

Bulletin de la Société d'Histoire de la Guadeloupe



La lutte contre la lèpre en Guadeloupe de 1725 à 2007

Jacques MILLAN

Numéro 181-182, septembre–décembre 2018, janvier–avril 2019

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1056379ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1056379ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Société d'Histoire de la Guadeloupe

ISSN

0583-8266 (imprimé)

2276-1993 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

MILLAN, J. (2018). La lutte contre la lèpre en Guadeloupe de 1725 à 2007. *Bulletin de la Société d'Histoire de la Guadeloupe*, (181-182), 131–159. <https://doi.org/10.7202/1056379ar>

Tous droits réservés © Société d'Histoire de la Guadeloupe, 2019

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

<https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

érudit

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

<https://www.erudit.org/fr/>

La lutte contre la lèpre en Guadeloupe De 1725 à 2007

*Jacques MILLAN*¹

La lutte contre la lèpre en Guadeloupe est marquée par deux évolutions. D'abord l'évolution administrative, économique et sociale de la Guadeloupe qui est passée du statut de colonie à celui de département français. Ensuite l'évolution thérapeutique avec la survenue de traitements de plus en plus efficaces ce qui nous permet de distinguer quatre périodes dans cette histoire : la ségrégation, la période du traitement par l'huile de chaulmoogra, celle des traitements sulfonés et enfin la polychimiothérapie. Pour chaque période nous verrons avec le développement des structures sanitaires concernées, comment s'est organisée la lutte contre la lèpre.

I – LA SEGREGATION

Depuis l'Antiquité le rejet des malades atteints de lèpre a été le seul recours adopté par toutes les sociétés pour se protéger contre ce fléau. A la Guadeloupe, du XVIII^e au XIX^e siècle la lutte contre la lèpre est commandée par la peur et se résume à la déportation des lépreux.

La visite des lépreux

En Guadeloupe tout commence en 1725 avec l'apparition d'une maladie pour laquelle on parle de lèpre. L'inquiétude des habitants est telle qu'ils font parvenir au Gouverneur de Moyencourt un mémoire demandant la séquestration des lépreux comme cela se faisait jadis, sinon ils quitteront l'île. En 1728 le Sieur Peyssonnel, médecin du roi, est chargé d'effectuer la visite de 256 personnes suspectes, la plupart dénoncées par leur entourage. Peyssonnel identifie formellement la lèpre. Sa visite lui

1. Ancien Sous-directeur de l'Institut Pasteur de la Guadeloupe (1971-1981)

permet de découvrir 125 lépreux sur une population de 43000 habitants. Cela faisait près de trois siècles que la lèpre avait disparu d'Europe. Le remarquable rapport de Peyssonnel en 1728 est probablement le premier document officiel faisant état de cas de lèpre aux Antilles².

Le roi donne son autorisation pour transporter les lépreux à la Désirade. Ce n'est que trois ans plus tard que ce transfert aura lieu.

Le camp des exclus

La Désirade dresse sa masse tabulaire à l'est de la Grande-Terre dont elle est séparée par un canal d'une dizaine de km où la houle et les courants rendent la navigation difficile. C'est une petite île de 11 km de long sur 2 km de large. La « montagne » est un vaste plateau central pouvant culminer jusqu'à 276 m de hauteur. Au Nord des falaises abruptes, jusqu'à 200 m de hauteur, tombent directement dans l'Océan ; au Sud une étroite plaine côtière bordée de « cayes » où l'on trouve de rares sources³.

Les lépreux furent d'abord installés sur la « Petite Terre », petit îlot inhabité, mais en raison du manque d'eau potable, on dut les transporter sur la Désirade. Là on les plaça sur le plateau central, loin de toute habitation. Mais sur le plateau l'eau manque en saison sèche, il fallut donc trouver un autre emplacement. Finalement c'est la région de Baie-Mahault au nord-est de l'île qui fut choisie en raison de sa situation éloignée et de la présence d'un ravin boisé de gaïac avec un faible cours d'eau. On pensait que l'eau imprégnée par la résine de gaïac aurait une action bénéfique sur les lépreux⁴.

Le « camp » est un vaste espace prélevé sur le Domaine Royal, Les malades ont construit de modestes cases. On leur remet une provision de nourriture pour six mois, un peu de bétail et des outils. Jusqu'en 1852, avec quelques interruptions, un « capitaine » sera chargé de la surveillance du groupe⁵. Une fois à la Désirade aucun malade ne peut en sortir. Il est même permis à toute personne rencontrant un fugitif de le fusiller⁶. Ces mesures draconiennes traduisent bien la terreur inspirée par la lèpre. Mais, en raison de leur trop grande sévérité, elles ne furent jamais appliquées. En 1786, des malades de la Martinique et de Sainte-Lucie rejoignent la léproserie.

Il est évident que seuls des cas très avancés étaient envoyés à la Désirade. Ces malades souvent très handicapés étaient incapables de cultiver leur lopin de terre et donc de subsister par leurs propres moyens. Leurs conditions de vie étaient épouvantables. Aussi dès qu'ils le pouvaient ils regagnaient la Guadeloupe. C'est ainsi qu'en 1788 ils étaient devenus si

2. MILLAN J. ; *Comment la Lèpre fut redécouverte à la Guadeloupe au XVIIIème siècle*, Bulletin de l'Association des Léprologues de Langue Française, n° 27, juin 2012, p. 41-45.

3. LASSERRE G. ; *La Guadeloupe, T. III, les îles et leurs problèmes*, Ed Kolodziej, 1978, p. 883-917

4. LACAZE H. ; *Lèpre et pian aux Antilles- Léproserie de la Désirade*, Archives de médecine navale et coloniale, 1891, n° 55, p. 35-69

5. LACAZE H. ; *Lèpre et pian aux Antilles- Léproserie de la Désirade*, Archives de médecine navale et coloniale, 1891, n° 55, p. 35-69

6. NOËL L. A. ; *La lèpre – Douze années de pratique à l'hospice des lépreux de la Désirade (Guadeloupe)*, Thèse de Médecine, Paris, 1903

nombreux en Grande-Terre que sous la pression de l'opinion publique un nouveau rassemblement en envoya 95 à la Désirade. Mais en 1789 on ne comptait plus dans le camp que 16 lépreux vivant pratiquement nus⁷. En 1795, après avoir repris la Guadeloupe aux Anglais, Victor Hugues consolide l'établissement et envoie une douzaine de soldats veiller sur la léproserie. En 1810 les Anglais étant de nouveau maîtres de la Guadeloupe, l'amiral Cochrane ne voulut pas garder à sa charge l'entretien des lépreux. L'établissement fut détruit et les lépreux déposés à la Pointe-des-Châteaux d'où ils se dispersèrent sur la Grande-Terre répandant l'épouvante dans la population. On les fit alors rechercher puis interner à bord d'un ponton en rade de Pointe-à-Pitre. Finalement un établissement fut rétabli à la Désirade en 1811. Quand la Guadeloupe fut rendue à la France par le traité de Paris en 1814, la léproserie renfermait 65 lépreux⁸.

Il a fallu attendre 1829 pour qu'un premier bâtiment en dur soit construit à la Désirade⁹. Neuf Sœurs de St Paul-de-Chartres rejoignent la Désirade en 1858, pour prendre soin des malades. La léproserie est placée sous l'autorité du Gouverneur, sa direction est confiée aux sœurs hospitalières de St Paul de Chartres. Les malades ont moins peur et se font plus facilement hospitalisés. D'où un accroissement de leur nombre 56 en 1891, 85 en 1902.

L'isolement médical

C'est en 1833 que Armauer Hansen découvre le bacille responsable de la maladie que l'on appellera plus tard *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*). Dès lors, la ségrégation repose sur des bases scientifiques car l'isolement paraît le meilleur moyen d'empêcher la propagation de la maladie. S'inspirant des bons résultats obtenus en Norvège la II^e Conférence Internationale de la Lèpre réunie à Bergen en 1909 recommande l'isolement des lépreux, l'exclusion professionnelle, et la séparation des enfants de leurs parents contagieux.

Le traitement de la lèpre

D'innombrables produits ont été essayés pour le traitement de la lèpre. On pensait guérir la maladie en effaçant les taches et un grand nombre de colorants ont été utilisés dont le bleu de méthylène. En 1870 un médecin d'origine guadeloupéenne, le Dr L. D. Beauperthuy, installé au Venezuela dans la léproserie de Cumaná, est convaincu que la lèpre est curable et déclare avoir mis au point une méthode qui la guérit. Sa renommée est telle que le Gouverneur de la Guadeloupe envoie le Dr Brassac, médecin de la Marine, en mission à Cumaná. La méthode de

7. LASSERRE G. ; *La Guadeloupe, T. III, les îles et leurs problèmes*, Ed Kolodziej, 1978, p. 883-917

8. BOYER – PEYRELEAU E. E. ; *Histoire politique des Antilles Françaises, particulièrement de la Guadeloupe*, Tome III, livre 11, chap. VIII, Ladvocat, libraire, Paris, 1826, (Bibliothèque numérique MANIOC)

9. LACAZE G. ; *Lèpre et pian aux Antilles - Léproserie de la Désirade*, Archives de médecine navale et coloniale, 1891, n° 55, p. 35-69.

Beauperthuy consiste en l'application de topiques assez agressifs sur les lésions cutanées. Le Dr Brassac rapporte 6 cas de guérison sur 42 malade traités mais un seul paraît probant car sans récidence depuis 15 mois. Une nourriture convenable et les mesures d'hygiène ont probablement favorisé les améliorations constatées¹⁰. En 1891, Lacaze estime que le traitement de cette maladie est généralement impuissant et souligne le fatalisme des malades et des Sœurs qui le secondent : « Laissez-les donc tranquilles, docteur, vous n'y pouvez rien, et à quoi bon les faire souffrir inutilement »¹¹.

II – HUILE DE CHAULMOOGRA (de 1900 environ à 1949)

C'est une substance issue de la pharmacopée traditionnelle Indienne, l'huile de chaulmoogra, qui va s'imposer et demeurer pendant des années le seul médicament ayant une activité réelle bien que limitée. Nous ne savons pas quand l'huile de chaulmoogra a été introduite en Guadeloupe. En 1891 le Docteur H. Lacaze signale un jeune malade qui a « reçu » du chaulmoogra, alors que lui-même ne l'utilise pas¹². En 1909 le docteur Noël l'utilise depuis quelques années à la Désirade¹³. Après avoir essayé de nombreux médicaments, il estime que seule l'huile de chaulmoogra paraît utile¹⁴. A cette époque pour Stévenel « l'huile de chaulmoogra est un des seuls remèdes qui ait amené sinon la guérison du moins des arrêts très longs et quelquefois définitifs dans l'évolution de la maladie »¹⁵. Mais ces bons résultats ne peuvent être obtenus qu'avec une administration intensive et continue du médicament. Or beaucoup de patients ne peuvent pas supporter le goût et l'odeur nauséabonde de l'huile de chaulmoogra, d'où des intolérances et un rejet du traitement. De nombreuses mixtures d'huile de chaulmoogra ont été proposées (dont celle de Jeanseime avec du rhum, non employée en Guadeloupe). A la Désirade Noël l'a utilisée sous forme de pilules à doses progressivement croissantes. Une amélioration est manifeste dès le 4^e ou 5^e mois et devient réelle après 10 à 18 mois. Les injections intramusculaires de cette huile très épaisse, quand les seringues n'éclatent pas, sont extrêmement douloureuses. On a surtout utilisé des éthers éthyliques préparés à partir de l'huile de chaulmoogra, en injections intramusculaires indolores et se résorbant assez facilement. De bons résultats ont été enregistrés dans les cas de lèpre bénigne. Dans la lèpre maligne les malades étaient souvent

10. BRASSAC P. J. N. - *Une mission à Cumaná*, Archives de médecine navale, 1869, n° 12, p. 179 -192.

11. LACAZE H. - *Lèpre et pian aux Antilles- Léproserie de la Désirade*, Archives de médecine navale et coloniale, 1891, n° 55, p. 35-69

12. Idem

13. NOËL L. A. - *La lèpre – Douze années de pratique à l'hospice des lépreux de la Désirade (Guadeloupe)*, Thèse de Médecine, Paris, 1903

14. KERMORGANT A. - *Historique sommaire de la lèpre dans nos diverses possessions coloniales*, Annales d'Hygiène et de Médecine Coloniale, imprimerie Nationale, 1905

15. STEVENEL L. - *Essais de traitement de la lèpre par des injections intraveineuses d'émulsion d'huile de chaulmoogra*, Bulletin de la Société de Pathologie Exotique, 1917, tome 10, p. 684-687.

améliorés mais les rechutes fréquentes¹⁶. Selon la formule classique, l'huile de chaulmoogra doit être administrée par voie interne, par voie externe **et pour toujours ...**

L'Hospice de la Désirade

A la mort du Docteur Noël, la Désirade semble être restée sans médecin pendant de nombreuses années¹⁷. A partir de 1930 plusieurs médecins s'y sont succédés. Les deux derniers sont les Docteurs Moutou de 1939 à 1947 et le Docteur Pennec de 1949 à 1958¹⁸. En l'absence de médecin résident c'est un jeune médecin du Laboratoire d'Hygiène qui effectue une tournée hebdomadaire à la Désirade¹⁹. Les soins sont assurés par un médecin, des sœurs et du personnel civil. Le recrutement des malades a subi des réformes. Depuis 1902 l'entrée du malade se fait sur demande écrite de l'intéressé²⁰. Le registre des hospitalisations montre un nombre de malades se situant de 56 en 1891 à 121 en 1899.

Après le cyclone de 1928 qui a détruit toutes les cases, la colonie se décide enfin, entre 1930 et 1935, à construire un hospice convenable pour abriter et traiter les lépreux : une trentaine de petites cases, quelques pavillons médicaux, une chapelle.

Les idées humanitaires progressent. Comme le dit Marcel Léger, « la lutte contre la lèpre ne doit en aucun cas dégénérer en lutte contre les lépreux. Ceux-ci sont des malheureux et non des coupables »²¹. La III^e Conférence Internationale de la lèpre à Strasbourg (1923) recommande toujours l'isolement des lépreux pour limiter la propagation de la maladie mais cet isolement doit être humanitaire. Lors de cette réunion un médecin propose que tout lépreux que l'on croit guéri puisse sortir de son isolement et rejoindre sa famille. Mais Marchoux vient de déclarer « nous ne pouvons jamais affirmer à l'heure actuelle qu'un lépreux est guéri ». Et cette proposition n'est pas retenue. Cette même conférence recommande également que les enfants soient séparés de leurs parents lépreux à la naissance.

Le projet d'un hôpital-hospice Hansénien a été établi en 1948 par le médecin-colonel Muraine, directeur du service de santé de la colonie²².

16. LEGER M. - *Comment concevoir la lutte contre la lèpre dans les colonies françaises*, Bulletin de la Société de Pathologie Exotique. XVI (3), 1923, p. 215-221.

17. LALANNE P. - *Quelques aperçus sur notre colonie de la Guadeloupe et plus spécialement au point de vue pharmaceutique*, Thèse pour le Doctorat de l'Université ; Toulouse, 1034, n° 25.

18. ROSTANT M. - *L'endémie lépreuse aux Antilles françaises*, Acta Leprologica, n° 46-47, 1972, p. 35-44

19. LALANNE P. - *Quelques aperçus sur notre colonie de la Guadeloupe et plus spécialement au point de vue pharmaceutique*, Thèse pour le Doctorat de l'Université ; Toulouse, 1034, n° 25

20. NOËL L. A. - *La lèpre - Douze années de pratique à l'hospice des lépreux de la Désirade (Guadeloupe)*, Thèse de Médecine, Paris, 1903

21. LEGER M. - *Comment concevoir la lutte contre la lèpre dans les colonies françaises*, Bulletin de la Société de Pathologie Exotique. XVI (3), 1923, p. 215-221.

22. MAUZE J. - *Rapport de l'Institut Pasteur de la Guadeloupe, année 1949*, Considérations générales, p. 5-9. La lèpre en Guadeloupe, p. 32-40

De l'Institut d'Hygiène à l'Institut Pasteur

C'est en 1924 qu'est créé à Pointe-à-Pitre le premier Laboratoire d'Hygiène et de Bactériologie de la Guadeloupe²³. En 1945, ce laboratoire est remplacé par un organisme transitoire, l'Institut d'Hygiène et de Prophylaxie qui devient Institut Pasteur de la Guadeloupe en 1948 (plus exactement Laboratoire d'Hygiène géré par l'Institut Pasteur de Paris). C'est en 1955 qu'il sera transféré dans ses locaux actuels sur le morne Jolivière. C'est le laboratoire de chimie de l'Institut d'Hygiène (puis Institut Pasteur) qui traite l'huile de chaulmoogra qui vient de Pondichéry, et réalise sa mise en ampoules.

Les médecins militaires (« Coloniaux », plus tard « Troupes de Marine ») qui ont servi au Laboratoire d'Hygiène puis à l'Institut Pasteur de la Guadeloupe ont une double casquette, ce sont des Spécialistes des Hôpitaux des Armées (Microbiologie, Épidémiologie) et après l'année du Grand Cours de l'Institut Pasteur de Paris, des Pasteuriens passionnés de recherche en Bactériologie et en Immunologie. Ils ont joué un rôle important dans la lutte contre la lèpre à la Guadeloupe.

L'échec de la Ségrégation

En 1930, les Docteurs EVENS, MORAL et LEGER, en mission d'étude, constatent l'échec de la ségrégation²⁴. Ils ont rencontré d'assez nombreux lépreux circulant librement dans les rues de Pointe-à-Pitre. Ne sont envoyés à la Désirade que les sujets impotents. Les autres se font soigner par un médecin qui ne les déclare pas, ou plus souvent ne se font pas soigner du tout. Pour éviter d'être déportés à la Désirade, les lépreux de la Guadeloupe et de la Martinique restent cachés au sein de leur famille, d'autant plus que la lèpre est devenue une maladie à déclaration obligatoire. Ainsi est retardé le diagnostic et favorisée la contagion²⁵. De plus dès qu'ils ne sont plus surveillés les malades de la Désirade viennent régulièrement se réfugier en Grande-Terre.

La ségrégation a eu surtout des effets négatifs. Elle a renforcé la terreur inspirée par la lèpre et les préjugés qui l'entourent, Voici ce qu'en disait un médecin Guadeloupéen en 1975 : « La lèpre est restée une maladie honteuse, une maladie dont on ne parle pas, la maladie des grandes mutilations, la maladie des gens sans nez, sans doigts, aux membres tordus, aux plaies purulentes, des incurables, de ceux que l'on cache ou que l'on évite. Et comment en serait-il autrement tant est proche et vivace le souvenir de la Désirade »²⁶.

Lutte passive organisée (1932-1948)

Conséquence du rapport Evens et Léger qui préconisait des méthodes prophylactiques « plus humaines » que la « séquestration » systématique,

23. idem

24. LEGER M. - *Comment concevoir la lutte contre la lèpre dans les colonies françaises*, Bulletin de la Société de Pathologie Exotique, XVI (3), 1923, p. 215-221.

25. KERMORGANT A. - *Historique sommaire de la lèpre dans nos diverses possessions coloniales*, Annales d'Hygiène et de Médecine Coloniale, imprimerie Nationale, 1905

26. DELANNAY R. - *La lutte contre la lèpre en Guadeloupe - résultats obtenus en Grande-Terre*. Thèse Doctorat en Médecine n° 173, Bordeaux, 1975.

le chef du Service de Santé, le Médecin-Colonel Duliscouet demande un recensement des lépreux et admet le traitement à domicile des malades dont l'état le permet. En 1932, le Laboratoire d'Hygiène et de Bactériologie de Pointe-à-Pitre est autorisé à traiter les Lépreux, c'est le début des **traitements ambulatoires**²⁷. C'est à cette date que l'Institut d'Hygiène a commencé à établir les premiers dossiers de malades, naissance de l'actuel fichier départemental. En 1935 est établie la première organisation officielle de lutte contre la lèpre. Des règles sont édictées concernant le statut du lépreux, la déclaration obligatoire, l'enregistrement, les contrôles, les professions interdites. Seuls sont envoyés à la Désirade les récalcitrants ou ceux dont l'état de santé ou les moyens économiques imposent l'hospitalisation. L'organisation de la lutte est centrée sur le laboratoire d'hygiène et de bactériologie de Pointe-à-Pitre. Dans ce laboratoire est créé un **Service de la Lèpre** chargé de la prophylaxie et du traitement des malades. Tous les lépreux découverts à la Guadeloupe sont envoyés au Laboratoire de Pointe-à-Pitre pour contrôle bactériologique, déclaration officielle, immatriculation et institution du traitement. Le Chef du Service de la Lèpre est chargé du contrôle et de la direction du traitement de tous les cas de lèpre. Il délivre gratuitement les médicaments. Un nombre considérable de malades a été enregistré dans les premières années de la constitution du fichier, 800 durant les 10 premières années mais tous n'étaient vraisemblablement pas des nouveaux cas. Ensuite de 1943 à 1948 nous avons une moyenne de **63** nouveaux cas enregistrés chaque année²⁸.

Dans le monde entier il est alors admis que la « ségrégation forcée » a fait son temps.

Le dépistage et le traitement précoce deviennent la base de la prophylaxie. Centralisation des informations et des directives, traitement ambulatoire marquent un grand progrès. Cependant il s'agit d'une lutte **passive** puisque les malades sont dépistés par le médecin au fur et à mesure qu'ils se présentent devant lui.

Finalement l'huile de chaulmoogra aura été un médicament très utilisé et relativement efficace pendant un demi-siècle ! On comprend que le docteur Mauzé ait rendu hommage « au bon vieux chaulmoogra qui a permis à tant de hanséniens de s'améliorer et de mener une vie quasi normale »²⁹.

III – LES SULFONES

En Guadeloupe c'est en juin 1948 que le docteur Mauzé expérimente au dispensaire antihansénien de l'Institut Pasteur et à la Désirade les premiers dérivés sulfonés : la promine, la cimédone, la diazone³⁰.

27. COURMES E., - *Épidémiologie de la lèpre en Guadeloupe au cours de ces 28 dernières années, de 1932 à 1959*, Archives de l'Institut Pasteur de la Guadeloupe, Rapport technique, Année 1960.

28. Idem

29. MAUZE J. - *Propos à bâtons rompus sur la lèpre en Guadeloupe*, Archives de l'Institut Pasteur de la Guadeloupe, rapport technique 1952, p. 29-34.

30. MAUZE J. - *Rapport de l'Institut Pasteur de la Guadeloupe, année 1949*, Considérations générales, p. 5-9, La lèpre en Guadeloupe, p. 32-40.

En 1949 il note les très bons résultats obtenus avec la partie active de ces produits, la sulfone mère ou **Dapsone**. Cependant pour Mauzé en 1952 l'huile de chaulmoogra garde encore sa place dans le traitement des formes non lépromateuses. Il utilisera les injections d'huile de chaulmoogra associées à la disulone jusqu'en 1954. Mais la dapsone va s'imposer comme le seul traitement de la lèpre et le chaulmoogra sera définitivement éliminé par ses successeurs. Bien supportée, d'une administration facile, très efficace par rapport au chaulmoogra, d'un faible coût, la dapsone se prête bien au traitement ambulatoire. Jusqu'en 1980, elle va être le maître-médicament sur lequel vont se porter les plus grands espoirs.

Durant cette période, dans le monde, d'importantes avancées vont être réalisées dans notre connaissance de la lèpre sur les plans clinique et bactériologique. Incultivable in vitro le bacille de la lèpre va pouvoir être étudié grâce à la technique d'inoculation dans le coussinet plantaire de la souris et l'inoculation au tatou va fournir les quantités importantes de bacilles que nécessite la recherche.

TENTATIVE DE BANALISATION DE LA LUTTE CONTRE LA LEPRE, DE 1949 A 1964

Pourtant l'ère des sulfones débute mal. En 1949 du fait de la départementalisation commence une période d'abandon des mesures de lutte contre la lèpre. L'Institut d'Hygiène devenu Institut Pasteur en cette année 1949, perd ses prérogatives dans le domaine de la lèpre mais conserve son dispensaire spécialisé qui possède près de 1400 dossiers de lépreux³¹. Restent obligatoires la déclaration des nouveaux cas au Directeur Départemental de la Santé et un contrôle bactériologique annuel dans un laboratoire agréé (Laboratoire Départemental d'Hygiène géré par l'Institut Pasteur de la Guadeloupe, Laboratoire Départemental d'Hygiène géré par l'Hôpital de Saint Claude).

C'est à Pointe-Noire qu'est construit un nouvel Hôpital pour les lépreux, non sans difficultés car personne n'en voulait. Il paraît que lors d'une réunion du Conseil Général, le maire de Pointe-Noire, à l'étonnement de ses collègues, a accepté l'implantation de cet Hôpital dans sa commune. Il aurait déclaré plus tard avoir confondu les mots « Hansénien » et « Enseignant »³²...

En 1958 l'Hospice de la Désirade est fermé. Les malades sont transférés dans le nouvel hôpital Hansénien construit à Pointe-Noire. Une Religieuse de la Désirade m'a raconté que personne ne voulant approcher les lépreux, c'est le docteur Pennec et quelques sœurs qui vont assurer seuls ce transfert, Le docteur Pennec devra même se mettre à l'eau pour transporter les malades impotents sur ses épaules de l'embarcation au rivage. Avec cet hôpital la Guadeloupe possède un centre de soins spécialisé

31. MAUZE J. - *Propos à bâtons rompus sur la lèpre en Guadeloupe*, Archives de l'Institut Pasteur de la Guadeloupe, rapport technique 1952, p. 29-34

32. GOURDON F. - *Contribution à l'étude épidémiologique et à la lutte antilépreuse en Guadeloupe*, Thèse Doctorat en Médecine, n° 119, Université Louis Pasteur Strasbourg, 1980

unique dans cette partie des Antilles³³. En 1959 est créé le « comité d'entraide aux lépreux de la Guadeloupe » dont le premier président sera Monsieur Ernest Bonnet³⁴. En février 1960 Monsieur Raoul Follereau, Président de l'Ordre de la Charité, visite l'Institut Pasteur de la Guadeloupe et l'Hôpital Hansénien de Pointe-Noire.

C'est la persistance des deux structures spécialisées, l'Institut Pasteur à Pointe-à-Pitre et l'hôpital Hansénien à Pointe-Noire, qui évitera une évolution catastrophique car cette tentative de banalisation est un échec. Seuls ces deux centres continuent à déclarer des malades. De plus de nombreux médecins continuent à adresser leurs malades à ces centres car ils les estiment plus aptes à assurer la continuité des contrôles bactériologiques et l'assiduité au traitement³⁵. De 1949 à 1964 il y a eu en moyenne **56** cas recensés annuellement dans le département³⁶.

LA CAMPAGNE DE LUTTE ACTIVE A PARTIR DE 1965

1 – Organisation de la lutte contre la lèpre en Guadeloupe :

En 1964 l'Institut Pasteur reçoit de nouveau la mission de gérer le fichier départemental. En 1965 la DDASS (Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale) établit un programme de lutte contre la lèpre, c'est le lancement d'une campagne de lutte intensive contre ce fléau. Le maître d'œuvre est la DDASS qui dirige et finance ce programme. Le département est divisé en deux secteurs :

- **le secteur de la Basse-Terre** avec les îles des Saintes, de St Barthélémy et de St Martin, où la responsabilité de la lutte est confiée à l'hôpital Hansénien,
- **le secteur de la Grande-Terre** avec les îles de Marie Galante et de la Désirade, où cette responsabilité est confiée à l'Institut Pasteur de la Guadeloupe.

Au niveau de la commune, le pivot de la lutte est le **dispensaire polyvalent**.

Les malades sont suivis selon leur choix soit dans le dispensaire polyvalent de leur commune soit dans un des trois centres spécialisés que sont l'Hôpital Hansénien de Pointe-Noire qui demeure le seul service hospitalier spécialisé du département, le dispensaire antihansénien de Basse-Terre, le dispensaire antihansénien de l'Institut Pasteur qui est de loin le centre le plus important par le nombre des malades qui s'y font suivre³⁷.

33. ROSTANT M. - *L'endémie lépreuse aux Antilles françaises*, Acta Leprologica, n° 46-47, 1972, p. 35-44.

34. GOURDON F. – op.cit.

35. ROSTANT M. - *L'endémie lépreuse aux Antilles françaises*, Acta Leprologica, n° 46-47, 1972, p. 35-44.

36. MILLAN J. et LE CORROLLER Y. - *Le dépistage systématique dans la lutte contre la maladie de Hansen : résultats obtenus en Guadeloupe dans le secteur de Grande-Terre*. Médecine d'Afrique Noire, 1974, (10), p. 695-703.

37. CARTERON B. et COURMES E. - *Aperçu épidémiologique et clinique de la lèpre dans les secteurs de Grande-Terre*, Archives de l'Institut Pasteur de la Guadeloupe, Rapport technique année 1967, p. 38-64.

A partir de 1974 le secteur de Grande-Terre est étendu aux îles de St-Martin et St-Barthélémy et aux communes proches de Pointe-à-Pitre, Baie-Mahault, Lamentin et Petit-Bourg (Figure n° 2). A partir de 1979 un seul organisme spécialisé subsiste, le service antihansénien de l'Institut Pasteur de la Guadeloupe. De nouvelles orientations ont été imposées à l'Hôpital Hansénien de Pointe Noire devenu Hôpital Beauperthuy.

Dans la suite de cet exposé nous parlerons surtout du Service Antihansénien de l'Institut Pasteur de la Guadeloupe parce que nous le connaissons bien. Mais une organisation similaire est mise en place dans le secteur de Basse-Terre.

Le Service Antihansénien de l'Institut Pasteur de la Guadeloupe c'est l'union originale, d'un laboratoire de l'Institut Pasteur de la Guadeloupe et d'un dispensaire de la DDASS. Le responsable du Service Antihansénien est un médecin de l'Institut Pasteur, Pastorien microbiologiste et épidémiologiste, qui est en même temps le chef du Laboratoire de Bactériologie et des Mycobactéries. Hommes de terrain et hommes de Laboratoire trois médecins surtout ont marqué l'œuvre et l'évolution de ce service : Bernard Carteron de 1966 à 1969, Jacques Millan de 1971 à 1981 et Jean-louis Cartel de 1981 à 1985.

Le service compte quatre infirmières, cadres départementaux. Deux d'entre elles Mesdames L. Tiha-Lévêque et P. Marcin-Prudenté sont présentes depuis la création de l'Institut Pasteur en 1949 mais avaient très certainement commencé leur carrière au dispensaire Hansénien de l'Institut d'Hygiène. L'équipe comprend une secrétaire médicale, Madame M. Rogers, arrivée dans le service en 1969. Madame M. Rogers était chargée des relations avec la DDASS et les dispensaires communaux, et avait la responsabilité de la tenue des fichiers. Le Service Antihansénien doit gérer en effet plusieurs fichiers :

- **Les fichiers du secteur** : le fichier médical constitué par l'ensemble des livrets médicaux ; le fichier des nouveaux cas contagieux ; le fichier des contacts domiciliaires ; un fichier de répartition par commune, où sont indiquées les zones à forte prévalence (figure n° 2).
- **Le fichier central du département** comporte : un fichier chronologique avec attribution d'un numéro d'ordre où les malades sont inscrits au fur et à mesure des déclarations, (vers 1980, il contenait plus de 4 000 dossiers) ; un fichier alphabétique avec les adresses successives éventuelles.

Les patients qui nous sont adressés par les médecins ou les dermatologues pour confirmation biologique du diagnostic sont déclarés par nos soins, nominativement ou anonymement selon la volonté du patient et celle de son médecin. Les informations contenues dans ces fichiers sont strictement confidentielles.

Le Service Antihansénien est un service « spécialisé ». Cette « spécialisation » est le fruit d'une longue expérience pratique que notre personnel n'a pu acquérir que parce que depuis les années quarante, la grande majorité des nouveaux cas du secteur convergent vers lui.

Le service comprend un poste fixe, le **dispensaire H**, et une équipe mobile le **Service Itinérant**. Le Service Itinérant qui assure toutes les tournées est formée par la secrétaire médicale, une infirmière et un ou deux médecins (le chef de service et parfois un jeune médecin effectuant son service civique). Cette équipe mobile sera le fer de lance de la campagne. Elle s'est d'abord intéressée aux contacts des malades connus. En 1967 ont été lancées des tournées de prospection à Marie-Galante et à la Désirade et en 1968 a commencé le dépistage en milieu scolaire³⁸.

C'est Mme M. Rogers, la Secrétaire médicale, qui planifie et prépare les tournées en combinant visite du dispensaire communal et dépistage scolaire. Les tournées du Service Itinérant ne sont pas des promenades d'agrément en particulier quand il nous faut passer une nuit dans une île. Une fois à Terre-de-Haut nous avons dormi sur la plage où nous avons été dévorés par les moustiques. Une autre fois toujours à Terre-de-Haut, nous avons logé chez l'habitant mais les Saintois se lèvent à quatre heures du matin pour aller pêcher et dans ces cases les cloisons sont basses ... Alors nous avons dû nous contenter du piètre confort des tables d'examen et des rares fauteuils des dispensaires de Terre-de-Haut, de St Martin et de St Barthélémy.

2 – Objectifs

Les Mesures de Prévention Primaire visent à protéger les sujets sains.

Dans ce domaine seule a été appliquée en Guadeloupe **la séparation des enfants** de leurs parents contagieux. Fort heureusement cette mesure est tombée en désuétude depuis la fin des années 60. Nous avons connu 6 cas d'enfants ainsi séparés de leurs parents dont deux en principe à la naissance et qui sont devenus lépreux des années après dans leur famille d'adoption ...

Au Congrès de La Havane en 1948 : la ségrégation a été unanimement condamnée. Cependant en 1952 Mauzé estime que cette liberté ne devrait pas être accordée à n'importe qui, et de citer cette anecdote : « je me souviens de ce malade libre, qui en 1947 ou 1948 m'avait été signalé et qui, aigri par son mal, haineux de la société, poussait le sadisme à frotter des bonbons sur ses plaies bacillifères (sic) pour les offrir aux enfants à la sortie des cinémas »³⁹.

L'isolement est une formule dépassée car comme l'a dit Sansarricq, « lorsqu'un cas lépromateux devient cliniquement évident, il est infiniment probable qu'il a déjà assuré parmi ses contacts toutes les contaminations possibles »⁴⁰. En pratique cependant pour les cas multibacillaires est prescrit un isolement à domicile (bien relatif sans doute), une exclusion scolaire ou un congé de maladie pour une durée de un mois.

38. CARTERON B. et COURMES E., op. cit.

39. MAUZE J. - *Propos à bâtons rompus sur la lèpre en Guadeloupe*, Archives de l'Institut Pasteur de la Guadeloupe, rapport technique 1952, p. 29-34.

40. SANSARRICQ H. - *Épidémiologie de la lèpre. Quelques acquisitions récentes*, Médecine Tropicale, 1976, 36, n° 1, p. 7-19.

La Prévention Secondaire c'est le diagnostic et le traitement précoce des cas de lèpre. Une arme imparfaite dans la mesure où il est impossible d'identifier les malades dès qu'ils sont contagieux. Mais c'est notre seule arme, et il faut donc tout faire pour l'améliorer dans ses trois aspects fondamentaux que sont le traitement efficace, le contrôle des malades contagieux et le dépistage précoce

Le traitement

Sur le plan épidémiologique le but du traitement doit être la négation aussi rapide que possible des malades contagieux. Pour obtenir la confiance du patient il faut que disparaisse la crainte d'un isolement forcé à vie en « léproserie ». Le traitement en milieu hospitalier est réservé aux états réactionnels importants et aux névrites graves. Plus le traitement est précoce plus il sera efficace aux plans clinique et épidémiologique en interrompant le cycle de transmission du bacille. Lui seul peut empêcher l'évolution contagieuse de formes qui ne le sont pas encore, c'est la prophylaxie de la forme contagieuse⁴¹.

Jusqu'en 1977 le traitement consiste en l'administration de dapsone seule, en monothérapie, pendant 5 ans pour les « tuberculoïdes », et à vie pour les « lépromateux ». En tant que bactériologiste nous connaissions les risques de la monothérapie, l'apparition et la dissémination de souches résistantes. Pire encore, dans les années 50 et 60 la dapsone a été prescrite à doses progressivement croissantes dans le but de limiter la survenue des redoutables réactions génératrices d'infirmités, mais ce mode d'administration ne pouvait que favoriser l'apparition des résistances.

Pour tenter d'éviter la sélection de mutants résistants, dès 1971 nous avons traité des nouveaux cas multibacillaires en associant la dapsone à l'éthionamide, le seul antibiotique ayant des propriétés bactéricides disponible à l'époque en Guadeloupe.

Assurer la régularité au traitement est le grand problème des traitements ambulatoires. Le mode de traitement le plus généralement adopté à la Guadeloupe est l'auto-traitement avec distribution mensuelle de comprimés au Service Antihansénien ou au dispensaire communal polyvalent. Chaque malade possède un carnet personnel de traitement où l'infirmière du dispensaire note les dates de remise de comprimés. En cas d'irrégularité le traitement *per os* est remplacé par des injections bimensuelles de DDS-retard. Les malades ne bénéficiant pas de la Sécurité Sociale (30% en 1978) et déclarés nominativement, reçoivent une indemnité temporaire destinée en principe à couvrir leurs frais de transport. Dans les dispensaires, traitements et soins sont délivrés gratuitement. Quant aux handicapés ils perçoivent une allocation en rapport avec le degré de leur infirmité⁴².

41. FLOCH H. - *La lèpre et sa prophylaxie en Guadeloupe*, Arch de l'Institut Pasteur de la Guadeloupe, rapport technique 1969, p. 92.

42. MILLAN J., LE CORROLLER Y. - *Le contrôle des malades hanséniens et de leurs contacts dans le secteur de Grande-Terre à la Guadeloupe* (F. W. I.), Acta Leprologica, n° 76-77, 1979, p. 119-127.

Chaque patient subit tous les 6 mois un contrôle clinique et bactériologique. Au bout de 5 ans d'évolution favorable un malade tuberculoïde ou indéterminé à mitsuda positif est déclaré guéri.

Le dépistage précoce

Le diagnostic précoce de la lèpre repose sur l'observation de certains signes cliniques pour laquelle l'expérience est fondamentale en particulier quand il s'agit de formes pré-lépromateuses où la perte de la sensibilité n'est pas encore évidente, l'aspect des lésions peu évocateur et où seule la bacilloscopie peut confirmer le diagnostic quand elle est demandée.

On distingue le **dépistage passif** par présentation spontanée des malades symptomatiques à leur médecin et le **dépistage actif** par visites systématiques de l'ensemble de certaines populations.

En Guadeloupe le **dépistage actif** est réalisé

- soit à l'occasion de visites **polyvalentes** effectuées par divers organismes de médecine préventive (hygiène scolaire, médecine du travail, médecins militaires, etc...).
- soit à l'occasion de visites **spécifiques** réalisées par un service spécialisé comme le Service Antihansénien dont le seul objectif est le dépistage de la lèpre.

Dans le secteur de Grande-Terre le dépistage actif spécifique est effectué sur deux catégories de sujets : les **contacts domiciliaires** (dont le Service antihansénien possède le fichier pour le secteur de Grande-Terre) et la **population scolaire**.

Les **contacts domiciliaires** sont visités une fois par an pendant 10 ans pour les contacts des cas lépromateux, et pendant 5 ans pour ceux des cas tuberculoïdes et indéterminés. Durant cette période les contacts sont convoqués chaque année selon leur choix, dans un dispensaire polyvalent ou au centre spécialisé où ils subiront examen clinique et bacilloscopie systématique. Le Service Itinérant doit parfois se rendre au domicile de certains contacts handicapés. Mais beaucoup de contacts domiciliaires ne se font pas contrôler, par négligence de la famille qui souvent ignore la nature de l'affection du malade, par dispersion de la famille au fil des années ou parce que certains malades n'acceptent pas que leur famille soit convoquée car ils craignent de perdre leur « anonymat ».

En ce qui concerne la **population scolaire** on sait que chez l'enfant d'assez nombreuses lésions de lèpre guérissent spontanément, 33% environ d'après E. Montestruc, d'autre évoluent au contraire vers des formes multibacillaires donc contagieuses, mais il est impossible de prévoir cette orientation. Dans les années 70 plusieurs auteurs estimaient que la majorité des cas de lèpre présentent des signes clinique avant 15 ans alors qu'ils ne sont dépistés que beaucoup plus tard⁴³. L'âge d'apparition de la maladie dépend de l'âge de la contamination et, selon la formule de Rotberg, à exposition précoce lèpre précoce, à exposition tardive lèpre tardive. Ainsi

43. MAIDENBERG M. - *La lèpre chez l'enfant en Guadeloupe*, Thèse de Médecine n° 28, Paris Lariboisière St Louis, 1981.

l'incidence de la lèpre dans le groupe d'âge 0-14 ans reflète l'intensité de la transmission de *M. leprae* dans la population globale.

Dans le secteur de Grande-Terre, de 1968 à 1974, chacun des établissements primaires, secondaires et techniques est visité tous les deux ans par l'équipe mobile du service antihansénien ; tous les trois ans après 1980. Le taux de couverture par rapport aux effectifs théoriques a toujours été proche de 95% mais cela au prix de nombreuses séances de « rattrapage ».

La Prévention Tertiaire a pour objectif la prévention des paralysies et mutilations. La prophylaxie des infirmités passe d'abord par un dépistage et un traitement précoce. Plus la découverte de la maladie est précoce, plus la charge bacillaire sera faible et moins graves seront les réactions et leurs conséquences. Il faut ensuite traiter le plus tôt possible les névrites et les réactions. Les formes légères sont justiciables d'un traitement ambulatoire, mais les formes plus sévères doivent être hospitalisées à l'Hôpital de Pointe-Noire ou dans le service hospitalier de Dermatologie à Pointe-à-Pitre

3 - Activités du Service Antihansénien

Nous évoquerons ici les activités réalisées dans le secteur de Grande-Terre. Dans le secteur de Basse-Terre l'Hôpital Hansénien a effectué les mêmes opérations même si des problèmes matériels ont parfois nui à leur continuité. En **Annexe** est rapporté un résumé des activités du Service Antihansénien de l'Institut Pasteur en 1979 pour montrer la variété et l'importance des activités du Service. Nous ne ferons qu'insister sur certains points qui nous paraissent importants.

Le diagnostic de la lèpre

Si la lèpre est causée par un seul agent elle se révèle extrêmement variée dans son expression clinique celle-ci allant des formes discrètes pouvant guérir spontanément aux infections gravissimes où de redoutables complications réactionnelles entraînent paralysies puis mutilations. Cet extraordinaire polymorphisme a été difficile à comprendre d'où de nombreuses classifications qui pendant des années ont fait l'objet de polémiques. En 1949 Mauzé utilise la classification clinique du Caire. Mais dès 1950 il adopte la Classification Sud-américaine qui tient compte de l'examen histopathologique de la biopsie. Modifiée en 1953 à Madrid par l'introduction du terme « indéterminée » et la création du nouveau groupe « Border Line », c'est cette Classification de Madrid qui va être utilisée à partir de 1959. Mais peu à peu l'apport des données immunologiques va conduire à la classification de Ridley et Jöpling⁴⁴ qui s'appuyant sur des arguments cliniques, bactériologiques, histologiques et immunologiques distingue deux types polaires Tuberculoïde et Lépromateux, et entre ces deux pôles le large spectre des formes instables Border Line. Les patients du pôle Tuberculoïde possèdent une résistance cellulaire efficace et ont une réaction de Mitsuda positive ; Ceux du pôle

44. SANSARRICQ H. et coll. - *La Lèpre*, Universités francophones, Ellipses/ Aupelf/Unef ; 1995.

Lépromateux ne présentent aucune résistance cellulaire vis à vis de *M. leprae* qui va envahir leur organisme. Nous avons adopté la classification de Ridley et Jöpling en 1974.

Outre ses consultants spontanés le Service Antihansénien reçoit les patients qui lui sont adressés par les médecins de l'extérieur et les suspects envoyés par le Service Itinérant. Il appartient au Responsable du Service **d'établir ou de confirmer le diagnostic** et d'instaurer un traitement adéquat.

Le diagnostic de lèpre sera établi à partir des données de l'**examen clinique** de la peau et des gros troncs nerveux périphériques ; de la **bacilloscopie** ou recherche de bacilles acido-alcoolo-résistants (BAAR) dans le mucus nasal et la sérosité dermique prélevée au niveau d'une lésion cutanée et systématiquement au niveau d'un lobule de l'oreille ; des résultats de l'**examen histopathologique** de la biopsie prélevée au niveau d'une lésion cutanée. L'examen histopathologique de la biopsie cutanée est un document essentiel, car il est la traduction exacte de l'état immunitaire du malade vis-à-vis de *M. leprae* au moment du diagnostic. Depuis les années 50 toutes les biopsies de L'Institut Pasteur de la Guadeloupe ont été analysées au Laboratoire d'Anatomie Pathologique de L'Institut Pasteur de Paris par les Docteurs Destombes puis Ravisse.

Le **test à la lépromine** ou test de Mitsuda n'aide pas au diagnostic de lèpre mais il est un indicateur de la capacité d'une personne à lutter efficacement contre *M. leprae*. Il est important de déterminer la forme clinique de lèpre pour pouvoir prescrire un traitement approprié.

Le contrôle des malades en traitement

A l'effort consenti en matière de dépistage doit correspondre un effort parallèle pour le contrôle des malades en traitement qui ne doivent pas rechuter et redevenir contagieux. Chaque malade du secteur de Grande-Terre subit un contrôle clinique et bactériologique tous les 6 mois. Un malade est dit « contrôlé » s'il a subi au moins un contrôle dans l'année. Les récalcitrants sont relancés par une infirmière visiteuse qui profite de son passage à domicile pour effectuer un contrôle clinique et réaliser un prélèvement pour l'examen bactériologique. Les irréguliers notoires sont dirigés si possible vers l'Hôpital de Pointe-Noire.

Grâce aux enquêtes effectuées à domicile le pourcentage des malades régulièrement contrôlés est passé de 78% en 1968 à 94% de 1974 à 1977, avec une chute à 88-89% en 1978-1979.

La mise à jour des fichiers

Un gros effort a été nécessaire pour « dégraisser » le fichier d'abord en recherchant les disparus, les décédés, les émigrés, les doubles emplois ; ensuite en déclarant guéris tous les malades qui devaient l'être. Pour cette mise à jour une infirmière visiteuse effectue des enquêtes : 532 en 1978, le nombre de disparus est passé de 195 en 1970 à 52 en 1979, celui des malades récalcitrants de 97 à 8⁴⁵.

45. MILLAN J., LE CORROLLER Y. - *Le contrôle des malades hanséniens et de leurs contacts dans le secteur de Grande-Terre à la Guadeloupe (F. W. I.)*, Acta Leprologica, n° 76-77, 1979, p. 119-127.

Lutter contre la stigmatisation

Elle doit être une priorité dans la lutte contre la lèpre et en Guadeloupe cela passe par la préservation de l'anonymat. L'Institut Pasteur est ouvert à tous pour les examens de laboratoire ou les vaccinations, de même toute personne a accès au dispensaire communal polyvalent. Ainsi les malades qui viennent au Dispensaire H situé dans l'Institut Pasteur ou qui se rendent au dispensaire communal sur convocation de l'Institut ne se signalent pas en tant que « lépreux ». Le Service Itinérant n'a pas lui non plus d'étiquette infamante. Il n'est jamais question de lèpre. Pour les enseignants comme pour les élèves c'est « l'équipe de l'Institut Pasteur » qui recherche des maladies de la peau. De fait nous avons dirigé nombre de mycoses vers les cabinets médicaux.

Lors des consultations au dispensaire H nous évitions de prononcer un nom de famille devant les patients. Ainsi si je recherchais pour un patient une possible contamination familiale lointaine, les deux infirmières les plus anciennes et les plus expérimentées, Mesdames Tiha-Lévêque et Marcin-Prudenté, me précisait « que le grand-père était le 1674 et que le 2789 était son oncle ». Elles connaissaient tous les malades du secteur, leurs liens familiaux et avaient mémorisé leurs numéros de dossiers ! ...

Par contre l'Hôpital Hansénien plus tard Beauperthuy, est une erreur psychologique. Pour le public il véhicule toujours l'image stigmatisante de la « Léproserie » malgré les efforts des Docteurs Pennec et Rostant pour en faire un établissement ouvert, beaucoup de malades refusaient de s'y faire hospitaliser.

Éducation et sensibilisation :

Pour un dépistage précoce, l'expérience est un atout fondamental. C'est dire aussi combien il est important de familiariser les divers personnels de santé avec les signes qui doivent évoquer la lèpre. Un des objectifs de notre service est de faire partager son expérience afin d'accroître l'efficacité de tous les modes de dépistage et d'entretenir une certaine motivation. Pour cela nous avons constitué une collection de diapositives de lésions précoces de lèpre que nous utilisons pour effectuer des séances audio-visuelles annuelles auprès du personnel de l'Hygiène Scolaire et de la Médecine du travail, des élèves infirmières, voire même auprès de nos confrères du secteur libéral dans la cadre de la Société Médicale des Antilles-Guyane.

4 - Premiers Résultats de la campagne de lutte

L'examen de la courbe des **nouveaux cas déclarés chaque année** (figure n° 1) montre deux périodes distinctes : la période du début de la campagne de 1965 à 1975 que l'on peut nommer **phase d'attaque**, caractérisée par des nombres élevés de nouveaux cas déclarés et à partir de 1976 commence une période que l'on pourrait appeler **phase de régression** avec des scores de nouveaux cas nettement inférieurs.

Le lancement des mesures de dépistage actif se traduit par une spectaculaire élévation du nombre de nouveaux cas annuels avec en 1965 un

premier pic de 124 cas correspondant au début du contrôle systématique des contacts, et en 1968 un second pic de 194 cas marquant le début du dépistage scolaire⁴⁶. Pendant la phase d'attaque, de 1968 à 1974, le service itinérant a détecté très régulièrement une moyenne de 18,4 nouveaux cas par année dans la population scolaire. Ensuite et assez brutalement ce nombre chute à une moyenne de 5,4 nouveaux cas par année de 1975 jusqu'en 1979, méthodes et personnel restant identiques⁴⁷. Le nombre de nouveaux cas par dépistage passif a peu varié en valeur absolue et c'est la diminution des résultats du dépistage scolaire qui est responsable de l'accroissement relatif de son importance (tableau 1).

La première conséquence de la lutte active menée en Guadeloupe depuis 1965, est un accroissement très important du nombre de nouveaux cas **tuberculoïdes**, de diagnostic facile, et de façon moins importante des formes **indéterminés**, c'est à dire des formes cliniques non contagieuses, à incubation courte (3 à 5 ans), qui sont surtout détectées en milieu scolaire. Mais dès 1972 le nombre des nouveaux cas diminue de façon continue. Cette diminution est plus marquée chez les enfants que chez les adultes et ce sont les cas Tuberculoïdes et Indéterminés qui diminuent le plus rapidement⁴⁸.

Par contre le nombre de formes **lépromateuses**, contagieuses, à incubation longue (10 ans et plus), reste assez constant pendant des années. Avant la campagne de lutte (avant 1965) on dépistait une moyenne de **20,2** cas lépromateux par an, dont 2,6 cas âgés de moins de 15 ans ; pendant la phase d'attaque la moyenne annuelle était de **25** cas lépromateux dont 7,25 de moins de 15 ans ; pendant les premières années de la phase de régression (jusqu'en 1979), cette moyenne était de **17,9** cas lépromateux par an dont 2,8 de moins de 15 ans⁴⁹. Le nombre de nouveaux cas lépromateux ne commencera à diminuer de façon significative qu'à partir de 1980⁵⁰. Ceci est important car ce sont ces formes lépromateuses qui sont les sources de contamination.

La **comparaison des divers modes de détection** nous donne des indications sur leur « efficacité » respective (tableau 1). Entre 1973 et 1978, 275 nouveaux cas ont été détectés, 113 par **dépistage actif** et 162 par **dépistage passif**. L'étude de ces nouveaux cas montre que le dépistage passif ne permet qu'une détection tardive des cas les plus évidents d'où une proportion importante de nouveaux cas déjà handicapés au moment du diagnostic et de formes lépromateuses qui lorsqu'elles sont

46. MILLAN J., FERAL J., ROSTANT M., LE CORROLLER Y., PILACHON S., NAUDILLON Y., DIMAN C. - *A propos de l'évolution et de la situation épidémiologique actuelle de la lèpre à la Guadeloupe : analyse des données du fichier central du département*. Acta Leprologica n° 76-77, 1979, p. 73-88.

47. MAIDENBERG M. - *La lèpre chez l'enfant en Guadeloupe*, Thèse de Médecine n° 28, Paris Lariboisière St Louis, 1981.

48. MILLAN J., FERAL J., ROSTANT M., LE CORROLLER Y., PILACHON S., NAUDILLON Y., DIMAN C. *A propos de l'évolution et de la situation épidémiologique actuelle de la lèpre à la Guadeloupe : analyse des données du fichier central du département*. Acta Leprologica n° 76-77, 1979, p. 73-88.

49. MAIDENBERG M. - *La lèpre chez l'enfant en Guadeloupe*, Thèse de Médecine n° 28, Paris Lariboisière St Louis, 1981.

50. CARTEL J.L., NAUDILLON Y., ARTUS J.-C., GROSSET J. H., *Epidemiologia de la lepra en Guadalupe de 1970 à 1983*, Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 98, (6), 1985, p. 535-545.

TABLEAU 1. Apport de chaque mode de détection au dépistage des nouveaux cas

Mode de détection	Fin de la Phase d'attaque 1973-1974	Début de la phase de Régression 1975 à 1978
ACTIF		
- Dépistage scolaire	28,7 %	11,0 %
- Médecine Préventive	7,2 %	5,1 %
- Contacts domiciliaires	14,3 %	15,4 %
PASSIF		
- Médecine libérale	35,9 %	53,6 %
- Hôpitaux	6,4 %	6,6 %
- Dispensaire H	5,7 %	6,6 %
Divers	1,4 %	1,4 %
	Sur 139 malades	Sur 136 malades

découvertes ont déjà contaminé leur entourage depuis des années. Le dépistage actif en décelant une importante proportion de formes indéterminées qui sont en principe des manifestations inaugurales de la lèpre, est la seule méthode réellement prophylactique pouvant modifier l'évolution de la lèpre⁵¹.

A propos du dépistage passif qui est essentiellement l'œuvre des médecins libéraux il faut souligner l'importante évolution de la démographie médicale : en 1973 il y avait 190 médecins inscrits au Conseil de l'Ordre, le taux de dépistage annuel dans le secteur libéral était de 10 à 16 malades pour 100 médecins ; en 1978 ils étaient 307 médecins inscrits au Conseil de l'Ordre, ce taux n'était plus que de 5 malades pour 100 médecins⁵².

Deux populations sont concernées par le dépistage actif. Dans la **population scolaire** le taux de détection par rapport au nombre d'élèves examinés se situe à **11,5 / 10 000 en 1968**, au début de cette campagne, puis devient légèrement décroissant avec un score de 5,3/10 000 en 1974, chute brusquement à 1,9/10 000 en 1975 pour atteindre **1,5/10 000 en 1978**⁵³. Avec des taux de couverture proche de 95% ces taux de dépistage peuvent être considérés comme très proches des taux d'incidence réelle de la lèpre dans cette tranche de population où l'incidence de la lèpre a donc chuté de près de 14 % en 10 ans.

En milieu scolaire peuvent être comparés le dépistage **actif spécifique** et le dépistage **actif polyvalent** : de 1973 à 1978 une même population scolaire d'environ 60 000 élèves a été contrôlée par les médecins

51. MILLAN J., LECOEUR H. - *Bilan de six années de dépistage de la lèpre dans un secteur de Guadeloupe*, Acta Leprologica, n° 76-77, 1979, p. 99-106

52. MILLAN J., LECOEUR H. - *Bilan de six années de dépistage de la lèpre dans un secteur de Guadeloupe*, Acta Leprologica, n° 76-77, 1979, p. 99-106

53. MAIDENBERG M. - *La lèpre chez l'enfant en Guadeloupe*, Thèse de Médecine n° 28, Paris Lariboisière St Louis, 1981.

de l'Hygiène Scolaire qui ont dépisté 7 nouveaux cas, et par le Service Itinérant de l'Institut Pasteur qui en a dépisté 55 ! La différence est énorme mais elle est logique. Elle est due au fait que les objectifs et les méthodes diffèrent : les médecins et le personnel polyvalent de l'Hygiène Scolaire contrôlent chaque année quelques classes bien déterminées où chaque élève subit un examen clinique poussé. Le Service Itinérant contrôle rapidement (10 minutes par classe) l'ensemble d'un établissement où il revient tous les 2 ans.

L'autre population concernée par le dépistage actif ce sont les **contacts domiciliaires**. L'examen de ces derniers est le plus efficace puisque de 1973 à 1978 il a permis de découvrir 40 nouveaux cas sur 275 contacts examinés. Soit un taux de détection annuel de **65/10 000** qui est **41 fois plus élevé** que celui de **1,6/10 000** pour l'ensemble de la population. Mais cette efficacité est toute relative car ce dépistage actif ne touche qu'une très petite fraction de la population et ne détecte que moins de 15% des nouveaux cas⁵⁴.

Cette régression touchant les résultats du dépistage actif dans les groupes surveillés (contacts intradomiciliaires et population scolaire) traduit une diminution de la transmission du bacille et donc une diminution du nombre de sources de contamination en amont. Cependant près de 80% de la population n'est pas concernée par les mesures de dépistage actif et il est difficile de comprendre pourquoi le nombre de nouveaux cas diminue aussi chez elle⁵⁵. Le potentiel épidémiogène de la lèpre a-t-il été affecté par les mesures de dépistage actif, de contrôle des malades et de surveillance des contacts ? L'endémie lépreuse était-elle déjà entrée dans un processus de recul naturel avant cette campagne qui n'a fait qu'accélérer le mouvement ?... Même si c'était le cas il ne faut pas minimiser les résultats du programme de dépistage scolaire qui a permis d'éviter bien des souffrances humaines. Parmi les 129 enfants détectés par dépistage scolaire de 1968 à 1978, certains auraient peut-être guéri, d'autres auraient évolué vers des formes contagieuses mais la plupart seraient devenus des adultes handicapés.

A côté de ce travail de terrain et grâce à lui, un grand nombre d'enquêtes scientifiques ont pu être réalisées dans la cadre du Service Anti-hansénien. Dont un échec : pendant deux années nous avons vainement tenté d'inoculer la lèpre à quatre tatous provenant de la Guyane. Nous avons appris plus tard que nous n'étions pas les seuls, les tatous de Guyane sont résistants à *M. leprae*...

Le laboratoire des mycobactéries avait constitué à des fins de recherche une sérothèque comportant un échantillon de sérum de chaque nouveau cas. De même il conservait au congélateur de nombreux lépromes. Pendant plusieurs années ils nous ont servi à fabriquer notre propre lépromine jusqu'à ce que l'OMS nous fournisse de la lépromine de tatou.

54. CARTEL J.L., NAUDILLON Y., ARTUS J.-C., GROSSET J. H., *Epidemiologia de la lepra en Guadalupe de 1970 à 1983*, Boletinde la Oficina Sanitaria Panamericana, 98, (6), 1985, p. 535-545

55. idem

5 - Les échecs de la sulfonothérapie

La résistance de *M. leprae* à la dapsonne s'est installée insidieusement, par paliers. Au début des années 70 les cas de récurrences dues à l'interruption du traitement n'étaient pas rares mais la reprise du traitement suffisait à obtenir amélioration clinique et négativation bactériologique. Cependant au fil des années, a pu être noté un accroissement du nombre de cas où un traitement contrôlé par la dapsonne n'entraînait plus d'amélioration et où pouvait être évoquée une résistance clinique à cet antibacillaire. Ainsi de 1973 à 1978 ont été enregistrés 57 cas de récurrences multibacillaires avec réapparition de lésions cutanées et de bacilles uniformément colorés. Chez tous ces malades un traitement régulier contrôlé avec des doses élevées de dapsonne (2 mg/kg/j) n'a entraîné aucune amélioration clinique et bactériologique

dans 2 cas sur 7 en 1973
dans 3 cas sur 7 en 1974
dans 6 cas sur 10 en 1975
dans 7 cas sur 12 en 1976
dans 9 cas sur 11 en 1977
dans 10 cas sur 10 en 1978⁵⁶.

Cette résistance acquise à la DDS a été prouvée par la technique d'inoculation dans le coussinet plantaire de la souris au laboratoire du Professeur J. Grosset à la Pitié-Salpêtrière à Paris⁵⁷.

Ces récurrences résistantes à la dapsonne sont alors devenues à la fin des années 70 le problème le plus préoccupant des responsables de la lutte contre la lèpre en Guadeloupe.

IV - LA POLYCHIMIOThERAPIE

La rifampicine s'est révélée être un puissant bactéricide vis à vis de *Mycobacterium leprae*.

Il suffit d'une seule prise de 600 mg de cet antibiotique pour rendre un lépromateux non contagieux en quelques jours⁵⁸. L'introduction de la rifampicine a provoqué un véritable bouleversement dans le traitement de la lèpre. Pour préserver son action s'est imposée, comme en tuberculose, la nécessité de l'administrer en polychimiothérapie (administration simultanée de plusieurs antibiotiques). En Guadeloupe la rifampicine commence à être prescrite à partir de 1974 dans les cas de récurrences. Puis

56. MILLAN J., LE CORROLLER Y. - *Le contrôle des malades hanséniens et de leurs contacts dans le secteur de Grande-Terre à la Guadeloupe (F. W. I.)*, Acta Leprologica, n° 76-77, 1979, p. 119-127.

57. GUELPA-LAURAS C.-C., CARTEL J.-L., CONSTANT-DESORTES M., MILLAN J., BOBIN P., GUIDI C., BRUCKER G., FLAGEUL B., GUILLAUME J.-C., PICHET C., REMY J.-C. And GOSSET J. H., *Primary and secondary dapsonne resistance of M. leprae in Martinique, Guadeloupe, New Caledonia, Tahiti, Senegal, and Paris between 1980 and 1985*, Int. J. Lepr., 55, (1987), p. 672-679.

58. SANSARRICQ H. et coll. *La Lèpre*, Universités francophones, Ellipses/ Aupelf/Unef; 1995.

progressivement son utilisation se généralise. En 1979, dans le secteur de Grande-Terre, les cas tuberculoïdes et indéterminés continuent à être traités par la dapsonne seule. Les cas lépromateux et Border Line sont traités par la rifampicine associée à la dapsonne pendant deux ans, puis il était prévu de poursuivre le traitement par la dapsonne seule pendant le restant de leur vie.

Essai pilote de traitement de la lèpre

Mais à partir de janvier 1980 commence un essai pilote de polychimiothérapie conduit par le Professeur Jacques Grosset (Président du groupe d'experts OMS THELEP). La polychimiothérapie (PCT) permet d'envisager, et c'est une idée tout à fait nouvelle, un traitement de la lèpre d'une durée **limitée** et non plus illimitée.

Les malades sont classés en deux catégories en fonction des résultats du bilan diagnostique systématique. Sont considérés comme **multibacillaires** (MB) tous les patients pour lesquels seront réunis au moins deux des résultats suivants : présence de bacilles acido-alcool-résistants (BAAR) dans le mucus nasal ; présence de BAAR dans la sérosité dermique avec un index bactériologique égal ou supérieur à 2 ; présence de BAAR disposés en amas (globi) à l'examen histologique de la biopsie ; test à la lépromine négatif (Mitsuda). Sont considérés comme **paucibacillaires** (PB) tous les cas de lèpre qui ne répondent pas aux critères ci-dessus.

Les MB reçoivent pendant 12 mois une chimiothérapie quotidienne triple, associant rifampicine (RMP), prothionamide (PTH) et dapsonne (DDS). Pendant les 12 mois suivants ils reçoivent une chimiothérapie quotidienne double (RMP + DDS). Les PB reçoivent une chimiothérapie double associant RMP et DDS, pendant 6 mois. Tous les MB vont subir avant traitement une biopsie qui sera envoyée au laboratoire du Professeur Grosset à la Pitié-Salpêtrière. Là, par inoculation à la patte de la souris, une souche de *Mycobacterium leprae* sera isolée dont la sensibilité à la dapsonne et à la rifampicine sera testée par la même technique. Le traitement spécifique est suivi d'une surveillance clinique et bactériologique d'une durée de 5 ans pour les PB et de 10 ans pour les MB.

Chez les malades recevant la PCT quotidienne triple un nombre important d'hépatites toxiques a été relevé (14%) dues à l'association RMP-PTH. La posologie de la PTH a alors été ramenée de 10mg/kg/jour à 5mg/kg/jour⁵⁹. En 1992, la prothionamide n'étant plus commercialisée, elle a été remplacée par la clofazimine (CLO)⁶⁰.

C'est en 1982 que l'OMS a recommandé une **PCT supervisée mensuelle** d'une durée de 6 mois pour les PB et de 24 mois pour les MB.

59. CARTEL J.-L., MILLAN J., GUELPA-LAURAS C.-C., GROSSET J.-H. - *Hepatitis in leprosy patients treated by a daily combination of dapsonne, rifampicine and a thioamide*, Int. J. of Leprosy, vol 51, n° 4, 1983, p. 461-465.

60. FREDERIC M. et RASTOGI N. - *La lèpre en Guadeloupe de 1985 à 1998*, Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire, n° 32/2002, p. 157-159.

Enquête sur la résistance de *M. leprae* à la dapsonne

De 1980 à 1985, au cours d'une enquête multicentrique dirigée par le Professeur Jacques Grosset, la sensibilité à la dapsonne de souches de *M. leprae* provenant de patients Guadeloupéens multibacillaires a été testée par inoculation à la souris. Parmi ces souches, 18 provenaient de rechutes chez des malades qui avaient été traités par la dapsonne seule : une seule était sensible à la dapsonne, les 17 autres étaient résistantes dont 8 à un niveau élevé ; 29 autres souches provenaient de nouveaux cas, 19 étaient sensibles et 10 présentaient un degré de résistance faible à la dapsonne ce qui prouve que ces sujets avaient été contaminés par des souches déjà résistantes⁶¹.

Le problème des rechutes multibacillaires

Cartel a relevé 117 rechutes multibacillaires de 1970 à 1984⁶². L'intervalle moyen entre le diagnostic initial et la constatation de la récurrence chez 110 malades est de **19 ans**. Il insiste sur le rôle croissant des rechutes en tant que sources de contamination. Avant d'être détecté chaque cas multibacillaire, nouveau cas ou récurrence, diffuse des quantités énormes de bacilles au sein de son entourage et cela pendant plusieurs années ! Cartel note que les rechutes constituent 17,5% des sources d'infection entre 1970 et 1974, 33,7% entre 1975 et 1979 et 44,3% entre 1980 et 1984⁶³. Cela signifie qu'en 1984 près de la moitié des sources de contamination répandent des bacilles pouvant être résistants à la dapsonne ! Si cette progression continue alors que régresse le nombre de nouveaux cas, ne risque-t-on pas à moyen terme que ces rechutes multibacillaires deviennent les principales sources de contagion ?

Ces récurrences multibacillaires dues à des bacilles persistants qui contribuent en principe à la permanence de l'endémie, apparaissent dans le groupe des anciens malades traités par la dapsonne en monothérapie au nombre de 480 en 1984. Pour éviter la survenue de ces rechutes le traitement par PCT des anciens multibacillaires inactifs apparaît donc comme une priorité.

La lente régression de l'endémie lépreuse

Pendant la période **1985-1998** c'est le Conseil Général de la Guadeloupe qui organise la lutte contre la lèpre. Le service antihansénien est son service spécialisé à qui sont confiées des missions pour le contrôle de la lèpre⁶⁴. Le traitement de la lèpre reste la polychimiothérapie quotidienne instaurée en 1980.

61. GUELPA-LAURAS C.-C., CARTEL J.-L., CONSTANT-DESPORTES M., MILLAN J., BOBIN P., GUIDI C., BRUCKER G., FLAGEUL B., GUILLAUME J.-C., PICHET C., REMY J.-C. and GOSSET J. H. - *Primary and secondary dapsonne resistance of M. leprae in Martinique, Guadeloupe, New Caledonia, Tahiti, Senegal, and Paris between 1980 and 1985*, Int. J. Lepr., 55, (1987), p. 672-679.

62. CARTEL J. L., NAUDILLON Y., REMY J.C. and GROSSET J. H. - *Contribution of relapses to total infection sources of leprosy in Guadeloupe*, Lepr. Rev., (1987), 58, p. 339-348

63. Idem

64. FREDERIC M. et RASTOGI N. - *La lèpre en Guadeloupe de 1985 à 1998*, Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire, n° 32 (6 août 2002), p. 157-159.

Entre 1985 et 1998, M. Frédéric et N. Rastogi notent la poursuite de la lente décroissance de l'endémie (figure n° 1). Ils rapportent un nombre de nouveaux cas annuels qui passent de 31 en 1985 à 7 en 1998. Le taux de détection des cas paucibacillaires diminue plus rapidement que celui des cas multibacillaires. A partir de 1994 plus aucun cas n'est détecté dans la tranche d'âge au-dessous de 15 ans ce qui suggère la disparition des contaminations récentes.

Pendant la même période le nombre de rechutes a été faible, 20 rechutes (1,5 par an en moyenne). Parmi ces 20 rechutes, 15 étaient d'anciens cas traités par monothérapie à la dapsonne et 5 des malades ayant été traités par PCT. Parmi les 5 cas ayant rechuté après avoir reçu une PCT, dans 1 cas il s'agissait d'un malade pris à tort pour un PB et qui a donc reçu une PCT inadéquate ; dans 3 cas le traitement a été irrégulier et dans un cas 1 cas il avait été interrompu. Le délai entre la fin du traitement par PCT et la rechute varie de 4 ans à 7ans, délais relativement courts et qui suggèrent une importante irrégularité au traitement. Les « antibiogrammes-souris » n'ont pas montré de résistance acquise aux antibiotiques concernés⁶⁵.

La part des rechutes MB dans le maintien des sources de contamination paraît minime avec seulement 20 rechutes sur la période 1985-1998 contre 118 sur la période précédente. M. Frédéric et N. Rastogi estiment que les rechutes ne sont pas responsables du maintien de l'endémie.⁶⁶

Pendant la période **1999-2007**, les malades sont enregistrés par le service anti-hansénien du Conseil Général (DASD) et à partir de juillet 2006 par le centre de lutte anti-hansénienne (CHU/Mission santé publique lèpre).

La décroissance lente et régulière observée depuis des années traduit-elle une réduction de la transmission du bacille ou bien une défaillance du système de détection ? Pour rechercher des **cas cachés** non détectés M. Frédéric et N. Rastogi ont mené de 2003 à 2005 une opération originale visant à renforcer le rôle des soignants comme détecteur de cas⁶⁷. Ils ont fait appel à un nombre important de personnels de santé pour les inciter à déceler des cas suspects de lèpre dans leurs activités professionnelles. Cette amélioration du dépistage passif pour la recherche de cas cachés s'est effectivement accompagnée d'une hausse du nombre de nouveaux cas, 18 cas recensés, mais c'est un demi-succès car sur ces 18 cas, 15 sont des formes paucibacillaires non contagieuses. Cette action prouve ainsi que la raréfaction des cas de lèpre a entraîné une sous-détection liée à une diminution de la sensibilisation des acteurs de santé.

De 1999 à 2007 ont été détectés 50 nouveaux cas de lèpre, 26 MB et 24 PB, soit 5,5 nouveaux cas par an. Pour la première fois le nombre de nouveaux cas MB apparus durant une période de plusieurs années est supérieur à celui des PB. Quatre rechutes seulement ont été notées. Pour M. Frédéric et N. Rastogi la raréfaction des rechutes est très probablement

65. Idem

66. Idem

67. FREDERIC M. et RASTOGI N. - *L'endémie lépreuse en Guadeloupe de 1999 à 2007*, Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire, n° 29 (7 juillet 2009), p. 322-323

liée au fait que la PCT a aussi été proposée aux anciens malades traités par la dapsonne pour prévenir chez eux d'éventuelles rechutes.

Durant cette période aucun cas n'a été détecté dans le groupe d'âge 0-14 ans. Pour M. Frédéric et N. Rastogi ceci traduit une forte réduction de la transmission et l'efficacité de la PCT. Constatant que 24% des nouveaux cas ont eu des personnes atteintes dans leur entourage, ces auteurs jugent indispensable la surveillance des contacts ainsi que l'éducation sanitaire des malades afin qu'ils puissent mieux veiller sur leur entourage familial. Mais ce constat signifie aussi que les **trois quarts** des nouveaux cas détectés durant cette période n'ont aucun contact connu dans leur entourage !

La chute lente et continue du nombre annuel de nouveaux cas avec une prédominance paradoxale des formes multibacillaires contagieuses, sont des caractères évoquant une **extinction naturelle de la lèpre** tels qu'ils ont été décrits en Norvège et au Japon. Il faut y ajouter un allongement de la période d'incubation constatée dans ces pays.

LA SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE DE LA LEPRE

La **surveillance épidémiologique** de la lèpre s'appuie sur certains indicateurs qui permettent de suivre dans une population l'évolution de la maladie et l'impact des mesures de lutte.

La **prévalence** est un indicateur destiné à quantifier la charge que la lèpre fait peser sur la société. Pour l'OMS on ne doit tenir compte dans son calcul que du nombre de malades en traitement. C'est trop réducteur dans la mesure où, du fait de la brièveté des traitements PCT, la charge de travail la plus importante pour le Service Antihansénien réside maintenant dans la surveillance des malades après traitement PCT (durée d'observation de 10 ans pour les MB, de 5 ans pour les PB), mais aussi dans la surveillance des anciens cas traités par la dapsonne en monothérapie (surveillance « à vie » pour les MB). Le cumul de tous ces malades et anciens malades dont le service antihansénien doit s'occuper finit par former un groupe beaucoup plus important que celui des malades sous PCT. C'est ce dont Cartel a tenu compte en faisant entrer tous ces patients sous surveillance dans ce qu'il nomme la « **partie active du fichier** »⁶⁸. En tenant compte de cette partie active du fichier il établit en 1981, avec 1340 patients, une prévalence en Guadeloupe de 325 pour 100 000 ; en 1985, avec 515 patients cette prévalence est de 120 pour 100 000 h.

Dans le domaine de l'épidémiologie de la lèpre mieux vaut éviter de parler d'**incidence** mais plutôt de **taux de détection** tant il est vrai que le nombre de cas dépistés annuellement est fonction de l'efficacité du dépistage. Le taux de détection (nombre de cas détectés en un an rapporté à 10.000 habitants) traduit l'efficacité opérationnelle mais il est aussi un

68. CARTEL J.L., NAUDILLON Y., ARTUS J.-C., GROSSET J. H., *Epidemiologia de la lepra en Guadalupe de 1970 à 1983*, Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 98, (6), 1985, p. 535-545

indicateur reflétant l'importance de l'endémie⁶⁹. Nous pouvons donc suivre l'évolution de cet indice durant les périodes étudiées (tableau 2).

TABLEAU 2. Taux de détection des cas de lèpre en Guadeloupe

Dates	Taux de détection pour 10 000 habitants	Référence
1725	29,06	Rapport Peyssonnel
1943-1948	3,5	d'après Courmes ⁷⁰
1962	2,2	Millan et Le Corroller ⁷¹
1968	6,8	Idem ⁷²
1972	3,5	Cartel et coll. ⁷³
1978	1,4	Idem ⁷⁴
1980	1,9	Idem ⁷⁵
1983	1,3	Idem ⁷⁶
1985	0,9	Frédéric et Rastogi ⁷⁷
1998	0,16	Idem ⁷⁸
1999-2007	0,11	Frédéric et Rastogi ⁷⁹

En 1725 le taux observé, très élevé pour cette partie du monde, montre que la Guadeloupe a connu sinon une épidémie de lèpre du moins une très forte endémie. En 1962 il s'agit du taux avant la campagne de dépistage actif. En 1968 le taux correspond au lancement du dépistage scolaire. Ensuite cet index régresse de façon continue en dehors d'un rebond en 1980 dû à une réorganisation administrative des secteurs. Le taux de détection global qui était de **6,8/10.000 en 1968** au début de la campagne, est de 1,3/10.000 en 1983, soit une baisse de 20 % en 15 ans, et de **0,16/10 000 en 1998**, soit une baisse de plus de plus de 97 % en

69. SANSARRICQ H. et coll. - *La Lèpre*, Universités francophones, Ellipses/ Aupelf/Unef ; 1995

70. COURMES E ., - *Épidémiologie de la lèpre en Guadeloupe au cours de ces 28 dernières années, de 1932 à 1959*, Archives de l'Institut Pasteur de la Guadeloupe, Rapport technique, Année 1960.

71. MILLAN J. et LE CORROLLER Y. - *Le dépistage systématique dans la lutte contre la maladie de Hansen : résultats obtenus en Guadeloupe dans le secteur de Grande-Terre*. Médecine d'Afrique Noire, 1974, (10), p. 695-703.

72. Idem

73. CARTEL J.L., NAUDILLON Y., ARTUS J.-C., GROSSET J. H., *Epidemiologia de la lepra en Guadalupe de 1970 à 1983*, Boletine de la Oficina Sanitaria Panamericana, 98, (6), 1985, p. 535-545

74. Idem

75. Idem

76. Idem

77. FREDERIC M. et RASTOGI N. - *La lèpre en Guadeloupe de 1985 à 1998*, Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire, n° 32 (6 août 2002), p. 157-159.

78. Idem

79. FREDERIC M. et RASTOGI N. - *L'endémie lépreuse en Guadeloupe de 1999 à 2007*, Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire, n° 29 (7 juillet 2009), p. 322-323

30 ans. On peut parler de succès car même si la lèpre n'est toujours pas éradiquée en Guadeloupe elle paraît bien engagée dans un processus d'extinction naturelle.

CONCLUSIONS

A l'issue de cette revue historique nous devons saluer le courage et le dévouement des Religieuses et des Médecins qui pendant un siècle, dans des conditions précaires, ont soigné les lépreux de la Désirade. Rendons aussi hommage à tous les acteurs de la lutte contre la lèpre en Guadeloupe, les infirmières et les médecins de l'Hôpital Hansénien de Pointe-Noire, du dispensaire Antihansénien de Basse-Terre, et du Service Antihansénien de l'Institut Pasteur, les Dermatologues mais aussi l'ensemble du corps médical dont la constante collaboration a permis la réussite de cette campagne de lutte.

L'histoire de la lutte contre la lèpre en Guadeloupe est le reflet de ce que fut la lutte contre la lèpre dans le monde au cours des quatre périodes considérées. La régression de l'endémie lépreuse en Guadeloupe devient évidente dès le début des traitements sulfonés, avant l'introduction de la polychimiothérapie. La campagne contre la lèpre c'est l'épopée des Services Itinérants allant au-devant des malades dans les dispensaires polyvalents et les familles. A côté du contrôle des malades et des contacts domiciliaires qui ne touchent qu'une faible fraction de la population, nous sommes persuadés que le dépistage actif spécifique réalisé en milieu scolaire a fortement contribué au déclin de l'endémie lépreuse. En effet pendant plus de 12 ans c'est la quasi-totalité de la population scolaire qui a pu être régulièrement surveillée.

C'est alors que se profilait la menace des rechutes et de la dissémination des souches résistantes à la dapsone que la polychimiothérapie est intervenue. Par son action bactéricide rapide et sa capacité à éviter la sélection des mutants résistants, la rifampicine en polychimiothérapie a considérablement renforcé la régression de la lèpre. Il faut souligner l'efficacité de la polychimiothérapie quotidienne. Certes la polychimiothérapie quotidienne paraît un traitement bien lourd pour un bacille qui se multiplie une fois tous les 12 jours environ, mais les résultats sont là. Après plus de 20 ans de recul pour certains, on ne relève aucune rechute chez les patients qui ont suivi correctement leur PCT quotidienne alors que pour la PCT mensuelle recommandée par l'OMS, le taux de rechutes après traitement est estimé à 0,1% par an⁸⁰.

Quand le contexte le permet le maintien aussi longtemps que possible d'une structure monovalente disposant d'un personnel qualifié spécialisé est une garantie d'efficacité tout particulièrement dans les zones d'endémicité moyenne comme ce fut le cas en Guadeloupe. Mais l'intégration du service de lutte anti lépreuse dans les services généraux de la santé s'est imposée de plus en plus fortement au fur et à mesure que décroissait l'endémie. Finalement c'est le Service hospitalier de Dermatologie

80. Rapport du forum technique de l'Association Internationale de la Lèpre (ILA), Bulletin de l'Association des Léprologues de Langue Française, juillet 2002, n° spécial, p. 21.

qui reste la dernière structure possédant l'expertise nécessaire pour diagnostiquer et suivre les patients atteints de lèpre. Encore faut-il qu'il ait la possibilité de pouvoir effectuer pour chaque nouveau cas une enquête approfondie pour rechercher une éventuelle source de contamination chez les contacts domiciliaires, familiaux, professionnels et de voisinage, et de pouvoir assurer le contrôle des contacts domiciliaires pendant une période d'au moins 10 ans pour les contacts des cas multibacillaires, délai peut-être insuffisant puisque nous avons vu que beaucoup de rechutes après monothérapie par la dapsonse se produisaient dans un délai de 19 ans ...

L'épidémiologie de la lèpre est bien mystérieuse. Infirmières et médecin du Service Antihansénien de l'Institut Pasteur, en contact fréquent avec des multibacillaires non traités, donc contagieux, nous avons été copieusement infectés par le bacille de la lèpre. Nous sommes des contacts mais des contacts devenus très résistants. Au début de sa fabrication j'ai voulu tester ma lépromine sur le personnel du service... Nous avons tous présenté des réactions de Mitsuda hyper-positives avec des nodules d'un diamètre d'environ 15 mm, très ulcéré dans mon cas. Ces faits paraissent aller à l'encontre de l'hypothèse d'une corrélation entre l'intensité de l'exposition et le risque de contracter la lèpre. Ce qui prouve que d'autres facteurs interviennent que nous ne connaissons pas. A ma connaissance il n'y a pas eu en Guadeloupe un seul cas de lèpre parmi le personnel soignant les lépreux !

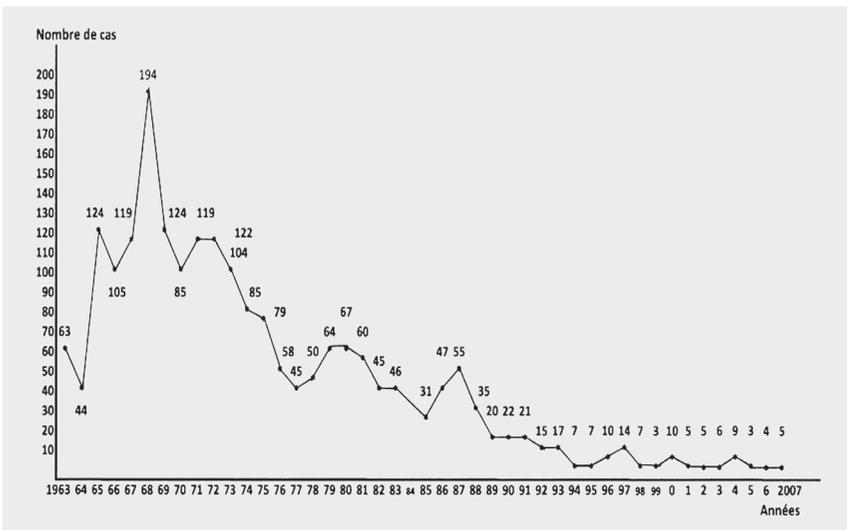


Figure 1 : Nombres annuels de malades déclarés en Guadeloupe de 1963 à 2007.

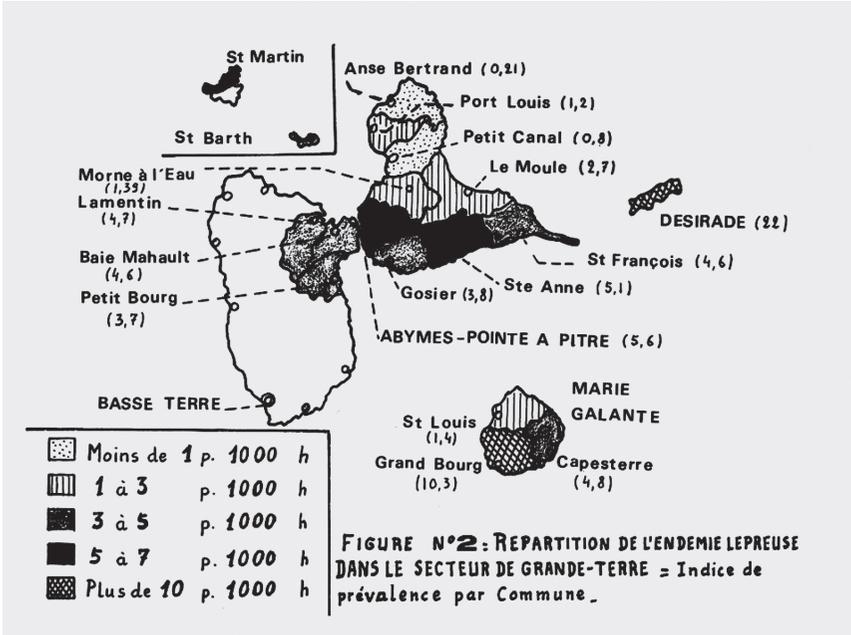


Figure 2

ANNEXE

**Résumé des activités du Service Anti-hansénien
de l'Institut Pasteur de la Guadeloupe en 1979**

(D'après le rapport d'activités 1979 de l'Institut Pasteur de la Guadeloupe)

Service itinérant

- En milieu scolaire :
72 sorties, 104 établissements visités, 28540 enfants visités sur 30 022,
(taux de couverture 95,06 %)
7 nouveaux cas déclarés
- Dans les dispensaires polyvalents :
40 sorties
620 malades contrôlés (dont 64 à domicile)
978 contacts domiciliaires visités (ont été contrôlés 70, 2 % des contacts
de moins de 15 ans, et 54,1% des contacts de plus de 15 ans)
6 nouveaux cas déclarés
dépistage systématique : 45 personnes dans 7 établissements
79 sorties pour enquêtes médicales (450 personnes visitées)

Dispensaire H

- malades contrôlés suivis au dispensaire H: 1205
- contrôles mais non suivis au dispensaire H : 91
- dépistage effectués au dispensaire H : 2430 dépistages systématiques
- contacts visités : 233
- consultants spontanés 432
- nouveaux cas immatriculés : 44
- traitements : polychimiothérapie avec RMP, DDS, Trécator, CLO
- 1536 pansements
- 30 démarches sociales

Secteur de la Grande-Terre : Situation au 31/12/1979 :

- 1511 malades (89,6 % régulièrement contrôlés)
- 27 hospitalisés à Pointe-Noire
- 15 récalcitrants
- 52 guéris
- 31 en observation après traitement

Pour le Département

- 64 nouveaux cas déclarés en 1979 dans le département
dont 57 par le Service Antihansénien de l'Institut Pasteur
et 7 par l'Hôpital Beauperthuy.