

## LA LÈPRE À MADAGASCAR

7

par MARCEL ADVIER

Il serait fort intéressant de connaître les origines de la lèpre à Madagascar, mais il n'a pas été possible jusqu'à présent d'établir à quelle époque remonte l'apparition de cette maladie dans la grande île. On sait cependant que de nombreux cas y ont été constatés depuis très longtemps, puisque bien avant l'arrivée des Français les indigènes avaient songé à enrayer le développement de l'affection. Le principe de sa contagiosité était admis et la prophylaxie adoptée reposait uniquement sur l'isolement des sujets atteints.

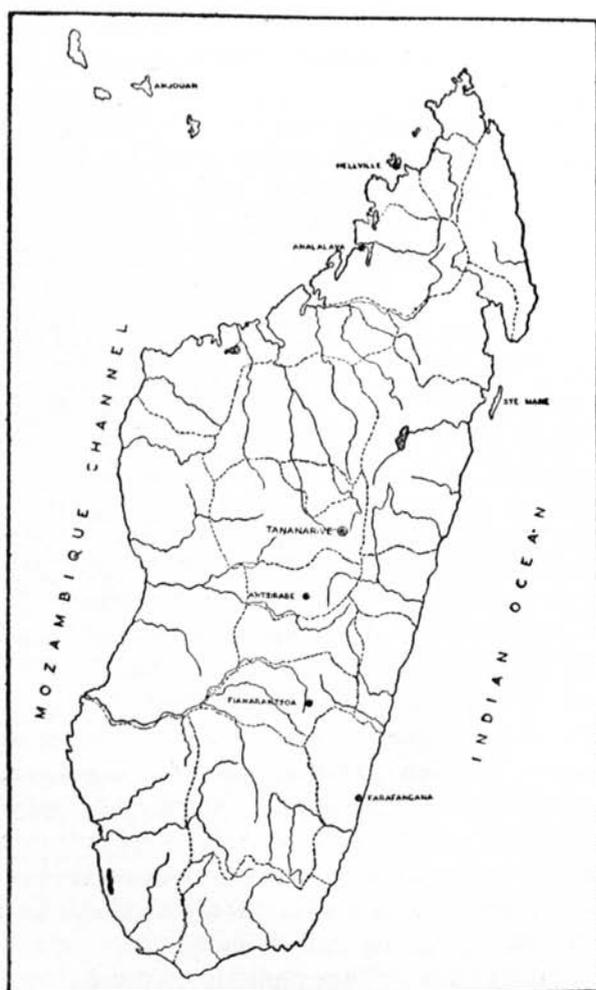
La loi malgache, en son article 67, réglemente en effet de la façon suivante les mesures concernant ces malades :

Les lépreux doivent être conduits aux lieux qui leur sont assignés. Si des personnes tolèrent leur voisinage sans en avertir l'autorité pour que leur expulsion soit ordonnée elles seront punies d'une amende d'un boeuf et d'une piastre. Si elles ne peuvent payer l'amende, elles seront mises en prison à raison d'un sikajy (0,60) par jour jusqu'à concurrence du montant de cette somme.

Ce texte ne précise pas davantage les mesures à prendre envers les infortunés ainsi éloignés de leur foyer. Le législateur n'avait d'ailleurs pas envisagé la possibilité de grouper dans des centres spéciaux ceux dont le contact était considéré comme dangereux. L'isolement avait lieu, en pratique, dans des cases construites à quelques distances des agglomérations. Ceux que l'on y reléguait restaient à la charge de leurs parents, dont ils recevaient ce qui leur était nécessaire. Ils conservaient ainsi quelques relations avec leur famille et ne vivaient pas dans une solitude absolue. Le règlement les concernant était donc, en réalité, moins sévère qu'il le paraît tout d'abord. Il est en outre bien probable qu'il n'était pas toujours observé de façon très stricte et que l'autorité chargée de le faire respecter recevait, pour ne pas en exiger l'exécution, plus de boeufs qu'elle n'en confisquait en application des sanctions prévues.

Néanmoins, en bien des régions, et particulièrement en Emyrne, les Malgaches reconnaissaient qu'il était préférable de séparer les lépreux de leur entourage. Cet état d'esprit facilita l'oeuvre des missionnaires qui entreprirent, avant l'occupation française, de créer

des léproseries afin de commencer tout au moins par un isolement effectif des malades, sinon par leur traitement, à limiter la propagation du mal. L'importance de celui-ci et son extension étaient à ce



TEXT-FIG. 1. Outline map of Madagascar, showing the locations of the principal leproseries.

moment assez grandes pour nécessiter, en divers points du centre et du sud de l'île, des établissements importants.

Les premiers furent installés : à Manankavaly, non loin de Tananarive; à Antsirabe; à Marana, dans le région de Fianarantsoa; à

Farafangana. Plus tard, ces léproseries des missions religieuses ne suffirent pas pour recevoir tous ceux qui auraient dû y être envoyés, et sous l'impulsion du Général Gallieni, des centres officiels d'isolement furent organisés: à Ilena, Province de Fianarantsoa; à Am-bérivery, Province d'Analalava; à Sakatia, Province de Nossi-Bé; à Antsakolona, Ile de Sainte-Marie. En outre, dans diverses circonscriptions administratives, les autorités françaises ou indigènes aménageaient des villages de lépreux.

Toutefois, aucune réglementation nouvelle n'avait remplacé l'article 67 de la loi malgache. Cette loi resté en vigueur, mais insuffisant pour imposer l'isolement des indigènes auxquels il s'appliquait, surtout dans certaines régions dont les habitants n'admettaient pas l'utilité de cette mesure et refusaient de s'y soumettre. Ce fut seulement en 1911 qu'un arrêté du Gouverneur Général Picquie, daté du 23 février de cette année, fixa les conditions d'internement dans les léproseries de la colonie. Aux termes de cet arrêté:

Nul ne peut pénétrer sur le territoire de Madagascar et Dépendances s'il est lépreux.

La circulation des lépreux sur les voies et les lieux publics est interdite.

Tout lépreux avéré doit être isolé.

Exceptionnellement, à domicile s'il a les moyens d'existence nécessaires et si les garanties d'isolement ont été reconnues suffisantes.

Dans tous les autres cas, dans une léproserie.

La décision d'internement est prise par les chefs de province sur proposition du Médecin Inspecteur de l'Assistance médicale Indigène.

Tout lépreux interné d'office par cette décision peut se pourvoir contre elle, dans un délai de 2 mois, auprès du Gouverneur Général, mais l'ordre d'internement reste exécutoire jusqu'à ce que des instructions contraires soient données.

Toutes les formes de la lèpre justifient l'internement. Le diagnostic clinique suffit à le déterminer.

L'application de cet arrêté a nécessité l'extension des anciennes léproseries et la création de nouvelles. Il en existe actuellement, pour l'ensemble du territoire de Madagascar et de l'Archipel des Comores, onze léproseries qui sont d'importance très diverses et qui, bien que placées toutes sous le contrôle technique du Service de Santé, ne possèdent pas le même régime administratif. Les principales sont:

Celle de Manankavaly, achetée par la Colonie en 1900, et dirigée par des infirmières de la Mission protestante française. Elle abrite 800 lépreux environ.

Celle d'Antsirabe, propriété de la Mission norvégienne, qui en reçoit un peu moins.

Celle de Marana appartenant aux Pères jésuites où des Soeurs de la Charité, s'occupent de 300 malades.

Celle des Pères lazaristes, à Farafangana, dans laquelle se trouvent 200 internés sous la surveillance de Sœurs de Saint-Vincent de Paul.

Enfin, celle d'Ilena qui possède comme directeur un fonctionnaire européen de la Colonie et où le nombre moyen d'indigènes est à peu près de 400.

Les autres léproseries sont beaucoup moins importantes et ne reçoivent qu'une clientèle peu nombreuse. Il en est qui n'admettent pas plus de trente pensionnaires. Certaines sont de simples agglomérations de cases, parfois assez mal entretenues et en fort mauvais état, dont la garde est confiée à un indigène chargé de veiller sur les quelques malades internés là, bien malgré eux. Cet unique gardien reçoit du gouvernement ce qui est nécessaire pour l'entretien et la nourriture des lépreux.

En outre, une dizaine de villages ont été créés, certains par l'administration locale et d'autres par des associations indigènes appelées "Greniers de lépreux." Ces associations s'étaient engagées au début à fournir le riz nécessaire à l'alimentation de malades, tandis que l'Assistance Médicale fournissait la viande et les objets indispensables. Elles n'ont pas persisté longtemps dans leur intention et ont dû être dissoutes, mais les villages restent avec ou sans leur gardien, recevant des allocations généralement insuffisantes pour subvenir aux besoins les plus indispensables des quelques malheureux qui vivent là.

L'état d'abandon dans lequel se trouvent ces malades provient en grande partie de ce que les villages de lépreux, qui ne possèdent aucun personnel hospitalier, échappent à peu près complètement à la surveillance des médecins auxquels incombe le soin de s'en occuper car ils sont placés loin des villes et sont bien souvent d'accès très difficile. C'est dans un but prophylactique et par crainte excessive de la contagion que leur emplacement fut ainsi choisi autrefois. Actuellement, les inconvénients de cette situation ont été reconnus par tout le monde. Quelques isolés, même, ont rédigé des pétitions pour demander que l'on apporte une modification à leur sort.

Ces réclamations ont été entendues et des instructions ont été données aux chefs de province pour que, d'accord, avec les médecins chefs des circonscriptions médicales, ils établissent un programme

de réorganisation des villages de lépreux et des quelques léproseries installées comme ces villages. Il est permis d'espérer que les malades qui se trouvent encore dans ces agglomérations quitteront bientôt leurs cases délabrées pour être regroupés dans des établissements convenablement aménagés à proximité des centres habités. Ils se soumettront ainsi volontiers à l'isolement étant mieux logés, mieux nourris, mieux vêtus et ils ne tenteront pas de se soustraire à l'internement auquel il reste souvent nécessaire de recourir.

Il est toutefois indispensable de n'imposer cet internement que s'il est possible de le réaliser partout comme il l'est dans les grandes léproseries. Celles-ci renferment d'ailleurs la presque totalité des lépreux actuellement isolés dans la colonie, puisqu'elles en abritent ensemble 2.300 environ alors qu'il en existe 300 dans tous les villages de lépreux réunis.

On estime, sans posséder cependant d'éléments précis d'information, qu'il reste en outre, sur le territoire de Madagascar, plus de 3.000 malades qui ont pu se dérober à l'isolement et vivent dans leur famille. En effet les rapports officiels évaluent, depuis plusieurs années, à 6.000 le nombre total des lépreux existant dans la grande île. Il est impossible de vérifier l'exactitude de cette appréciation.

Les seuls renseignements exacts que l'on possède concernent les internés. Au mois de Décembre 1915, on en comptait 5.675 et il n'y en avait jamais eu autant auparavant. Depuis cette époque, leur effectif a rapidement diminué et il est devenu en peu de temps tel qu'il est aujourd'hui, c'est-à-dire inférieur à 3.000. Il n'a guère varié au cours des dix dernières années malgré une mortalité très élevée, les nouvelles admissions dans les léproseries compensant annuellement les décès qui s'y produisent. La diminution importante constatée entre 1915 et 1920 dans ces établissements étant attribuable à la grippe qui, en un an, fit à Madagascar plus de 80.000 victimes, il est permis de conclure que la lèpre n'est pas en voie de régression dans la colonie.

La symptomatologie de la maladie ne présente aucun caractère particulier chez le Malgache. Ici comme ailleurs, le diagnostic est souvent difficile, et cela d'autant plus que la syphilis aussi bien que certaines mycoses sont très fréquentes parmi toutes les races de l'île et déterminent des lésions rappelant celles de la lèpre. Ce sont surtout ces affections qui entraînent les confusions parfois commises et dont la fâcheuse conséquence peut-être de faire placer des individus

indemnes de hansenisme au contact de sujets qui leur transmettront ce mal. On a vu en effet que le simple diagnostic clinique suffit à motiver l'internement.

Malgré cette prescription, qu'il faudrait considérer comme une tolérance mais non comme une règle imposée, il serait souhaitable que chaque médecin, avant d'établir une déclaration de lèpre, s'efforçât d'appuyer son opinion sur une recherche du bacille de Hansen pratiquée dans un laboratoire. Il est fort regrettable que, jusqu'à présent, cette règle n'ait pas été toujours suivie. Certes, le résultat des examens bactériologiques reste bien souvent négatif dans des cas où le diagnostic clinique paraît indiscutable. Cependant, la mise en oeuvre de techniques simples permet de constater la présence du bacille lépreux dans le mucus nasal plus souvent qu'on le pense en général.

Le Docteur Girard, directeur de l'Institut Pasteur de Tananarive, a récemment attiré l'attention sur ce fait en fournissant à ce sujet des renseignements et des conseils fort utiles, dont le sens sera probablement compris. L'enquête qu'il a poursuivie avec son collaborateur, le Docteur Herivaux, lui a permis de démontrer que chez les lépreux présentant des lésions nodulaires de la face on peut, dans tous les cas, arriver à mettre le bacille en évidence.

S'il importe de n'envoyer aux léproseries que des malades vraiment lépreux, et aussi de dépister tous les Malgaches vraiment atteints de lèpre, il serait en outre fort utile, pour lutter efficacement contre le mal, de ne pas se borner à la prophylaxie par l'isolement. Le traitement curatif a aussi son importance. Il a été jusqu'à présent trop souvent négligé. La plupart des procédés thérapeutiques successivement préconisés pour guérir la lèpre ont bien été appliqués à divers reprises par quelques médecins désireux d'en observer les résultats, mais les essais effectués n'ont jamais pu être poursuivis aussi longtemps qu'il aurait été nécessaire et n'ont porté que sur un nombre restreint de malades. Les quantités d'huile ou d'éther éthylique de chaulmoogra qui ont, à certains moments, été distribués dans quelques léproseries n'étaient ni suffisantes ni données avec assez de régularité et de méthode pour produire des effets utiles.

Tout un programme est à élaborer si l'on veut entreprendre, avec quelques chances de succès, le traitement de malheureux qui trop longtemps en furent réduits à perdre toute espérance.