 6 spécialistes indépendants qui vont

- suivre la stratégie d'élimination de la lèpre

- conseiller l'OMS

- faire le point sur les progrès

- recenser les lacunes et les obstacles

- s'occuper des problèmes de recherche

La 1^{ère} Réunion du TAG a eu lieu

le 2 et 3 mai 2000 à Genève

■ EPIDÉMIOLOGIE DE LA LÈPRE EN MARTINIQUE

F. Kadji¹, F. Lucht², R. Helenon³ et A. Leoture⁴(*)

Dans l'histoire de l'humanité, la lèpre occupe une place à part. "Nul fléau morbide n'a inspiré une pareille terreur et n'a laissé dans la vie politique et économique des peuples des traces aussi profondes", écrit Jeanselme. Mais, elle représente toujours, à l'aube de l'an 2000, une singularité particulière dont les causes sont mal connues. Ce travail effectué au dispensaire Etienne Montestruc, à Fort de France, devrait permettre de savoir si la lèpre est toujours un problème de santé publique en Martinique. Après un bref aperçu des structures sanitaires existantes, nous étudierons les indicateurs épidémiologiques essentiels et les moyens de lutte employés contre ce fléau.

MATERIEL et METHODE

- Matériel : le dispensaire Etienne Montestruc

Depuis 1933, le dispensaire Etienne Montestruc s'occupe du dépistage systématique de la lèpre, du traitement, de la mise à jour du département du fichier central et de l'éducation sanitaire. Son personnel se compose de 4 médecins assurant 191 demi-journées de consultation par an, d'une IDE, d'une aide soignante et d'un assistant social responsable d'enquêtes au niveau des malades et des sujets contacts. En 1999, ont été répertoriés: 65 malades en file active (FA: traités actuellement au dispensaire), 407 dossiers de malades EOOST (en observation sans traitement), 157 dossiers de malades soignés ailleurs (SA).

- Méthode

⇒ La surveillance épidémiologique : Les indicateurs essentiels

Ils correspondent à une description globale de l'état de la maladie et permettent la surveillance épidémiologique de la maladie de HANSEN. Ces indicateurs sont : a) **taux de prévalence de la lèpre.** b) **taux de détection.** c) **répartition en fonction de l'âge.** d) **répartition en fonction du sexe.** e) **proportion des malades présentant des invalidités parmi les nouveaux cas.** f) **Couverture sous PCT.** g) **Nombre absolu de rechute après PCT.**

⇒ Les moyens de lutte : Ils sont au nombre de 4 :

- 1. **Dépistage** : actif, passif et surveillance des sujets contact.
- 2. **Activités thérapeutiques** : Tout

traitement repose sur une polychimiothérapie (PCT) établie suivant le protocole OMS, débuté en milieu hospitalier puis le relais est pris par le dispensaire.

- 3. **Education sanitaire** Depuis 1980, une journée annuelle de lutte contre la lèpre est organisée pour sensibiliser la population. Le reste de l'année, l'équipe d'éducation sanitaire est à la disposition des collectivités. Le but immédiat recherché est de faire disparaître chez les martiniquais la diabolisation que suscite le seul mot de lèpre, et de faciliter toute forme de dépistage (actif, passif, auto-dépistage).

- 4. Mise à jour du fichier central

RESULTATS

1. La surveillance épidémiologique : Les indicateurs essentiels

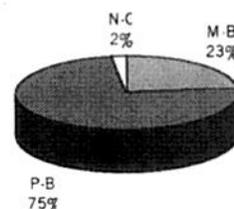
a. La prévalence

En 1999, le taux de prévalence est de **0,37 malades / 10 000 habitants.**, selon les critères de l'OMS. Celui corrigé du dispensaire est de 5,74 malades/10 000, en comptant les malades sous MNT (malades non traités).

b. La détection

Depuis 1996, le nombre de nouveaux cas est inférieur à 10, correspondant à un **taux de détection de 0,2/10000habts.** Plutôt que l'incidence, il s'agit du taux de détection qui est un indicateur d'efficacité opérationnelle autant qu'un **indicateur reflétant la transmission de la maladie.** De plus, il est utile de présenter, en plus du taux de détection, la proportion des malades multibacillaires (MB) parmi les nouveaux cas détectés.

- Pourcentage des nouveaux cas en fonction des formes cliniques sur une cohorte de 1980 à 1999

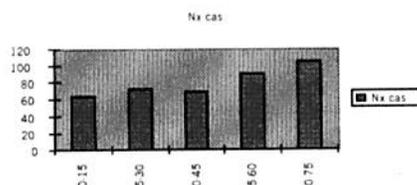


- Pourcentage des formes MB par rapport aux nouveaux cas.

L'indice lépromateux en 1999 est de 42% contre 55% en 1983.

c. Répartition en fonction de l'âge

La lèpre peut survenir à n'importe quel âge, avec deux maximums entre 16 et 30 ans et après 60 ans (voir tableau).



L'incidence plus élevée chez les 15-30 ans est le résultat de plusieurs phénomènes: dépistage scolaire systématique et des sujets contacts, temps d'incubation de la maladie (5 à 10 ans), premier emploi avec souvent nécessité de passer au dispensaire pour "bon de non Hansenien" et surtout campagnes d'information auxquelles les jeunes sont très réceptifs, favorisant ainsi l'auto-dépistage. La dépression vers 30 ans peut provenir de la guérison

Nouveaux cas de 1980 à 1999

	1980	81	82	83	84	85	86	87	88	89
- de 15	12	6	4	4	1	3	6	3	6	8
16-30	8	6	6	7	5	2	3	6	4	4
31-45	2	5	10	6	2	1	4	6	6	6
46-60	12	1	6	6	2	6	5	0	7	8
+de60	5	11	7	4	10	4	6	5	8	6
NC	0	0	0	0	0	0	1	1	5	0
Total	39	29	33	27	20	16	25	21	36	32

	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99
- de 15	2	3	1	0	0	2	1	0	1	0
16-30	5	3	2	1	2	3	2	0	2	1
31-45	4	4	2	0	0	5	1	2	1	2
46-60	7	9	3	7	1	5	0	3	0	2
+de60	6	4	8	2	5	4	4	2	2	2
NC	3	0	4	0	0	0	0	0	0	0
Total	27	23	20	10	8	19	8	7	6	7

Répartition des formes de lèpre en fonction de l'âge

	- de 15 ans	16-30	31-45	46-60	+ de 60
T	2	0	1	3	3
L	0	7	0	3	5
BT	2	1	3	2	3
BL	0	0	1	0	3
I	0	2	6	2	5

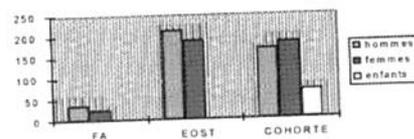
d'une partie des sujets porteurs d'une lèpre bénigne guérissant spontanément. L'augmentation régulière à partir de 45 ans avec un maximum après 60 ans peut se justifier par : la détection accidentelle de cas de lèpre avec l'apparition des premières hospitalisations, l'apparition de séquelles importantes après plusieurs années de maladie, incitant le patient à consulter. L'incidence atteignant son maximum après 60 ans concorde souvent avec le développement d'une lèpre de forme L et l'obligation de certificat de "non Hansenien chez tous les patients entrant en maison de retraite (voir tableau).

Les formes T et BT dominent chez les moins de 15 ans, la forme L entre 16 et 30 ans, la forme I entre 31 et 45 ans, aucune forme entre 45 et 60 ans et les formes L et I chez les plus de 60 ans. D'après ces résultats on peut dire que

l'indice lépromateux et l'incidence sont plus importants pour les 16-30 ans et les plus de 60 ans; ce qui concorde avec une incubation longue de la maladie.

d. Répartition en fonction du sexe

Distribution des cas par sexe et enfants de moins de 16 ans de 1980 à 1999



Le sex ratio sur 345 cas déclarés de 80 à 99 est de 0,88. Contrairement à beaucoup de pays d'endémie, l'incidence et la prévalence de la lèpre ne sont pas plus élevées dans le sexe féminin que dans le sexe masculin. Néanmoins, il y a plus d'hommes que

de femmes suivant un traitement dispensaire et la prévalence de forme lépromateuse est plus élevée chez le sexe masculin. Cette prévalence peut avoir comme origine des facteurs physiologiques, peut être de nature endocrinienne.

e. Proportion des malades présentant des invalidités parmi les malades. En 1998, il y a 33% d'invalides qui indique une détection tardive et améliorables.

f. Couverture sous PCT

La couverture sous PCT est de 100%. Tout patient détecté reçoit un traitement approprié.

g. Nombre absolu de rechutes sous PCT

Le nombre de rechutes enregistrées est de : 1 PB et 1 MB en 1998, 2 MB en 1999. Dans la majorité, il s'agit de patients traités en dehors du dispensaire.

Etude du dépistage global de 1995 à 1999 en Martinique

	1995	1996	1997	1998	1999
dispensaire	5 (26%)	3 (33%)	1 (14%)	2 (33%)	0
dermatologue	11 (58%)	6 (67%)	5 (72%)	1 (17%)	6 (86%)
hopital	2 (11%)		1 (14%)	3 (50%)	1 (14%)
autres	1 (5%)				
total	19	9	7	6	7
CID	7 (37%)	3 (33%)	2 (29%)	4 (67%)	1 (14%)

Sensibilité du dépistage passif comparée au dépistage actif

	1995	1996	1997	1998	1999
DA	5	3	1	2	0
DP	14	6	6	4	7
<u>DP</u>	74%	66%	86%	66%	100%
<u>DA+DP</u>					

2. Les moyens de lutte (voir tableaux)

– Dépistage actif :

– Au niveau des collectivités :

Une à deux fois par an, le dispensaire reçoit pour examen systématique de dépistage, les personnes appartenant aux collectivités locales. L'éventail d'âge de cette population des deux sexes est donc assez étendu. (voir tableau)

– Au niveau scolaire : Ce dépistage a été interrompu depuis 2 ans .

– Surveillance des sujets contacts :

Les sujets contacts avec un Mitsuda négatif, sont surveillés à raison d'un examen clinique par an.

– Dépistage passif

Les campagnes de sensibilisation ont favorisé l'auto dépistage: 2 nouveaux cas en 1998 et 4 en 1999 sont le fait d'une consultation spontanée chez un dermatologue.

– Activités thérapeutiques

Le schéma thérapeutique du dispensaire des formes MB comporte une biopsie des lésions cutanées, un examen bactériologique et l'étude de la sensibilité des

bacilles aux différents produits Le traitement antibiotique comprend : Rifampicine, Ofloxacine, Disulone, pendant 3 mois. A la fin du troisième mois, sont effectués un index bactériologique et morphologique afin de tester l'efficacité du traitement, puis on passe à une bithérapie : Rifampicine 600mg + Disulone 100mg, pendant 21 mois. Concernant la Clofazimine, du fait de

ment, quand il s'est avéré efficace, le malade est placé EOSt pendant 10 ans, avec 3 contrôles annuels la première année, 2 contrôles la deuxième année, puis un contrôle par an pendant 10 ans. Les anciens MB sont des malades sous monothérapie (MNT) (disulone) quant ils sont stabilisés sur le plan clinique et bactériologique, le traitement est poursuivi identique à lui-même, mais la sur-

Étude du dépistage actif de 1996 à 1999

Année	Systématique	Dépistés dis	Nx cas
1996	3464	3	9
1997	3375	1	7
1998	2833	2	6
1999	2198	0	7
	Sept - 99		

la coloration rouge des téguments et des conjonctives sa prescription a fortement diminué (11 patients seulement poursuivent ce médicament). Au terme de ces 24 mois, le malade subit un contrôle clinique, bactériologique et morphologique. A l'issue de ce traite-

ment, quand il s'est avéré efficace, le malade est placé EOSt pendant 10 ans, avec 3 contrôles annuels la première année, 2 contrôles la deuxième année, puis un contrôle par an pendant 10 ans. Les anciens MB sont des malades sous monothérapie (MNT) (disulone) quant ils sont stabilisés sur le plan clinique et bactériologique, le traitement est poursuivi identique à lui-même, mais la sur-

L'activité thérapeutique au dispensaire ne se limite pas à la PCT (voir tableau).

- Education sanitaire

Cette année, 10 séances d'éducation sanitaire ont été effectuées dans les écoles. L'information du malade est fondamentale avant, pendant et après le traitement. L'information de la population est importante pour le dépistage précoce, pour l'assiduité du traitement et pour l'insertion sociale du malade.

DISCUSSION

En Martinique, le taux de prévalence, en fonction de la définition stricte de l'OMS, en 1999 est de **0,375 / 10 000 habitants**. L'objectif attendu par l'OMS est donc atteint.

Le **nombre de nouveaux cas de lèpre est inférieur à 10 par an**, correspondant à un taux de détection de la maladie inférieure à 0,2/10 000. Ce taux de détection très faible dans une région où les programmes sont anciens, où les malades sont fichés depuis longtemps avec un suivi régulier de l'ensemble des contacts, nous permet de juger de l'efficacité opérationnelle dans le domaine de la prévention et de la prise en charge par PCT. Par contre, il ne faut pas omettre la **diminution des activités du dispensaire** depuis un an, qui s'explique par l'absence d'obligation de visite, faute de financement par certaines collectivités. A déplorer également l'**absence de dépistage scolaire depuis 2 ans**, ainsi que par la **médecine du travail**. Toutes ces données jouent un rôle considérable dans la diminution du taux de détection. De surcroît on note un pourcentage proche de **30% des formes MB** en 1998 et 1999 signalant le profil toujours aussi agressif et contagieux de la maladie.

Bien que l'on poursuive la méthode du **dépistage actif**, on est conduit à admettre qu'elle requiert un **investissement** humain et financier élevé, **disproportionné avec son rendement**.

On pense donc à l'heure actuelle qu'il n'est pas nécessaire de renforcer les systèmes de dépistage actif et qu'il vaut mieux faire porter les efforts sur le renforcement et l'amélioration des programmes d'information et d'éducation sanitaire (afin d'insister sur l'**auto-dépistage**). La surveillance des CID est la méthode d'identification des nouveaux cas qui présente la plus forte justification sur le plan épidémiologique, tout en étant sur le plan opérationnel, acceptable pour les malades et leur entourage. Cette méthode de détection représente un nombre de cas non négligeable en Martinique, avec un coup financier et humain bien inférieur. Il semble donc très important de maintenir les efforts réalisés au niveau des **enquêtes épidémiologiques autour de chaque malade**.

Le schéma thérapeutique de la lèpre par la PCT employé au dispensaire comporte quelques différences avec celui de l'OMS. En effet, la **Rifampicine** est administrée **quotidiennement** puisque les possibilités le permettent. Le programme pour les PB est deux fois plus long, en effet les problèmes de résistance sont en première ligne en Martinique. La diminution des activités de soins et de pansements provient de causes multiples: prise en charge plus précoce de la maladie par intensification du dépistage actif, diminution de la prévalence des formes L, guérison de certaines plaies,

Rapport d'activité

Désignation	Nombre
Examens biologiques	117
Vaccination antitétanique	61
Intra-Dermo-Réaction à la lépromine (IDR ou Mitsuda)	187
Examens bactériologiques	389
Biopsies	51
Pansements	1186
médicaments	18890
Disulone	905
Rifampicine	2290
Clofazimine	310
Fluoroquinolones	45
Talidomide	110
Mynocycline	226
Clarithromycine	

visite à domicile des malades qui peuvent se déplacer, prise en charge des IDE libérales en coordination avec le dispensaire, surveillance des malades EOOST avec une à deux visites par an, prise en charge plus importante des complications et nombreuses hospitalisations en dermatologie, d'enrayer le développement des lésions dues à la lèpre. Le traitement anti-bactérien doit se doubler d'une action de **prévention des infections** basée sur l'**éducation sanitaire**, la physiothérapie et le port d'accessoires de protection appropriés dont les importants sont les **chaussures** adaptées. En Martinique, l'accent a été mis sur ce problème avec une augmentation de 200% des **soins podologiques** ainsi que la mise en place d'appareils au niveau du service de **réhabilitation fonctionnelle** de l'hôpital Carbet. La vaccination anti-tétanique est systématique devant toute plaie plantaire.

L'**éducation sanitaire** est un élément essentiel dans la lutte contre la lèpre. Il est important avant de développer des thèmes éducatifs, de connaître la perception de la maladie par chaque bénéficiaire et de déterminer le niveau de connaissances théoriques et les attitudes face à la maladie. Les pratiques sociales, culturelles et religieuses, qui peuvent avoir un impact sur le programme de santé en Martinique, l'idée du surnat

l'esprit malin, du zombi, a longtemps dominé les mentalités. Nombres de personnes atteintes se réfèrent encore "aux **quimboiseurs**", **sorciers** Martiniquais qui par l'intermédiaire de **magie** et de décoctions pensent pouvoir guérir ou transmettre la maladie de Hansen. L'**information** du malade et de son entourage est essentielle pour l'observance. Mais tant que le mot lèpre restera tabou, les personnes convoquées resteront réticentes et ne se présenteront pas au dispensaire.

La grande priorité de l'éducation sanitaire est donc d'effacer dans l'esprit de la société cette peur ancestrale, cette image d'horreur, de pourriture qu'a la lèpre .

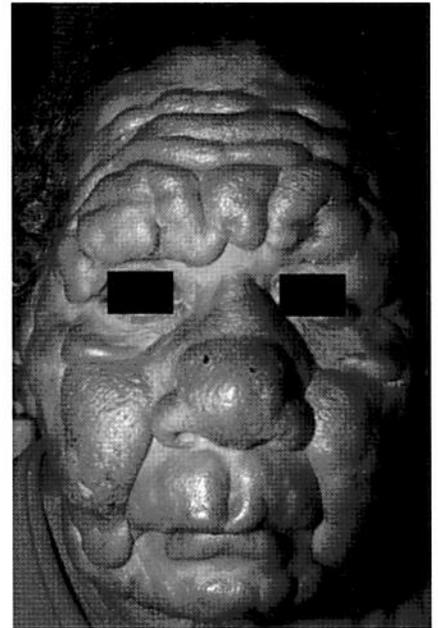
Chaque jour des centaines de malades subissent un examen général. Le manque de formation spécialisée sur la maladie de Hansen et l'absence de collaboration avec le centre de lutte antilépreux sont des obstacles importants en vue de l'éradication de cette maladie. Sans collaboration les enquêtes sociales ne peuvent être effectuées afin d'aller au devant des nouveaux cas et de prévenir la maladie chez les autres. D'autre part l'équipe du dispensaire devrait ne jamais omettre de faire une déclaration à la DDASS, seule façon d'obtenir des statistiques les plus proches de la réalité et d'en tirer les conséquences quant à la lutte antilépreuse en Martinique et dans le monde.

CONCLUSION

Les paramètres épidémiologiques issus de ce travail nous permettent de situer cette île parmi les pays d'**endémie résiduelle** avec un pourcentage non négligeable de formes contagieuses. En effet on observe au sein des nouveaux cas dépistés, une baisse de l'indice lépromateux, un taux inférieur à 0,2/10 000 habitants, une couverture PCT de 100% et surtout une prévalence inférieure à 1/10 000 en date de l'an

2000. Ceci nous permet de juger de l'efficacité de l'organisation du système sanitaire ainsi que des moyens de lutte employés pour réduire la prévalence d'une maladie transmissible à un niveau bas à partir duquel on considère que la maladie va s'éteindre d'elle même. **La lèpre n'est donc plus un problème de santé publique en Martinique mais une pathologie qui existe toujours** au sein de cette île. Le **dépistage** est donc une action fondamentale dans la prophylaxie de la lèpre puisque de son efficacité dépend la **précocité du diagnostic et du traitement**.

- (1) : 2 av. Alexis Breyse, 13009 Marseille.
- (2) : CHU Bellevue, service infectieux, Saint Etienne.
- (3) : CHU La Meynard, service de dermatologie, Fort de France.
- (4) : Dispensaire E.Montestruc route de la Folie, Fort de France.



Faciès léonin d'une forme lépromateuse.

**Etre malade,
c'est un malheur mais pas
un déshonneur**

Réaction Reverse



■ LA LÈPRE EN ESPAGNE

Les historiens, dans leur grande majorité, avancent que ce sont les **Phéniciens**, peuple de grands navigateurs et commerçants, animés d'un grand esprit voyageur, qui ont vraisemblablement contribué, les premiers, à la propagation de la lèpre dans la péninsule ibérique.

En effet, originaires géographiquement d'une région, aujourd'hui composée par la Syrie et le Liban, les Phéniciens ont connu une période d'expansion commerciale à la fin du second millénaire et au début du premier millénaire avant notre ère, qui les a conduits sur les côtes espagnoles et africaines. Ils ont créé Lixus (Larache), et Gades (Cadix), remonté le Guadalquivir, introduit peut-être la lèpre en Andalousie et donné naissance à la culture de Tartessos.

Rares sont les traces archéologiques laissées par les Carthaginois et les quelques empreintes supposées de cette civilisation ont été trouvées sur l'île d'Ibiza, colonie carthaginoise au VII^e siècle avant Jésus Christ.

La domination **romaine** a duré 600 ans et a constitué une véritable colonisation. Elle a commencé par l'implantation de garnisons et la présence de légions romaines en Espagne, en particulier dans les régions du Sud (Andalousie et Extrémadure) et de l'est (Catalogne, Valencia et Murcie). Ils ont créé de nombreuses villes et colonies et mis en œuvre des travaux publics. Dans l'ancien royaume de Valencia, on peut signaler Saguntum (Sagunto), Valentia, Dianium (Denia), Lucentum (Alicante) et Ilici (Elche).

Les Romains ont, certainement, joué un grand rôle épidémiologique dans l'apparition de cas de lèpre dans les provinces orientales propagés ensuite dans les nombreuses et importantes villes et colonies qu'ils ont fondées en Hispanie.

La conquête **musulmane** a été un événement décisif dans l'histoire de l'Espagne, en laissant ouvertes, pendant huit siècles, les portes du pays à l'immigration de populations sémites, arabes, syriennes, juives et barbaresques, constituant un immense empire spirituel, l'islam.

Les **croisades et surtout les pèlerinages** à Saint-Jacques-de-Compostelle ont contribué à l'extension de la maladie dans les zones des Asturies, de Galice et de Leon. Pour preuve, les nombreux lazarets ou "Maison du lépreux" et "hôpital pour lépreux" qui jalonnaient le chemin de Saint-Jacques. La première léproserie a été fondée à Barcelone par l'évêque Guillermo au IX^e siècle. Il s'agit de l'hôpital Sainte-Marguerite ou "Maison dels Masells". D'autres lazarets voient le jour à Soria au X^e siècle, en Galice, dans les Asturies et à Burgos. Le Cid a fondé en 1067, un hôpital à Palencia, et le roi Jaime I^{er} un autre à Valencia, en 1256. A la fin du Moyen Age, on en compte environ deux cents.

L'**Espagne arabe** a eu une médecine florissante avec des médecins célèbres comme Avicene, Razes, Avenzoar, Abdul Doshuin et Quarium Al Zahrawi.

Dans la partie **chrétienne**, l'administration des lazarets incombait à l'autorité religieuse. Mais les Rois Catholiques ont créé les "maires de la lèpre" à qui ils ont attribué les fonctions autrefois dans les mains des prêtres et juges ecclésiastiques. La reconquête de Séville par le roi Fernando el Santo en 1298 a permis à son fils et successeur Alphonse X el Sabio, devant les nombreux cas de malades, d'entreprendre la construction d'un **hôpital San Lazaro** à Séville qui a fonctionné jusqu'au XIX^e siècle. Il fut le plus important d'Espagne, durant cette période, et l'un des plus connus d'Europe.

Cet hôpital a exercé également une grande influence dans la création de nombreuses **léproseries dans le Nouveau Monde**. En effet, Séville était la capitale de la couronne de Castille et le port le plus important pour le continent américain.

Ainsi ont vu le jour au **XIII^e siècle**, les hôpitaux de **Saint-Domingue, Carthagène, La Havane, Lima et Mérida**, construits et organisés selon les caractéristiques identiques à l'hôpital de Séville.

Plus tard ont été construits d'autres hôpitaux, celui de San Lorenzo à **Malaga** (1491) et de **Grenade** (1496). Dans les îles Canaries, où la lèpre était inconnue parmi la population aborigène, le premier hôpital a été créé en 1527, sur la Grande Canarie car l'on soupçonnait le "conquistador" Juan de Bethancurt d'avoir la maladie.

Autre célébrité médicale d'importance, Arnaud de Vilanova, né à Valencia, personnage aux nombreuses facettes, à la fois médecin, alchimiste, théologien professeur à Montpellier qui a décrit les lésions nasales, laryngées et neurologiques.

La prise en compte du problème de la lèpre en Espagne est liée à l'**augmentation** considérable du **nombre de cas à la fin du XIX^e siècle** surtout à **Valencia** et en **Andalousie**. Ce qui a entraîné une ordonnance du gouvernement, chargée de réaliser une statistique qui a permis de dénombrer, en 1851, 185 cas et 521 en 1878.

Sans aucun doute l'intérêt pour cette maladie a été relancé avec la découverte du bacille par Hansen en 1873, les études du pathologiste Virchow et du microbiologiste Neisser, qui sont venus à Grenade étudier des cas de lèpre avec Benito Hernando. Enfin le professeur Tello a assisté à la première conférence internationale de la lèpre, à Berlin, en 1897.

Au **XX^e siècle**, l'Espagne connaît une augmentation du nombre de cas. De

José Terencio de las Aguas ()*



436 en 1904, on en compte 873 en 1914 et, en particulier pour les premières années du siècle, dans la région de Valencia (137 cas à Alicante, 84 à Castellon, 155 à Valencia et des cas en Andalousie). L'essor de la maladie dans cette zone a entraîné la fondation du **Sanatorium de Fontilles** par le jésuite Carlos Ferris, pour accueillir de très nombreux malades qui étaient abandonnés surtout dans la région d'Alicante. Il a été inauguré en **1909**. Pendant les 46 ans où nous avons travaillé à Fontilles, avec une moyenne annuelle de 325 malades, nous avons vécu l'évolution de la lèpre, observé son déclin, jusqu'à pratiquement son éradication en effectuant une triple tâche d'assistance, de recherche et d'éducation comme le prouvent les "80 cours de léprologie", la participation à des congrès et conférences, et la publication d'une revue de léprologie contenant plus de 800 articles. Actuellement, on compte environ cinquante malades guéris, d'un âge avancé ce qui a entraîné la transformation du Sanatorium en centre pour personnes âgées non "hanséniennes". L'incidence augmente, surtout entre 1950 et 1975, années au cours desquelles l'on diagnostique 300 nouveaux cas par an, avec un maximum en 1958. En 1982 on totalise 5109

Nouveaux cas : 1993-1997

	97	96	95	94	93
Andalucia	2	7	1	8	13
Baléares	3	-	-	-	1
Canarias	4	2	-	2	-
Cataluna	1	1	-	3	6
C.Valenciana	1	1	2	2	5
Galicia	1	-	1	-	-
Madrid	-	1	-	-	1
Murcia	-	-	-	-	1
Melilla	-	-	-	-	1
Total	12	12	4	15	28

malades parmi lesquels 1741 étaient inactifs avec un indice de prévalence de 0.13 pour 1000. A partir de 1965, on observe une diminution progressive de nouveaux cas. Les chiffres enregistrés de 1993 à 1997 sont résumés dans le tableau ci-contre

Au cours des **dernières années**, le nombre de **nouveaux cas annuels a été inférieur 10, dont deux pour 1999**. Nous pouvons voir sur la carte l'état actuel de l'endémie et affirmer que nous sommes parvenus pratiquement à son élimination, même si quelques cas peuvent survenir dans les prochaines années.

(*) traduction Andréa Sola

Prévalence et traitement de la lèpre en Espagne 1999.



UNIVERSITAT DE VALÈNCIA
CINC SÈGLES

Departament de Medicina
Direcció General de Salut Pública. Conselleria de Sanitat

Certificado Internacional de Leprología

2000/1

Codi Curs: 193D00

FUNDACIÓ UNIVERSITAT EMPRESA

■ QUELQUES RÉFLEXIONS

Michel Lechat (*)

1) Existe-t-il des sources d'infection autres que les malades multi-bacillaires ?

Si de nouveaux cas continuent à apparaître, faudra-t-il en venir à supposer que les patients cliniques non traités ne constituent pas la seule source d'infection et que les personnes atteintes d'**affection sub-clinique** pourraient elles aussi contribuer à la transmission ?

Ou bien, se laissant emporter par l'imagination, peut-on envisager l'intervention d'un **réservoir extra-humain** : animal, végétal, aquatique ou "dans le sol" insoupçonné jusqu'à présent, sur le modèle d'autres bactéries ?

Une telle hypothèse, s'il s'avérait nécessaire de la mettre à l'épreuve, ouvrirait un champ de recherches inattendu et fascinant pour les microbiologistes.

2) La prévalence est-elle un bon indicateur de l'élimination de la lèpre ?

On peut se demander pourquoi la prévalence (soit le nombre total de malades) a été choisi comme indicateur et comme cible du programme d'élimination. En effet, faute jusqu'à ce jour d'avoir pu déceler l'infection sub-clinique, l'objectif final de la lutte contre la lèpre étant l'interruption de sa transmission, c'est l'**incidence**, à savoir le taux d'apparition de nouveaux cas cliniques, qui devrait être l'indicateur de choix du contrôle de cette transmission.

La raison de ce choix, à première vue inhabituel, est simple. En effet, suite à la longue période séparant l'infection par le bacille de la lèpre de l'apparition de la maladie clinique, les taux d'incidence ne sont disponibles qu'avec un retard de plusieurs années. Par contre, la mesure de la prévalence est immédiate.

Mais en dépit de la chute spectaculaire de la prévalence, le **nombre de nou-**

veaux cas recensés chaque année, nouveaux et anciens cas confondus, ne présente **pas de déclin marqué**. Environ 750 000 malades ont été détectés en 1999. Ce chiffre comprend à la fois des nouveaux cas (incidence) et des cas anciens ayant jusqu'ici échappé au dépistage (prévalence résiduelle). Une telle situation révèle l'existence d'un **réservoir de cas occultes ou cachés**.

On peut se demander, dès lors, dans quelle mesure la **prévalence** en tant qu'indicateur de l'élimination ne devrait pas être **complétée ou remplacée par le taux de détection** reflétant plus étroitement les besoins opérationnels actuels. Alors qu'elle atteint dans bien des pays des taux proches ou mêmes inférieurs à l'objectif fixé pour l'"élimination", elle a perdu de sa signification car ses variations sont désormais sans rapport avec la dimension du **réservoir** infectieux, celui-ci s'exprimant alors mieux en **nombre absolu** de malades plutôt qu'en taux.

Au fur et à mesure que le dépistage, avec ses variantes, campagnes appuyées ou projets spéciaux, ratisse

les anciens cas, la prévalence en vient à ne plus représenter que des cas d'apparition relativement récente. Elle rapproche de l'incidence annuelle (lui est inférieure) lorsque le traitement est d'une durée inférieure à 1 an. C'**est donc désormais l'incidence** (estimée à partir du taux de détection) qui **s'agit de surveiller**.

3) A propos du déclin annoncé de la lèpre.

Le moment est arrivé de vérifier le postulat central de la stratégie d'élimination qui veut, qu'une fois la lèpre devenue maladie rare, la transmission se ralentit, tant et si bien qu'elle finit par disparaître, comme cela fut observé dans une série de pays, bien avant l'avènement des traitements modernes. Peut-on cependant assimiler un déclin en quelque sorte naturel, du à des facteurs que nous ignorons, et qui s'est étalé sur des décennies, sinon sur des siècles, avec un déclin provoqué de façon brutale lié à la PCT ?

Effets pervers

L'utilisation de la prévalence comporte également un autre désavantage. C'est fort bien de fixer des cibles, des délais et un taux de prévalence minimum à atteindre avant l'échéance d'une "date butoir", mais cette pratique peut devenir un véritable **piège** !

En effet, une prévalence de **0.99 pour 10 000** dans une population de **1 million** sanctionnera le **succès** (puisque l'élimination de la lèpre comme problème de santé publique est ainsi atteinte), **alors qu'il reste 99 malades** à traiter. Par contre, un pays voisin, ne comptant que **100 000 habitants**, aura **échoué** s'il y reste encore **11 malades** soit 1 au dessus du seuil fatidique de 1/10 000 !

La compétitivité aidant, on aura tendance à concentrer les efforts sur ce dernier pays et à négliger le premier.

Tout est affaire de dénominateur. Les cibles quantifiées, objet de prédilection des gestionnaires modernes, ont des effets pervers dont il est bon d'être prévenu !

M.

Comment expliquer le déclin de la lèpre en Europe à la fin du Moyen-Age ?

On a invoqué de multiples raisons :

- la peste qui aurait frappé sélectivement les individus génétiquement prédisposés.
- l'amélioration des conditions socio-économiques et de l'hygiène.
- la ségrégation des malades.

Aucune de ces explications n'est documentée.

Une autre hypothèse invoque la diffusion de la **tuberculose** : il existe des relations immunitaires étroites entre les 2 affections. Par ailleurs, il a été démontré que le BCG conférerait une protection significative contre la lèpre.

M. L.

4) A propos du slogan de l'OMS ("élimination comme problème de santé publique en l'an 2000").

L'OMS n'a pas annoncé la "disparition" de la lèpre. Elle a déterminé un objectif chiffré, comme **but vers lequel tendre**. Cela fait partie du langage de notre époque. Il faut s'en

accommoder. C'est rassurant pour certains, c'est utile, cela mobilise les énergies et les ressources !

C'est aussi sujet à bien des malentendus et les pièges ne manquent pas. Considérons cet objectif comme un **jalon** à atteindre et à dépasser. Quant au reste, l'échéance de l'"an 2000", cela fait partie de la mythologie du

millénaire. Au delà des statistiques, il y a les individus ! On continuera au-delà et on s'y prépare

() texte résumé et adapté d'une communication faite à la séance du 24 avril 1999 de l'Académie Royale de Médecine de Belgique.*

A lire



- Nouvelle Revue de l'ILEP : **Connect** n° 1 Automne 2 000, avec :
- en première page, l'article "Prévalence ou incidence" de E. Declercq, Président de la Commission médico-sociale de l'ILEP
- et beaucoup d'autres informations : nouvelles du terrain, nouvelles des membres, nouvelles techniques, etc.



Raoul Follereau

- Revue "Lèpres" Raoul Follereau n° 320, décembre 2 000

A noter particulièrement :

- éditorial de M. Michel Récipon, président de l'AFRF
- articles sur R. Follereau Enfants et le Liban
- campagnes d'élimination lèpre au Congo-Brazza
- un essai clinique de traitement de l'ulcère de Buruli
- la légende du Christ lépreux



■ LA LÈPRE EN GUYANE FRANÇAISE

Leila Berramdani (*)



La Guyane est un département français d'Outre-Mer, situé sur la façade Nord-Est du continent Sud Américain, entre le Surinam et le Brésil. Sa superficie est d'environ **90.000 km²**, soit le 6^{ème} du territoire métropolitain. Ses frontières naturelles sont les fleuves Maroni à l'ouest et Oyapock à l'Est. Au delà du littoral, commence la très grande forêt amazonienne (94% du territoire), dont les seules voies de pénétration sont les fleuves et les cours d'eau qui forment un réseau hydrographique très dense.

Le recensement de 1999 donne une population de **157.300** habitants, soit une augmentation de 37% en 9 ans. 90% d'entre elle est installée sur le littoral. Le peuple Guyanais est constitué d'une **mosaïque de communautés** très respectueuses de leurs traditions. Les Créoles forment le groupe ethnique le plus important. Les Bushinengués, également appelés Noirs-Marrons sont les descendants des esclaves d'origine africaine, ayant fui l'ex Guyane hollandaise pour se réfugier sur les rives du Maroni au 18 et 19 siècles. Les Amérindiens représentent le groupe humain le plus ancien, leur nombre était de 30.000 en 1500, ils ne sont plus que 5000 actuellement. Ces deux dernières commu-

nautés ont reconstitué leurs structures tribales et ont un mode de vie lié au fleuve et à la forêt. Par ailleurs, une large part de la population est **immigrée** des pays voisins, tel que le Brésil, Haïti, le Surinam, le Guyana (ex Guyane anglaise), Ste Lucie, la République Dominicaine ou de contrées plus lointaines comme la Chine, le Laos et le Liban. La **population clandestine** est importante et fluctuante, du fait de la perméabilité des frontières et des bouleversements politico-socio-économiques dans les pays limitrophes.

Rappel historique

Il est admis que la lèpre n'existait pas à l'époque précolombienne; la maladie aurait été introduite en Amérique du Sud au 16^{ème} siècle par les colons européens et les esclaves africains. C'est en **1750** qu'est mentionné le 1^{er} cas de lèpre en Guyane. 36 cas étaient isolés en 1774, lors de l'ouverture de la 1^{ère} **léproserie** sur une île au large de Cayenne et en 1838, on dénombrait 120 malades dans la léproserie de l'Acarouany, située dans l'ouest guyanais. Le 1^{er} cas décrit en milieu pénitentier date de 1883, les bagnards malades étaient isolés sur l'île du Diable, au large de Kourou. La léproserie de l'Acarouany a définitivement fermé ses portes en 1979 et est actuellement dans un état de délabrement avancé. Une patiente y vit encore, refusant de quitter la maison où elle a été isolée durant de nombreuses années.

Organisation de la Lutte Antihansénienne

Le Conseil Général et plus particulièrement la Direction de la Solidarité et de la Prévention (DSP) est l'institution chargée de la lutte contre les **fléaux sociaux** dans le département ; son ter-

rain d'action comprend la lèpre, le MST, la tuberculose, les cancers, les maladies vectorielles, telles que le paludisme et la dengue, la vaccination et la protection maternelle et infantile. L'actuel Centre³ de Prévention et de Soins de la Maladie de Hansen, situé dans le quartier populaire de Cayenne a ouvert ses portes en 1987. L'équipe est constituée de 7 personnes (1 médecin, 2 infirmiers, 2 aides-soignants, secrétaire et 1 aide-ménagère). Les consultations y sont gratuites.

Notre activité comprend la prise en charge et le suivi des patients, ainsi qu'un travail de **prévention**, d'information et de dépistage de la maladie au dispensaire et dans l'ensemble du département. Nous organisons ainsi des **tournées** mensuelles sur le littoral (Kourou et St-Laurent-du-Maroni) et des tournées annuelles, en pirogue, sur les 2 grands fleuves frontaliers (Maroni et Oyapock), où vivent les communautés Bushinengués et amérindiennes. Un dépistage systématique de la maladie était effectué chaque année auprès de tous les élèves des écoles primaires du département, mais nous avons récemment préféré nous focaliser sur l'information (diaportoma), dans les établissements scolaires et d'inciter les enfants à consulter en cas de taches suspectes.

La Journée Mondiale d'Information et de Lutte contre la Lèpre est aussi l'occasion de démystifier la maladie, qui a gardé un caractère tabou et terrifiant en Guyane. Des dépliants d'information en 3 langues (français, brésilien et sranan tongo, parlé par les Noirs-Marrons) sont actuellement en cours d'élaboration.

La prise en charge des nouveaux

Les patients nous sont le plus souvent adressés par le Service de Dermatologie du Centre Hospitalier de Cayenne ou par les médecins des Centres de Santé (Dispensaires).

La PCT a été initiée en 1982 et depuis Janvier 1992, nous suivons le protocole suivant, pour un adulte :

- Rifampicine (Rimactan*) : 1200 mg en une prise unique, mensuelle, supervisée.
- Clofazimine (Lamprène*) : 100 mg par jour.
- Dapsone (Disulone*) : 100 mg par jour.

Les patients paucibacillaires (PB) sont traités pendant 6 mois, alors que les multibacillaires (MB) le sont pendant 2 ans, voire jusqu'à négativation des prélèvements bactériologiques.

A noter que la classification utilisée pour PB/MB a récemment été modifiée :

Jusqu'en 1997, les patients ayant un IB inférieur à 2 étaient considérés comme PB, alors que ceux ayant un IB supérieur ou égal à 2 étaient classés dans les MB.

Les PB ont ainsi été "surestimés" en Guyane par rapport au chiffre que l'on aurait obtenu avec la classification OMS (PB signifiant IB=0).

Nous collaborons d'autre part étroitement avec le Service de Dermatologie du Centre Hospitalier de Cayenne, dirigé par le Dr Pradinaud, lequel a longtemps mené la lutte contre la lèpre en Guyane. En cas d'épisode réactionnel, les patients sont accueillis dans son service pour la mise en route du traitement adéquat (corticothérapie, Thalidomide ou neurolyse chirurgicale).

Données statistiques

- Le nombre annuel de cas détectés décroît progressivement, avec cepen-

dant deux pics, l'un en 1988 et l'autre en 1992. Depuis environ 5 ans, il s'est stabilisé autour de 10 nouveaux cas par an. La courbe est irrégulière, mais les variations sont peu significatives, les chiffres étant petits.

- Le **taux de détection** est passé d'un taux de 3,29 à 0,57/10.000 en l'espace de 15 ans et reste compris **entre 0,5 et 0,6/10.000 depuis 4 ans.**

- **La répartition PB/MB** : Les PB ont été "surestimés" jusqu'en 1998, du fait de la classification antérieure, où 1 IB=1 était considéré comme PB. Pendant longtemps, le % de PB a été compris entre 60 et 80, mais, en l'an 2000, il est de 45. A noter que les patients brésiliens sont le plus souvent MB.

- **Le nombre de malades sous traitement** est passé de 53 en 1984 à 21 en 2000, avec un petit pic à 64 en 1991.

- **La prévalence** est passée d'un taux de 3,29 à **1,52/10.000** entre 1984 et l'an 2000, avec un pic à 5,63/10.000 en 1988. Elle reste stable depuis ces 5 dernières années.

- **La répartition selon l'appartenance ethnique** montre une nette prédominance de la maladie de Hansen chez les Noirs-Marrons, avec des chiffres compris entre 60 et 67% durant ces 3 dernières années. Les Brésiliens sont particulièrement concernés aussi, ils représentent 25 à 35% des nouveaux cas entre 1992 et 1995; depuis, la majeure partie d'entre eux sont repartis au Brésil et ont été perdus de vue. A noter qu'aucun cas de lèpre n'a été diagnostiqué dans la communauté amérindienne de Guyane, qui semble posséder une résistance naturelle au bacille de Hansen. Cependant, des cas ont été récemment

décrits chez des amérindiens du Surinam et du Nord du Brésil, nous incitant à rester vigilants dans notre département, d'autant plus que les métissages y sont de plus en plus fréquents.

Conclusion :

L'endémie lépreuse en Guyane est en **diminution constante** depuis 40 ans environ, ainsi que le nombre de nouveaux cas dépisté chaque année, avec cependant une stabilisation autour de 10 depuis 5 ans. Les chiffres nous montrent bien que la maladie de Hansen reste un problème de Santé Publique dans le département.

L'évolution sur les 20 dernières années semble montrer que, si le foyer créole Guyanais du littoral est en train de s'éteindre, il émerge des foyers en **augmentation dans les communautés Noirs-Marrons**, à la fois à Kourou et à dans l'Ouest Guyanais, à St-Laurent-du-Maroni et Apatou.

Ces populations sont très **mobiles** entre le Surinam et la Guyane, rendant difficile la prise en charge des patients, de même que l'enquête familiale. Le problème de fond est similaire du côté de la frontière Brésilienne, avec un nombre important de malades perdus de vue durant ces dernières années.

Une **collaboration étroite avec les pays frontaliers nous paraît indispensable**, tant sur le plan épidémiologique que technique, afin d'optimiser la lutte antihansénienne. **L'originalité fluviale de nos frontières** devrait nous conduire à adopter des actions singulières dans le cadre de ce **partenariat**.

(*) Médecin Chef du
Centre de Prévention et de
Soins de la Maladie de
Hansen en Guyane
Française

	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
popul.x10.000	8,2	8,7	9,3	9,8	10,3	10,9	11,5	12,4	13,1	13,7	14,2	14,6	15,2	16,3	16,3	15,7	15,7
nouveaux cas	27	26	15	11	23	15	13	10	22	18	14	14	1	10	10	8	9
multibacillaires	3	5	3	3	7	4	5	3	5	4	3	3	0	6	2	0	5
paucibacillaires	24	21	12	8	16	11	8	7	17	14	11	11	1	4	8	8	4
incidence/10.000	3,29	2,99	1,61	1,12	2,23	1,38	1,13	0,81	1,68	1,31	0,99	0,96	0,07	0,61	0,61	0,51	0,57
malades traités	27	53	34	51	58	57	56	64	59	35	29	28	22	25	21	24	24
prévalence/10.000	3,29	6,09	3,66	5,20	5,63	5,23	4,87	5,16	4,50	2,55	2,04	1,92	1,45	1,53	1,29	1,52	1,52

Données démographiques sur
la lèpre en Guyane de 1984 à
2000.

■ LA RECHERCHE EN LÉPROLOGIE

Pierre Bobin

La lèpre est une maladie pour laquelle beaucoup de questions demeurent encore sans réponse, en particulier dans les domaines suivants :

- modalités de **contamination** ;
- **réponse immunitaire** de l'hôte vis-à-vis de *M. leprae* ;
- **pathogénie** de la maladie, de la neuropathie, des réactions ;
- **immuno-prophylaxie** ;
- **thérapeutique**.

Il est indispensable d'améliorer nos connaissances sur ces différents points, si l'on veut envisager une prévention,

améliorer la précocité du diagnostic, traiter efficacement et rapidement la maladie, les réactions...

Donc, pour progresser dans les programmes d'"élimination" de la lèpre, dans le monde, **la solution ne peut venir que de la recherche**.

Mais cette activité a beaucoup décliné ces dernières années, tant en intensité que par le nombre des chercheurs impliqués. Il faut donc se réjouir des initiatives qui ont été récemment prises, comme par exemple :

- la proposition de l'OMS de créer un **comité consultatif sur la recherche léprologique**, pour définir les priorités, examiner les projets et suivre leur mise en œuvre.

- le **colloque** organisé à la Fondation Raoul Follereau, les 26, 27, 28 juin dernier, par les Pr **B. JI** et **J. Grosset** avec la participation d'une trentaine de chercheurs du monde entier pour faire le point, en l'an 2000, sur les activités de recherche sur la lèpre, quelle soit **fondamentale, appliquée ou opérationnelle** (lire ci-dessous les recommandations faites à l'issue de cette importante réunion)

Recommandations

pour l'orientation à donner à la recherche sur la lèpre
adoptées à l'issue du Colloque sur la recherche organisé au siège de la Fondation Raoul Follereau (26-27 juin 2000)

- 1) Un traitement préventif efficace peut être utile chez les sujets à haut risque de lèpre et la **vaccination** (immuno-prophylaxie) peut être un moyen d'éliminer la lèpre dans les foyers résiduels de forte endémicité. Le rapport coût / bénéfice des mesures préventives doit être mesuré.
- 2) De nouveaux régimes thérapeutiques basés sur l'emploi de **nouveaux antibiotiques** à activité bactéricide plus puissante doivent être mis au point, de manière à simplifier et raccourcir sans risque l'actuelle PCT. *
- 3) Il faut poursuivre la validation et la mise en œuvre des **méthodes rapides de détection de la résistance aux antibiotiques, notamment à la rifampicine**.
- 4) Des efforts concertés doivent être faits pour apprécier le **taux de rechute** après PCT.
- 5) Il serait nécessaire de disposer d'outils permettant la **détection** dans la population de la **simple infection** par *M. leprae* et le diagnostic de la lèpre, notamment multi-bacillaire à un stade **précoce**.
- 6) Il est essentiel de mieux comprendre les **mécanismes des neuropathies** et des **réactions** de manière à pouvoir suspecter et prévenir les complications.
- 7) Une **détection précoce** et un meilleur **traitement des réactions nerveuses** et de l'atteinte de la fonction nerveuse sont nécessaires pour compenser les limites du traitement par les corticoïdes et par la thalidomide.
- 8) Il est nécessaire d'améliorer nos connaissances sur la **réponse immunitaire** à *M. leprae* et d'identifier les facteurs liés à l'immunité protectrice.
- 9) Il faut profiter de l'occasion offerte par le **séquençage du génome** de *M. leprae*, qui vient juste d'être terminé, pour identifier de nouvelles cibles antibiotiques, les molécules immunologiquement importantes et les séquences de bases utiles pour le typage génomique des souches de *M. leprae*.
- 10) Les progrès rapides qui viennent juste d'être annoncés dans le séquençage du génome humain doivent être utilisés pour étudier, à l'échelon moléculaire, les **réactions hôte-parasite et la pathogénie de la lèpre**.
- 11) Il faut absolument continuer à fournir régulièrement les **réactifs** spécifiques et les **matériels** nécessaires à la recherche sur la lèpre.

Il est crucial que les hommes de **laboratoire** et ceux qui travaillent sur le **terrain** pour la lutte contre la lèpre **coordonnent** leurs efforts pour que la recherche soit centrée sur le développement d'**outils utiles** sur le terrain et que la recherche opérationnelle puisse promouvoir la mise en œuvre de ces outils. La coordination pourrait reposer sur des **réunions régulières** regroupant les hommes de laboratoire et les représentants des programmes de lutte contre la lèpre sur le terrain.



Association Rifapentine-Moxifloxacine-Minocycline (PMM) pour le traitement de la lèpre

B. Ji et J. Grosset

Extrait du résumé d'une communication faite
au Congrès de léprologie d'Agra (Inde) 10-12 novembre 2000



Les objectifs de l'expérimentation sont de mesurer l'activité bactéricide contre *M. leprae* de différents antibiotiques et d'association de ceux-ci, chez la souris, et de comparer avec les activités d'antibiotiques bien connus. L'activité bactéricide a été déterminée par la technique de bactéricidie proportionnelle, par la technique du coussinet plantaire de la souris.

Administrée en 5 doses quotidiennes de 100mg/kg, **HMR 3647** (un kétolide) et la **clarithromycine** ont tué respectivement 90.0 % et 74.9 % de *M. leprae* viables, mais la différence n'a pas été statistiquement significative entre les 2 macrolides. Avec une simple dose, la **moxifloxacine** (MXFX) à la dose de 150 mg/kg a tué 92.1 % de bacilles viables, plus bactéricide qu'**ofloxacine** (OFLO) au même dosage. L'association **MXFX-minocycline** (MINO) était plus bactéricide que OFLO-MINO (OM).

La **rifapentine** (RPT) à la dose de 10 mg/kg a tué 99.6 % des bacilles viables, plus bactéricide que **rifampicine** (RMP) au même dosage et même plus active que l'association ROM. L'association **RPT-MXFX-MINO** (PMM) a tué 99.9 % des bacilles viables et était légèrement plus bactéricide que RPT seul indiquant que l'association PMM montrait un effet additif contre *M. leprae*.

Ces résultats prometteurs justifient un **essai clinique** chez des patients multi-bacillaires dans lequel MM est comparé à OM, et PMM à ROM, en termes d'efficacité et de tolérance.

(Nous avons rendu compte dans le précédent numéro du *Bull ALLF* de cet essai qui sous la responsabilité de J. Grosset et B. Ji est en cours de réalisation par S.O. Sow à l'Institut Marchoux de Bamako).

Dans les différents domaines de la recherche concernant la lèpre, quels sont les progrès récemment accomplis et ceux que l'on attend pour générer de nouveaux outils nécessaires à l'amélioration des moyens prophylactiques, diagnostiques et thérapeutiques actuels ?

- 1) Pour mieux connaître *M. leprae* et répondre aux questions concernant la pathogénie de la maladie et les modalités de réponse immunologique de l'hôte :
 - le **séquencage du génome** de *M. leprae* qui vient d'être terminé a été une étape essentielle qui permettra d'identifier de nouvelles cibles antibiotiques, des molécules immunologiquement importantes, des séquences de base utiles pour le typage de souches de *M. leprae*. On le doit à Stewart Cole, de l'Institut Pasteur de Paris (voir interview dans le *Bull. ALLF* n° 6).
 - l'étude de la réponse immune à *M. leprae* permet d'identifier le rôle des **cytokines** (TNFa...) dans les réactions, le mécanisme immunopatholo-

gique des lésions nerveuses, l'interaction au niveau moléculaire de *M. leprae* avec le nerf.

- 2) Pour envisager une **prévention** de la lèpre et de ses complications, dans le cadre de l'immuno-prophylaxie, différents **vaccins** (BCG seul, BCG+ *M. leprae* tués...) sont en cours d'expérimentation ou d'évaluation ainsi que la **corticothérapie** systématique en début de PCT pour prévenir les neuropathies.

- 3) Pour améliorer le **diagnostic**, de nouveaux outils devraient permettre prochainement la détection de la "lèpre infection" dans une population, par des **tests cutanés** (AG de 2^{ème} génération) et le **diagnostic précoce** de la lèpre (notamment MB), des réactions et des neuropathies. En ce qui concerne la détection de résistance médicamenteuse, on dispose déjà de **tests rapides pour évaluer la résistance à la rifampicine** (énorme progrès par rapport à la technique d'inoculation à la souris).

- 4) Pour raccourcir la durée de la PCT et donc en améliorer la faisabili-

té, sont en cours d'évaluation : de **nouveaux antibiotiques** à activité bactéricide plus puissante (rifapentine, moxifloxacine...), de nouveaux protocoles (ROM...) et de nouvelles stratégies opérationnelles pour le traitement de la maladie elle-même et des réactions.

- 5) Pour juger de l'**efficacité thérapeutique**, des programmes permettant d'évaluer les taux de rechute après PCT sont en cours d'évaluation.

En conclusion, on peut noter des progrès dans la recherche, (qu'elle soit **fondamentale, appliquée ou opérationnelle**) concernant la lèpre. Mais il reste encore beaucoup à faire pour mettre à la disposition des personnels "de terrain" les **outils** nécessaires à l'élimination de cette endémie. Enfin, cette recherche doit se faire dans le cadre d'une **collaboration** et une inter activité entre chercheurs, bactériologistes, instituts de recherche appliquée, personnels de terrain, l'OMS, l'ILEP...

■ DIAGNOSTIC BACTÉRIOLOGIQUE DE LA LÈPRE

G. Discamps

Le dépistage de la lèpre repose, essentiellement, sur l'examen clinique des malades et des suspects.

Comme dans toute maladie infectieuse, la confirmation du diagnostic est apportée par la mise en évidence, au niveau des lésions, de l'agent pathogène, *Mycobacterium leprae*, qui est un **bacille acido-alcoolo-résistant (BAAR)**.

Mais il importe de savoir que, suivant la forme de la maladie, la recherche bacillaire dans les lésions donne des résultats extrêmement variables : très abondants dans les formes lépromateuses, les bacilles sont absents dans les formes tuberculoïdes de la maladie.

Un examen négatif ne permet pas d'éliminer le diagnostic de lèpre.

Il n'existe pas de diagnostic pratique sérologique de l'affection, malgré la mise au point récente d'antigène spécifique glycolipidique.

La recherche de *M. leprae* a une importance primordiale. En effet :

- la mise en évidence de bacilles **confirme** la maladie et, suivant la plus ou moins grande richesse bacillaire, permet de **classer** le malade dans l'une ou l'autre grande forme clinique, **pauci-bacillaire (PB) ou multi-bacillaire (MB)**, ce qui a une incidence sur le pronostic et la thérapeutique.
- cet examen permet d'évaluer le suivi thérapeutique et de **différencier une rechute d'une réaction reverse**.

Mais cet examen bactériologique n'a de valeur que s'il est réalisé par un personnel qualifié, entraîné, utilisant une méthodologie précise, standardisée.

Les bacilles sont recherchés :

- essentiellement au niveau des lésions cutanées et des lobes des oreilles
- éventuellement au niveau de la muqueuse nasale ou des mucosités rhino-pharyngées.

Technique des prélèvements

1°) Au niveau de la peau

- Où prélever ?

- S'il existe des **lésions** cutanées, deux prélèvements seront réalisés au niveau des lésions et un prélèvement supplémentaire au niveau d'un **lobe d'oreille**.

- S'il n'y a qu'une lésion cutanée, prélever au niveau de la lésion et au niveau de chacun des lobes d'oreille. Trois prélèvements par malade sont nécessaires et suffisants.

- Comment prélever ?

Après désinfection du site, on pince la peau entre le pouce et l'index de manière que, au niveau du pli, la peau soit exsangue. On pratique alors une incision au bistouri, dans le sens du pli; cette incision minime et légère doit avoir 5 mm de long et 2 mm de profondeur.

Si un peu de sang apparaît, on l'essuie avec une gaze stérile.

On gratte alors au bistouri les lèvres de l'excision, de façon à ramener un peu de pulpe dermique blanchâtre.

Cette pulpe est étalée sur une lame porte-objet neuve et dégraissée sur laquelle, au préalable, le nom du malade a été inscrit, à une extrémité, avec un crayon diamant.

L'étalement s'effectue en réalisant une pastille circulaire, mince et régulière de 6 à 8 mm de diamètre.

Les trois prélèvements successifs sont pratiqués sur la même lame et ils sont repérés par marquage au crayon diamant.

2°) Prélèvement de mucus nasal

Après nettoyage des narines avec un écouvillon stérile, on réalise, avec un deuxième écouvillon, un prélèvement, en frottant le septum et le cornet inférieur, en évitant de provoquer un saignement.

Les auteurs anglo-saxons préfèrent recueillir le mucus nasal en faisant moucher, dans une boîte de Pétri, le malade qui comprime alternativement l'une puis l'autre narine.

Le mucus prélevé de l'une ou l'autre manière est étalé sur une lame porte-objet neuve, gravée au nom du patient.

Fixation des frottis

Les frottis secs sont fixés aux vapeurs de **formol** : les lames porte-objets sont placées sur un support, dans une boîte de Pétri, frottis tournés vers le haut. On verse quelques ml de formol du commerce (formol à 40 %) dans la boîte de Pétri qui est refermée. Cinq minutes suffisent pour assurer la fixation.

Coloration des frottis

- Les lames, placées sur un porte-lames, sont recouvertes de **Fuchsine Phéniquée filtrée (Fuchsine de Ziehl)**. Après 30 minutes (en surveillant que les frottis ne se découvrent pas), rincer soigneusement chaque lame, avec l'eau d'une pissette, en évitant de rincer directement le frottis.

- Remettre les lames sur le portoir et les recouvrir d'**acide-alcool**, pendant trois minutes. Les frottis doivent être pratiquement **décolorés**, sinon, il faut remettre du mélange acide-alcool jusqu'à ce qu'il n'entraîne plus de colorant rouge.

- Rincer comme précédemment.

- Recouvrir de **Bleu de Méthylène** pendant 30 secondes.

- Rincer et laisser sécher à l'air libre.

Examen microscopique

La lecture des frottis s'effectue à l'objectif à l'immersion 100 ; les bacilles apparaissent **colorés en rouge vif par la fuchsine sur fond bleu**.

Ils peuvent être régulièrement et intensément colorés ou, au contraire, d'aspect poussiéreux.

Leur aspect permet de définir l'**index morphologique (IM)** en déterminant le pourcentage de bacilles colorés de

façon homogène et d'apprécier leur degré de viabilité : un bacille uniformément coloré étant considéré, à priori, comme un bacille viable.

La numération des bactéries définit l'**Index Bacillaire ou Bactériologique (IB)** : cet index est exprimé en croix dont le nombre est fonction de celui des bacilles comptés par champ à l'objectif 100, à l'immersion.

Cet index s'exprime de la façon suivante :

- 6+ : BAAR innombrables, plus de 1000 par champ
- 5+ : 100 à 1000 BAAR/champ
- 4+ : 10 à 100 BAAR/champ
- 3+ : 1 à 10 BAAR/champ
- 2+ : 1 à 10 BAAR pour 10 champs
- 1+ : 1 à 10 BAAR pour 100 champs
- 0+ : pas de BAAR après examen de 100 champs.

L'examen de frottis pauvres impose la lecture de 100 champs à l'objectif à immersion, ce qui est un exercice un peu fastidieux auquel il faut cependant s'astreindre.

Si les bacilles sont nombreux, la lecture de 10 à 20 champs est suffisante pour une évaluation satisfaisante.

Conclusion

L'examen bactériologique est une étape importante pour le diagnostic et le traitement de la lèpre.

La **coloration de Ziehl-Neelsen**, et ses variantes, permet de rechercher **toutes les mycobactéries** et, outre *M. leprae* : le bacille tuberculeux (*M. tuberculosis*) et l'agent responsable de l'ulcère de Buruli, *M. ulcerans*.

La **préparation et la conservation** des colorants sont essentiels pour la réussite de cette coloration. De plus il est très

utile de disposer de témoins positifs afin de tester la qualité des colorants et de la technique.

NB : - Les prélèvements seront, bien entendu, réalisés en appliquant les recommandations habituelles d'asepsie, de stérilisation.

- Utilisation de matériel jetable, lorsque c'est possible, sinon stérilisation du matériel à l'autoclave.

- Une stérilisation par ébullition prolongée (20 minutes) est efficace.

- Le personnel doit porter des gants protecteurs.

- Tous les produits contaminés par le sang ou d'autres liquides organiques doivent être stérilisés et éliminés.

- Enfin, en cas d'examen négatif chez un patient suspect (cas précoce ou lèpre indéterminée) une biopsie cutanée prélevée en bordure d'une lésion, en vue d'un examen anatomo-pathologique, peut permettre de régler le litige.

■ UN ZIEHL QUI PERD SA COULEUR

A. Van Deun, travaillant il y a 2 ans au Bangladesh, a remarqué que souvent les **lames colorées au Ziehl** pour le diagnostic de **tuberculose** et envoyées dans la capitale Daka pour contrôle de qualité **s'étaient décolorées** (quant à la couleur rouge) au point de devenir négatives. Une nouvelle coloration faisait réapparaître les BK.

Van Deun attribuait ce phénomène de décoloration au **climat très chaud et très humide** qui sévit le plus souvent dans ce pays. Il a même fait une étude sur le sujet et publié un article : *Reproducibility of sputum smear examination for acid-fast bacilli, practical problems met during cross-checking* (Int J Tuberc Lung Dis 1999 ;3 :823-9). Ses essais ont fourni les informations suivantes :

- Les frottis sous huile d'immersion, gardés en un endroit relativement sec et obscur, commençaient à perdre de leur positivité après 5 mois.

- Les frottis exposés à la lumière solaire directe devenaient négatifs en 4 à 6 jours.

- Les frottis gardés à la lumière du jour diffuse commençaient à se décolorer après 2 mois.

- La décoloration se fait en 2 à 5 semaines lorsque les frottis sont gardés à 35-40°C et une humidité relative de 78-80%. A une température de 30°C et une humidité relative d'au moins 78%, la décoloration se faisait en 8 à 20 semaines.

Quelque soit la marque de fuschine, on obtenait les mêmes résultats.

Des contrôles gardés sur silicagel décoloraient beaucoup plus lentement.

Nous-mêmes venons de constater, depuis quelques mois, que **le problème existe également en Afrique pour la lèpre**. Dans le passé, nous n'avions pas remarqué le phénomène, sans doute parce que les contrôles de qualité se faisaient dans les pays mêmes. Depuis que les faits de guerre rendent certaines communications impossibles, nous recevons des lames de certains pays africains et remarquons également que nous devons recolorer les

lames à Anvers, pour confirmer les résultats originaux.

Je n'ai pas connaissance d'autres mentions à ce sujet et **je me demande si d'autres personnes sur le terrain ont observé ce phénomène ?** Sans doute, ne tarde-t-on pas dans la plupart des centres pendant plusieurs semaines avant de faire le contrôle de qualité, ne laissant pas, ainsi, le temps à la décoloration de se développer. Bien sûr, il est enseigné partout qu'il ne faut pas exposer les lames colorées directement au soleil. Nous mentionnons ici le phénomène dans les conditions usuelles du travail.

Des commentaires à ce sujet seraient les bienvenus ()**

(*) *Institut de Médecine Tropicale d'ANVERS*

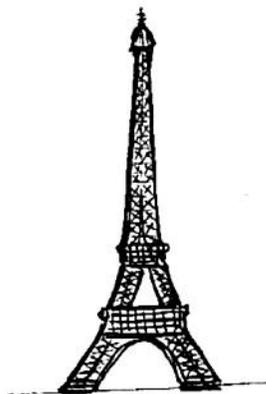
(**) *Ecrire à l'ALLF qui transmettra*

■ LÈPRE MULTIBACILLAIRE CHEZ UNE PARISIENNE

COURTE EXPOSITION AU RISQUE ET LONGUE INCUBATION

Patrice Bourée et Aurélie Lançon (*)

La lèpre nécessite classiquement une longue période d'exposition au risque en zone d'endémie, expliquant que les patients atteints soient des autochtones ou des expatriés ayant résidé plusieurs années en zone tropicale. Cependant l'observation suivante infirme cette notion.



Observation

Une femme de 60 ans, habitant la région parisienne, a consulté pour un aspect érythémato-squameux et anesthésique du pied gauche, évoluant depuis environ 1 an et des plaques érythémateuses, infiltrées, apparues quelques semaines auparavant, au niveau de l'abdomen, du dos, du thorax, sur la cuisse et sur le visage. L'examen clinique a retrouvé une anesthésie en chaussette des 2 jambes et un déficit moteur du SPE gauche (paralysie extenseur du gros orteil). L'aspect infiltré et anesthésique des lésions a fait évoquer le diagnostic de lèpre qui a été confirmé par la présence de nombreux bacilles acido-alcoolo résistants (BAAR) dans la biopsie cutanée, dans la biopsie de nerf et dans le frottis de mucus nasal.

Le reste du bilan clinique et biologique était normal. Les sérodiagnostics des affections parasitaires et virales ont été négatifs et il n'y avait pas d'immuno-dépression.

L'interrogatoire a retrouvé, comme possibilité de contamination, un séjour de 3 semaines au Burkina-Faso, 10 ans auparavant. Cette personne, en attente d'une pièce de rechange pour sa voiture en panne, n'a

fréquenté aucune léproserie, ni même aucun dispensaire. Elle ne se rendait, chaque jour, que chez le garagiste pour stimuler la réparation de sa voiture !

Traitée par PCT, selon le schéma thérapeutique de l'OMS des formes multi-bacillaires, l'infiltration des lésions a progressivement régressé, malgré l'apparition au début, d'une coloration violacée des lésions. Les bacilles ont disparu du frottis nasal en quelques mois. Au 10^{ème} mois de traitement, est apparue une polyarthrite puis un érythème noueux. La patiente a été traitée par corticoïdes et thalidomide. Au bout de 2 ans de traitement, devant un bon état général, et des taches cutanées en très nette régression, la PCT a été arrêtée. Mais sont survenues 4 récurrences de l'érythème noueux, en particulier déclenchées par des épisodes infectieux intercurrents, qui ont tous régressé sous thalidomide, avant une disparition totale des troubles (recul de 3 ans).

Commentaires

Cette patiente a donc présenté 3 particularités, dont une assez rare semble-t-il (une courte période d'exposition au risque) et deux plus habituelles (une incubation longue et un érythème noueux lépreux récidivant).

1 - Une **contamination** d'une lèpre autochtone en France étant peu probable, il est logique d'évoquer une contamination pendant son court séjour au Burkina-Faso, pays d'endémie lépreuse. Une telle possibilité, très rare, a cependant déjà été rapportée chez des anciens combattants américains en mission en zone endémique.

2 - La durée d'**incubation** de la lèpre est très variable, pouvant aller de

quelques semaines à plusieurs dizaines d'années. Le cas de notre patiente, avec une incubation de 10 ans, est assez commun. Il est cependant intéressant de noter que les symptômes sont apparus après un stress (divorce).

3 - L'**érythème noueux lépreux** apparaît habituellement lors de la première année de traitement et peut atteindre tout le corps contrairement aux autres étiologies de l'érythème noueux (tuberculose, sarcoïdose.....). La récurrence de cet épisode est une éventualité assez fréquente, pouvant dépasser une dizaine de fois, et pouvant même survenir après la fin de la PCT, sans que des facteurs de risque aient pu être identifiés. Outre les anti-inflammatoires, y compris la prednisolone, le traitement de choix de l'érythème noueux récidivant est la thalidomide, d'autres thérapeutiques étant à l'étude (échange plasmatique, cyclosporine, anticorps TNFa).

Ainsi, outre l'aspect classique de l'incubation longue et de l'érythème noueux récidivant cette observation souligne le fait, assez rare, d'une possibilité de **contamination pendant une courte période**, contrairement aux notions habituellement admises.

(*) *Unité des maladies tropicales
Hôpital Bicêtre*

« Science sans conscience
n'est que ruine de l'âme »

■ FIABILITÉ DU DIAGNOSTIC DE LA LÈPRE

Étienne Declercq(*)

La **tendance** n'est pas neuve, mais s'est probablement accentuée ces dernières années : on s'efforce de **simplifier les règles de prise en charge** des malades de la lèpre, aussi bien pour le diagnostic que pour son traitement. **On recourt** par exemple **de moins en moins à la bactériologie** pour confirmer le diagnostic. La tendance à la simplification procède incontestablement d'une volonté louable. Elle s'explique essentiellement par un **souci d'améliorer** les capacités d'**intégration** des activités de lutte contre la lèpre au sein des services généraux de santé. En effet, dans la plupart des pays, la fréquence de la maladie ne justifie pas ou plus que les malades soient systématiquement pris en charge par des équipes ou services spécialisés. De plus, une intégration de ces activités au sein des services généraux de santé doit permettre, en théorie au moins, un meilleur accès de l'ensemble des suspects ou malades au diagnostic et au traitement. Une prise en charge des malades de la lèpre dans les centres généraux de santé, au même titre que les autres maladies, devrait également permettre de réduire, auprès du personnel de santé comme auprès de la population, la peur et le rejet qui restent souvent attachés à la maladie. **Il est cependant essentiel de garder au diagnostic de lèpre une fiabilité élevée.**

Le **personnel de santé doit donc être correctement formé** à remplir les tâches qu'on attend de lui, et ces tâches doivent être clairement définies pour chaque type de personnel. Si la suspicion de la lèpre devrait pouvoir être faite par tout infirmier ou médecin, il est sans doute bon de se demander qui aura la **responsabilité du diagnostic final**, et sur quelles bases : en effet, avec les taux de prévalence actuellement observés dans bon nombre de pays, la probabilité de rencontrer un malade de la lèpre pour un infirmier travaillant dans un centre de santé couvrant une population de 5 000 habitants

ne sera peut-être que d'un cas par an. Une telle fréquence est vraisemblablement insuffisante pour lui permettre d'acquérir l'expérience nécessaire à l'établissement d'un diagnostic fiable. On optera donc souvent pour un système dans lequel le suspect sera référé vers un superviseur expérimenté (à moins que ce ne soit celui-ci qui soit appelé au centre de santé pour venir examiner le suspect) pour établir ou écarter le diagnostic de lèpre. Même pour ce superviseur, la question de la fiabilité du diagnostic, et particulièrement de sa **spécificité, reste cruciale.** C'est en effet avant tout la **spécificité de l'examen (la probabilité de déclarer non malade une personne non atteinte de lèpre)** qui va, avec la fréquence de la maladie dans la population, déterminer la valeur prédictive du diagnostic posé, c'est à dire **la probabilité qu'une personne diagnostiquée comme lépreuse soit réellement malade.** La sensibilité de l'examen ne joue là qu'un rôle tout à fait mineur. Il est sans doute utile d'illustrer ce propos. Il est d'usage de présenter les données nécessaires au calcul des taux de sensibilité et de spécificité d'un procédé diagnostique sous forme d'un tableau croisé composé de deux lignes et de deux colonnes. Les deux colonnes divisent les personnes examinées en malades et en non-malades. Les deux lignes répartissent ces mêmes personnes en "positives" et en "négatives" pour l'examen réalisé. Les quatre cellules du tableau croisé correspondent ainsi aux **Vrais Positifs** (VP : personnes malades et diagnostiquées comme telles par l'examen) ; aux **Faux Positifs** (FP : personnes diagnostiquées comme positives à l'examen, mais qui en réalité ne sont pas malades) ; aux **Faux Négatifs** (FN : personnes dites négatives à l'examen, mais qui présentent pourtant la maladie) ; et enfin aux **Vrais Négatifs** (VN : personnes non malades, et négatives à l'examen). A partir d'un tel tableau, on peut calculer

facilement la **valeur de la sensibilité et de la spécificité** d'un examen. La sensibilité, définie comme la capacité d'un test d'identifier correctement une personne malade, se calcule donc en faisant le rapport des Vrais Positifs sur l'ensemble des malades (VP/VP+FN). La spécificité, définie, comme la capacité d'un test d'identifier correctement les non-malades, se calcule en faisant le rapport des Vrais Négatifs sur l'ensemble des non-malades (VN/VN+FP). Le tableau suivant aide à mieux comprendre ces notions :

Examen	Epreuve de référence	
	Malades	Non-malades
Positifs	VP	FP
Négatifs	FN	VN

La valeur prédictive d'un examen positif se calcule, elle, comme le rapport entre les Vrais Positifs et le total des Vrais et des Faux Positifs. La valeur prédictive d'un examen négatif se calcule, elle, par le rapport entre les Vrais Négatifs et le total des Vrais et des Faux Négatifs. Cette dernière valeur prédictive nous occupe cependant moins ici, puisqu'il est généralement reconnu qu'il ne faut poser le diagnostic de lèpre qu'avec le maximum de certitude.

Mettons maintenant quelques valeurs chiffrées dans le tableau ci-dessus, en supposant : que la population surveillée est de 1.000.000 d'habitants ; que la prévalence réelle de la lèpre dans cette population est de 10 cas/10.000 habitants ; que la sensibilité et la spécificité du diagnostic sont respectivement de 99 et 99,9 % :

Examen	Epreuve de référence		
	Malades	Non-malades	
Positifs	990	999	1.989
Négatifs	10	998.001	998.011
	1.000	999.000	1.000.000

Dans ces conditions, sur 1.989 diagnostics positifs posés, et **malgré une spécificité élevée** qui ne va faire déclarer par erreur quelqu'un comme positif que dans un cas pour mille, la **valeur prédictive de l'examen positif reste légèrement inférieure à 50 %** ($990/1.989 = 49.8\%$). Autrement dit, quand on établit le diagnostic de la lèpre, **on se trompe dans un cas sur deux**. La valeur prédictive du test négatif est, elle, extrêmement élevée ($998.001/998.011$).

En jouant avec les chiffres ci-dessus, on se rendra compte que la valeur prédictive de l'examen positif sera d'autant plus élevée que la prévalence de la maladie est élevée dans la population : en gardant les mêmes valeurs de sensibilité et de spécificité, mais en supposant une prévalence de la lèpre de 20/10.000, la valeur prédictive de l'examen positif passe à 66.5 % :

Examen	Epreuve de référence		
	Malades	Non-malades	
Positifs	1.980	998	2.978
Négatifs	20	997.002	997.022
	2.000	998.000	1.000.000

La sensibilité de l'examen n'influence que faiblement la valeur prédictive positive : avec une sensibilité de 99,9 %, la valeur prédictive de l'examen positif devient 50 % :

Examen	Epreuve de référence		
	Malades	Non-malades	
Positifs	999	999	1.998
Négatifs	1	998.001	998.002
	1.000	999.000	1.000.000

Par contre, la spécificité a une grande importance : si on la fait passer à 99,99 %, la valeur prédictive de l'examen positif monte à 90,8 %. Selon cet exemple-ci, en ne diagnostiquant par erreur comme lépreux qu'un non-

malade sur 10.000, on atteint une fiabilité du diagnostic de lèpre de 90,8 %.

Examen	Epreuve de référence		
	Malades	Non-malades	
Positifs	990	100	1.090
Négatifs	10	998.900	998.910
	1.000	999.000	1.000.000

Il ressort donc clairement qu'il faut **absolument privilégier la spécificité du diagnostic de la lèpre**.

Le diagnostic de la **lèpre paucibacillaire** est basé essentiellement sur la **clinique** : dans un pays endémique, la présence de taches pour lesquelles on peut mettre en évidence un déficit net de sensibilité tactile, à la chaleur ou à la douleur, suffit à l'établissement du diagnostic. Encore faut-il que l'examen de la sensibilité soit fait de manière soigneuse et reproductible : il faut donc **enseigner** de manière précise au **personnel** comment réaliser cet examen de manière à ce que la présence ou non d'une insensibilité puisse être objectivée. Trop souvent, on se contente de demander au patient s'il "sent" au niveau de la tache suspecte.

Le diagnostic clinique de la **lèpre multibacillaire** peut être **parfois plus difficile** : non pas tellement quand il s'agit d'un malade lépreux présentant plus de cinq taches caractéristiques avec hypo- ou anesthésie ; mais bien quand le patient ne présente qu'un infiltrat diffus, ou des nodules ou des taches multiples sans perte de sensibilité : si l'examen clinique ne met pas en évidence une atteinte nerveuse avec gonflement de certaines branches nerveuses périphériques et anesthésie et/ou paralysie des territoires correspondants, **il peut être dangereux d'établir le diagnostic de lèpre sans confirmation bactériologique**. Chez de tels malades, on s'attend en effet à ce que les frottis soient toujours positifs. S'ils sont négatifs, il ne reste que deux solutions : soit l'examen bactériologique est mal fait, soit il ne s'agit pas de lèpre. **On a un peu trop tendance à l'heure actuelle à négliger**

l'apport potentiel de la bactériologie dans le diagnostic de la lèpre. S'il est bien clair que cette bactériologie n'est pas indispensable dans une majorité des cas de lèpre, dans d'autres, et particulièrement pour le diagnostic d'une lèpre multibacillaire débutante, la bactériologie doit permettre de confirmer ou d'infirmer le diagnostic avec une plus grande certitude, et d'augmenter ainsi la valeur prédictive du diagnostic. Il en va là bien évidemment de l'intérêt du malade et de notre responsabilité.

(*) *Conseiller médical
Fondation Damien
Président de la Commission
médico-sociale de l'ILEP*

BRÈVE

■ Recherche en léprologie

– L'OMS a proposé de créer un **"Comité consultatif sur la recherche en léprologie"**
Dont les objectifs seraient :
– définir les priorités.
– étudier les propositions.
– suivre la mise en œuvre des projets.
Il est capital d'élaborer des stratégies visant à réduire la transmission de la maladie, à partir des essais en cours et des améliorations apportées à la chimiothérapie, notamment par l'utilisation d'un **seul schéma thérapeutique pour tous les types de lèpre**.

– **Axes de recherche** :
des efforts supplémentaires sont à faire pour :
– une meilleure compréhension de **l'infection sub-clinique**.
– la recherche de possibles (?) **réservoirs extra-humains** de *M. leprae*.
– la prévention et le suivi **des réactions**.
– mieux identifier les malades MB ayant un **risque élevé de réaction**.
– traitement des réactions.
– études sociologiques concernant **problème des retards de consultation** (influence des guérisseurs et sorciers).

■ DÉBAT :

FAUT-IL TRAITER À TOUT PRIX UN MALADE TRÈS AGÉ ATTEINT DE LÈPRE ?



Cette question est posée par le Pr Michel Lechat, suite à la publication par S. Agrawal (Népal) dans *International journal of leprosy (IJL)* : vol.

67- no4- 471-473) :

d'un cas de lèpre BT (avec IB :1+), chez un népalais de 141 ans (doyen d'âge du Népal), décédé 15 jours après l'instauration d'une PCT/MB/OMS.

Le Pr M. Lechat a écrit à la rédaction d' *IJL* (vol. 68- no 2- 177) pour dire qu'il avait été choqué par l'attitude des auteurs vis-à-vis de ce très vieux malade, tant au plan des investigations (frottis, biopsie, prises de sang...) que de la thérapeutique.

Il demande qu'elle en est la justification. Améliorer la qualité de vie du patient ? Réduire son pouvoir infectieux à l'égard de son entourage ? Ou ne s'agit-il pas plutôt d'une application aveugle et bureaucratique des normes édictées dans le cadre du programme d'élimination de la lèpre ? Il met en garde contre les effets pervers que peut entraîner la détermination d'exterminer la lèpre " n'importe où, n'importe quand, n'importe comment et à n'importe quel prix ", même aux dépens du patient. Il n'en allait pas autrement jadis, lorsque les malades de la lèpre étaient traqués et isolés, sous prétexte de protéger la communauté .

Les auteurs ont répondu à ces critiques, en justifiant les investigations et le traitement, en disant qu'il n'aurait pas été éthique de s'abstenir de tout traitement, seulement à cause du grand âge du malade. En outre, il était MB (IB 1+ dans les frottis cutanés, mais absence de BAAR dans les coupes histologiques) et présentait, selon eux, un risque épidémiologique pour son entourage. Le problème de l'innocuité

de la PCT chez les sujets très âgés doit cependant être considéré. Chez les patients très âgés, une alternative, précise Thomas Oomen, 2^e auteur à intervenir dans ce débat, pourrait être le schéma ROM, peut-être avec une seule dose.

Dans une correspondance qu'il adresse à la rédaction du *Bull. ALLF*, suite à ce débat, le Pr M. Lechat dit qu'il faut rester vigilant. Le programme d' " élimination " mené sous l'égide de l'OMS " vise, comme on le sait, au dépistage et au traitement du plus grand nombre ", mais non à tuer le malade. Il ne faut pas que celui-ci soit délibérément sacrifié au respect du politiquement correct, à la poursuite des normes à tout prix et à l'abdication du bon sens .

Alors que l'on parle tant des " droits de l'homme ", il serait peut-être temps, selon lui, d'amorcer une prise de conscience à cet égard et d'entamer une réflexion sur certains aspects éthiques des programmes de santé publique, dont la lèpre.

On pourrait, ainsi, poser les questions suivantes à nos adhérents, via le *B u l l e t i n de l'ALLF* qui, pour M. Lechat, lui "paraît, réellement, être le véhicule approprié pour secouer un peu les consciences " :



QUESTIONS :

- Chez un sujet très âgé, atteint de lèpre, quelle serait votre attitude ?
- Quels examens pratiqueriez-vous ?
- Le traiteriez-vous ?
- Si oui, avec quel schéma ? (PCT/OMS, ROM mensuel, ROM dose unique...)
- Quelles modalités de surveillance adopteriez-vous ?

Vos réponses seront publiées dans le prochain n° du BAALF.

P. B.

BRÈVES

■ PCT : 3 axes de recherche :

- Une durée plus courte
- Un régime *idem* pour les PB et les MB
- Une PCT totalement supervisée : tous les mois (ou 2 mois)

■ Rifampicine : 3 doses mensuelles de 600 mg (c.à.d. : 600 mg / mois / 3 mois) tuent 99.999 % des *M. leprae* viables .

■ Une dose de ROM est aussi efficace qu' une PCT / OMS / PB de 6 mois (essai multi- centrique en double aveugle)

■ Rifapentine : plus puissante que la Rifampicine : (3 fois plus active)



Doc. ALES

■ UN PROJET PILOTE DE DERMATOLOGIE COMMUNAUTAIRE

Antoine Mahé

Il y a de plus en plus d'arguments pour considérer que les maladies de peau (MDP) constituent un **authentique problème de santé publique** dans de nombreux pays en voie de développement (PVD). Toutefois, ce problème semble **méconnu** de la plupart des autorités sanitaires. Jusqu'à présent, aucune réponse entièrement satisfaisante n'a été donnée à ce problème.

Nous avons proposé d'évaluer, grâce à un **projet «pilote»** au Mali, la **faisabilité et l'efficacité** d'un programme visant à **lutter contre les maladies de peau les plus fréquentes et à diagnostiquer la lèpre le plus précocement possible**. Une telle étude est susceptible de servir d'**exemple** pour d'autres régions confrontées à la même problématique.

Justifications d'un programme de dermatologie communautaire :

– Il semble raisonnable de proposer des actions organisées de type «santé publique» au problème de ces **MDP**, dans la mesure où il existe une **demande manifeste de la population** pour une prise en charge des MDP les plus fréquentes et les plus sévères, objectivée notamment par plusieurs **études menées au Mali** (1,2,3). La **réponse** apportée **actuellement** à ce problème par les structures de santé semble **inadéquate**, ce qui est à l'origine d'un **surcoût**, humain et économique, pour les populations. De plus, la faible efficacité de nombreuses structures de santé est un problème général, qui concerne notamment le problème des MDP : il est vraisemblable qu'une amélioration de la prise en charge des MDP participerait à l'amélioration de la qualité du système de soins.

– Un autre aspect important de la «dermatologie de santé publique» est représenté par la **lèpre**. Du fait d'un succès peu contestable des programmes de lutte contre cette affection, l'organisation verticale de ces programmes va être de plus en plus remplacée par une lutte intégrée au système de soins général. Ainsi, la **reconnaissance des cas de lèpre**, qui en toute logique devrait être la plus **précoce** possible, **avant l'installation de lésions neurologiques irréversibles**, sera de plus en plus dévolue à des **agents de santé non spécialisés**. Afin que ces agents aient une certaine efficacité dans cette tâche, il apparaît indispensable que ceux-ci aient une **connaissance au moins basale en dermatologie**.

Principes généraux d'un programme de lutte contre les MDP :

L'important est d'adopter une **démarche globale de santé**

publique. Un programme rationnel doit tenir compte de certaines **réalités de terrain** : le personnel infirmier représente très souvent le premier, souvent le seul, contact des patients avec le système de santé ; ces agents sont confrontés à de multiples problèmes de santé, souvent consommateurs de temps et d'énergie; les ressources économiques des ménages, qui supportent la plus grande partie des dépenses de santé, sont souvent réduites; enfin, l'accessibilité aux médicaments est souvent problématique. Ainsi, un tel programme de lutte contre les MDP se doit d'être simple, peu coûteux avec un bon rapport coût/efficacité, et facile à mettre en oeuvre. De plus, il devra s'intéresser à chaque niveau du système de soins : **formation du personnel de santé**, disponibilité des **médicaments**, recouvrement des coûts, et, si possible, **prévention**.

Il découle notamment de ceci qu'il apparaît impératif de définir des **priorités dermatologiques**. Un programme voulant obtenir une prise en charge correcte de toutes les MDP apparaît peu réaliste. Dans de nombreuses régions, la gale et les pyodermes se sont avérées les affections dermatologiques objectivement les plus sévères, et celles suscitant le plus de demande de la part des populations; par ailleurs, leur traitement apparaît relativement simple. Il paraît donc raisonnable de cibler le programme sur ces deux affections.

Les objectifs d'un tel programme seraient, en définitive, les suivants :

- améliorer la **prise en charge des priorités dermatologiques** (la gale et les pyodermes), tout particulièrement au niveau périphérique du système de santé.
- **prévenir** les pyodermes par une amélioration de l'hygiène.
- **participer au diagnostic précoce des cas de lèpre**.
- améliorer le fonctionnement voire la fréquentation des centres de santé, par une amélioration de la prise en charge des MDP.

Les principales actions à mener étant :

- la **définition de traitements simples** (standardisés) des **MDP prioritaires**.
- la **formation des agents de santé de niveau périphérique** à la prise en charge de ces **MDP** et à la **reconnaissance précoce de la lèpre et de ses diagnostics différentiels** les plus grossiers.
- la promotion de l'usage et de l'accessibilité de **médica-**

ments dermatologiques essentiels.

Et, en ce qui concerne la prévention:

- la définition de mesures préventives simples, qui prennent en compte les connaissances et croyances des populations en matière d'hygiène.
- et de stratégies visant à en informer les populations.

Justification d'une étude pilote :

Il s'agit d'une approche originale de ce problème des MDP, susceptible de concerner de nombreuses populations évoluant dans un contexte de PVD. Cependant, il apparaît raisonnable de mener une étude pilote, afin d'évaluer la faisabilité et la rentabilité d'un tel programme.

Propositions pratiques :**Le Mali a été identifié comme un terrain de choix pour mener une telle étude pilote :**

- les MDP y représentent un problème bien documenté (1,2,3).
- les autorités maliennes ont exprimé leur intérêt pour ce type d'action sur les MDP.
- une réorganisation du système de santé y est en cours, ayant pour objectif d'améliorer la qualité des prestations de santé.
- il existe une expertise dermatologique de qualité au Mali.

Ce projet a été soumis à la Fondation Internationale de Dermatologie (FID), qui en a agréé les principes généraux. A la demande des autorités maliennes et grâce à un financement de la FID, une **Réunion de concertation** réunissant des représentants des différents partenaires concernés (Ministère de la Santé, FID, Institut Marchoux, OLA) s'est tenue à **Bamako du 11 au 13 octobre 2000, afin de finaliser les modalités pratiques d'un tel projet.**

Dans un prochain n° du *Bulletin de l'ALLF*, nous vous donnerons plus de précisions concernant ce **projet-pilote dont on attend beaucoup et qui permettra, si l'évaluation en est positive, d'étendre cette stratégie dans les autres pays d'Afrique qui souhaiteraient en bénéficier, pour améliorer la prise en charge des maladies dermatologiques et le diagnostic précoce de la lèpre.**

Références :

1. Mahé A, Prual A, Konaté M, Bobin P. Skin diseases of children in Mali : a public health problem. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1995 ; 89 : 467-70
2. Mahé A, Thiam N'Diaye H, Bobin P. The proportion of medical consultations motivated by skin diseases in the health centers of Bamako (Republic of Mali). *Int J Dermatol* 1997 ; 36:185-6.
3. Mahé A, Cissé I, Faye O, Thiam N'Diaye H, Niamba P. Skin diseases in Bamako (Mali). *Int J Dermatol* 1998;37:673-6
4. Symposium «public health and dermatology in developing countries» (*VIIIth International Congress of Pediatric Dermatology, Paris, mai 1998*). *Int J Dermatol* 1999;38:939-46.



■ PRISE EN CHARGE KINÉSITHÉRAPIQUE DANS L'ULCÈRE DE BURULI, EN AFRIQUE DE L'OUEST

Vincent Slypen, responsable du département d'appui technique de *Handicap International*, à Bruxelles, nous fait part d'un avant-projet sur la prise en charge kinésithérapique des patients atteints d'ulcère de Buruli en Afrique de l'Ouest, prévu pour 2001.

Objectifs :

- Description de la maladie, de son évolution et des séquelles invalidantes les plus fréquentes.
- Evaluation des séquelles fonctionnelles dans les cas d'ulcère de Buruli traité médicalement sans kinésithérapie.
- **Proposition d'un traitement de kinésithérapie et rééducation fonctionnelle adapté afin de limiter les séquelles fonctionnelles.**

Remarque : Il apparaît difficile de pouvoir, dans le cadre d'un mémoire, évaluer les effets du traitement proposé sur le taux de séquelles fonctionnelles. Nous nous limiterons ici à une proposition de traitement après analyse de l'évolution de la maladie et du traitement actuel réalisé sur place. Une étude quantitative sur les effets du traitement préconisé pourrait faire l'objet d'un autre travail plus étalé dans le temps. En effet ce travail nécessiterait une présence prolongée et permanente sur le terrain en vue du contrôle de l'application correcte du traitement préconisé, sa fréquence, sa durée et le suivi du groupe de patients testé (il faudrait en fait un projet Buruli Handicap International).

Actuellement, il n'existe aucun traitement kiné préconisé pour cette maladie. Cependant, chaque intervenant reconnaît l'intérêt d'en appliquer un. L'évolution de la maladie et des séquelles permet assez facilement de se baser sur des pathologies ou séquelles assez similaires (grands brûlés, greffes de peaux, rétractions tendineuses et musculaires, etc...)

Moyens pour réaliser ces objectifs.

- Travail de bibliographie et de compilation des données existantes sur la maladie.
- Suivi méthodologique du mémoire (promoteur, épidémiologiste, kinésithérapeute).
- Contacts avec les personnes de référence dans le domaine.
- Contacts avec les intervenants dans le domaine.
- Visite sur les lieux de traitement de la maladie (Bénin) et étude des cas.
- Visite des anciens patients retournés à domicile, évaluation des séquelles fonctionnelles.
- Travail sur la réalisation d'un protocole thérapeutique.
- Stages en fonction du traitement préconisé (grand brûlés, traumatologie).

Programmation dans le temps :

Novembre 2000

- contact avec Pr F. Portaels.
- travail au niveau de l'UCL pour stages en rapport avec le sujet du mémoire.

Janvier Février 2001

- séjour de 2 mois au Bénin.

Avant et après visite au Bénin

- travail sur compilation de la bibliographie existante sur le Buruli

Après visite au Bénin

- Travail sur la prise en charge des patients au centre et proposition de traitement kiné au centre en fonction des problèmes rencontrés lors du séjour.
- Etude sur le type de séquelles invalidantes chez les anciens patients traités, soignés sans kiné et retournés à domicile. (visite à domicile pour contrôle).
- Détailler et finaliser le protocole
- Proposition de traitement d'entretien à domicile par la famille.

Fin du travail prévu en septembre 2001

Plan du mémoire:

première partie :

- description de la maladie.
- description des séquelles.

deuxième partie :

- description de la prise en charge médicale et nursing au(x) centre(s) visité(s).
- proposition de traitement kiné durant le séjour des patients au centre.

Troisième partie :

- description des séquelles invalidantes chez les patients traités, soignés et retournés à domicile.
- proposition de traitement d'entretien à domicile par la famille.

Conclusion

■ RÉFLEXION SUR L'ULCÈRE DE BURULI AU TOGO

Palokinam T. Pitche

L'ulcère de Buruli (UB) ou infection à *Mycobacterium ulcerans* a été décrit pour la première fois en 1948 en Australie. C'est une affection typiquement tropicale et qui constitue un grand problème de santé publique actuellement en Afrique. En effet bien que connu sur le continent où les premiers cas ont été décrits en Ouganda en 1961, l'UB n'est devenu une maladie émergente que depuis les années 1990. La majorité des cas rapportés datent au début des années 90, et depuis son incidence est en progression croissante, devenant la **troisième mycobactériose pathologique derrière la tuberculose et la lèpre en Afrique**. En effet l'épidémiologie de l'UB en Afrique peut être séparée en deux périodes : avant 1980, les cas étaient surtout rapportés en Afrique centrale (Ouganda, Congo) et étaient plutôt sporadiques; depuis les années 1980, de nouveaux foyers sont signalés en Afrique de l'Ouest (Côte d'Ivoire, Ghana, Bénin, et Nigeria) où la maladie est devenue un vrai problème de santé publique depuis dix ans environ. L'émergence de la maladie en Afrique de l'Ouest est liée à l'**écosystème aquatique** de *M. ulcerans*. On pense que cette émergence subite de la maladie serait liée à la modification de l'environnement naturel aquatique, survenue dans la plupart des pays de cette région (épidémie de l'UB au Nigeria après la formation d'un lac artificiel; au Libéria après la création de terrains marécageux et des canaux d'irrigation des rizicultures; après déboisement et construction de barrages dans la région de Bouaké en Côte d'Ivoire).

Au Togo, alors que les pays limitrophes comme le Ghana et le Bénin ayant pratiquement les mêmes caractéristiques écologiques signalaient des cas de l'UB, on était surpris de ne pas découvrir cette infection en pratique hospitalière (en fait il fallait chercher la maladie sur le terrain en zone rurale au lieu de l'attendre confortablement dans des salles de consultation en milieu hospitalier en zone urbaine). Ce n'est qu'en **1996** que les **premiers cas ont été décrits** dans un village du sud Est du pays. Ces cas ont été recensés dans un centre de santé dirigés par des sœurs religieuses et ensuite dans un hôpital confessionnel proche de la frontière béninoise où il y a un grand foyer d'ulcère de Buruli. Depuis, une trentaine de cas ont été diagnostiqués (cas probablement sous estimés) dans cette région où il existe d'importantes zones marécageuses et de lacs.

Rétrospectivement, je pense que le fait, qu'on ait pris du temps pour signaler les premiers cas est lié, d'une part à la **méconnaissance** de la maladie par le personnel soignant, d'autre part à la **centralisation excessive** de notre système de santé (les grosses structures sanitaires sont dans les milieux urbains et les zones rurales étant dirigées par les paramédicaux) et la **sous médicalisation** du pays (ce qui ne facilite pas l'accessibilité géographique des centres de soins par la population).

Depuis 1999, il existe un **comité national** de lutte contre l'UB dont l'objectif principal est avant tout de déterminer l'importance de la maladie sur toute l'étendue du territoire national. Une **enquête nationale** a été menée récemment et les résultats seront connus bientôt.

Sur le plan épidémiologique, les cas diagnostiqués au Togo n'ont rien de particuliers: ce sont majoritairement des **enfants** vivant dans des zones marécageuses ou près des lacs en zones rurales; et cliniquement les ulcères siègent essentiellement sur les membres. Les traitements proposés sont chirurgicaux. Aucun médicament n'est efficace in vivo sur le germe même si in vitro l'efficacité de certains antibiotiques permettent d'espérer dans l'avenir une prise en charge médicale de l'affection.

A mon avis, les actions prioritaires à mener dans le pays sont :

- la **formation des personnels** soignants (médecins et paramédicaux) afin d'assurer le diagnostic précoce (première étape indispensable dans la prise en charge efficace de l'affection) ; ceci aura pour conséquence d'évaluer la prévalence et l'incidence réelles des cas dans le pays ;
- la **sensibilisation et l'éducation** des populations vivant en zone d'endémie pour ne pas banaliser tout ulcère débutant, et consulter le plus tôt possible dans les centres de soins.

L'UB est un nouveau défi médical à relever pour tous le personnel soignant. Etant devenu un problème de santé publique, l'ulcère de Buruli n'est l'exclusivité d'aucune spécialité médicale : épidémiologistes, dermatologues, infectiologues, chirurgiens et paramédicaux... tout le monde a un rôle à jouer.



■ BIBLIOGRAPHIE RÉCENTE SUR L'ULCÈRE DE BURULI (1999-2000)

Richard Josse et Mdlina



Photo : J. M. Kanga

1- *Mycobacterium ulcerans* infection.

Dega H, Chosidow O, Barete S, Carbonnelle B, Grosset J, Jarlier V. *Ann Med Interne (Paris)*. 2000 Sept, 151 (5) : 339-44.

2- Clinico-histopathological findings of Buruli ulcer.

Mwanatambwe M, Fukunishi Y, Yajima M, Suzuki K, Asiedu K, Etuafel S, Yamada N, Asano G.

Nihon Hansenbyo Gakkai Zasshi. 2000 Jul, 69 (2) : 93-100.

3- First reported case of *Mycobacterium ulcerans* infection in a patient from China

Faber WR, Arias-Bouda LM, Zeegelaar JE, Kolk AH, Fonteyne PA, Toonstra J, Portaels F.

Trans R Soc Trop Med Hyg. 2000 May-Jun, 94 (3) : 277-9.

4- Buruli ulcer.

Anonyme. *Wkly Epidemiol Rec*. 2000 Mar 31, 75 (13) : 106-8.

5- Serologic response to culture filtrate antigens of *Mycobacterium ulcerans* during Buruli ulcer disease.

Dobos KM, Spotts EA, Marston BJ, Horsburgh CR Jr, King CH. *Emerg Infect Dis*. 2000 Mar-Apr, 6 (2) : 158-64.

6- A *Mycobacterium ulcerans* toxin, mycolactone, causes apoptosis in guinea pig ulcers and tissue culture cells.

George KM, Pascopella L, Welty DM, Small PL.

Infect Immun. 2000 Feb, 68 (2) : 877-83.

7- *Mycobacterium ulcerans* disease; Buruli ulcer.

Thangaraj HS, Evans MR, Wansbrough-Jones MH.

Trans R Soc Trop Med Hyg. 1999 Jul-Aug, 93 (4) : 337-40.

8- Present status of Buruli ulcer in Ghana, West Africa.

Fukunishi Y.

Nihon Hansenbyo Gakkai Zasshi. 1999 Nov, 68 (3) : 175-84.

9- Transmission of *Mycobacterium ulcerans* to the nine-banded armadillo.

Walsh DS, Meyers WM, Krieg RE, Walsh GP.

Am J Trop Med Hyg. 1999 Nov, 61 (5) : 694-7.

10- *Mycobacterium ulcerans* infection (Buruli ulcer): first reported case in a traveler.

Semret M, Koromihis G, MacLean JD, Libman M, Ward BJ. *Am J Trop Med Hyg*. 1999 Nov, 61 (5) : 689-93.

11- Growth and cytotoxic activity by *Mycobacterium ulcerans* in protein-free media.

Mve-Obiang A, Remacle J, Palomino JC, Houbion A, Portaels F. *Microbiol Lett*. 1999 Dec 1, 181 (1) : 153-7.

12- *Mycobacterium ulcerans* infection.

Van der Werf TS, Van der Graaf WT, Tappero JW, Asiedu K.

Lancet. 1999 Sep 18, 354 (9183) : 1013-8.

13- Squamous cell carcinoma secondary to Buruli ulcer.

Evans MR, Etuafel SN, Amofah G, Adjei O, Lucas S, Wansbrough-Jones MH.

Trans R Soc Trop Med Hyg. 1999 Jan-Feb, 93 (1) : 63-4.

14- The inhibitory action of *Mycobacterium ulcerans* soluble factor on monocyte/T cell cytokine production and NF-kappa B function.

Pahlevan AA, Wright DJ, Andrews C, George KM, Small PL, Foxwell J. *Immunol*. 1999 Oct 1, 163 (7) : 3928-35.

15- Emergence of a unique group of necrotizing mycobacterial diseases.

Dobos KM, Quinn FD, Ashford DA, Horsburgh CR, King CH.

Emerg Infect Dis. 1999 May-Jun, 5 (3) : 367-78.

16- Buruli ulcer (*Mycobacterium ulcerans* infection); report from the International Congress in Yamoussoukro, Ivory Coast.

Van der Graaf WT, Scherpier RW, Van der Werf TS.

Ned Tijdschr Geneesk. 1999 Feb 6, 143 (6) : 312-6.

17- WHO joins battle against a new emerging disease : Buruli ulcer.

Anonyme.

Indian Pediatr. 1998 Jun, 35 (6) : 581.

18- Mycolactone: a polyketide toxin from *Mycobacterium ulcerans* required for virulence.

George KM, Chatterjee D, Gunawardana G, Welty D, Hayman J, Lee R, Small PL.

Science. 1999 Feb 5, 283 (5403) : 854-7.

19- L'ulcère de Buruli avec atteinte osseuse : à propos de 33 cas au Bénin.

Lagarrigue V.

Thèse Université V.Ségalen, Bordeaux II, 1999, n° 79, 160 pages.

20- L'ulcère de Buruli en Côte d'Ivoire : à propos de 54 cas.

Berliat G.

Thèse Université C.Bernard, Lyon I, 1999, n° 9, 150 pages.

■ UN MODÈLE SIMPLIFIÉ POUR LA PRÉDICTION CLINIQUE DE NEUROPATHIE CHEZ LES MALADES ATTEINTS DE LÈPRE

Résumé d'un article de Richard P. Croft and all. Paru dans *The Lancet* Vol . 355 - May 6 - 2 000 ; 1603-1606.

L'atteinte neurologique se rencontre souvent, dans la lèpre, pendant ou après la PCT et est un processus " clé " conduisant aux infirmités et au handicap.

Les auteurs ont suivi pendant **2 ans** dans un Centre de Santé du Bangladesh **2 510 patients**. **166 ont présenté une neuropathie**. Un modèle simplifié a été mis au point en se basant sur la forme de lèpre (PB ou MB) et la présence ou non de signe neurologique, au moment de la détection .

3 groupes ont été définis et le risque ultérieur (dans les 2 ans) de névrite aiguë dans chacun de ces groupes a été évalué . Les résultats sont les suivants :

- **Groupe 1 : patients PB sans atteinte nerveuse :**

Risque : **1.3 %**

- **Groupe 2 : patients PB avec atteinte neurologique et patients MB sans atteinte neurologique :**

Risque : **16%**

- **Groupe 3 : patients MB avec atteinte nerveuse :**

Risque : **65%**

Conclusion : Ce modèle prédictif peut être utilisé pour programmer le suivi des patients :

- groupe 1 (risque **bas**) : **pas de suivi** après 6 mois de PCT.
- groupe 2 (risque **intermédiaire**) : **1 an** de surveillance .
- groupe 3 (risque **élevé**) : au moins **2 ans** de suivi .

Commentaires :

- Les recommandations habituelles de suivi uniquement pendant la durée de la PCT excluent donc un groupe important de patients à risque de développer une neuropathie après la fin de la PCT .

- On peut ainsi envisager une prise en charge préventive dans le groupe à risque .

- Une étude évaluant l'intérêt d'une prophylaxie par les corticoïdes est en cours au Bangladesh et au Népal.

- D'autres traitements immunosuppresseurs devraient également être testés .

MEDECINE TROPICALE, MEDECINE DES VOYAGES ET MEDECINE HUMANITAIRE : Y-a-t'il la place pour les 3 enseignements en France ?

Ce fut le thème d'une conférence débat qui s'est tenue le 4 septembre 1999, à l'occasion des 6èmes Actualités du Pharo. Organisée et dirigée par les Pr P. Jeandel et F. Peyron, elle a été animée par les Pr L. Loutan, M. Merlin et E. Pichard.

Le compte-rendu de cette conférence est paru dans la revue *Médecine Tropicale* 1999 .59.3. 219-223.

A l'issue de ce débat, les **conclusions** ont été les suivantes :

- Il existe **une place pour les 3 enseignements** en France. Il ne paraît pas judicieux d'envisager un quelconque tronc commun à ces divers enseignements.

- La **médecine humanitaire** doit être enseignée sous une forme inter professionnelle à des volontaires, médecins ou non, qui ont un projet ultérieur d'action humanitaire.

- La **médecine des voyages** doit être enseignée au sein d'un cursus universitaire . Il appartient aux universitaires concernés de négocier avec leurs universités les modalités d'enseignement : volume horaire, place dans le cursus...Elle doit être réapprise lors d'un enseignement post-universitaire visant à maintenir un niveau de connaissance.

- La **médecine tropicale** doit être enseignée sous forme inter-universitaire en faisant appel aux compétences dans ou hors de l'hexagone.

- Il apparaît indispensable de procéder à l'élaboration d'un **annuaire des compétences en médecine tropicale** . Cet annuaire doit être effectif en l'an 2000 et doit faire l'objet d'une publication régulière avec mise à jour annuelle dans la revue *Médecine Tropicale*.



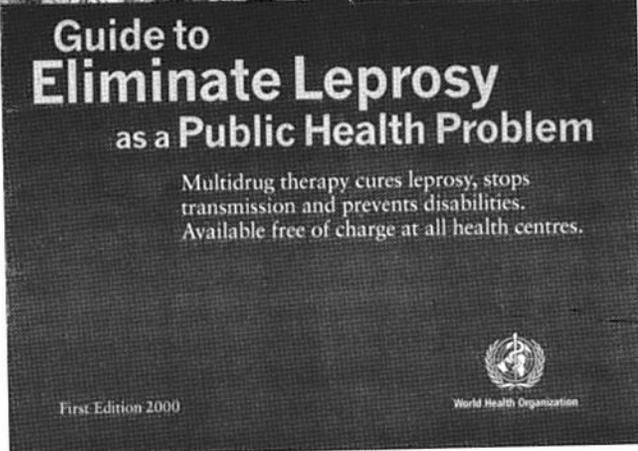
*Contraste :
Le drame chez un
lépreux non traité ;*



*L'image réconfortante
de ces enfants lépreux
à Madagascar, guéris
grâce à un
traitement précoce.*

E. Hantz

DOCUMENTS OMS



1) 2 guides pour la surveillance de l'élimination de la lèpre réalisés par le Bureau Régional pour l'Afrique de l'OMS

- Niveau Centre de Santé

Objectif : Rendre l'infirmier du centre de santé capable de :

- recueillir les informations pour l'enregistrement des cas de lèpre.
- suivre l'évolution du nombre de cas dépistés et traités dans le temps.

- Niveau national et district sanitaire

Objectif : Rendre les agents de santé capables de :

- recueillir les informations pour l'enregistrement des cas de lèpre.
- suivre l'évolution du nombre de cas dépistés et traités dans le temps
- identifier les facteurs épidémiologiques et opérationnels influençant la tendance évolutive de la lèpre.
- mesurer la progression vers l'objectif d'élimination de la lèpre au différents niveaux du système de santé.



2) La dernière ligne droite vers l'élimination de la lèpre.

Plan stratégique 2 000-2 005
(ref. WHO / CDS / CPE / 2 000.1)

3) Rapport de la 1ère Réunion du Groupe consultative technique sur l'élimination de la lèpre (TAG).

(ref. WHO / CDS / CPE / CEE / 2 000.4)

4) Guide to eliminate leprosy (ed. 2000).

(en anglais)

5) Éliminer la lèpre d'Afrique.

(en français)
= graphiques, affiches, éléments de conception, supports de communication.



BRÈVES

■ Vaccination :

- Ne devrait jouer qu'un rôle limité, compte tenu des difficultés d'organiser des essais sur le terrain.
- La prévalence de la lèpre est si basse que l'étude des vaccins ne concerne qu'un nombre limité de malades.
- Le BCG ou d'autres candidats comme ICRC pourraient être utilisés dans certaines situations particulières.

Car hier n'est qu'un rêve
Et demain qu'une vision,
Mais aujourd'hui bien vécu
Fait, de chaque hier, un rêve de bonheur
Et de chaque demain une vision d'espoir.
Vis donc ce jour avec confiance.
(proverbe sanscrit)

Les mots qu'on n'a jamais prononcés
sont les fleurs du silence
(proverbe japonais)

■ CHIRURGIE DE LA LÈPRE AU MAROC

Rapport de la mission effectuée du 24 avril au 6 mai 2000 par le Dr Michel Yves Grauwin.

INTRODUCTION et OBJECTIF

Le Dr Abderrahman Filali Baba, coordinateur du Programme National Lèpre au Ministère de la Santé Publique du Royaume du Maroc, a invité le Dr M.Y. Grauwin, ancien chirurgien réadaptateur de l'Institut de Léprologie Appliquée de Dakar (ILAD), afin de **former deux chirurgiens marocains** au Centre National de référence à l'hôpital Aïn-Chock de Casablanca. Le Dr M.Y. Grauwin avait effectué la première mission à la même époque en 1995.

La mission, qui s'est déroulée du 24 avril au 6 mai 2000, est prise en charge par l'association «Aide aux Lépreux Emmaüs-Suisse», coordinatrice ILEP au Maroc.

OBJECTIFS DETAILLÉS

Former 2 chirurgiens orthopédistes marocains à la chirurgie orthopédique et palliative de la lèpre en organisant deux semaines de chirurgie avec le Dr M.Y. Grauwin et le Dr Elarbi El Adaoui et le Dr Aziz Mochhoury. La formation se faisant en opérant des malades après les avoir sélectionnés et avoir choisi les interventions.

RESULTATS

1. Préparation de la semaine opératoire

Plus de 50 malades ont été présentés par les médecins de l'hôpital et sélectionnés avec eux et les chirurgiens ce qui a permis de discuter des indications, des contre-indications et des conditions de la chirurgie.

Au total, la moitié des malades ont été retenus pour une intervention et encore une moitié de ces derniers malades pour une intervention immédiate car la peau était franchissable ou l'intervention était intéressante pour une démonstration. L'autre moitié des malades représentait soit des malades à préparer sur le plan cutané ou sur le plan de l'assouplissement indispensable des articulations soit des malades plus simples pouvant être opérés plus tard. Toutes les indications ou contre-indications ont été notées dans le dossier médical. Globalement la sélection des malades s'est mieux faite qu'en 1995 suite aux informations et indications données à l'époque (ne pas opérer les réactions et attendre 6 mois, les ENL et attendre deux ans après leurs fins). Par ailleurs, "l'appel à chirurgie" a été aussi mieux entendu et mieux compris des différents secteurs du pays et les malades sont venus plus nombreux et mieux "triés".

Le bloc était prêt. Le problème de l'eau au bac de lavage des mains a été résolu rapidement. Le climatiseur déjà défectueux en 1995 n'a jamais fonctionné.



Griffe cubitale

Les instruments avaient été commandés et livrés mais la réception de conformité n'avait pas été faite par manque de compétences présentes. Beaucoup d'instruments ne correspondaient pas à la demande qui était précise, en particulier sur la taille. Le docteur Smahi a couru partout pendant trois jours afin de réunir avec succès ce qui manquait ainsi que le docteur Mochhoury qui a pu emprunter dans son hôpital quelques instruments.

3 malades opérés en 95 ont été revus à cette occasion et le résultat particulièrement bon d'un malade a dopé tous les enthousiasmes. En revanche, 3 décompressions nerveuses revues à cette occasion semblent être une mauvaise indication et les cicatrices montrent qu'il ne s'agit que d'une ouverture du canal étroit et pas d'une décompression avec épineurectomie partielle. On propose de fournir un document avec les indications des décompressions des névrites. Une boîte de chirurgie de transfert a été constituée avec listing précis afin d'éviter de devoir ouvrir plusieurs boîtes à chaque intervention.

2. Déroulement

13 ou 14 malades ont été opérés de 15 palliatifs avec 4 Giraudeau et 2 Zancolli V pour paralysies cubitales, 5 Thompson pour paralysies du médian, 2 Carayon pour paralysies du SPE, 2 Montandon pour lagophthalmies. Les arthrodèses inter phalangiennes ont été repoussées à plus tard en raison des problèmes de moteur et de pince coupante.

Aucune intervention de Gillies n'a été retenue, le seul malade avec une bonne indication ayant refusé catégoriquement l'intervention proposée.

3. Remarques et commentaires

La très bonne impression de 95 est toujours d'actualité grâce à la continuité des personnes, médecins, infirmiers. La différence heureuse vient d'une meilleure dynamique encore car on sent les gens devenus plus responsables et plus motivés. La volonté d'Emmaüs-Suisse et de son représentant, le Dr B. Rollier, d'autonomiser et de responsabiliser les acteurs de programme en sont la cause.

La grande différence entre les chirurgiens de 95 et ceux de cette mission est que les derniers sont volontaires pour venir opérer de temps en temps en s'organisant et ne sont pas " nommés " comme l'étaient les premiers. La motivation et le suivi étaient différents ce qui augure bien de l'évolution. On ne peut que regretter la disparition rapide des trois chirurgiens de 95. Par ailleurs, des indications ont été retenues de façon précise. Il paraît donc logique de refaire le point sur les techniques assez rapidement et de ne pas les laisser seuls ; il faut savoir que les techniques de chirurgie palliative sont difficiles, doivent être réglées et seules la pratique et l'expérience le permettent.

Sur le plan technique il faut réparer le climatiseur de la salle et impérativement vérifier la stérilité du linge en autoclave et des instruments en poupinel avec des rubans témoins (test de BOWIE et DICK déjà proposé dans le rapport de 95). Pour le poupinel, 20 minutes à 180° vérifiés sont suffisants, 45 minutes " cuisent " les instruments qui vont se dégrader vite.

Si les instruments achetés et qui ne correspondent pas peuvent être échangés, il ne manque plus grand chose dans ce bloc opératoire et tout peut être trouvé sur place assez facilement. En voici la liste :

- une barre à genoux pour la table d'opération (menuisier métallique - Casa)
- un appui inverse pour escamoter la jambe controlatérale (menuisier métallique - Casa)
- une plaque écarteur à main (menuisier métallique - Casa)
- deux tabourets roulants à hauteur variable (Casa)
- une pince coupante (SMEF, Casa)
- un petit moteur électrique de bijoutier à vitesse variable (800FF au BHV à Paris)
- des rubans de stérilisation autoclave et poupinel (COOPER Casa) ;

Il est souhaitable que les portes du bloc restent fermées et quelques portes à battants automatiques avec valets pourraient régler ce problème. Il faut aussi que les médecins et infirmiers ne sortent pas du bloc avec les pyjamas verts.

Documents à fournir :

- les décompressions nerveuses
- traitement simplifié des MPP
- dernier document PIRP de l'ILAD
- techniques Montandon
- technique du sucre
- livre Carayon
- l'atteinte oculaire

Pour l'organisation de la PIRP et de la réadaptation la situation est identique à 95. Le volet chirurgie est maintenant en place et opérationnel. Le volet prise en charge des névrites, les ateliers de formation et écoles ont toujours bien fonctionné. Il manque donc toujours toute la part éducation sani-

taire, prévention des névrites, exercices de maintien et rééducation des névrites, chaussures. Le constat et les remarques faites en 95 restent d'actualité.

Pour la rééducation des palliatifs un gros effort d'organisation a été fait pour libérer le rééducateur afin de préparer les malades et de les rééduquer trois semaines après les interventions. Il va quand même se retrouver tous les jours avec un nouveau malade et au bout de 15 jours avec 12 malades en même temps ce qui nécessitera plus d'un temps plein pendant un mois. Il a bien été clairement dit et expliqué que le geste opératoire représentait moins de la moitié dans le résultat fonctionnel final. Plus tard, les malades étant opérés au coup par coup et un à la fois, la situation devrait être meilleure. Cependant, il y a eu très peu de contact entre les chirurgiens et la rééducation ; la chirurgie fonctionnelle est une activité d'équipe.

Pour les MPP, la prise en charge chirurgicale est maintenant possible et la prise en charge des soins a bénéficié largement du séminaire de 95. Il n'en reste pas moins que la décharge en cours de traitement est une condition primordiale.

CONCLUSIONS

Tous les espoirs sont maintenant permis pour que le bloc fonctionne. On ne peut que souhaiter une **collaboration** étroite entre les chirurgiens et **l'équipe de rééducation**. Dans un délai assez court il faudra évaluer le travail fait. Il semble plus intéressant de **former les chirurgiens sur place** dans leur structure et avec leur matériel pour prouver que cela est possible ; toutes les expériences de formation en dehors, dans les grands centres de chirurgie lèpre, qui deviennent rares dans le monde (Inde, Brésil, Ethiopie), ont été des échecs.

**Aujourd'hui, les gens connaissent le prix de tout,
mais ne connaissent pas la valeur des choses.**
Oscar Wilde.

■ LÈPRE ET RELIGION

Nicole Doche

Nous n'envisagerons, dans cet article, que la lèpre dans la religion chrétienne, un autre article étant prévu, pour le numéro suivant, sur le thème "Lèpre et Islam".



La lèpre malédiction

La lèpre eut de toute évidence une image négative dans l'imaginaire collectif, comme nous le rappelle Isabelle Broz, dans un article paru dans le magazine marocain "Demain" du 12-11-2000 : "La lèpre était une **malédiction** [...] Accompagnée de déformations, elle rendait le malade inapte au travail [...] Il devenait un **rebut social** et particulièrement **impur**, puisque propagateur du mal [...] Le lépreux répandait autour de lui la **terreur**, en signalant sa présence, en agitant sa crécelle pour écarter de lui les bien-portants".

La lèpre réhabilitée

Isabelle Broz précise que, cependant, "cette maladie connaît une certaine **réhabilitation** dans la Bible et le Coran, où elle y est guérie de façon miraculeuse".

Gérard Bessière évoque et commente pour nous certains textes des livres saints :

"Dans l'Ancien Testament (c'est ainsi que les chrétiens désignent les livres saints qu'ils ont en commun avec les Juifs), la lèpre est considérée comme un **châtiment divin**. Elle est le symbole du **péché**. Mais, dans les Chants du Serviteur Souffrant (Isaïe 53/3-12), il est question d'un personnage dont on se détourne comme devant un lépreux, alors qu'il est innocent et qu'il porte sur lui les péchés des hommes pour les guérir. Le Nouveau Testament (les écrits des premiers chrétiens) verra dans ce texte **l'annonce de la passion et de la mort de Jésus**.

Dans la Bible (Ancien et Nouveau Testament), on rencontre aussi des **guérisons miraculeuses de lépreux**. Exemples : dans l'Ancien Testament, on lit celle de Naaman le Syrien, (2^{ème} livre des rois 5) et dans le Nouveau Testament, l'Evangile de Marc (1/40-42) rapporte : "Un lépreux s'approche de Jésus ; il le supplie et tombe à genoux en lui

disant : "Si tu le veux, tu peux me purifier". Pris de pitié, Jésus étendit la main et le toucha. Il lui dit : "Je le veux, sois purifié." A l'instant, la lèpre le quitta".

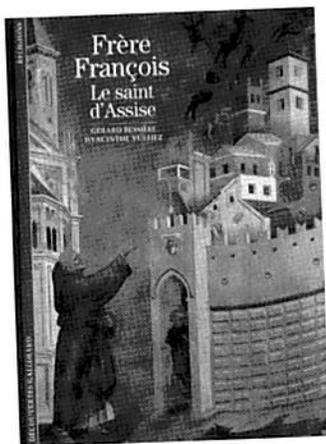
Au rejet se substitue la compassion, à la condamnation le salut. Le lépreux guéri est le symbole du Royaume de Dieu qui commence, du monde rénové par Dieu. Jésus enverra ses disciples en mission, en leur disant : "Proclamez que le Royaume de Dieu s'est approché, guérissez les malades, ressuscitez les morts, **purifiez les lépreux...**" En évoquant le Christ défiguré en sa Passion, les disciples se souviendront du Serviteur Souffrant d'Isaïe 53. Le lépreux pourra désormais évoquer le **Crucifié** qui ouvre à l'humanité la voie du **Salut**."

C'est dans ce même contexte christianisé, poursuit Isabelle Broz, que la maladie se retrouve au cinéma et en littérature : "Dans **Ben Hur**, film de William Wyller, la guérison des lépreux, à la fin du film, annonce la **résurrection** du Christ. Ils sont donc le signe tangible de la rédemption, du rachat de leurs frères, du salut. L'image du lépreux est **glorifiée**, à un point tel que le malade se confond avec l'image du rédempteur lui-même".

Dans la **légende de St Julien l'Hospitalier**, Flaubert fait intervenir un lépreux qui rend visite à Julien : "L'espèce de linceul qui le recouvrait était tombé jusqu'à ses bras maigres qui disparaissaient sous des plaques de pustules écailleuses. Des rides énormes labouraient son front. Tel un squelette, il avait un trou à la place du nez et ses lèvres bleuâtres dégageaient une haleine épaisse comme du brouillard et nauséabonde." Quelques lignes plus loin, on lit que Julien a accepté de se coucher sur le lépreux pour le réchauffer. "Alors le lépreux l'étreignit et ses yeux tout à coup prirent une clarté d'étoile et celui, dont les bras le seraient toujours, grandissait, grandissait, touchant de sa tête et de ses pieds les deux murs de la cabane." Le toit s'envola, le firmament se déploya, face à face avec Notre Seigneur Jésus qui l'emportait dans le ciel."

La lèpre et Saint François d'Assise

Après avoir lu : **Frère François, le saint d'Assise** de Gérard Bessière et Hyacinthe Vulliez, **Le pauvre d'Orient** d'Alain Absire et **Des Fleurs en enfer** de Luc Andrian, il apparaît qu'avec François d'Assise et ses descendants dans la foi, notamment les Frères Franciscains du Renouveau du Bronx, la lèpre, au sens strict et au sens large, devient, comme le dit Isabelle Broz dans son article, "**objet de compassion et de rachat et le contact avec les lépreux devient symbole de la**



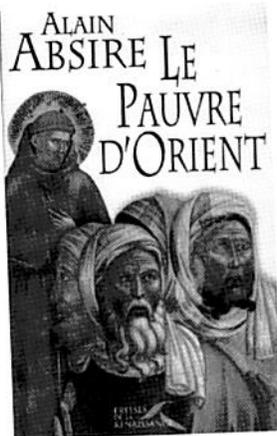
victoire de l'esprit sur la chair".

En effet, la conversion de François dont nous trouvons le récit dans le livre de G. Bessière et H. Vulliez, devient définitive, dès qu'il a pu vaincre sa répulsion physique et **toucher** les lépreux.

- Le baiser au lépreux et la conversion de François

"En 1205, nous disent les auteurs, François se promène à cheval, dans les environs d'Assise [...] Soudain, il aperçoit un lépreux. [...] Habituellement, lorsqu'il en rencontrait, il ne leur faisait pas l'aumône et détournait son visage en se bouchant les narines. "Ce jour là, il descendit de cheval, donna une pièce d'argent à un lépreux en lui **baisant la main**". "Il s'est fait violence, il a renversé une barrière intérieure infranchissable, **sa vie vient de basculer** et dans les jours qui suivent, "il visita l'hôpital des lépreux, distribua de l'argent à chacun d'eux et leur baisa la main et la bouche... Il séjournait parmi eux et les servait humblement". Le témoignage de François en personne, dès le début de son Testament, établira, sans contestation possible, que **la rencontre des lépreux fut le choc décisif de sa conversion** "Le Seigneur me donna ainsi à moi, Frère François, de commencer à faire pénitence. Lorsque j'étais dans le péché, il me semblait extrêmement amer de voir des lépreux et le Seigneur lui-même me conduisit parmi eux et je leur fis miséricorde et en m'en allant de chez eux ce qui me semblait amer fut changé pour moi en douceur de l'âme et du corps et, après cela, je ne restais que peu de temps et je sortis du siècle". Il est libéré."

- Le lépreux est toujours présent dans la vie de François d'Assise



Durant la vie de François, le lépreux est toujours présent. A. Absire, dans *Le pauvre d'Orient*, rapporte la rencontre de François et de **3 lépreux musulmans**, dans les ruelles de Damiette en Egypte, (où François s'était rendu pour aider ses frères Croisés et rencontrer le Sultan Malek al Kamel).

"Les malheureux avançaient courbés, le plus grand des trois tendit son bras pour mendier, sa

main n'avait plus de doigts. A ses cotés, la figure de son compagnon prenait une apparence de cuir rugueux [...] Quant au dernier, l'humeur visqueuse qui coulait sur son visage avait rougi ses lèvres [...] Mais François le savait : dans la prison de ce corps disgracieux, **l'étoile immortelle de l'âme brillait** [...] Il n'avait plus rien d'humain car c'était les maladies du monde qu'il portait".

Aux derniers jours de sa vie, François est encore obsédé par la lèpre et peu de temps avant sa mort, il veut "**reprandre le service des lépreux et sa vie méprisée de naguère**".

Ses disciples, eux aussi, ont les lépreux présents à l'esprit et Jean de La Chapelle, vers 1219, essaie de former un ordre à part avec des lépreux.

- Les Frères Franciscains et les déshérités

La lèpre, en tant que maladie, est malheureusement toujours présente dans les pays les plus pauvres, mais, dans les pays plus riches, il y a d'autres maux dignes, eux aussi, de compassion ; de nos jours, dans le Bronx à New York, la Fraternité des Franciscains du Renouveau est quotidiennement confrontée aux déshérités des quartiers les plus pauvres, comme nous le raconte Luc Adrian dans son magnifique livre *Des fleurs en enfer* et "chacun des frères a un lépreux à embrasser et à **toucher**" comme François d'Assise.

Pour Frère Michael, c'est un malade du SIDA, tombé de son lit, qu'il remonte sur sa couche dans "une délicate accolade". A la suite de quoi une joie vive l'envahit.

Pour Frère Stann, c'est une femme handicapée sans abri qu'il ne supportait plus et à qui cependant il a ouvert grand la porte en lui demandant pardon.

Frère Glenn dit qu'il a compris qu'il fallait **toucher** les pauvres, après qu'un homme "un peu dérangé" l'eut remercié pour "**la sainte touche**", c'est-à-dire une longue accolade.

Et celui-ci d'ajouter : "**Seigneur, je te remercie pour la grâce de te servir et de te toucher dans tes pauvres, tous ceux qui tombent mal, qui ne disent pas merci, qui sentent mauvais, sans eux je serais livré à moi-même, à mon égoïsme...**"

Références :

- Gérard Bessière, Hyacinthe Vulliez, *Frère François, Le saint d'Assise*, Découvertes Gallimard
- Alain Absire, *Le pauvre d'Orient*, Presses de la Renaissance
- Luc Adrian, *Des fleurs en enfer*, Presses de la Renaissance
- Isabelle Broz, in *Demain* (12.11.2000)



Saint François et la crèche

François d'Assise n'a pas inventé la crèche, mais il a contribué d'une manière décisive à la répandre. A Bethléem, dès le 3ème siècle, on montrait la grotte de la Nativité et la mangeoire où avait reposé Jésus. Au 4ème siècle, Hélène, la mère de l'empereur Constantin, fit construire une basilique au dessus de cette grotte. Au 6ème siècle, à Rome, en la basilique Sainte Marie Majeure, un oratoire imite la grotte de Bethléem, et une mangeoire est exposée. Vers le 11ème siècle, des jeux liturgiques mettent une note populaire dans la célébration de la nuit de Noël. On y voit les bergers et les mages venir adorer le nouveau-né, représenté par une statue de bois. François va créer du nouveau : le 25 décembre 1223, il réalise une crèche vivante, avec la population de Greccio. Il avait dit son souhait : " je veux évoquer le souvenir de l'enfant de Bethléem et de sa grande pauvreté, je veux le voir de mes yeux de chair, tel qu'il était, couché dans une mangeoire et dormant sur le foin entre un bœuf et un âne ".

Les Franciscains propagèrent la dévotion à la crèche. Aujourd'hui, elle accompagne partout la célébration de Noël.

Gérard Bessière

■ NOUVEAUX LIVRES



Les instituts Pasteur d'Outre-mer
Jean-Dierre Dedet, ed. L'Harmattan

Si de nombreux livres ont été consacrés à Louis Pasteur ou à l'Institut qui porte son nom, aucun ouvrage spécifique n'a été écrit jusqu'à présent sur l'ensemble des Instituts Pasteur dans le monde. Cette structure unique en son genre est peu connue du grand public, malgré une longévité remarquable (22 établissements existent encore aujourd'hui, dont 19 portent le nom de Pasteur) et malgré le grand retentissement de certaines des découvertes qui y furent faites.

Le présent ouvrage se propose de combler cette lacune et s'attache à reconstituer l'histoire des Instituts Pasteur d'outre-mer. Il brosse un tableau de l'œuvre accomplie depuis plus d'un siècle par des générations d'hommes, dans le sillage de Pasteur et de ses élèves. Il envisage successivement les divers Instituts Pasteur créés sur les 5 continents. L'ouvrage évoque ensuite les générations de médecins, pharmaciens, vétérinaires et scientifiques qui contribuèrent à la réalisation de cette œuvre. Il tente de dégager un bilan global et s'interroge sur les perspectives à l'aube du XXI^{ème} siècle. Enfin, il met en lumière la contribution importante de la science biologique et médicale française à la connaissance des maladies infectieuses dans le monde et à l'amélioration de la santé des populations des régions tropicales.



Dermatologie sur peau noire
Antoine Mahé, ed. Doin

La dermatologie de la **peau dite "noire"** représente un volet classique de cette spécialité, mais qui reste mal connue à bien des égards. En effet les traités classiques de dermatologie abordent peu ce thème ou le confinent à des chapitres de "dermatologie tropicale" en n'évitant pas toujours certaines idées reçues. Du fait de l'expansion des migrations intercontinentales tout praticien est pourtant susceptible d'être confronté à cette problématique.

Fondé sur la expérience de l'auteur ainsi que sur une revue exhaustive et critique de la littérature sur ce thème, cet ouvrage didactique et abondamment iconographié se veut consacré aux originalités de la pratique dermatologique sur les peaux noires. Après avoir défini les cadres conceptuels et nosologiques du sujet, il aborde les domaines complémentaires que sont la physiologie, la séméiologie, la pathologie et la thérapeutique.

Au delà d'une approche strictement dermatologique, cet ouvrage invite de plus le lecteur à s'ouvrir à une médecine plus globale, intégrant la dimension ethnique des individus. **Ce livre novateur s'adresse non seulement aux dermatologues, aux tropicalistes et aux agents de santé des pays du Sud, mais aussi à tout médecin désireux d'améliorer sa pratique lors de l'abord de sujets migrants.**

■ ANALYSE DE LIVRE :

Jean-Christophe Rufin, *Les Causes perdues* (Gallimard)

Un livre sur les problèmes liés à l'appui humanitaire aux populations en souffrance des pays du Sud.

Orphelins des idéologies et des grandes causes à défendre, les "humanitaires" sont mis en scène de l'intérieur, sans les clichés qui encombrant leur légende. Ils nous révèlent leurs destins individuels, leurs amours, leurs faiblesses et les dilemmes profonds de leur action.

Ce livre est écrit sous forme d'un journal dont le narrateur est un vieil "arménien d'Afrique", servant de conseiller au responsable d'une ONG européenne venue, en 1985, à Asmara en Erythrée (Ethiopie) pour soigner les populations souffrant de la famine.

Le style est vivant et on note un sens aigu de l'observation des comportements, en particulier des "humanitaires" avec leurs personnalités, leurs motivations, leurs styles très différents, ainsi que des quelques anciens fascistes italiens, restés en Ethiopie, les "ensablés" et dont les relations avec les éthiopiens au pouvoir qu'ils ont connus enfants, du temps du Négus, sont assez ambiguës.

Ce livre aborde avec beaucoup de lucidité tous les problèmes de l'appui humanitaire aux populations du Sud, tant au niveau des organisations humanitaires que des gouvernements des pays où ils interviennent.

Il souligne chez les "humanitaires" les problèmes de "pouvoir", inhérent à toute organisation humaine quelque elle soit, les rivalités entre ONG, les motivations de ces volontaires parfois ambiguës parce que si elles sont souvent purement humanitaires elles peuvent être parfois non dénuées d'arrière-pensées politiques ou religieuses.

Les pièges pour les humanitaires sont nombreux :

- On sait l'angoisse des responsables de ces missions dans certaines situations, comme celle qui est rapportée dans ce livre : faut-il rester quand on réalise qu'ainsi on cautionne la politique de déportation des populations, organisée par le gouvernement, avec l'argent des ONG ou partir, comme le font les autres ONG, en abandonnant les populations à une mort certaine ? Quel rôle joueront les motivations purement personnelles dans une telle décision politico-médicale ?

- On sait aussi que dans certaines situations de conflits, la tentation existe pour certains membres des organisations de prendre fait et cause pour des rebelles et de soutenir ainsi concrètement une guérilla.

Quant aux gouvernements de certains de ces pays, ils peuvent parfois manipuler ces pions politiques que représentent pour eux les ONG, pour régler leurs problèmes politiques internes, comme par exemple, dans ce livre, l'organisation de déportations massives de populations en les attirant, comme dans une nasse, dans un camp-hôpital pour réfugiés.

Ils peuvent aussi beaucoup plus concrètement tirer un bénéfice financier en utilisant à leur profit l'argent du "Nord", envoyé par des "généreux donateurs" dont les consciences sont à juste titre troublées par les images toujours très médiatiques des affamés, des cachectiques, errant sur les pistes de ces pays en état de guérilla permanente. Ils peuvent même parfois de la façon la plus cynique entretenir la pauvreté, la misère, la famine, pour en tirer encore plus de bénéfice.

Enfin un problème toujours très délicat est celui des relations entre les humanitaires et ces gouvernements avec les problèmes de souveraineté, d'ingérence. Il faut un dosage subtil pour soutenir ces populations sans se faire taxer de "néocolonialiste".

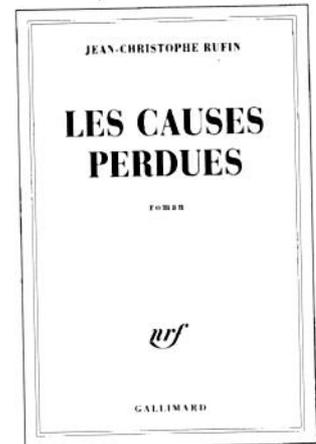
P. B.

Dans ce livre, l'auteur rappelle ce terrible proverbe éthiopien :

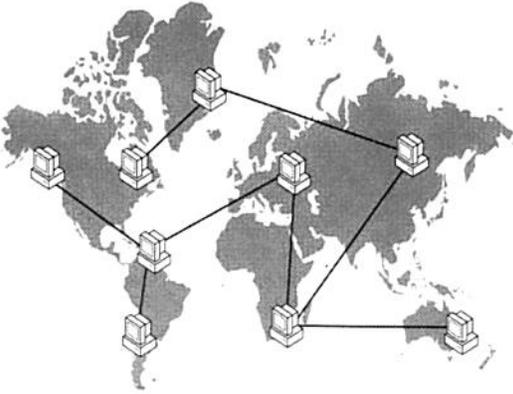
*" Si tu es habile de tes mains,
Tu seras esclave.
Si tu es habile de la langue,
Tu seras... roi "*

Jean-Christophe Rufin, né en 1952, est un des pionniers du mouvement humanitaire "sans frontières", pour lequel il a dirigé de nombreuses missions, en particulier en Afrique de l'Est. Ecrivain, on lui doit à la fois des essais (*L'aventure humanitaire, L'Empire et les nouveaux barbares*) et le cycle romanesque de *L'Abyssin*, actuellement traduit en dix-neuf langues.

**Quand il y a de la place dans le cœur
il y en a dans la maison**
(Proverbe du Danemark)



INTERNET



Soyons Net

Le Web :

La plus grande bibliothèque du monde

- *Le Bulletin de l'ALLF* peut, depuis 8 mois, être consulté sur l'Internet grâce à la Société Française de Dermatologie (SFD) qui nous héberge sur son site. Une actualisation est faite tous les 6 mois au fur et à mesure de la parution du *Bulletin de l'ALLF*.

Vous pouvez nous trouver sur notre site ALLF suivant :

<http://www.sfdermato.net/allf/index.html>



Autres références utiles :

- OMS : - Lèpre : www.who.ch/who.int/lep
- Buruli : www.who.int/gtb-buruli
- ILEP : www.ilep.org.uk
- AFRF : www.raoul-follereau.org
- Soc. Fr. Dermatologie : www.sfdermato.net
- Medline/ PubMed :

www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed

- CHU Rouen : www.chu-rouen.fr/documed/medline.html

- Vietnamié : www.vietnamitie.org

- Dermatologie sur Internet : www.dermatonet.com

- A lire : **Tropiques sur Internet**, un article de **F.J. Louis**, paru dans *Médecine Tropicale*
Ref. : Med.Trop.2000.60.132-134.

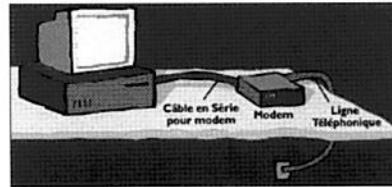
- **Notions de base** sur l'Internet.

Le **Dr Philippe Andrès**, responsable du site Internet de la Soc. Fr. de Dermatologie et grâce à qui notre site a pu être hébergé sur celui de la Société Française de Dermatologie

avait donné, dans le numéro précédent du *BALLF*, quelques notions élémentaires sur Internet, à l'intention de nos lecteurs néophytes en la matière. Voici la suite de ces informations :

INTERNET : Comment ça marche ?

Philippe Andrès



Après une première introduction au réseau mondial parue dans le précédent numéro du *Bulletin de l'ALLF*, nous vous proposons

aujourd'hui de commencer une exploration plus systématique de ce média. Au fil des parutions, nous passerons donc en revue les différents aspects du web : fonctionnement général, navigation, courrier électronique, moteurs de recherche...

Abordons donc aujourd'hui, le **principe de fonctionnement** du "réseau des réseaux".

L'internaute accède au réseau par l'entremise d'un **ordinateur**, d'un **modem** et d'un logiciel de communication appelé **navigateur**. Le **réseau téléphonique** relie l'internaute jusqu'au point d'entrée sur le réseau mondial ménagé par son **fournisseur d'accès**. Ce fournisseur d'accès loue en effet des accès Internet aux particuliers moyennant un abonnement mensuel. Il constitue par là un passage obligatoire : c'est en effet lui qui, par l'intermédiaire d'un **routeur** (qui gère directement des zones d'Internet), vous permettra d'entrer sur le web. Ce routeur, utilise des réseaux à très grande vitesse acheminant les informations d'une région, d'un pays ou d'un continent à l'autre : ce sont les fameuses "autoroutes de l'information". Dernier élément constitutif du système : les **serveurs** Internet. Il s'agit des ordinateurs qui hébergent physiquement les ressources (informations, images, logiciels...) et vous les rendent disponibles sur le réseau.

Quel est l'équipement nécessaire ? On peut accéder à Internet avec la plupart des **ordinateurs** actuels, Mac ou PC. Contrairement à une idée reçue, la configuration minimale requise n'est pas très puissante et ne nécessite pas un investissement lourd : Pentium 133, 16 Mo de mémoire vive et 100 Mo d'espace disque disponible, constituent des minimum largement atteints par les appareils actuellement sur le marché. Il vous faudra aussi un **modem** (contraction des mots modulateur/démodulateur). En effet, le transport des données sur une ligne téléphonique se fait en mode analogique et votre ordinateur fonctionne lui en mode numérique. Aussi, le modem constitue-t-il une interface indispensable pour établir la connexion. C'est également souvent le maillon faible du système compte tenu de sa faible vitesse : il importe donc de bien le choisir pour un confort d'utilisa-

tion optimum... et une facture raisonnable auprès de votre fournisseur Télécom. Détail d'importance concernant la ligne téléphonique : si vous ne voulez pas que vos correspondants tombent régulièrement sur une ligne occupée, vous avez tout intérêt à faire installer une seconde ligne totalement dédiée à votre accès Internet. L'alternative consiste à faire transiter vos données par une ligne Numéris ou via le câble : ces systèmes ont l'avantage d'être plus rapides mais sont également plus onéreux.

Après avoir relié votre ordinateur via le modem au réseau téléphonique, se pose la question cruciale du **fournisseur d'accès** (encore appelé provider), intermédiaire indispensable à la connexion au réseau. Les offres sont innombrables et la guerre commerciale que se livrent ces fournisseurs permet aujourd'hui de surfer (presque) gratuitement. Il faudra néanmoins être vigilant sur la capacité de ces intermédiaires à assurer une transmission confortable des données : cela implique une infrastructure comportant un grand nombre de modems, de serveurs et de connexions. Les grands noms dans ce domaine sont généralement garants de ce service. En cas de doute, n'hésitez pas à consulter les journaux spécialisés qui éditent régulièrement des comparatifs.

Enfin, pour visualiser les sites Web, il vous faudra un **navigateur** (encore appelé browser). Deux logiciels se partagent le marché, Internet Explorer et Netscape Navigator : les deux sont gratuits et généralement livrés par votre fournisseur d'accès (kit de connexion). Il peuvent également se télécharger à partir du web ou (plus simplement) se copier à partir des CD-rom offerts par la plupart des journaux spécialisés.

Tout ceci peut paraître bien compliqué mais il n'en est rien : les kits de connexions se chargent d'assurer la détection de votre modem, la configuration de votre machine ainsi que l'installation du navigateur.

En quelques clics, vous accédez à la plus grande bibliothèque de l'humanité !

Bon surf !

THÈSES

1) *Actualité de la lèpre à Marseille, à propos de 7 cas.* Sophie Tranchand, Marseille - 30 juin 2000

Cette étude a porté sur 7 patients, suivis à Marseille dans 3 services hospitaliers, entre 1991 et 1999, et a permis de conclure :

- à l'origine importée des cas de lèpre dans cette ville, avec une prédominance chez les comoriens, due à une forte endémie lépreuse dans ce territoire et à la présence d'une forte communauté comorienne à Marseille.
- au diagnostic de formes cliniques exclusivement lépromateuses, conduisant à la nécessité d'une prise en charge plus urgente que la forme tuberculoïde.
- à la fréquence de l'érythème noueux lépreux dans la forme multi-bacillaire au cours du traitement par PCT et à son caractère récidivant.
- à l'importance des mutilations engendrées par la lèpre non traitée.
- à des thérapeutiques variables, mais reproduisant globalement les recommandations de l'OMS.
- à la difficulté du suivi médical et thérapeutique chez ces patients, du fait de conditions socio-économiques souvent difficiles, quelquefois du barrage linguistique et du traitement lourd et astreignant.

La prise en charge de la lèpre en France nécessite :

- d'assurer un diagnostic rapide en l'évoquant et en le documentant sur le plan bactériologique et histologique.
- de mettre en place une aide sociale et financière pour permettre le traitement selon les recommandations de l'OMS.
- de parvenir à assurer un suivi régulier clinique et thérapeutique.
- de détecter les sujets contacts, de vérifier leur éventuelle vaccination par le BCG (dont on sait le rôle bénéfique qu'elle peut avoir dans la protection contre la lèpre) et de discuter l'utilisation éventuelle d'une chimio-prophylaxie par rifampicine en dose unique.

2) *La lèpre : rappels, état des lieux en l'an 2000, perspectives d'avenir.*

Germain Poignant, Lyon - 4 décembre 2000

3) *Epidémiologie de la lèpre en Martinique*

F. Khadji, Marseille

Voir dans ce même numéro (rubrique Epidémiologie) le résumé détaillé de ce travail.

PRIX DE THESE DU PHARO 2000



La remise de cette distinction a eu lieu à Marseille, à l'Institut de Médecine Tropicale du Service de Santé des Armées (IMTSSA), en clôture de la journée scientifique des "Septièmes Actualités du Pharo", le 8 septembre 2000.

Le **prix de thèse du Pharo 2000** a été attribué à **Sœur Valérie Lagarrigue** pour son travail réalisé, en 1999, en terre africaine et intitulé "*L'ulcère de Buruli avec atteinte osseuse : à propos de 33 cas au Bénin*". Soutenue à l'Université de Bordeaux 2 (Pr M. Le Bras), cette thèse remarquable, conduite avec l'appui du Pr F. Portaels (IMT Anvers), décrit tous les

aspects d'une des formes cliniques encore peu rapportée des infections à *Mycobacterium ulcerans*. Ce prix, remis par le Médecin-Général Queguiner, directeur de l'IMTSSA, vient récompenser le travail méritant d'une actrice silencieuse de la lutte contre cette endémie encore méconnue qu'est l'ulcère de Buruli.

R. Josse

Congrès et Réunions

Collège International du Voyage / Emporiatric

< Au seul souci de voyager... >

Colloque en trois temps

PREPARER
FORMER
INFORMER

27-10-2000
15-12-2000
09-02-2001

ASIAN LEPROSY CONGRESS

NOV. 9-13, 2000

Jaypee Palace Hotel, Agra
India

3ème Journée de Dermatologie Tropicale / Pathologie des voyageurs Mt Ste Odile (Strasbourg) 3.2.2001

Contact: Dr. S. Walther
Clinique Dermatologique
1, place de l'Hôpital
67094 Strasbourg
TropDerm@yahoo.com
Fax 0388116040

Programme:
Tuberculose
Cas cliniques
Reisediarrhoeen
Ulcère de Buruli
Maladie de Kaposi
Verletzungen durch Gifttiere
Histopathologie de la peau noire
Arzneimittelreaktionen auf dunkler Haut

COMITE MARTINICAIS DE LUTTE CONTRE LA LEPRE
- FONDATION RAOUL FOLLEREAU -
42^{ème} Journée Mondiale d'Information et de lutte contre la lèpre

CONGRES MEDICAL
LE LEPRE DANS LE MONDE ET DANS LA CARAÏBE

JEUDI 25 JANVIER 2001
Centre Hospitalier Universitaire de Fort-De-France

23^e Congrès International de l'Association des Dermatologistes Francophones

Guyane

Du 22 au 26 février 2001 à Cayenne

■ VICTOR SEGALEN, UN « ESTHÈTE DE GÉNIE »

André Poinot.



Médecin de marine et...quoi d'autre? Il a plus de faces que Janus : écrivain, ethnographe, archéologue, sinologue (et sinisant). Théoricien de "l'exote" et du bovarysme, musicien, critique d'art. Bref, un "touche à tout" de génie, qui fera même de la médecine !

Ce vrai Breton de Brest (son nom veut dire "épi de seigle"), né en 1878, intègre l'Ecole de Santé Navale en 1898 : il y fera diverses découvertes, plus ou moins licites, sera marqué -entre autres- par Huysmans..Sa thèse, *Les cliniciens ès lettres (l'observation médicale chez les écrivains naturalistes)* est plus littéraire que médicale.

Le marin aura deux affectations majeures dans sa brève carrière : la Polynésie et la Chine...

A Tahiti, c'est le bonheur "à hurler de joie" ...Il est évidemment "envahiné", comme Gauguin qui vient de mourir aux Marquises (c'est lui le principal acheteur des "souvenirs" de l'artiste). Il entreprend un très important travail d'érudition sur les Maoris avant l'arrivée des Européens (les *Immémoriaux* paraissent en 1907 sous le pseudonyme de Max Anely).

Retour, en complétant le tour du monde d'Est en Ouest par Ceylan (découverte du Bouddhisme), Djibouti (où il cherche les traces de Rimbaud, l'un de ses Dieux, mort en 1891). Mariage très classique...Brest...Puis des voyages. Paris, fréquentations très culturelles : Debussy, Pierre Louys, Claude Farrère (et l'opium), Rémy de Gourmont, de Gaultier...Puis, la grande affaire de sa vie : la Chine, où il ira trois fois; d'abord comme élève interprète, puis en mission archéologique(1909) avec Gilbert de Voisins (qui paye!). La marine est bonne fille !

En 1911: la médecine (il enseigne en anglais à Tien Sin et fait face à une épidémie de peste).

C'est la grande période de création littéraire : *Briques et Tuiles* (c'est le journal de l'expédition) *Le Fils du ciel*, *René Leys*, *Peintures*, *Odes* et surtout *Stèles*, avec son extravagante édition en 1912, à la chinoise, papier de murier, bois de camphre (pour la première fois, son nom est sur une couverture de livre) avec tout un symbolisme : 81 exemplaires, comme le nombre de dalles de la terrasse du Temple du Ciel (9x9) que seul l'Empereur peut fouler du

pied. Aucun n'est à vendre... A Claudel, consul à Tien Sin : le n°1 et Segalen se réserve le n° 9, chiffre sacré. On comprend que la révolution chinoise déplaie à cet élitiste qui imagine mal un "céleste" en complet veston ou uniforme sud-américain ! Mais il devient le médecin du fils de Yuan Tché Kaï, moitié président de la république, moitié régent. Sans vouloir faire un jeu de mot, quelle sinécure ! Deuxième mission archéologique en 1914 (encore Gilbert de Voisins et le futur amiral Lartigue). Cette expédition, interrompue par la guerre est très importante : ils ont bien failli découvrir l'armée enterrée du 1^{er} empereur Quin Shi Huang. Segalen a bien identifié le tumulus ! Il découvre aussi la plus ancienne statue chinoise connue à ce jour (1^{er} siècle avant J.C, c'est un général chinois à cheval foulant un "barbare"). Malraux pensait le plus grand bien du livre posthume "*Chine, la grande statuaire*".

En France, pendant la guerre, Segalen travaillera à l'Hôpital Maritime de Brest, ira à Dixmude avec les fusiliers marins (curiosité d'esthète plus que patriotisme ?), repartira en 1917 en Chine (mission de négrier : recruter des travailleurs chinois pour les usines d'armement). Il en profite pour travailler la plus "*antipodique des matières*", la Chine ! Le poème "*Tibet*" ne sera pas terminé et, comme Rimbaud pour Zanzibar, il n'atteindra jamais ce pays... Fin de la guerre. Brest. L'épisode tragique de la grippe espagnole nous montre un Segalen, pour une fois, ému par tous ces jeunes morts.

Mais il est frappé lui même par un mal mystérieux, "*la vie s'éloigne de moi*" écrira-t-il. Il sera retrouvé, le 21 mai 1919, dans les bois de Huelgoat, mort au pied d'un arbre, une plaie



garrotée à la cheville, en uniforme de médecin de marine, "Hamlet" à la main... Il n'a pas eu le temps d'achever sa quête du Graal et d'écrire les *Immémoriaux bretons* prévus, "retour à l'os ancestral"...

Peu de temps avant, il a détruit le journal intime tenu depuis toujours.

Que penser ? J'ai écrit il y a longtemps que j'envisageais une leucose, pouvant expliquer l'extrême asthénie et des troubles de la coagulation. J'ai été contrôlé par les gardiens du temple ségalienien.

Une chose est sûre : c'est le plus illustre des navalais, **une promotion porte son nom et aussi l'Université Bordeaux 2, la faculté de lettres de Brest, le lycée international de Hong-Kong !**

Que conseiller comme lecture à son sujet ?

Pour l'île déserte, si un seul ouvrage est permis, pas d'hésitation : les *Actes du colloque de Brest*, octobre 1994; en n°2 : *Vent des royaumes*, de Taylor, sur ses voyages. En ce qui concerne les biographies, Henri Bouillier bien sûr, mais aussi Courtot, Manceron, entre autres. Enfin, au moment de s'enfoncer dans son oeuvre (rappelons que 3 ouvrages seulement ont paru de son vivant : les *Immémoriaux* 1907, *Stèles* 1912 et 1914, *Peintures* 1917) la tâche est facile, depuis les 2 tomes de "Bouquins" (presque tout y est). Autrefois, il fallait accumuler les plaquettes (surtout les "Fata Morgana")

Personnellement, je prends en premier *Le fils du ciel*, puis *René Leys* dans l'édition en deux volumes Chatelain-Julien (pour les notes érudites!) Ne pas oublier que le grand sinologue belge Pierre Ryckmans y trouva son nom de plume "Simon Leys". En 3^{ème}, ex-aequo, le *Journal des Iles* et *Briques et Tuiles*.

Bonne lecture... Segalen a écrit dans une dédicace de *Stèles* : "l'écrit sert à rencontrer des amis".

On fit, comme toujours, un voyage au loin de ce qui n'était qu'un voyage au fond de soi...

Victor Segalen

■ TÉMOIGNAGE : DEUX LÉPROSERIES EN CHINE

Marcel Roux (*).

Je n'aurai pas la prétention de pouvoir vous éclairer sur la situation de la lèpre en Chine, car je n'ai pas étudié la question comme il conviendrait de le faire pour une revue telle que la vôtre. Cependant, je peux vous fournir quelques impressions récoltées au cours des 5 années passées en Chine, en tant que médecin généraliste, et de **ma visite à 2 léproseries**. Je me suis intéressé à la santé en milieu rural et aux enfants des rues, entre autres, c'est-à-dire aux populations en situation précaire, sinon exclues. Je peux vous dire que la vie est dure dans les villages et chacun "rame" pour sortir de cette jungle qu'est devenue la société chinoise contemporaine. Alors que dire de l'existence d'un lépreux ! Officiellement ils seraient entre 16 000 et 22 000 dans tout le pays, mais les statistiques en Chine méritent un chapitre à part !

La première léproserie qu'il m'a été donné de voir était au **Tibet**, en 1996, à environ 30 km de Lhassa. C'était une sorte de petit village pauvre, mais pas trop mal tenu, où certains lépreux vivaient en famille. Il y avait là une dizaine d'enfants dont aucun n'était scolarisé. Les malades se débrouillaient eux-mêmes pour tout. Il n'existait presque pas de ce petit artisanat qui se développe autour de la maladie et que l'on voit beaucoup en Afrique. Un visiteur du Bureau de Santé de la Province venait y faire une visite de temps en temps. Peut-être apportait-il des médicaments mais ceux-ci étaient rares. Les malades, c'est eux qui l'affirmaient, étaient pratiquement tous "blanchis" et ne comprenaient pas comment leurs enfants pouvaient être toujours exclus de l'école ! Ecole qu'ils n'auraient pas pu payer de toute manière. Je pense qu'ils recevaient des rations d'orge de la part du gouvernement.

J'ai reçu un choc en arrivant à la deuxième léproserie, 2 ans plus tard, dans la Province du Guangxi dans la Chine du Sud, à une centaine de kms de Nanning. On y allait pour un problème d'eau. Ces gens n'en n'avaient plus depuis longtemps et il fallait faire des efforts, beaucoup d'efforts, pour s'en procurer à la saison sèche. Les sources qui n'étaient pas tarées étaient éloignées, un martyre de plus pour une population abominablement mutilée par la maladie en pleine déréliction. Pas totalement... à cause de **l'entraide, c'est tout ce qui restait d'humain, à cet endroit, l'entraide ! Le reste n'était que lambeaux et chiffons putrides**. La malade la plus ancienne était arrivée là, quelques années avant la révolution, elle avait 17 ans, il y a 50 ans de cela... Elle n'avait pratiquement plus de membres, le visage dévoré par la maladie. Elle ne fermait plus ses yeux depuis longtemps, c'est ce qui la faisait le plus souffrir et sa cécité récente devait être comme un soulagement, la lumière lui étant devenue insupportable. Les malades avaient construit eux-mêmes leurs gourbis, vivaient en autarcie grâce à un potager et à un climat tropical où les fruits et la canne à sucre ne manquent pas. Beaucoup avaient de la famille, mais ne recevaient jamais de visites, **ils n'appartenaient plus au monde des vivants, en transit, en somme, pour un monde meilleur après une vie en enfer.**

(*) médecin généraliste, Beijing, China.

■ 48ÈME JOURNÉE MONDIALE DES LÉPREUX (Dimanche 28 janvier 2001)



Le risque est grand de voir les progrès importants obtenus dans la lutte contre la lèpre remis en cause si les efforts pour l'éliminer ne sont pas intensifiés. D'où l'importance de **relancer la générosité.....**

En 1954, Raoul Follereau crée la "**Journée Mondiale des Lépreux**". Une initiative à double vocation : dans les pays occidentaux montrer l'**in-**

supportable et réveiller les élans de **générosité** ; dans les pays d'endémie, accentuer l'**information** et sortir les malades de leurs ghettos. Une Journée mondiale annuelle au cours de laquelle chacun se mobilise autour d'un même message d'**espoir**.

En 2001, la 48^{ème} Journée Mondiale est fixée au week-end des **27 et 28 janvier** : dans toute la France, 40 000 bénévoles (écoles, associations, scouts.....), soutenus par une campagne de mobilisation (médias, affichage) d'un mois, sensibiliseront le public sous forme de quêtes dans la rue et d'animations locales. En 1999, 13 millions de francs ont été réunis et autant en 2000... Ce qui n'est pas suffisant.

Il faudrait bien plus pour vaincre la lèpre dans ses derniers retranchements. Un **relâchement** de la lutte entraînerait inéluctablement un **redémarrage de la maladie** et un retour progressif à la situation de 1981, soit 10 millions de malades !

Pour obtenir toujours plus, pour atteindre les nouveaux objectifs que se sont fixés à l'**horizon 2005** l'ensemble des acteurs internationaux engagés – **dépister et traiter précocement quelques 2.5 millions de malades** – toutes les énergies sont nécessaires : celles des médias pour **informer**, celles du public pour **donner**.

(Infos AFRF)

Actions du Rotary International à Madagascar

Programmes de 1997 à 2000 (Projets proposés par E. Hantz, chirurgien à Metz, volontaire du Rotary).

- **1997.** Création et équipement d'un bloc opératoire à **Ampasimanjevo**, pour cas chirurgicaux de gynéco-obstétrique : 22 m³ de matériel et instruments fournis par l'**ARCHE** (Association Rotarienne de Collecte Humanitaire) de Versailles - Satory . Transport financé par la Procure des Missions de Lille.
- **1998.** Envois réguliers par container de matériel de chirurgie, de pansements et de médicaments fournis par les **hôpitaux publics et privés de Metz et de Thionville** et par l'**ARCHE** pour équipement et maintenance des blocs opératoires dans les léproseries de **Marana** (Fianarantsoa) d' **Ambatoabo** (Farafangana) et d' **Ampasimanjevo**.
- **1999.** Equipement d'un important bloc opératoire à **Vohipeno**, fourni par des **hôpitaux de Lorraine, des hôpitaux militaires et par l'ARCHE**.

Le transport maritime du container de 33 m³ et son acheminement de Tamatave à Vohipeno (Cote Est de Madagascar) effectués grâce aux dons des **Rotariens du RC d'Antananarivo**.

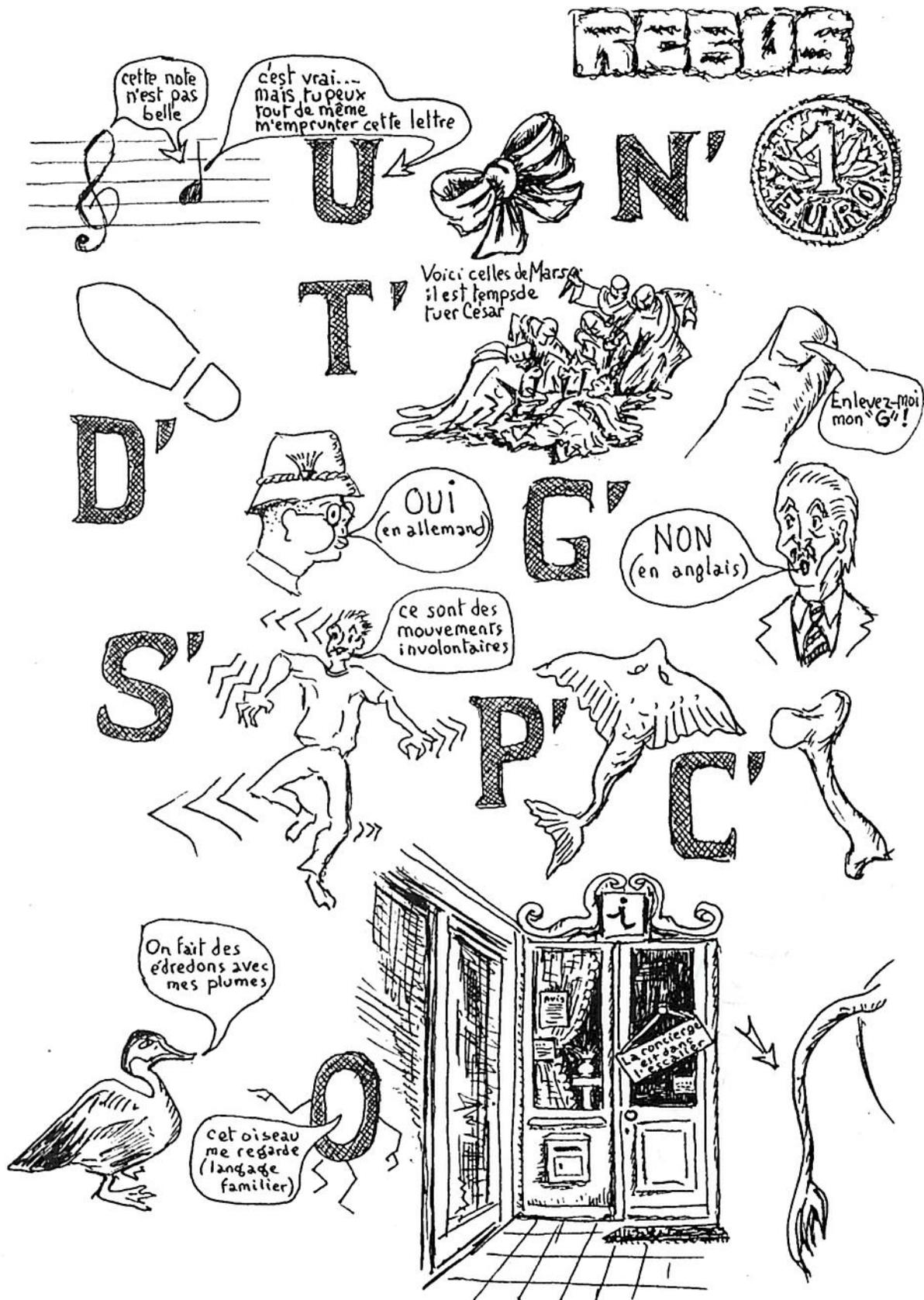
Cet hôpital construit grâce aux dons du diocèse d'Aoste est destiné au traitement des handicapés de la poliomyélite des centres voisins de **Tanjomoha** et d'**Andemaka**, à celui des lépreux et des autres malades chirurgicaux dans ce district très défavorisé .

- **2000.** Réhabilitation et équipement (en cours) des 2 blocs opératoires pour chirurgie de la lèpre au Centre des Maladies transmissibles de **Moramanga** et au Centre de **Manankavaly**.

Matériels, mobiliers et instruments ont été recueillis dans divers **hôpitaux lorrains** (Bitche, Moyeuve, Hôpital Ste Croix, Hôpital Militaire Legouest), d'Allemagne et par des dons personnalisés de parents de rotariens (espèces, microscope, boîtes d'instruments chirurgicaux, appareils d'oxygène...). Le financement des travaux de réhabilitation des locaux et l'installation des fluides médicaux ainsi que l'achat de deux 4/4 ont été fournis par le Rotary Club de **Toulon** (Moramanga), de **Lorraine** (Manankavaly). Les transports ont été financés en grande partie par les Rotariens de **Lorraine, Toulon et Antananarivo**.

- **En 2001.** Prévision de la réhabilitation d'un pavillon de lépreux à **Antalaha** par les Rotary Clubs de **Lorraine et de Montauban**. Prévision d'installation d'un puits au centre de **Tanjomoha** par le Rotary Club de **Grenoble Belledone**. Prévision de réhabilitation d'une **maternité** proche d'Antsirabé par le Rotary Club de **Grenoble**.
- depuis 6 ans, envoi de 2 tonnes (E.Hantz) de médicaments par an grâce à Caritas et Aviation sans frontières .

■ LA LÈPRE EN RÉBUS par Jacques Darquey (solution p. 59)



■ APPELS

1 - Adhésions :

Faites connaître autour de vous l'ALLF. Vous pouvez faire des photocopies du Bulletin d'inscription, et les communiquer à des personnes pouvant être intéressées par l'ALLF.

2 - Cotisations :

Pour les adhérents, merci de nous envoyer tous les ans, en début d'année, le montant de votre abonnement annuel (20 FF, + si vous le pouvez, une cotisation de soutien), selon les modalités précisées.

3 - Demandes d'articles :

Vous êtes déjà nombreux à nous avoir envoyé des "papiers", mais le stock commence à s'épuiser et il faut prévoir les numéros suivants. Adressez-nous des compte-rendus de travaux scientifiques, situation épidémiologique de votre pays, question de formation continue, expérience vécue, anecdotes, ou tout sujet de votre choix. Il faut que ce Bulletin soit "vivant" et pour cela, il a besoin de la participation de vous tous.

4 - Courrier des lecteurs :

Faites nous part de vos réflexions, critiques, suggestions. Pour toute correspondance (adhésions, cotisations, envoi articles, renseignements divers, etc), vous pouvez vous adresser :

• pour les adhérents d'Afrique noire francophone et Madagascar : au médecin coordinateur lèpre de votre pays qui transmettra à l'ALLF à Bordeaux (adresse ci-dessous),

• pour les autres : directement à l'ALLF à Bordeaux :

4 rue Jean-Jacques Bel - 33000 Bordeaux - France

Tel/fax : (33) (0) 5 56 52 32 14

Email : pibobin@fr.packardbell.org



Centre René Labusquière Santé et Développement Médecine tropicale

Université Victor Segalen Bordeaux 2

Directeur Pr Michel LE BRAS

Le Centre René Labusquière est un département fédératif interuniversitaire réunissant au sein de l'Université Victor Segalen Bordeaux 2 et de l'Institut de Santé Publique, d'Épidémiologie et de Développement (ISPED), les enseignants, les chercheurs et les structures ayant une activité pratique en relation avec les pays en voie de développement.

Depuis octobre 1996, il héberge le siège social de l'ALLF.

Prise en charge d'adhésion à l'ALLF

Pour aider de nombreuses personnes à adhérer à l'ALLF, trois initiatives à signaler :

– ALES, qui prend en charge la moitié de l'abonnement annuel de chacun des 200 adhérents du Cameroun, soit 2000 FF ;

– Le Rotary Cub de Grenoble Belledone, pour son don à l'ALLF de 2 500 F qui nous permet d'abonner à notre revue nos adhérents de Madagascar et du Mali .

– Le Rotary Club de Blaye pour son don à l'ALLF de 2 000 F qui nous permettra également de prendre en charge les renouvellements d'abonnements de certains de nos adhérents d'Afrique.

Composition du bureau de l'ALLF

Président :	Pr. Henri ASSE (Abidjan)
Vice-Président :	Mme le Pr. Claude PEAN (Port au Prince)
Secrétaire Général :	Dr. Pierre BOBIN (Bordeaux)
Trésorier :	Pr. Guy DISCAMPS (Bordeaux)
Secrétaires	
Généralistes Adjoints :	Dr. Jean-Louis CARTEL (Pointe à Pitre) Dr. Alexandre TIENDREBEOGO (Bamako)
Comité exécutif :	H. ASSE - P. BOBIN - G. DISCAMPS
Adresse de correspondance :	ALLF 4, rue Jean Jacques Bel, 33000 BORDEAUX - FRANCE Tél/Fax : (33) (0)5 56 52 32 14 Email : pibobin@fr.packardbell.org

■ PRIX "PAUL LAVIRON"

Le prix Paul LAVIRON est attribué par l'Institut de Médecine Tropicale du Service de Santé des Armées.

Ce prix est destiné à récompenser des travaux sur la lèpre, sa connaissance, sa thérapeutique, son contrôle. Ces travaux devront être substantiels et originaux. Ce seront des travaux non publiés, ou des travaux publiés depuis moins de cinq ans. Le montant est de 10 000 FF.

Les candidatures et une présentation des travaux, accompagnée des documents correspondants doivent être adressées au :

Médecin-Général-Inspecteur,
Directeur de l'Institut de Médecine Tropicale
du Service de Santé des Armées
Parc du Pharo B.P. 46
13998 Marseille-Armées France.

Bulletin d'inscription ou Renouvellement d'abonnement

Nom : Prénom :
Fonction :
Adresse :
Pays :
Tél : Fax :
E-mail :

- Souhaite adhérer à l'A.L.L.F.
 Souhaite renouveler mon abonnement pour 2001

Ci-joint, le paiement :

de ma cotisation annuelle 20 FF.
 d'un don (facultatif) de soutien à l'A.L.L.F.
Total

Adresser le bon ci-dessus et votre paiement selon les modalités suivantes :

- espèces - à payer au médecin coordinateur lèpre de votre pays (contre un reçu).
 virement international à Association des Léprologues de Langue Française
BNP Bordeaux-Tourny France
Code banque : 30004 - Code guichet : 00588 - N° compte : 28032 clé RIB 64
 chèque bancaire à l'ordre de l'ALLF
à adresser à l' Association des Léprologues de Langue Française
4 rue Jean Jacques Bel 33000 BORDEAUX FRANCE
Tél. et Fax. 05 56 52 32 14

Un accusé de réception et votre carte d'adhérent vous seront adressés dès réception de votre demande.



BULLETIN de l'Association des Léprologues de Langue Française ALLF

N° 8 - janvier 2001

Rédacteur en chef : P. BOBIN

Rédacteur Afrique et Conseiller scientifique : A. TIENDREBEOGO

Illustrations : J. DARQUEY

Secrétariat : M.-H. SCHNEIDER et M. F. DESTANG

Conception / réalisation : éditions confluences - Impression : imprimerie GIE SCENE (Saint-Étienne)

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 : pibobin@fr.packardbell.org

Siège Social A.L.L.F.

Centre René Labusquière - Université Victor Segalen Bordeaux 2

■ SOLUTION DU REBUS

" LA " LAID PRÊTE " U " - NŒUD - N'EURO - PAS - T'IDES - ONLE - D'YA - G'NO - S'TICS - P'RAIE - C'OS - EIDER MATE " O " - LOGE " I " - QUEUE.

LA LEPRE EST UNE NEUROPATHIE DONT LE DIAGNOSTIC PRECOCE EST DERMATOLOGIQUE



Bulletin de l'ALLF n° 8 – Janvier 2001

- Editorial		p. 1
- Epidémiologie		
- La lèpre dans le monde en l'an 2000		p. 2
- Statistiques OMS et commentaires		
- La guerre de la prévalence n'aura pas lieu		
- La lèpre en Afrique	A. TIENDREBEOGO	p. 5
- Élimination de la lèpre au Mali	A. TIENDREBEOGO	p. 10
- La lèpre au Congo-Brazza	D. OBVALA	p. 14
- La lèpre en Argentine	V.E. MERLIN	p. 16
- La lèpre en Martinique	F. KADJI	p. 19
- La lèpre en Espagne	J. TERENCIO DE LAS AGUAS	p. 24
- Quelques réflexions	M. LECHAT	p. 26
- La lèpre en Guyane française	L. BERRAMDANI	p. 28
- Formation continue		
- La recherche en léprologie	P. BOBIN	p. 30
- Diagnostic bactériologique de la lèpre	G. DISCAMPS	p. 32
- Un Ziehl qui perd sa couleur	S.R. PATTYN	p. 33
- Lèpre multibacillaire chez une parisienne	P. BOURÉE	p. 34
- Fiabilité du diagnostic de la lèpre	E. DECLERCQ	p. 35
- Débat :	M. LECHAT	p. 37
- Infos		
- Projet pilote de dermatologie communautaire	A. MAHÉ	p. 38
- Ulcère de Buruli		
- Prise en charge kinésithérapique	V. SLYPEN	p. 40
- Ulcère de Buruli au Togo	P. T. PITCHÉ	p. 41
- Bibliographie récente	R. JOSSE	p. 42
- Prédiction clinique de neuropathie		p. 43
- Documents OMS		p. 44
- Chirurgie de la lèpre au Maroc	M. Y. GRAUWIN	p. 45
- Lèpre et religion	N. DOCHE	p. 47
- Nouveaux livres		p. 49
- Analyse de livre		p. 50
- Internet	P. ANDRÈS	p. 51
- Thèses		p. 52
- Congrès et Réunions		p. 53
- Victor Segalen, un esthète de génie	A. POINOT	p. 54
- Deux léproseries en Chine	M. ROUX	p. 55
- 48 ^{ème} Journée mondiale des lépreux		p. 56
- Actions du Rotary		p. 56
- Rébus	J. DARQUEY	p. 57
- La vie de l'ALLF		p. 58
- Bulletin inscription		p. 59