

## LA LÈPRE EN NOUVELLE-CALÉDONIE EN 1936\*

PAR M. KERVINGANT

ET J. BARÉ

*Médecins des Troupes Coloniales*

En 1914, Leboeuf et Salomon, après une enquête exacte et complète, établirent un rapport statistique sur la lèpre en Nouvelle-Calédonie. Avant eux, de nombreux travaux avaient été faits sur cette question, mais tous les chiffres fournis n'étaient qu'approximatifs, en raison des difficultés auxquelles se heurtaient les dépistages. En 1924, Genevray refit ce travail d'ensemble, estimant celui-ci nécessaire, pour permettre de se rendre compte de l'évolution de la maladie, pendant cette période de dix années.

Après un laps de temps à peu près égal, il nous a paru intéressant de faire, à notre tour, ce travail qui mettra en évidence, avec l'évolution de la lèpre dans ce pays, les résultats obtenus dans la lutte contre cette maladie. Nous reprendrons le plan de nos prédécesseurs, en étudiant d'abord l'état actuel de la lèpre en Nouvelle-Calédonie, puis la marche de l'infection, et, enfin, les moyens de prophylaxie actuellement employés.

### ETAT ACTUEL DE LA LÈPRE EN NOUVELLE-CALEDONIE

Il est nécessaire d'étudier séparément l'élément indigène et l'élément européen, étant donné leur atteinte inégale.

#### LÈPRE CHEZ LES INDIGÈNES

Les indigènes se répartissent en deux grands groups: 1° Group de la Grande Terre et îlots voisins (Ouen, Bélep, île des Pins). 2° Groupe des îles Loyalty (Maré, Lifou, Ouvéa). Pour ces deux groupes, l'ensemble de la population s'élève, en fin 1936, à 29.862 indigènes, se répartissant:

\*The French colony of New Caledonia comprises the island of that name, together with the Loyalty Islands, Isle of Pines and certain others. New Caledonia itself—which is the southernmost of the Melanesians, lying about 875 miles east of Australia and only a little north of the Tropic of Capricorn ( $\pm 22^{\circ}$ S.), and which was for many years used as a French penal colony—is 248 miles long, averages 31 miles in width, and has an area of 8,548 sq. m. Capital, Nauméa (pop. about 10,000). The colony is administered by a governor assisted by a privy council, made up of officials, and by an elected council-general.—EDITOR



TABLEAU 1. Tableau récapitulatif des lépreux indigènes en Nouvelle-Calédonie.

Forme	Hommes	Femmes	Grande Terre	Iles Loyalty			Total
				Lifou	Maré	Ouvéa	
Cutaneo-muqueuse.....	183 (35,5%)	176 (40,3%)	146 (27,2%)	132 (63,2%)	50 (38,2%)	31 (40,8%)	359 (37,7%)
Nerveux.....	333	261	391	77	81	45	594
TOTALS.....	516	437	537	209	131	76	953
	953			416			

3° Sur la Grande Terre, cette différence est très élevée. Sur 537 lépreux, près des 2/3 sont des lépreux nerveux.

4° A Maré et Ouvéa, la différence est minime et le nombre des deux catégories de malades tend à s'équilibrer.

5° A Lifou, le rapport est inversé, les cutanéomuqueux sont deux fois plus nombreux que les nerveux.

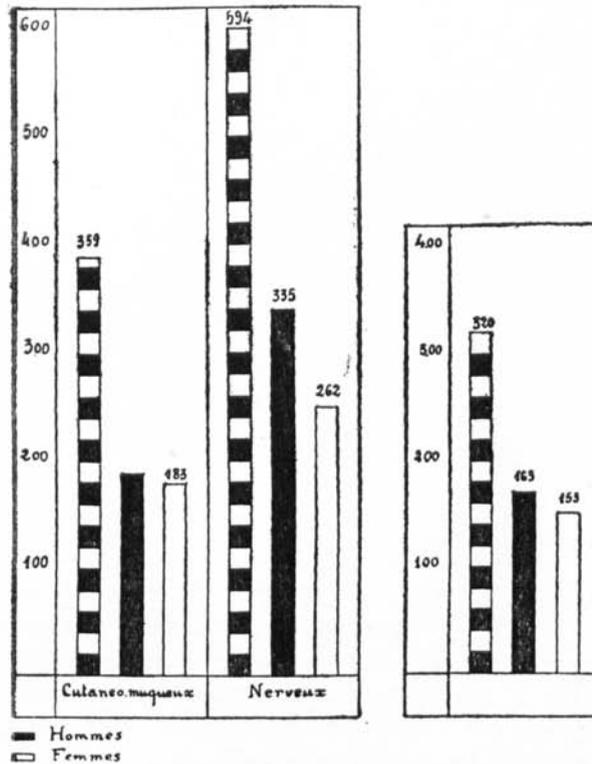


FIG. 2. A — Graphique montrant la classification des cas chez les indigènes, et la distribution par sexe de chaque forme. B — Graphique montrant distribution par sexe des suspects.

On peut donc conclure que le type nerveux prédomine sur la Grande Terre; aux Loyalty, et surtout à Lifou, c'est au contraire le type cutanéomuqueux. Nous verrons dans le chapitre: marche de la lèpre, les autres conclusions que l'on peut tirer de ces déductions.

*Suspects.*—Ne sont classés dans cette catégorie (Fig. 2 B) que les indigènes présentant un ou plusieurs symptômes faisant penser à la lèpre, mais dont le diagnostic ne peut être établi ni par la clinique, ni par le laboratoire. Si ces indigènes voient les symptômes disparaître, ils sont alors rayés du contrôle des suspects; si, au contraire, après plusieurs examens, le diagnostic peut être établi, ils sont classés dans la catégorie des lépreux.

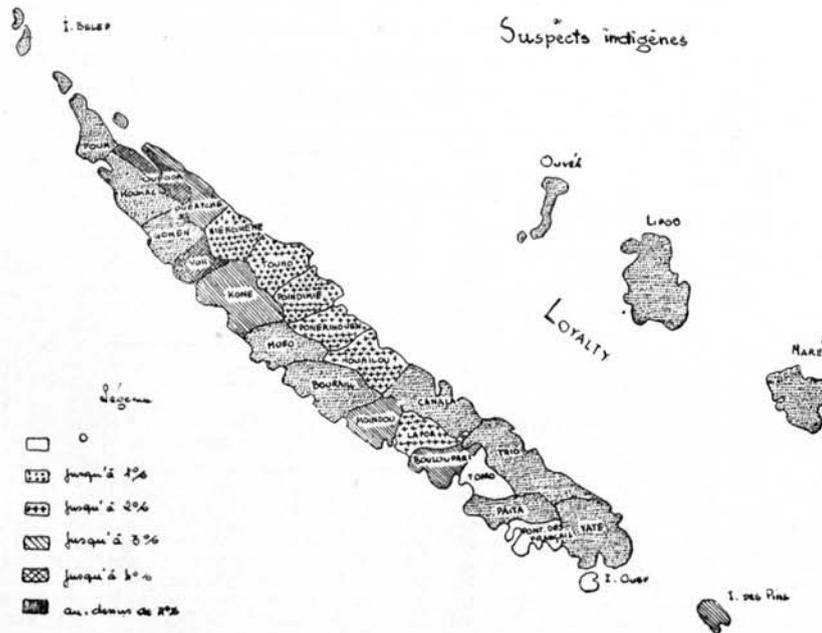


FIG. 3. Carte montrant la distribution des suspects chez les indigènes de Nouvelle-Calédonie.

Sur les 355 suspects de 1924, 58 sont par la suite devenus lépreux, soit 16,34%. Ces chiffres montrent que, parmi les suspects, il y a peu d'individus qui deviennent lépreux et que le plus grand nombre voit disparaître les symptômes qui les avaient fait classer dans cette catégorie.

Au 31 Décembre 1936, nous comptons pour l'ensemble de la colonie, 316 suspects indigènes, soit un pourcentage de 1,05 (Fig. 2 B), et se répartissant comme suit (Fig. 3): Grande Terre et îlots

voisins 254, soit 1,35%; Iles Loyalty 62, soit 0,55% (Maré 17, soit 0,53%; Lifou 30, soit 0,50%; Ouvéa 15, soit 0,74%).

#### LÈPRE CHEZ LES EUROPÉENS

Le dernier recensement de la population date du 1er Juillet 1936 et nous indique le chiffre total de 24.445, se répartissant ainsi:

Elément européen proprement dit (libre et pénal) .....	17.384
Immigrés (Arabes, Javanais, Tonkinois) .....	7.061

Sont comptés parmi les Européens, les métis reconnus et les étrangers. Il ne nous a pas paru utile de distinguer l'élément libre de l'élément pénal, comme l'avait fait Genevray, en raison de sa disparition actuelle presque complète. Nous avons compris dans le même chapitre l'élément immigré.

*Lépreux.*—Pour cette population, nous avons au 31 Décembre 1936, 128 lépreux, soit un pourcentage total de 0,52; 71 sont isolés au Sanatorium de Ducos et 57 à domicile. L'examen des Figs. 4. A, B et C nous montre:

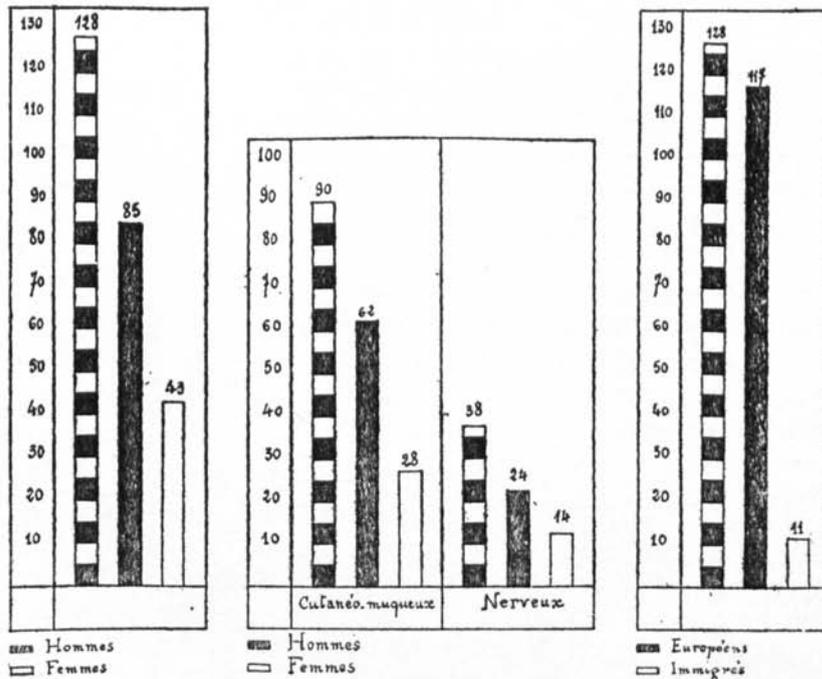


FIG. 4. A — Graphique montrant la distribution des lépreux, parmi la population classée comme Européenne. B — Graphique montrant la distribution par forme des cas classés comme Européens et la distribution par sexe de chaque forme. C — Graphique montrant le nombre des cas chez les Européens réels et chez les immigrés (Arabes, Javanais, Tonkinois.)

1° Que les hommes semblent plus atteints que les femmes (le double); mais nous devons faire remarquer que la différence qui existe entre l'atteinte des hommes et celle des femmes n'est qu'apparente, car la population masculine est environ le double de la population féminine (14.931 hommes pour 9.514 femmes) et les deux sexes sont en réalité aussi éprouvés (Fig. 4 A).

2° Que la forme cutanéomuqueuse prédomine dans les deux sexes, le nombre des lépreux nerveux n'étant que le 1/3 de celui des cutanéomuqueux (Fig. 4 B).

3° Dans les deux formes, le nombre d'hommes atteints est égal à celui des femmes.

4° Que le nombre des lépreux européens est dans la proportion de 1 à 10 par rapport à celui des immigrés lépreux (Fig. 4 C).

*Origine des lépreux.*—Nouméa 56, Côte Ouest 50, Côte Est 19, Iles 3. La ville de Nouméa fournit à elle seule la moitié des lépreux européens. Cela est dû aux conditions de vie très peu satisfaisantes dans lesquelles se trouvent les individus. De condition très modeste pour la plupart, ils vivent dans de véritables taudis encore nombreux et surpeuplés, ce qui a pour effet de multiplier les contacts dangereux. Le Nord fournit un contingent de malades relativement élevé, eu égard à la faible densité de la population. Celle-ci vit dispersée dans des conditions matérielles et hygiéniques toujours aussi précaires qu'en 1924.

*Suspects.*—Les suspects sont peu nombreux, 15. Un chiffre aussi bas, par rapport à celui des lépreux, est la conséquence des difficultés auxquelles se heurte le dépistage des Européens.

En résumé, la population européenne compte 128 lépreux et 15 suspects, soit un pourcentage de 0,52% pour les lépreux et 0,05% pour les suspects.

#### MARCHE DE LA MALADIE

Avant d'entamer ce chapitre, qui doit comparer le nombre des lépreux à différentes périodes, il est nécessaire d'ouvrir une parenthèse. En effet, jusqu'en 1936, n'étaient classés parmi les lépreux que les malades émettant des bacilles. Tous les autres (lépreux nerveux, lépreux tuberculoïdes, sortants des léproseries) étaient classés parmi les suspects. Autrement dit, tous les lépreux fermés étaient classés dans cette catégorie où se trouvent aussi les vrais suspects, dont nous avons donné la définition plus haut.

Cette erreur était d'ailleurs volontaire. Salomon écrivait en 1916 (Marche du service technique; prophylaxie de la lèpre):

Mais comme l'expression lèpre non contagieuse effrayerait les populations, on désigne les malades atteints de lèpre fermée, qui par conséquent ne sont pas à isoler, par la désignation de suspects. On les surveille au même titre que les vrais suspects.

En 1924, Genevray, dans son rapport sur "les modification à apporter au régime des lépreux," écrivait:

Mais d'autre part, sont également classés et maintenus parmi les suspects, des *lépreux certains*, atteints de formes frustes ou fixées depuis longtemps, n'ayant point de lésions ouvertes, et chez lesquels, les examens microscopiques n'ont jamais décelé ou ne décelent plus de bacilles de Hansen.

Et à la même époque, dans son rapport sur "La lèpre en Nouvelle-Calédonie":

... De plus, nous avons maintenu parmi eux (suspects) un certain nombre de lépreux certains, atteints de formes légères, limitées, et fermées ou fixées, chez lesquels les examens n'ont jamais décelé de bacilles, estimant que le danger de contagion, à supposer qu'il existe, était minime et ne justifiait pas la mesure rigoureuse de l'isolement absolu.

Cette manière de voir était très légitime, mais elle avait l'inconvénient: d'une part, de ne donner du nombre des lépreux, que des chiffres approximatifs; d'autre part, de pouvoir faire croire que tous les lépreux étaient internés dans les léproseries, alors qu'en réalité, seuls les lépreux contagieux étaient isolés.

A l'heure actuelle, la raison invoquée par Salomon n'existe plus, et la population semble avoir compris la différence qui existe entre les lépreux contagieux et non contagieux. Au cours des tournées de dépistage, que les médecins du laboratoire ont faites dans le courant de l'année, le recensement de tous les lépreux vrais a été fait.

Mais la comparaison avec les chiffres cités dans les rapports précédents serait difficile, si Genevray n'avait écrit en 1924, dans son rapport sur la lèpre en Nouvelle-Calédonie: "Au moins 350 des suspects doivent être considérés comme des lépreux vrais." Comme il existait à cette époque 710 suspects, on peut en déduire qu'il y avait environ 50% des suspects qui étaient en réalité des lépreux. C'est donc en augmentant le nombre des lépreux de la moitié de celui des suspects, que nous pouvons avoir un point de comparaison.

#### ELEMENT INDIGÈNE

*Grande Terre.*—Le Tableau 2, nécessaire malgré l'aridité de ses chiffres, met en évidence la marche de la maladie sur la Grande Terre, en permettant la comparaison des chiffres et des pourcentages dans les différentes circonscriptions. Les colonnes sous le titre "lépreux probables," dont les chiffres ont été établis suivant les

TABLEAU 2. La marche de la lèpre dans les différentes circonscriptions de Grande Terre.

Circonscription	Années	Popula- tion	Lépreux reconnus		Lépreux probables		Suspects reconnus		Suspects probables	
			Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%
CÔTE OUEST Poum-Bélep .....	1913	545	20	3,66	—	—	—	—	—	—
	1921	605	12	1,98	—	—	—	—	—	—
	1924	614	11	1,79	26	4,23	30	4,88	15	2,44
	1936	795	28	3,52	—	—	3	0,37	—	—
Koumae .....	1902	150	7	4,66	—	—	—	—	—	—
	1913	118	1	0,84	2	1,69	2	1,69	1	0,84
	1924	161	3	0,86	6	3,72	6	3,72	3	0,86
	1936	202	12	5,94	—	—	1	0,49	—	—
Gomen .....	1913	390	9	2,30	10	2,56	3	0,76	2	0,51
	1924	472	9	1,90	12	2,54	7	1,48	4	0,84
	1936	680	17	2,50	—	—	6	0,88	—	—
Voh .....	1902	—	10	—	—	—	—	—	—	—
	1913	515	5	0,97	10	1,94	11	2,13	6	1,16
	1924	557	6	1,07	15	2,69	18	3,23	9	1,61
	1936	630	18	2,85	—	—	20	3,17	—	—
Koné-Pouembout	1913	1078	33	3,06	38	3,52	10	0,92	5	0,46
	1924	865	28	3,23	35	4,04	15	1,73	8	0,92
	1936	1188	31	2,60	—	—	25	2,10	—	—
Muéo-Poya .....	1913	402	10	2,48	12	2,98	4	0,99	2	0,49
	1924	466	11	2,36	18	3,86	14	3,00	7	1,50
	1936	559	8	1,43	—	—	2	0,35	—	—
Bourail .....	1902	±500	31	6,20	—	—	—	—	—	—
	1913	539	21	3,89	29	5,38	16	2,96	8	1,48
	1924	499	5	1,00	13	2,60	16	3,20	8	1,60
	1936	514	22	4,28	—	—	1	0,19	—	—
Moindou .....	1902	±140	13	9,28	—	—	—	—	—	—
	1909	140	7	6,00	—	—	—	—	—	—
	1913	133	3	2,25	3	2,25	1	0,75	1	0,75
	1924	129	1	0,77	2	1,55	3	2,32	2	1,55
	1936	165	1	0,60	—	—	3	1,81	—	—
La Foa .....	1902	±400	±22	—	—	—	—	—	—	—
	1913	370	12	3,24	15	4,05	7	1,88	4	1,81
	1924	355	6	1,69	12	3,38	13	3,66	7	1,97
	1936	431	13	3,01	—	—	8	1,83	—	—
Bouloupar .....	1913	122	1	0,81	2	1,63	2	1,63	1	0,81
	1924	135	2	1,48	2	1,48	1	0,74	1	0,74
	1936	198	5	2,52	—	—	4	2,02	—	—
Palta .....	1913	227	3	1,32	4	1,76	2	0,88	1	0,44
	1924	252	5	1,98	7	2,77	5	1,98	3	1,15
	1936	287	2	0,69	—	—	—	—	—	—
Pont-des-Français	1913	360	19	5,27	23	6,38	8	2,22	4	1,11
	1924	318	6	1,88	9	2,82	6	1,88	—	—
	1936	332	10	3,01	—	—	0	—	—	—
Ile Ouen .....	1913	54	4	7,40	—	—	—	—	—	—
	1924	49	4	8,16	—	—	—	—	—	—
	1936	75	2	2,66	—	—	—	—	—	—

TABLEAU 2. La marche de la lèpre dans les différentes circonscriptions de Grande Terre.

Circonscription	Années	Popula- tion	Lépreux reconnus		Lépreux probables		Suspects reconnus		Suspects probables	
			Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%
<b>CÔTE EST</b>										
Ouégoa.....	1901	502	41	8,16	—	—	—	—	—	—
	1913	537	12	1,62	13	2,16	8	1,08	4	0,54
	1921	580	7	1,20	—	—	—	—	—	—
	1924	456	6	1,31	16	2,84	14	3,07	7	1,53
	1936	620	29	4,67	—	—	23	3,70	—	—
Oubatche.....	1913	1204	37	3,07	43	3,57	13	1,07	7	0,54
	1924	1132	26	1,76	40	2,99	28	2,47	14	1,53
	1936	887	49	5,52	—	—	25	2,81	—	—
Hienghene.....	1901	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	1909	—	±30	—	—	—	—	—	—	—
	1913	1067	19	1,78	24	2,24	10	0,93	5	0,46
	1924	1038	20	0,96	17	1,63	14	1,34	7	0,67
	1936	1156	26	2,24	—	—	20	1,73	—	—
Touho.....	1901	—	49	—	—	—	—	—	—	—
	1913	1131	28	2,47	35	3,08	14	1,23	7	0,61
	1924	700	12	1,57	20	2,85	17	2,23	9	1,28
	1936	1130	30	2,65	—	—	15	1,32	—	—
Poindimié.....	1901	—	40	—	—	—	—	—	—	—
	1913	1460	32	2,19	40	2,73	16	1,09	8	0,54
	1924	1453	14	0,96	32	2,19	36	2,47	18	1,23
	1936	1379	20	1,45	—	—	15	1,08	—	—
Ponérihouen.....	1901	—	±45	—	—	—	—	—	—	—
	1913	1327	34	2,56	47	3,54	27	2,03	14	1,05
	1924	1320	20	1,51	29	2,19	59	4,46	30	2,27
	1936	1349	28	2,07	—	—	23	—	—	—
Houailou.....	1913	1857	73	3,93	102	5,49	59	3,17	30	1,61
	1924	1825	45	2,46	76	4,16	63	3,45	32	1,75
	1936	1830	89	4,85	—	—	29	1,58	—	—
Canala.....	1889	1953	119	6,09	—	—	—	—	—	—
	1890	2000	260	13,00	—	—	—	—	—	—
	1913	1491	48	3,21	61	4,08	26	1,74	13	0,87
	1924	1924	20	1,31	59	3,88	78	5,14	39	2,57
	1936	1711	51	2,98	—	—	16	0,93	—	—
Thio.....	1913	488	15	3,07	—	—	—	—	—	—
	1924	541	12	2,21	14	2,58	5	0,92	3	0,55
	1936	539	12	2,22	—	—	2	0,36	—	—
Yaté.....	1913	297	12	4,04	16	5,38	9	3,03	5	1,68
	1924	305	5	1,63	10	3,26	10	3,26	5	1,63
	1936	429	14	3,23	—	—	3	0,69	—	—
Ile des Pins.....	1905	718	40	5,56	—	—	—	—	—	—
	1911	594	20	3,33	26	4,33	12	2,00	6	1,00
	1918	611	16	2,61	23	3,75	14	2,29	7	1,14
	1923	580	16	2,75	24	4,12	16	2,75	8	1,37
	1924	586	16	2,73	25	4,26	18	3,07	9	1,53
	1936	630	17	2,76	—	—	7	1,11	—	—
<b>TOTALS.....</b>	1913	16206	471	2,91%	555	3,42%	260	1,60%	134	0,83%
	1924	16132	293	1,82%	495	3,07%	476	2,96%	240	1,49%
	1936	17716	534	3,01%	—	—	251	1,42%	—	—

principes donnés dans l'introduction de ce chapitre, sont les bases de cette comparaison.

La population étant dans l'ensemble en augmentation, la comparaison ne peut être faite entre le nombre des lépreux aux différentes périodes. Le pourcentage des cas par rapport au chiffre de la population seul peut nous donner une idée exacte de l'évolution de la maladie.

D'après le tableau précédent, on peut classer les circonscriptions en: 1° Circonscriptions où la lèpre est en progression très nette: Koumac, Ouégoa, Oubatche, Hienghène, Houailou, Bourail et Bouloupari. 2° Circonscriptions où la lèpre est en régression très nette: Poum-Bélep, Koné, Poya, Moindou, Païta, Ile Ouen, Poindimié, Canala et Ile des Pins. 3° Circonscriptions où la lèpre est stationnaire: ce sont toutes les autres circonscriptions où les différences en plus ou en moins sont minimales. Fig. 5, ci-jointe, permet de se rendre compte, d'un seul coup d'oeil, de la répartition de ces diverses catégories.

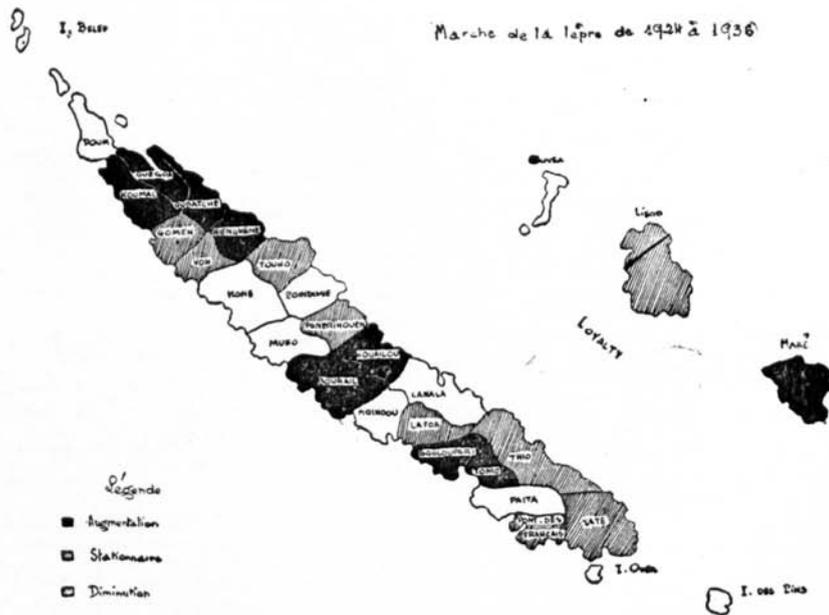


FIG. 5. Carte montrant la marche de la lèpre de 1924 à 1936. Circonscriptions dans lesquelles elle est en augmentation, stationnaire et en diminution.

Dans la partie Nord et la partie médiane de l'île, la lèpre paraît progresser. Mais peut-être, malgré tout, cette progression n'est-

elle qu'apparente, car dans ces circonscriptions les tribus sont très éloignées des centres, les voies d'accès sont difficiles, et il se peut qu'autrefois le dépistage ait présenté plus de difficultés.

Le nombre des suspects vrais est resté stationnaire dans l'ensemble. Certaines circonscriptions l'ont vu augmenter, peut-être pour les mêmes raisons que celles invoquées pour les lépreux.

*Iles Loyalty.*—La marche de la maladie dans ces îles nous est donné par le Tableau 3.

TABLEAU 3. La marche de la lèpre dans les Îles Loyalty.

Ile	Année	Popula- tion	Lépreux reconnus		Lépreux probables		Suspects reconnus		Suspects probables	
			Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%
Maré .....	1899	—	170	—	—	—	—	—	—	—
	1908	—	106	—	—	—	—	—	—	—
	1912	3558	151	4,24	—	—	—	—	—	—
	1924	3306	78	2,35	110	3,31	64	1,93	32	0,96
	1936	3179	133	4,18	—	—	17	0,53	—	—
Lifou .....	1899	—	±70	—	—	—	—	—	—	—
	1908	—	74	—	—	—	—	—	—	—
	1912	5586	92	1,64	—	—	—	—	—	—
	1919	5882	182	3,07	218	3,68	72	1,22	36	0,61
	1924	5674	129	2,27	204	3,50	151	2,66	76	1,33
	1936	5923	210	3,54	—	—	30	0,50	—	—
Ouvéa.....	1894	—	1	—	—	—	—	—	—	—
	1899	—	11	—	—	—	—	—	—	—
	1908	—	39	—	—	—	—	—	—	—
	1912	1970	56	2,84	—	—	—	—	—	—
	1924	1965	74	3,76	90	4,57	32	1,62	16	0,81
	1936	2024	76	3,55	—	—	15	0,74	—	—
TOTALS.....	1894	—	1	—	—	—	—	—	—	—
	1899	—	251	—	—	—	—	—	—	—
	1908	—	219	—	—	—	—	—	—	—
	1912	11114	299	2,91	—	—	—	—	—	—
	1919	5582	182	3,07	218	3,68	72	1,22	36	0,61
	1924	10945	281	2,79	404	3,79	247	2,07	124	1,03
	1936	11126	419	3,76	—	—	62	0,59	—	—

Maré: Dans son rapport de 1924, Genevray concluait à une régression très nette de la lèpre à Maré. Notre conclusion est différente car, même en admettant que le dépistage des lépreux étant donné l'absence à peu près continuelle de médecin dans cette île, n'y ait pas été fait correctement à toutes les époques, le chiffre actuel est à peu près le même qu'en 1912. Le tableau, s'il ne permet pas de conclure à une progression de la lèpre à Maré, montre que la maladie y est stationnaire.

Lifou: A Lifou, grâce au rétablissement du poste médical et à la meilleure compréhension, par les indigènes et les chefs, des notions d'hygiène et de prophylaxie qui leur ont été inculquées,

la lèpre, qui jusqu'en 1924 avait une tendance nette à l'augmentation, paraît s'être stabilisée, comme le montre le tableau.

Ouvéa: Les progrès rapides et considérables que faisait la maladie en 1924 dans cette île se sont arrêtés, ainsi qu'il ressort du tableau. Le pourcentage qui était de 4,57 en 1924 est descendu à 3,55. La maladie y est donc en décroissance très nette. Cette décroissance semble due en grande partie à l'intelligence plus développée des indigènes de cette île (ils ne sont pas d'ailleurs de la même race que ceux des deux autres îles). Ils ont compris plus rapidement les conseils d'hygiène qui leur ont été donnés et ont ainsi facilité la tâche du corps médical dans la lutte contre la lèpre.

Sommaire.—Pour l'ensemble de l'archipel calédonien, les

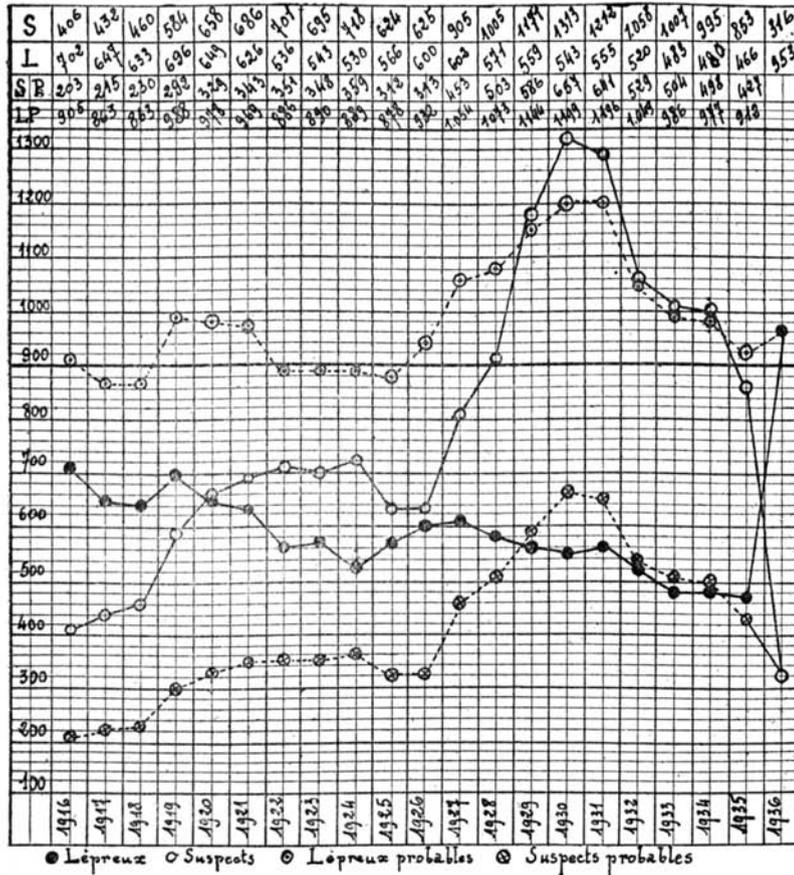


FIG. 6. Courbes montrant le nombre des lépreux et des suspects parmi les indigènes, de 1916 à 1936.

Figs. 6 et 7 nous montreront, de la façon la plus tangible, la marche de la lèpre depuis une vingtaine d'années. De 1916 à 1918, la maladie reste stationnaire. A partir de 1918 se produit une élévation brusque qui se maintiendra les 3 années suivantes pour redescendre en 1922. De 1922 à 1925, nouveau plateau. A partir de 1926, augmentation continue du nombre des malades, atteignant son maximum en 1930-1931, pour décroître graduellement jusqu'en 1935-1936.

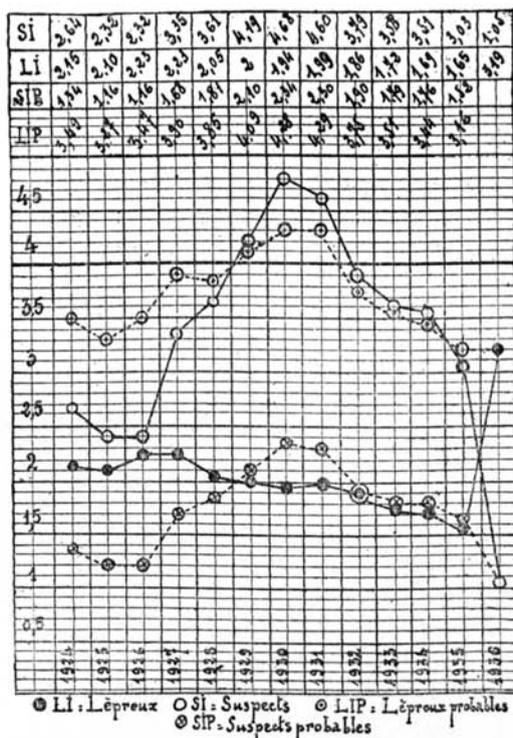


FIG. 7. Courbes montrant les pourcentages des lépreux et des suspects chez les indigènes, de 1924 à 1936.

Faut-il déduire de ces courbes que la lèpre évolue en Calédonie par poussées successives et qu'actuellement nous soyons en période de décroissance? Cette conclusion semble être assez exacte; mais il faut noter cependant que les périodes de progression correspondent à celles où le dépistage a été mieux fait: c'est-à-dire dans la période immédiate d'après la guerre, pendant laquelle il avait été nul, et de 1926-1930, où le poste de médecin adjoint au laboratoire a permis des inspections médicales régulières de toute la colonie par un spécialiste de la lèpre.

En 1924, Genevray, concluait à la régression générale de la maladie en Nouvelle-Calédonie (avec cependant certaines réserves) et donnait comme causes de cette régression l'isolement des malades, les progrès de l'hygiène chez l'indigène, et l'évolution de la maladie qui de dermatrope devenait neurotrope (les lésions cutanéomuqueuses riches en bacilles faisant place à des lésions nerveuses moins contagieuses). Actuellement, le nombre des formes nerveuses a encore augmenté par rapport à celui des formes cutanées, l'hygiène a fait dans les tribus des progrès très sensibles, l'isolement des contagieux, mieux compris, est plus réel. Cependant la lèpre n'a pas rétrogradé, elle reste stationnaire, mais tout fait espérer une régression dans les années à venir.

#### ELEMENT EUROPÉEN

Le nombre des lépreux européens a marqué une progression continue depuis le dépistage des premiers cas (Fornf—1888) jusqu'à l'année 1913, où Leboeuf, grâce à une enquête minutieuse, est parvenu à dénombrer le plus exactement possible les hanséniens européens. Le pronostic formulé par Auché en 1898, et disant:

... qu'il est bien évident, que cette progression ne se continuera pas avec la même sévérité,

se confirme, et, son optimisme est au-dessous de la réalité, car la progression ne se maintient pas et cède la place à une régression.

En effet, Genevray dénombre, en 1924, 158 malades et 8 suspects. Si nous ajoutons aux premiers les 50% de probabilité, dont nous avons parlé au début de ce chapitre, nous arrivons au chiffre de 162 lépreux probables contre 211 (dont 161 isolés) en 1913 (Leboeuf), et 300 (dont 134 isolés) en 1911 (Ortholan). La diminution s'accroît dans les années qui suivent, pour arriver au chiffre de 128 lépreux, en 1936. Les Figs. 8 et 9 résument la marche de la lèpre chez les européens depuis 1916.

L'élément pénal, en voie de disparition presque complète, n'intervient plus dans la dissémination de la lèpre, comme au temps d'Auché: "en courant la brousse de chantiers à chantiers, de mines à mines..." Le travail, dans les mines et dans les chantiers, est maintenant effectué par l'élément immigré (Javanais et Indochinois). Celui-ci n'offre aucun danger, soit dans la dissémination, soit dans l'importation de la maladie, car les individus sont examinés à l'Institut Gaston Bourret, dès leur arrivée en Nouvelle-Calédonie, et sont ensuite surveillés sur les chantiers ou les mines par les médecins de colonisation.

Les conclusions à tirer de ce chapitre sont: Le nombre des

lépreux européens va en diminuant. Le nombre des lépreux indigènes est stationnaire. L'élément indigène est proportionnellement plus frappé que l'élément européen.

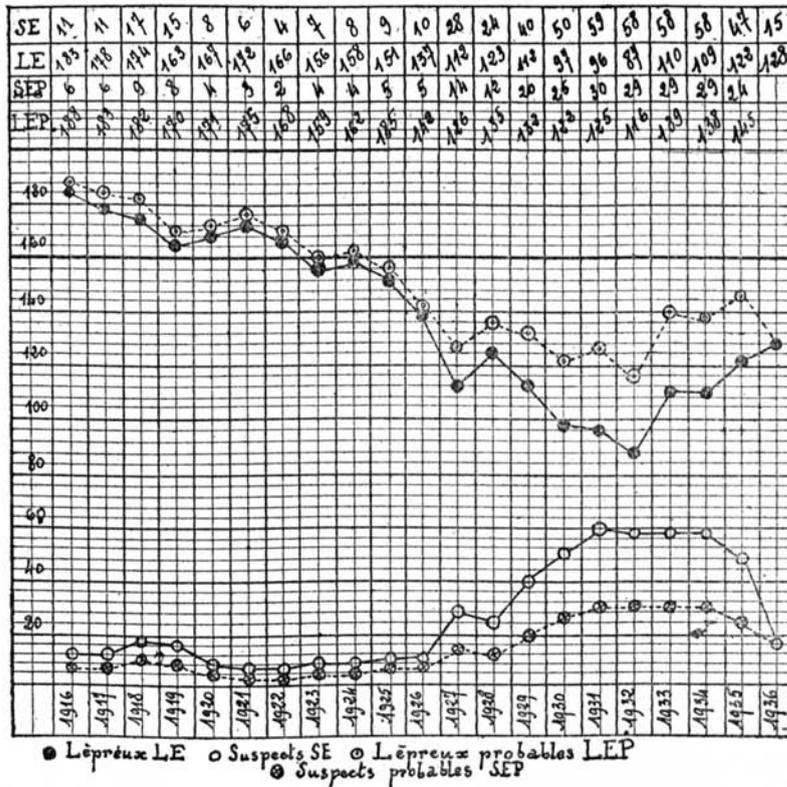


Fig. 8. Courbes montrant le nombre des lépreux et des suspects chez les Européens de 1916 à 1936.

#### PROPHYLAXIE

Nous ne referons pas l'historique de cette prophylaxie en Nouvelle-Calédonie; nous nous bornerons à étudier les moyens dont nous disposons actuellement, c'est-à-dire: 1° L'isolement des lépreux. 2° La recherche et le dépistage des malades.

#### ISOLEMENT DES EUROPÉENS

Bien que l'isolement ne diffère pas en principe pour l'élément européen et indigène, nous étudierons séparément le mode d'isolement pour chacun d'eux. Les lépreux européens sont isolés de deux manières différentes: au Sanatorium de Ducos, a domicile.

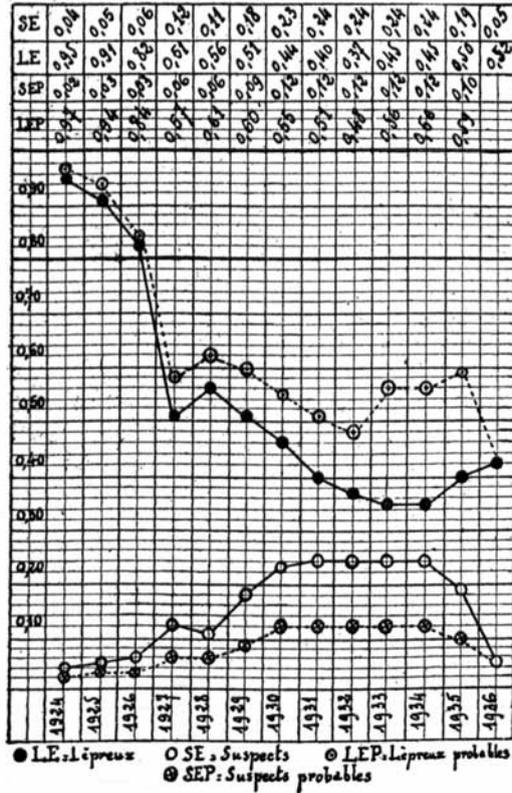


FIG. 9. Courbes montrant le pourcentage des lépreux et des suspects chez les Européens, de 1924 à 1936.

*Sanatorium de Ducos.*—Un établissement pénitentiaire situé dans la presqu'île de Ducos (Baie de Nouméa) a été affecté aux lépreux en 1918.

Depuis l'occupation des locaux existants par les malades, le sanatorium a subi de nombreuses améliorations. Les bâtiments vétustes ont été détruits et remplacés par des logements plus modernes.

Jusqu'aux derniers mois de 1918, l'Administration (Secrétariat Général) s'occupait de la gestion du sanatorium, la partie médicale étant naturellement du ressort des médecins traitants. Cette dualité ayant entraîné de sérieux inconvénients, toute la gestion a été confiée au Service de Santé. Le Directeur du Service de Santé est directeur du sanatorium. Le Directeur de l'Institut Gaston Bourret et son adjoint, sont médecins traitants. Le secrétaire de la Direction du Service de Santé s'occupe de la gestion administrative avec le concours du gardien-chef, ce dernier ayant à sa disposition un certain nombre de boys indigènes, qui assurent l'entretien général du sanatorium.

Trois vallées constituent le Sanatorium de Ducos: La vallée de Undu, qui est encore réservée aux lépreux indigènes, mais qui sera abandonnée lors-

que le village agricole pour hanséniens de Tiaoué (Tarbeville) sera en état de les recevoir. Nous n'en parlerons pas dans ce chapitre réservé aux Européens (Fig. 10).

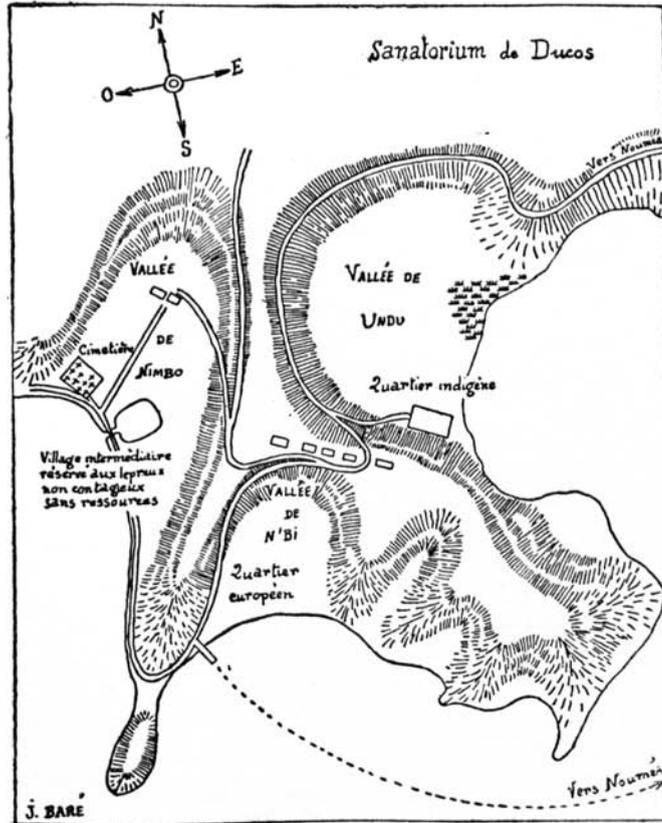


FIG. 10. Carte de la Sanatorium de Ducos, montrant les trois vallées.

La vallée de Nimbo, où se trouve un vaste bâtiment en bon état, entouré de terrains fertiles, était primitivement occupée par quelques immigrants. A la fin de cette année, elle a changé d'affectation. Les lépreux immigrants ont été rassemblés avec les lépreux européens. La vallée et les bâtiments qu'ils occupaient, sont destinés à recevoir les européens non contagieux qui, sortis de Ducos et dépourvus de ressources, ne peuvent subvenir à leur existence à l'extérieur. Ils y trouveront le moyen d'y subsister, les vivres leur étant fournis gratuitement pendant une année à compter de leur sortie. Ils continuent à recevoir les soins médicaux à l'infirmerie du sanatorium.

La vallée de N'Bi abrite les lépreux européens (Fig. 11). Elle est occupée par des bâtiments disposés le long des rues, bordées de caniveaux recueillant les eaux usées et les eaux de pluie. Chaque maison, qu'elle soit en

bois ou en pierre, possède ses bains-douche et son jardin où les malades s'adonnent aux cultures vivrières ou d'agrément et à l'élevage des volailles.

Les malades reçoivent tout ce qui leur est nécessaire: vêtements, linge de corps, literie, etc. . . qui leur sont périodiquement renouvelés. Les mutilés des membres inférieurs perçoivent des chaussures orthopédiques fabriquées à Nouméa.

La nourriture est abondante et variée. La ration quotidienne des malades est largement prévue. Une cuisine centrale prépare les aliments d'après des menus calqués sur ceux de l'Hôpital Colonial. Un cheptel bovin fournit du lait frais qui est distribué deux fois par jour aux malades. L'eau alimentant le sanatorium provient de la conduite de la ville de Nouméa.

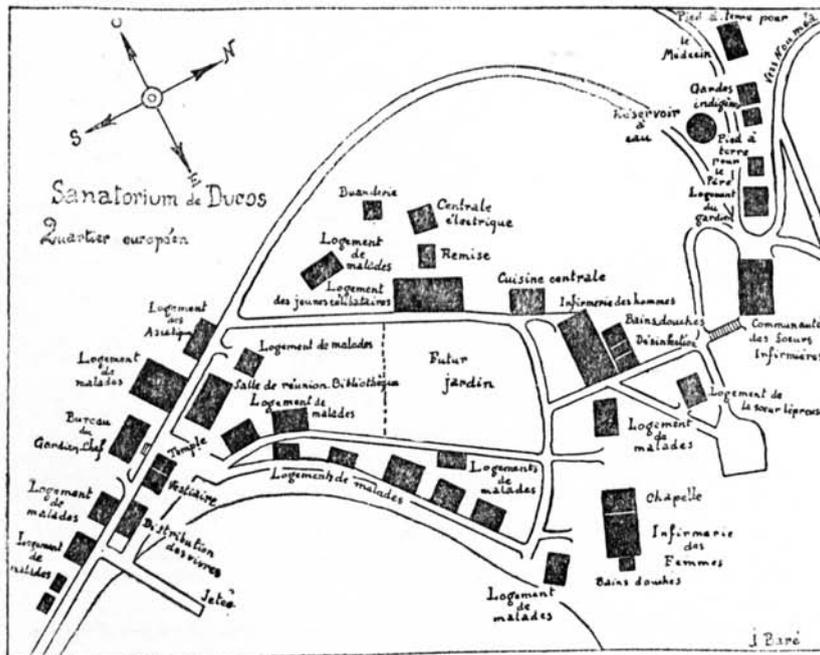


FIG. 11. Plan de la Vallée de N'Bri, le quartier Européen du Sanatorium de Ducos.

Ducos est éclairé à l'électricité, au moyen d'un groupe électrogène et d'une canalisation qui distribue le courant dans tous les bâtiments. Un réseau téléphonique complet relie les bâtiments principaux entre eux et le sanatorium avec la ville.

Le traitement et les soins sont donnés par les soeurs-infirmières sous la direction du médecin-traitant dans deux infirmeries: l'infirmerie des hommes et l'infirmerie des femmes. Des infirmiers et des infirmières, malades eux-mêmes, aident les soeurs. Les médecins traitants vont au sanatorium trois fois par semaine, au moyen d'un canot automobile qui assure, en outre, le ravitaillement et le transport des visiteurs. Au début de l'année 1939,

une ancienne route va être remise en état et facilitera les déplacements des médecins, qui pourront ainsi se rendre à Ducos en un quart d'heure.

Les distractions sont multipliées par les soins du Service de Santé. Grâce aux fonds recueillis par le Comité de la Lèpre, différents jeux ont été achetés, ainsi qu'un appareil de T.S.F. avec pick-up. La bibliothèque s'enrichit constamment de livres, de brochures et de disques, dons des personnes qui s'intéressent aux lépreux.

Le régime du Sanatorium n'est pas celui d'une prison. Les malades sont entièrement libres de leurs gestes à l'intérieur de Ducos. Ils y sont admis et en sortent volontairement, sous condition de s'isoler à domicile.

L'Hôpital Colonial, limité sur trois côtés par des rues et sur le quatrième par la mer, n'étant pas susceptible d'extension, ne permet pas l'hospitalisation de tous les malades. Néanmoins tout le premier étage du pavillon des isolés est affecté aux lépreux. Ils y sont évacués soit lorsque leur état de santé exige des soins spéciaux, soit lorsqu'ils doivent subir une intervention chirurgicale. Celle-ci est alors pratiquée par le chirurgien de l'Hôpital, dans une salle d'opération qui a été aménagée dans ce pavillon.

Le Comité de la Lèpre, organisme local, présidé par le Gouverneur, reçoit les dons en nature ou en espèces, venant des particuliers et des Sociétés de Nouméa ou de l'intérieur. Il organise des ventes de charité pour recueillir des fonds. Il les répartit ensuite au prorata des besoins, pour améliorer les conditions de vie des lépreux européens et indigènes.

*Isolement à domicile.*—Les lépreux européens non contagieux ou contagieux, qui ne sont pas au sanatorium, sont astreints à s'isoler à domicile. Ils doivent observer certaines règles comme: avoir leurs utensiles domestiques personnels, habiter certaines pièces dont ils assurent eux-mêmes l'entretien, ne pas pratiquer certains métiers, etc. . .

Ils sont visités périodiquement par les médecins de l'Institut Gaston Bourret, pour Nouméa et la première circonscription, et par les médecins de colonisation pour ceux qui s'isolent en brousse. Ces médecins s'assurent de la bonne observation des règles précitées. Une fois par semaine les lépreux de Nouméa viennent recevoir les soins à l'Institut Gaston Bourret et ceux de l'intérieur, au centre où réside le médecin le plus proche.

#### ISOLEMENT DES INDIGÈNES

*Lépreux ouverts et contagieux.*—En 1924, il existait 64 villages de ségrégation, situés à proximité des tribus, mais éloignés du médecin, et dont les malades étaient privés de tous soins médicaux. Genevray, à cette époque, ne croyait pas possible de diminuer le

nombre de ces villages (certains n'avaient pas de malades et d'autres deux ou trois), où l'isolement n'existait que de nom et où le traitement était inexistant. La mauvaise volonté des chefs et la répugnance des indigènes à s'éloigner de leurs tribus ont disparu, non par des mesures de coercition comme le préconisait à cette époque Genevray (qui ne pensait pas possible d'autre méthode), mais en attirant les indigènes dans les lieux d'isolement, en s'occupant de leur bien-être, en améliorant leurs conditions d'existence (culture, pêche, etc...), en leur fournissant une nourriture plus abondante, et surtout en les traitant d'une façon régulière.

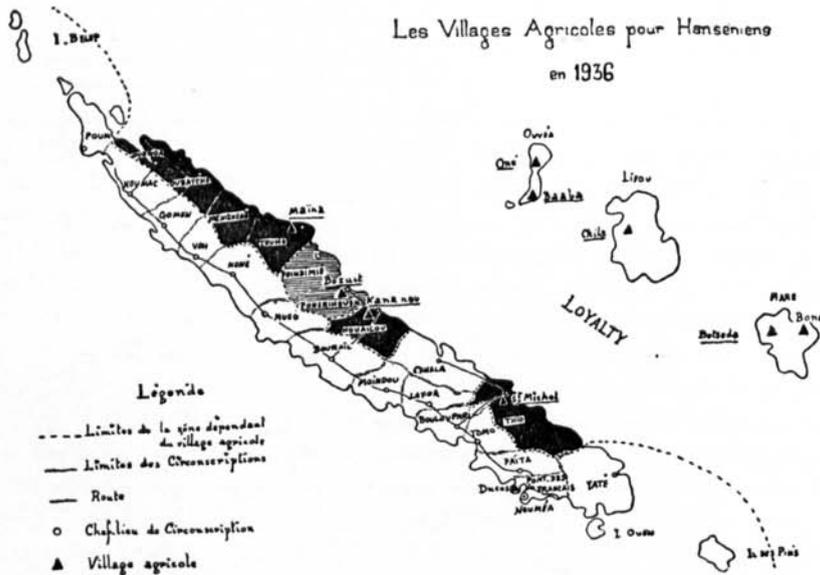


FIG. 12. Carte montrant la situation de dix léproseries pour indigènes (villages agricoles).

La réduction du nombre de ces villages a donc eu pour but un meilleur isolement et un traitement plus régulier des malades. En 1936, il y avait 10 léproseries (voir Fig. 12): Pour la côte Ouest, le quartier indigène de Ducos. Pour la côte Est, les villages de Saint-Michel, pour la circonscription de Thio; Kananou, pour la circonscription de Houailou; Bozuit, pour les circonscriptions de Ponérihouen et Poindimié; Maïna, pour les circonscriptions du Nord. Pour les Iles Loyalty: Boné et Betséda à Maré; Chila à Lifou; Oné et Baaba à Ouvéa.

Le village indigène de Ducos est situé dans la presqu'île

de Ducos, dans la vallée de Undu (voir Fig. 10). Nombreux sont les indigènes malades qui demandent à y être isolés, attirés principalement par la nourriture abondante qui leur y est donnée. Mais la vie qu'ils y mènent ne correspond pas du tout à, la vie en tribu. Aussi la désaffectation de cette vallée est décidée et des projets sont en cours pour la construction sur la côte Ouest d'un village où seront isolés tous les malades de cette côte. Le point choisi est Tiaoué (Tarbeville).

Les autres villages de lépreux sont de véritables villages agricoles. Les cases construites suivant le modèle propre à chaque région répondent cependant à de meilleures conditions d'hygiène: meilleure aération, sol cimenté, etc. . . Chaque village possède un dispensaire où sont donnés les soins, une église ou un temple, et certains, une école. L'eau, qui souvent fait défaut dans les villages indigènes, surtout aux Loyalty, y est en abondance, grâce aux puits et citernes qui ont été construits.

Les malades ont à leur disposition de vastes terrains où les plus valides entretiennent des cultures vivrières (ignames, taros, manioc, maïs, etc. . .) qui servent de base à leur nourriture et subviennent ainsi en partie à leurs besoins. L'administration complète par des rations de viande, riz, sucre et thé. En général, la situation des villages près de la mer leur permet la pêche. L'administration leur fournit aussi des instruments agricoles, des graines, des couvertures, des vêtements, des engins de pêche, des jeux.

Il est prévu pour 1937, la suppression de certains de ces villages, dont le maintien n'est pas utile étant donné soit l'éloignement du médecin, soit le petit nombre de malades qui y sont isolés (Saint-Michel, Bozuit et Baaba à Ouvéa).

*Lépreux fermés et non contagieux.*—Les indigènes classés dans cette catégorie restent dans leurs tribus sous réserve qu'ils soient isolés et puissent être traités régulièrement. L'isolement consiste en une case réservée à cette catégorie de malade—et en l'interdiction de sortir de la tribu sans autorisation.

Le médecin de la circonscription, les syndics et les chefs sont chargés de la surveillance de ces prescriptions. Il est plus difficile d'assurer à ces indigènes un traitement régulier; celui-ci est fait par le médecin de la circonscription ou l'infirmier sous le contrôle du médecin. Les malades sont réunis et traités hebdomadairement, suivant la proximité de leur tribu, soit au dispensaire de la circonscription, soit au dispensaire de la léproserie. Mais l'éloignement des tribus des centres médicaux et les voies de communications difficiles font que pour beaucoup le traitement reste irrégulier.

Quand les cases médicales (en construction) pour chaque groupe de tribus seront achevées, ces soins spéciaux pourront y être donnés, ce qui facilitera la tâche du médecin et la régularité des piqûres. A signaler l'aide importante donnée à ce service médical par les missionnaires catholiques et protestants, qui dans beaucoup de missions éloignées des centres se sont chargés de ces traitements.

Au moins tous les trois mois, ces lépreux non contagieux sont vus par le médecin et les prélèvements effectués sont envoyés à l'Institut Gaston Bourret pour contrôle.

Les suspects sont examinés dans les mêmes conditions tous les trois mois. L'interdiction de sortir de la tribu sans autorisation est la seule mesure prise à leur égard.

#### DÉPISTAGE DES LÉPREUX INDIGÈNES

Les moyens permettant de dépister les lépreux indigènes sont les suivants:

*Visite des tribus.*—Cette visite est effectuée semestriellement par les médecins de colonisation. Les observations des indigènes lépreux et suspects, anciens ou dépistés au cours de ces visites, ainsi que les prélèvements faits sont adressés au laboratoire Gaston Bourret. Le résultat des examens et les décisions prises sont ensuite communiqués aux médecins.

Depuis le début de 1936 un adjoint au directeur de l'Institut Gaston Bourret a été nommé, ce qui a permis de faire, dans le courant de l'année, une visite générale des tribus et des villages agricoles par un médecin spécialisé. L'indigène n'essaye plus, comme autrefois, d'échapper à ces visites, et les chefs plus dociles indiquent d'eux-mêmes aux médecins les indigènes leur paraissant suspects. La plus grosse difficultés provient des moyens de communication. Presque toutes les tribus sont éloignées de la route et pour y parvenir, il faut parcourir à cheval des sentiers indigènes serpentant à travers les montagnes, c'est ainsi que pour visiter une trentaine d'indigènes, deux journées de cheval sont parfois nécessaires. Ce qui fait qu'il n'est guère possible pour le directeur du laboratoire ou son adjoint de visiter deux fois par an toutes les tribus.

La Fig. 13 montre la nécessité de ces visites faites par un médecin mieux spécialisé. Sur cette courbe nous voyons trois clochers: Le 1er clocher, en 1919-1920, correspond à la fin de la guerre où, après une période de dépistage à peu près nulle le nombre des médecins des circonscriptions étant redevenu normal, tous les cas de lèpre qui s'étaient déclarés pendant la période de guerre ont été dépistés. Le

2<sup>me</sup> clocher correspond aux années 1925-1927 et à l'adjonction d'un médecin adjoint au laboratoire. La suppression de ce dernier fait descendre la courbe. En 1936 nouveau clocher correspondant également à la nomination d'un médecin adjoint.

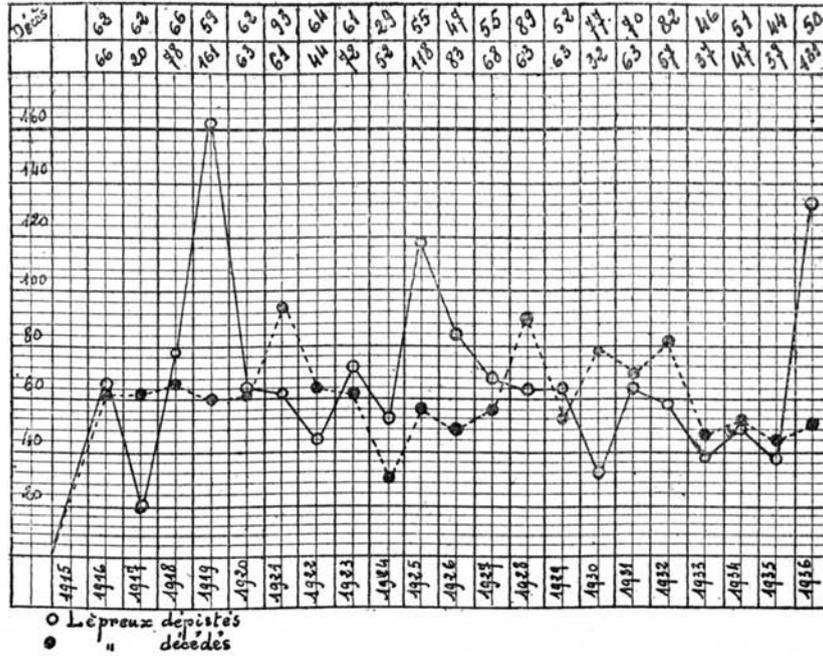


FIG. 13. Courbes montrant le nombre des cas nouveaux dépistés chaque année, et des décès chez les lépreux indigènes.

*Visite des engagés indigènes.*—Tous les indigènes engagés soit de la Grande Terre, soit des îles sont visités au point de vue lèpre au laboratoire Gaston Bourret.

*Visite des tirailleurs engagés.*—Les tirailleurs engagés sont de la même façon visités par le médecin spécialisé de l'Institut Gaston Bourret au moment de l'incorporation.

#### DÉPISTAGES DES LÉPREUX EUROPÉENS

Le dépistage des européens hanséniens ne peut se comparer à celui des indigènes. Il s'agit d'un dépistage "volontaire" en ce sens que les européens atteints de lèpre viennent d'eux-mêmes se présenter au médecin, soit qu'ils aient compris les bienfaits qu'ils retirent d'une surveillance médicale et d'un traitement, soit qu'il s'agisse d'individus qui sont un objet de répulsion pour leur famille,

soit qu'enfin la persuasion ait eu raison de leurs hésitations et de leur crainte d'une réclusion imaginaire.

L'examen de la Fig. 14 montre que le dépistage d'années en années révèle de moins en moins de lèpreux européens. Faut-il conclure que leur nombre diminue. Nous ne le croyons pas et nous sommes persuadés que de nombreux hanséniens dissimulent leur maladie, car la lèpre est encore considérée comme une "maladie honteuse." Ce n'est que lorsque les lésions sont telles qu'ils deviennent un objet de répulsion pour leur entourage, ou bien que celles-ci entraînent une certaine incapacité de travail, que les lèpreux se déclarent alors et consentent à s'isoler.

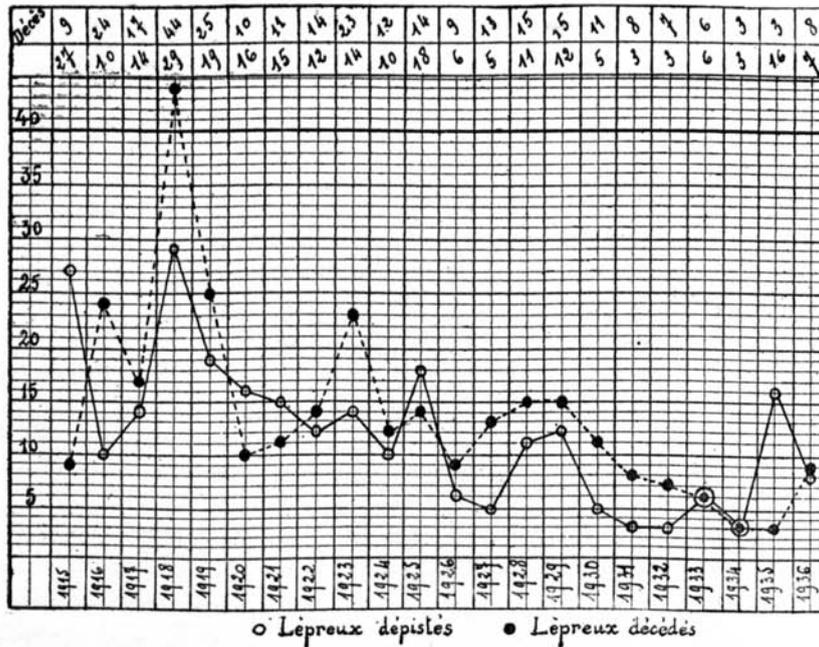


FIG. 14. Courbes montrant le nombre des cas nouveaux dépistés chaque année, et des décès survenus chez les lèpreux européens.

*Element immigré.*—Comme nous le disions plus haut, l'élément immigré subit une visite de dépistage à son arrivée en Nouvelle-Calédonie. Il est ensuite revu tous les six mois soit à l'Institut Gaston Bourret pour ceux qui habitent la ville de Nouméa, soit par les médecins de colonisation pour les autres. En outre, à chaque rengagement, ils subissent une nouvelle visite de contrôle.

*Enfants des écoles.*—Les enfants des écoles sont visités périodiquement par les médecins de l'Institut Gaston Bourret, au point

de vue lèpre. Dans l'intérieur ce sont les médecins de colonisation qui sont chargés de cette visite.

*Visite des recrues.*—Les recrues sont examinées par les médecins spécialistes à chaque incorporation.

#### DOCUMENTS

Tous les documents concernant la lèpre à quelque catégorie qu'ils appartiennent sont centralisés à l'Institut Gaston Bourret. Les fiches cliniques auxquelles est jointe toute la documentation s'y rapportant y sont tenues à jour. Un système de fiche individuelle et différents registres permettent de suivre chaque malade tant au point de vue de l'évolution de son affection qu'au point de vue de sa situation sociale.

#### CONCLUSION

La lèpre est stationnaire chez les indigènes et en diminution chez les européens et immigrés.

Le dépistage est effectué par les médecins spécialisés de l'Institut Gaston Bourret.

Les fiches sanitaires sont établies pour chaque malade et sont centralisées à l'Institut Gaston Bourret où elles sont enregistrées. Un double est envoyé au médecin de colonisation, chef de la circonscription dont dépend le malade. La fiche et son double sont tenues à jour par les soins de l'Institut Gaston Bourret et du médecin de colonisation intéressé.

Les malades sont classés en lépreux contagieux (défigurés ou non, incapables de suffire à eux-mêmes, ou autres), lépreux non contagieux (momentanément non dangereux pour la collectivité), et suspects (sujets dont le diagnostic reste incertain).

Les lépreux contagieux européens sont hospitalisés au Sanatorium de Ducos, ou s'isolent à domicile. Les lépreux contagieux indigènes sont réunis dans des villages agricoles.

Les lépreux non contagieux européens sont laissés libres; ils sont néanmoins astreints au traitement et à la surveillance médicale. Les indigènes, dans les mêmes conditions, sont laissés dans leurs tribus.

Les suspects sont déclassés ou classés dans une des catégories précédentes, après plusieurs examens.

Le système instauré consistant à améliorer les conditions de vie morale et matérielle des hanséniens contagieux hospitalisés, à laisser les lépreux contagieux et non contagieux en liberté "sur-

veillée," commence à porter ses fruits. Le malade vient plus facilement au médecin et ne cherche plus autant à se dérober au dépistage, surtout chez les indigènes.

La population calédonienne commence à surmonter la répulsion instinctive qu'elle éprouve vis-à-vis des lépreux et manifeste de plus en plus de l'intérêt pour tous ces malheureux.

Grâce à la propagande, il faut espérer que dans un proche avenir, la lèpre ne sera plus considérée ici, comme une maladie "honteuse" entraînant des mesures répressives et cruelles; mais comme une affection semblable aux autres, ayant droit, elle aussi, à toute la sollicitude et à la pitié que l'on manifeste à ceux qui en sont atteints.