

MINISTERE DES ENSEIGNEMENTS SECONDAIRE  
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI  
*Un Peuple - Un But - Une Foi*

-----  
UNIVERSITE DU MALI  
-----

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE  
ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE  
DE BAMAKO

ANNEE: 1998

Thèse N°: 57 /

**ENQUETE SUR LES CONNAISSANCES,  
ATTITUDES ET PRATIQUES  
VIS-A-VIS DE LA LEPRE  
EN MILIEU JEUNE ET RURAL  
DANS LA REGION DE KOULIKORO AU MALI**

**THESE**

Présentée et soutenue publiquement le.....Juin 1998  
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie  
et d'Odonto-Stomatologie

Par : M. Mahamadou GUINDO

Pour obtenir le Grade de  
DOCTEUR EN MEDECINE  
(DIPLOME D'ETAT)

**JURY**

**Président:**

**Professeur Aly GUINDO**

**Membres:**

**Professeur Amadou DIALLO**

**Docteur Samba Ousmane SOW**

**Directeur de thèse:**

**Docteur Alexandre TIENDREBEOGO**

#### 4. ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUE

Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mme DIALLO Fatimata.S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesth.-Réanimation
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Générale
Mr Sékou SIDIBE	Ortho.Traumatologie
Mr Abdoulaye K.DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Tiéman COULIBALY	Ortho.Traumatologie
Mme TRAORE J.THOMAS	Ophtalmologie
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
Mr Adama SANGARE	Ortho-Traumatologie
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mme Konipo Fanta TOGOLA	ORL
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophtalmologie
Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique

#### 5. ASSISTANTS

Mr Ibrahim ALWATA	Ortho.Traumatologie
Mr Sadio YENA	Chirurgie Générale

### D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

#### 1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Bréhima KOUMARE	Bactériologie-Virologie
Mr Siné BAYO	Anatomie-Path.Histoembryologie
Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie analytique
Mr Yéya T.TOURE	Biologie
Mr Amadou DIALLO	Biologie Chef de D.E.R.
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Mamadou KONE	Physiologie

#### 2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGE

Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie

#### 3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Yénimégué A.DEMBELE	Chimie Organique
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Bakary M.CISSE	Biochimie
Mr Abdrahamane S.MAIGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie

#### 4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sekou F.M.TRAORE	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie, Biologie Animale
Mr N'yenigue Simon KOITA	Chimie organique
Mr Abdrahamane TOUNKARA	Biochimie
Mr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie
Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Ibrahim I.MAIGA	Bactériologie
Mr Benoît KOUMARE	Chimie Analytique
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Amagana DOLO	Parasitologie
Mr Kaourou DOUCOURE	Physiologie

#### 5. ASSISTANTS

Mr Mounirou BABY	Hématologie
Mr Mahamadou A.THERA	Parasitologie

### D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

#### 1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY	Méd.Int.
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie, Chef de DER
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie

#### 2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Bah KEITA	Pneumo-Physiologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Leprologie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne

#### 3. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Abdel Kader TRAORE	Med.Interne
Mr Moussa Y.MAIGA	Gastroenterologie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastroenterologie
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne

Mme Tatiana KEITA  
Mr Kassoum SANOGO  
Mr Séydou DIAKITE  
Mme Habibatou DIAWARA  
Mr Diankiné KAYENTAO  
Mme TRAORE Mariam SYLLA  
Mr Mamadou B.CISSE  
Mr Arouna TOGORA  
Mme SIDIBE Assa TRAORE  
Mr Siaka SIDIBE

Pédiatrie  
Cardiologie  
Cardiologie  
Dermatologie  
Pneumologie  
Pédiatrie  
Pédiatrie  
Psychiatrie  
Endocrinologie  
Radiologie

### 3. ASSISTANTS

Mr Adama D.KEITA  
Mr Cheick Oumar GUINDO

Radiologie  
Neurologie

## D E R DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

### 1. PROFESSEURS

Mr Boubacar Sidiki CISSE

Toxicologie

### 2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGÉ

Mr Arouna KEITA  
Mr Ousmane DOUMBIA

Matière Médicale (Chef de D.E.R.)  
Pharm.Chim.

### 3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Elimane MARIKO

Pharmacologie

### 3. MAITRE ASSISTANT

Mr Drissa DIALLO  
Mr Alou KEITA  
Mr Ababacar I.MAIGA  
Mr Yaya KANE

Matières Médicales  
Galénique  
Toxicologie  
Galénique

## D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

### 1. PROFESSEUR

Mr Sidi Yaya SIMAGA

Santé Publique (chef D.E.R.)

### 2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGÉ

Mr Moussa A.MAIGA

Santé Publique

### 3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Yanick JAFFRE	Anthropologie
Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique

### 4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bocar G.TOURE	Santé Publique
Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique
Mr Massambou SACKO	Santé Publique

### CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Bakary I.SACKO	Biochimie
Mr Sidiki DIABATE	Bibliographie
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souléymanne GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Nyamanto DIARRA	Mathématiques
Mr Moussa I.DIARRA	Biophysique
Mr Mamadou Bocary DIARRA	Cardiologie
Mme SIDIBE Aissata TRAORE	Endocrinologie
Mr Siaka SIDIBE	Médecine Nucléaire

### ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr A.E.YAPO	BIOCHIMIE
Pr M.L.SOW	MED.LEGALE
Pr D. BA	BROMATOLOGIE
Pr M.BADIANE	PHARMACIE CHIMIQUE
Pr B.FAYE	PHARMACODYNAMIE
Pr Eric PICHARD	PATHOLOGIE INFECTIEUSE
Dr G.FARNARIER	PHYSIOLOGIE

*DEDICACES*

Je dédie ce travail,

- à tous les malades et anciens malades de la lèpre du monde entier, et en particulier à ceux du MALI,
- à la mémoire de mon père Baïré GUINDO: tu m'as quitté et de tout temps j'ai vu ta place auprès de moi. Exemple, tu l'as été dans l'exercice de tes fonctions, tant sur le plan professionnel que social. Cher père, ce travail est pour toi. Reposes en Paix.
- à ma mère Aïssata GUINDO: ton soutien et ton éducation n'a jamais fait défaut. Tu es à la fois notre père et notre mère. Merci pour tout,
- à mes frères aînés: Amadou, Aly, Bounacar, Salif et Ousman,
- à toutes mes soeurs et frères cadets,
- à mon oncle Amadagaly GUINDO et toute sa famille.
- à Mme Gakou Fatou NIANG et toute sa famille, merci pour votre sympathie et affection,
- à mes amis, Boubacar GUINDO, Salia DIALLO, Souleymane et Sory DIAWARA, Mamaye KOUYATE, Sambou DABO, Bandiougou TRAORE, Ousman MAIGA, Dramane CISSE, BAH, Nouhoun DIARRA, Diakaridia KONE, Honoré BERTHE, Hayim BALLO, Welé, SAMAKE, Boubacar SANGARE, Adama BOUNDY, Nouhou BOUARE.
- au Dr Magan CAMARA, merci pour tous tes conseils,
- aux aînés, Dr Cheick Oumar KONATE, Dr Gaoussou DOUKOURE,
- à mes cadets de la faculté, feu Bakary GOITA, Dramé, Yacouba et Théodore,
- à tous les occupants de la B3-B1 de 1993 à 1997,
- à Djamila, Aïssata, Nenè, Dim, Coumba et Fatim,
- à Fatoumata YARO, Fatoumata TRAORE, Mariam SIDIBE,
- à tous mes camarades de promotion,
- aux amies de la faculté, Mouminatou KATILE, Awa TRAORE, Nadouga DIARRA,
- à tout le personnel de l'unité épidémiologie-formation de l'Institut Marchoux,
- à tout le personnel de l'unité léprologie de l'Institut Marchoux,
- à tout le personnel de l'unité dermatologie de l'Institut Marchoux.

*REMERCIEMENTS*



Je remercie:

- Mme DOUMBIA Oumou DIOUF, pour le travail qu'elle a déployé pendant l'élaboration de cette thèse,
- tout le personnel de la Direction Régionale de la Santé de Koulikoro, en particulier Dr Lassana KEITA, Chef de division santé.
- tout le personnel de la Direction Régionale de l'Education de Koulikoro,
- les populations et directeurs d'écoles des villages sites de l'enquête,
- M. Garalo à Markakoungo, M. Dolo à Beleko, M. Bou à Kéniégoué, M. Ouattara à Naréna et M. Kimsari à Ouolodo.
- M. Ousman GUINDO, qui a été pour moi un support et un soutien moral tout au long de mes études médicales. Il a été à mes côtés dans les moments difficiles et a fait preuve de compréhension et de respect pour ma modeste personne. Qu'il accepte ma profonde reconnaissance.
- Mlle Yacine GAKOU, en reconnaissance de la douce affection que tu as eue et que tu as pour moi. Je t'en remercie car tu as fait de moi aujourd'hui un homme comblé. Acceptes ici l'expression de mes profonds sentiments.

*A NOS MAITRES et JUGES*

*A notre Maître et Président du Jury : **Professeur Aly GUINDO***

*Agrégé en Hepato*

*Gastro - Enterologie*

*Professeur Honoraire chargé de cours à  
la Faculté de Médecine de Pharmacie et  
d'odonto - Stomatologie de Bamako*

*Votre éloquence, a fait de la Gastro - Enterologie une matière admirable  
et suivie par tous. Votre rigueur scientifique dans la formation a fait de vous un  
éminent PROFESSEUR de ce pays.*

*Veillez trouver ici notre sincère reconnaissance et notre profond respect  
dans l'acceptation que vous nous avez faite en présidant le Jury.*

*A notre Maître et Juge : **Professeur Amadou DIALLO***

*Chef de D.E.R. des sciences fondamentales*

*Professeur de Biologie Animale et chargé de cours à  
la faculté de Médecine de Pharmacie et d'odonto -  
Stomatologie de Bamako.*

*Du fond du coeur nous vous adressons nos vifs remerciements pour  
l'honneur et la confiance que vous nous avez faites en acceptant d'être membre  
de notre Jury.*

*Votre sympathie, votre disponibilité, votre souci dans la formation des étudiants  
ont fait de vous un Maître adorable et côtoyé par tous. Homme de science vous  
l'êtes.*

*Cher Maître acceptez ici notre profond respect.*

*A notre Maître et Juge : **Docteur Samba Ousmane SOW***

*Leprologue*

*Chef d'Unité de la Leprologie à l'Institut Marchoux  
de Bamako.*

*Très cher Maître nous vous remercions d'être membre de notre Jury en dépit de vos multiples occupations. Votre sympathie, votre courtoisie et votre sens du devoir ont fait de vous un Maître adorable.*

*Homme de science et de formation, cher Maître acceptez ici notre sincère reconnaissance et notre profond respect.*

*A notre Maître et Directeur de thèse : **Docteur Alexandre Tiendrébéogo***

*Epidemiologiste*

*Chef d'unité de l'Epi - Formation  
à l'Institut Marchoux de Bamako.*

*Cher Maître ce travail est le vôtre. C'est un honneur pour nous de vous avoir comme Maître. Votre disponibilité aussi bien au service qu'à domicile ont fait de vous un Maître adorable. Homme de science, vous avez oeuvré pour notre bonne formation dans une atmosphère de sympathie et de cordialité.*

*Très cher Maître, votre sens du devoir et de responsabilité nous ont beaucoup marqués et nous tacherons de vous emboîter les pas.*

*Cher Maître acceptez ici l'expression de notre profonde reconnaissance et nos sincères remerciements. Ceux - ci viennent du fond du coeur.*

**Merci pout tout**

## LISTE DES ABREVIATIONS

Ac:	Anticorps
AFRF:	Association Française Raoul Follereau
BAAR:	Bacille Acido-Alcool Résistant
BB:	Forme borderline borderline
BL:	Forme borderline lépromateuse
BT:	Forme borderline tuberculoïde
CAP:	Connaissances Attitudes Pratiques
CEL:	Campagne d'Élimination de la Lèpre
CNPL:	Coordinateur (ou Coordonnation ) National (e) du Programme lèpre
DDS:	Diamino diphényl sulfone
DRS:	Directeur(ion) Régional(e) de la Santé
DE:	Division de la l'épidémiologie
ENL:	Erythème noueux lépreux
HLA:	Human lymphocyte activator
IB:	Indice bacillaire ou bacilloscopique
IEC:	Information Education Communication
IM:	Index morphologique
IMC:	Immunité à médiation cellulaire
ISL:	Infirmier Superviseur Lèpre
LEP:	Programme Spécial de l'OMS pour l'Élimination de la Lèpre
LL:	Forme lépromateuse
LLp:	Forme lépromateuse polaire
LLs:	Forme lépromateuse subpolaire
MB:	Multibacillaire
OMS:	Organisation Mondiale de la Santé
ONG:	Organisation Non Gouvernementale
PB:	Paucibacillaire
PCT:	Polychimiothérapie
PNL:	Programme National Lèpre
RMP:	Rifampicine
SAPEL:	Special Action Project for the elimination of leprosy ( Projet d'Action spéciale pour l'élimination de la lèpre

## SOMMAIRE

INTRODUCTION et OBJECTIFS	3
INTRODUCTION	4
OBJECTIFS	4
Objectif général	4
Objectifs spécifiques	4
 1ère partie: GENERALITES SUR LA LEPRE	 5
1. Définition	6
2. Historique	6
3. Epidémiologie	6
4. Immunologie	8
5. Bacilloscopie	10
6. Classification	11
7. Clinique et diagnostic positif	11
8. Diagnostic différentiel	15
9. Traitement	16
10. Prévention des infirmités et réhabilitation	18
11. Aspects socio-culturels	19
12. Organisation des activités de lutte antilépreuse au Mali	20
 2è partie: NOTRE ENQUETE CAP EN MILIEU RURAL	 21
1. Matériels et méthode	22
1.1. Cadre de l'étude	22
1.2. Les sujets de l'enquête	22
1.3. La collecte des données	23
1.4. La période de l'enquête	23
1.5. Analyse des données	23
2. Résultats	24
2.1. Description des sujets	24
2.2. Les connaissances sur la lèpre	25
- La tache claire et insensible sur la peau	25
- La lèpre au début	26
- L'image du lépreux	28
- La contagiosité de la lèpre	29
- Les modes de contagion	30
- La guérison de la lèpre	32
- Le traitement de la lèpre	33
- La présence d'un cas de lèpre dans l'entourage	33

2.3.	Attitudes vis-à-vis des lépreux	34
	- S'asseoir en compagnie d'un lépreux	34
	- Prier en compagnie d'un lépreux	35
	- Dormir dans la même chambre qu'un lépreux	37
	- Boire du thé avec un lépreux	38
	- Manger avec un lépreux	39
	- Acceptation des cas de lèpre	40
2.4.	Pratique en cas d'atteinte par la lèpre	41
2.5.	Les sources d'information sur la lèpre	43
	- La radiodiffusion	43
	- La télévision	44
	- Les journaux	45
	- Le théâtre	46
	- La famille	47
	- La classe d'école	48
	- Classement des sources d'information	49
3.	Commentaires et discussions	50
	Note préliminaire	50
3.1.	Sur la population interrogée et la qualité des réponses	50
3.2.	Sur les connaissances	51
	- Clinique	51
	- Pathogénie	51
	- Traitement	52
3.3.	Sur les attitudes vis-à-vis des lépreux	52
3.4.	Sur la pratique en cas d'atteinte par la lèpre	53
3.5.	Sur les sources d'information	53
	CONCLUSION et RECOMMANDATIONS	54
	CONCLUSION	55
	RECOMMANDATIONS	55
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	56
	ANNEXE	59
	RESUME DE THESE	61

***INTRODUCTION et OBJECTIFS***



## INTRODUCTION :

La lèpre est une maladie très ancienne, à laquelle les hommes biens portants ont une tendance de rejet. Donc la diffusion de l'information scientifique et technique est un facteur essentiel de lutte antilépreuse. Dans ce cas, il faut une meilleure connaissance de la maladie, une meilleure attitude vis-à-vis du lépreux et une bonne conduite envers la lèpre.

La lèpre est une maladie endémique connue depuis l'antiquité. Elle a suscité partout dans le monde des attitudes et pratiques souvent hostiles au sein de différentes communautés, allant jusqu'à l'exclusion des patients hanséniens par des mesures d'isolement draconiennes. Ces comportements sont liés à une méconnaissance de la pathologie de la maladie de Hansen et aux croyances relatives à son origine et à sa transmission.

Grâce à l'avènement de la polychimiothérapie (PCT), l'ampleur de la lèpre a considérablement diminué dans le monde. L'Organisation Mondiale de la Santé a approuvé en 1991 la résolution d'éliminer la lèpre comme problème de santé publique d'ici l'an 2000. La prévalence de la lèpre ne pourrait être atteinte sans des actions concomitantes pour améliorer le dépistage et l'assiduité au traitement PCT des malades. Dans ce cadre, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) encourage la mise en oeuvre de campagne d'élimination de la lèpre (CEL). Ces campagnes visent à informer largement les communautés sur les signes de la lèpre et la disponibilité d'un traitement efficace et gratuit.

Afin de mieux organiser ces campagnes d'information, éducation, communication, il est important d'évaluer les connaissances actuelles de la population sur la lèpre et d'identifier les attitudes et pratiques négatives à combattre. Dans ce but, une thèse de médecine, soutenue en novembre 1996, avait permis d'identifier les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) sur la lèpre chez des sujets âgés d'au moins 20 ans et consultant à l'Institut MARCHOUX de Bamako. Pour compléter les informations obtenues par cette thèse, nous avons juger utile de faire une enquête CAP similaire en prenant pour population cible des sujets de moins de 20 ans issus de milieux urbain et rural. Une enquête a déjà été conduite en milieu scolaire à Bamako. La présente enquête vise le milieu scolaire (7e, 8e, 9e années) et non scolaire (sujets de 12 à 20 ans) en milieu rural.

## OBJECTIFS

### Objectif général

Réaliser une enquête CAP sur la lèpre chez les jeunes de moins de 20 ans scolarisés ou non en milieu rural dans 6 localités avec second cycle dans la région de Koulikoro.

### Objectifs spécifiques

- Evaluer les connaissances sur la lèpre chez les jeunes de moins de 20 ans en milieu rural.
- Identifier les attitudes adoptées par la population jeune (moins de 20 ans) vis-à-vis des sujets atteints de la lèpre.
- Découvrir les pratiques qu'adopteraient les sujets de moins de 20 ans en cas d'atteinte lépreuse.
- Déterminer la principale source d'information des sujets de l'enquête.
- Formuler des recommandations pour les campagnes d'élimination de la lèpre au Mali.

*Première partie:*

**GENERALITES SUR LA LEPRE**

## 1. DEFINITION

La lèpre ou maladie de Hansen est une maladie générale, chronique, infectieuse, endémique due à un bacille acido-alcoolique résistant (BAAR) non cultivable sur milieu artificiel: *Mycobacterium leprae*. Ce bacille a un tropisme cutané-muqueux et nerveux (6, 25).

## 2. HISTORIQUE

La lèpre semble être originaire d'Inde où elle est décrite dès le VI<sup>e</sup> siècle avant J.C. De là, elle s'étend à l'Est, à tout l'Extrême-Orient et à la plupart des îles du Pacifique. Vers l'ouest, elle apparaît au Moyen-Orient (6). Les légions romaines, les sarrasins et les croisés la disséminent à partir du bassin méditerranéen à toute l'Europe où elle demeure fréquente jusqu'au XIII<sup>e</sup> siècle. Depuis le XIV<sup>e</sup> siècle, elle régresse en Europe mais reste répandue en Asie, Afrique et Amérique latine (6).

En Afrique, la lèpre existait en Egypte au II<sup>e</sup> siècle avant J.C. Des documents antiques, comme le papyrus d'Ebers qui date d'environ 1350 ans avant J.C., ont d'abord été considérés comme prouvant l'existence du fléau à une époque très reculée. De nos jours ces documents sont regardés peu probants (29). Sur l'origine et le développement du grand foyer de la lèpre au Sud du Sahara, on dispose seulement de quelques opinions qui sont plutôt des suppositions: la maladie aurait gagné ces régions à partir de l'Egypte ancienne (36) ou aurait eu un cheminement inverse du Sud du Sahara à l'Egypte (3). Au XIX<sup>e</sup> siècle, lors de la pénétration européenne en Afrique Noire, la lèpre a été fréquemment signalée au Sénégal, au Soudan et en Guinée (36).

Après une longue controverse, il est maintenant généralement admis que la lèpre n'existait pas dans l'Amérique précolombienne. Elle fut apportée en Amérique centrale et du sud par les soldats et commerçants espagnols et portugais. L'endémie fut ensuite notablement renforcée dans les mêmes régions et introduite dans le sud des futurs Etats-Unis lors de la traite des Noirs (29).

Le B.H. a été découvert en 1873 par un norvégien, Armauer Hansen. La lépromino-réaction de Mitsuda date de 1916 mais c'est plus tard que l'on commence à mieux comprendre l'immunologie de la lèpre (21, 22). L'inoculation à la souris mise au point par Shepard est connue depuis 1960. La culture sur milieu artificiel demeure encore impossible. L'efficacité des sulfones est démontrée depuis 1943 et la PCT a été recommandée en 1981 par le comité d'experts de la lèpre de l'OMS.

## 3. EPIDEMIOLOGIE

### 3.1. Répartition géographique

Depuis l'avènement de la PCT recommandée par l'OMS en 1981, le nombre de patients enregistrés pour le traitement dans le monde a diminué rapidement pour descendre en-dessous d'un million de cas à la fin de l'année 1996.

Au Maghreb, l'endémie lépreuse est répartie inégalement, assez forte au Maroc, faible en Tunisie, pratiquement nulle en Algérie. En 1995, aucun pays n'a déclaré de cas autochtone de lèpre à l'OMS. Néanmoins, il est possible qu'un très petit nombre de cas existent dans ce pays sans être déclarés.

En Chine, l'endémie paraît faible (5.780 cas enregistrés) et 0,05 pour dix mille habitants comme taux de prévalence. La lèpre a pratiquement disparu au Japon. Au Moyen Orient, le Pakistan, l'Égypte et l'Iran ont encore un fort contingent de lépreux.

La lèpre demeure un problème de santé publique dans 60 pays, mais 90% des cas de lèpre dans le monde surviennent dans 16 pays seulement : Inde, Brésil, Indonésie, Myanmar (Birmanie), Nigéria, Népal, Bangladesh, Philippines, Mozambique, Ethiopie, Zaïre, Madagascar, Soudan, République Unie de Tanzanie, Guinée, Cambodge (23).

Enfin en 1996 au Mali il y avait 3.278 cas enregistrés, tous sous PCT, soit un taux de prévalence de 3,57 pour dix mille. Ce taux est 3,5 fois supérieur au seuil de moins d'un cas pour 10.000 fixé par l'OMS pour l'objectif d'élimination de la lèpre.

**Tableau 1 : Répartition de la lèpre dans le monde (OMS)**

Régions OMS	Cas enregistrés	Cas sous PCT	Couverture PCT signalée (%)	Couverture PCT estimée (%)	Guérison par PCT Total cumulé
Afrique	82 758	81 764	98,8	58	507 123
Amérique	127 866	121 866	94,7	75	235 116
Asie sud-est	637 413	620 728	97,4	77	7 377 199
Méditerranée orientale	13 038	12 166	93,3	45	58 455
Pacifique occidentale	26 533	26 400	99,5	71	236 483
Europe	732	726	99,2	-	1 945
<b>TOTAL</b>	<b>888 340</b>	<b>862 998</b>	<b>97,1</b>	<b>76</b>	<b>8 416 321</b>

### 3.2. Réservoir de virus

Jusqu'au début des années 1970, on avait toutes les raisons de considérer la lèpre comme une maladie exclusivement humaine. Mais on a isolé *Mycobacterium leprae* chez de très nombreux tatous, vivant à l'état sauvage en Louisiane (USA) ainsi que chez quelques singes provenant d'Afrique. Néanmoins, à l'heure actuelle, faute de pouvoir relier de manière cohérente les observations d'infection animale par *Mycobacterium leprae* et les faits épidémiologiques connus, on continue d'admettre que l'homme malade est le seul réservoir et la seule source d'infection jouant un rôle effectif dans l'épidémiologie de la lèpre (11, 21).

### 3.3. Transmission

Elle est le fait des formes multibacillaires bacillifères mais les modalités exactes en sont mal connues. La transmission se ferait par les voies aériennes supérieures et par voie percutanée à travers la peau lésée. La transmission congénitale semble possible lorsque les mères sont atteintes d'une forme multibacillaire lépromateuse (6). Pedley a calculé qu'un nourrisson allaité au sein par une mère lépromateuse non traitée ingère 2 millions de bacilles par jour (31) entraînant un risque majeur d'infection chez l'enfant.

L'existence de *Mycobacterium leprae* dans le sperme de malade lépromateux avancé est connue depuis longtemps. Mais on sait depuis longtemps que les contaminations conjugales sont rares. La transmission sexuelle est donc négligeable (29).

La plupart des malades se contamineraient dans l'enfance bien que la maladie se déclare habituellement à l'âge adulte. On a longtemps considéré que la contamination nécessitait un contact étroit et prolongé avec un malade bacillifère. En fait quelques bacilles viables suffisent à la contagion à condition que le sujet soit réceptif au BH, ce qui est le cas de 5% de populations exposées au risque. La période d'incubation est longue, 3-5 ans dans les formes tuberculoïdes ; 7-10 ans dans les formes lépromateuses. Cependant des délais plus courts de 6 mois et plus longs de 20 ans ont été rapportés (7).

#### **4. IMMUNOLOGIE**

La réaction de l'organisme vis-à-vis de *Mycobacterium leprae* est extrêmement variable d'un sujet à un autre. La plupart des sujets contaminés ne développeront pas de maladie. Une petite proportion présentera une forme de primo-infection dite "indéterminée". L'évolution spontanée de ces formes se fait le plus souvent vers la guérison spontanée mais peut également conduire à une lèpre (25).

##### **4.1. Immunité à médiation cellulaire (IMC)**

Seules les formes lépromateuses et apparentées présentent des déficits immunitaires. Les formes tuberculoïdes se comportent sur le plan immunologique comme des sujets normaux. Il faut souligner qu'il s'agit d'un déficit spécifique de l'immunité vis-à-vis de *Mycobacterium leprae*; en effet les lépromateux ont un comportement normal envers d'autres germes ainsi qu'en témoignent les réactions positives à la tuberculine (1).

La réaction de Mitsuda reste le meilleur témoin de l'IMC. L'antigène est la lépromine dont il existe plusieurs variétés (broyat de tissus lépromateux, antigène de Dharmendra, lépromine de tatou). L'inoculation se fait par voie intradermique. On obtient, lorsque la réaction est positive, un nodule d'au moins 5 mm de diamètre qui apparaît au bout de 3 semaines (1). Elle témoigne de la résistance efficace des tissus vis-à-vis du bacille de Hansen.

La réaction précoce de Fernandez qui apparaît au bout de 48 heures est une réaction d'hypersensibilité retardée de type tuberculinique. La corrélation entre les réactions de Fernandez et de Mitsuda est faible. Ainsi, à l'heure actuelle, on n'attache plus guère d'intérêt à la réaction de Fernandez (29). La réaction de Mitsuda est toujours négative dans les lèpres lépromateuses et dans les formes interpolaires voisines; en revanche elle est fortement positive dans les formes tuberculoïdes et chez les contacts non malades (1).  
(Voir figure 1: spectre immunologique dans la lèpre.)

##### **4.2. Immunité humorale**

Dans la lèpre lépromateuse il y a une forte augmentation des lymphocytes B par rapport aux lymphocytes T. Il y a des taux élevés d'Anticorps (Ac) circulants. Ces Ac n'interviennent pas dans la destruction des bacilles lépreux qui sont intracellulaires.

##### **4.3. Immunologie dans les formes nerveuses**

Un antigène glycoprotidique, issu de la gaine de Schwann, provoque chez l'animal des lésions qui rappellent la lèpre tuberculoïde. Ce mécanisme peut expliquer certaines atteintes nerveuses chez l'homme, telles les paralysies radiales, où l'on ne trouve pas de bacilles (1).

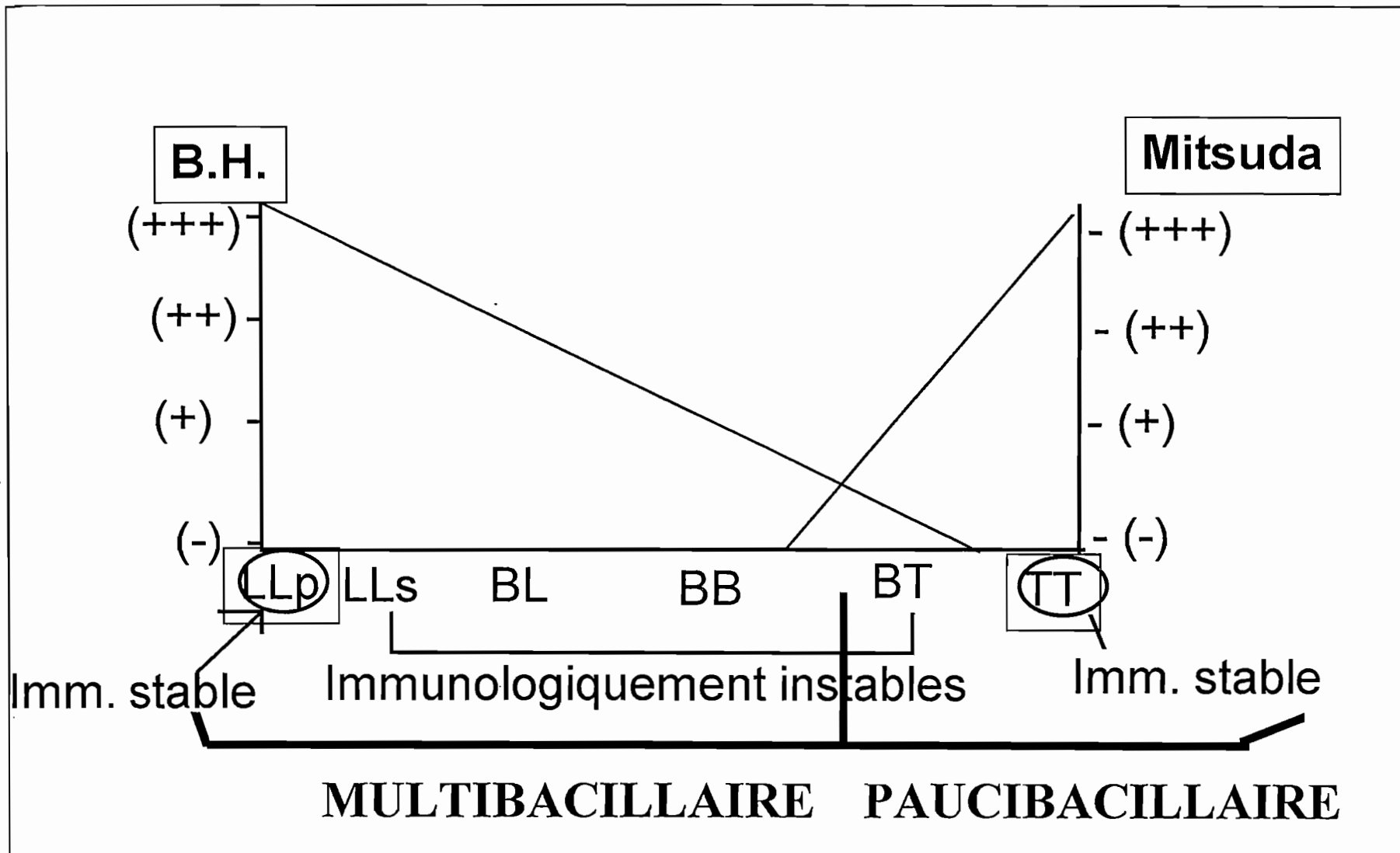


Figure 1: Spectre immunologique dans la lèpre et formes de lèpre

#### 4.4. Immunogénétique

Les arguments en faveur de l'influence génétique sont au nombre de 3 :

- \* Un plus grand nombre d'enfants est atteint de la lèpre lorsque l'un des deux parents est lépreux.
- \* La constatation chez des jumeaux monozygotes que dans 40 à 80% des paires de jumeaux sont atteints par la même forme de lèpre.
- \* La constatation chez des jumeaux hétérozygotes que seulement 5 à 20% des paires de jumeaux sont atteints et par une forme différente de lèpre.

Actuellement, l'hypothèse admise est que la forme de la lèpre semble être déterminée par le système HLA (qui gouverne l'immunité cellulaire), et que la susceptibilité à la lèpre serait associée à un ou plusieurs gènes de susceptibilité non liée au HLA et de localisation chromosomique encore indéterminée (6).

#### 5. BACILLOSCOPIE

Dans la peau, le prélèvement est effectué dans une lésion et au lobe de l'oreille à l'aide d'un bistouri. La pulpe dermique est étalée sur une lame. La recherche est également possible sur des coupes histologiques de peau fixée au Bouin. Dans tous les cas les produits pathologiques sont colorés par la méthode de Ziehl-Nielsen en décolorant par l'acide et l'alcool moins longtemps que pour les bacilles tuberculeux. Le comptage des bacilles permet de déterminer l'index bacillaire (IB) et l'index morphologique (IM).

L'IB (ou charge bacillaire) correspond au nombre de BH vu dans 100 champs examinés sans tenir compte de leur morphologie. Le groupement ou non en globi est précisé. Il s'exprime selon l'échelle logarithmique de Ridley quantifiée de 0 à 6+ :

- 0+ : aucun bacille dans 100 champs
- 1+ : 1-10 bacilles dans 100 champs
- 2+ : 1-10 bacilles dans 10 champs
- 3+ : 1-10 bacilles par champ
- 4+ : 10-100 bacilles par champ
- 5+ : 100-1000 bacilles par champ
- 6+ : plus de 1000 bacilles par champ

L'IM tient compte de la morphologie des bacilles vus au microscope. Le groupement en globi et surtout l'aspect homogène ou granuleux des bacilles sont précisés. L'IM est le pourcentage de bacilles à coloration homogène donc viables par rapport au nombre total de bacilles. Cet index morphologique est surtout utile en cours de traitement.

Dans les formes paucibacillaires l'IM et l'IB sont négatifs. Dans les formes multibacillaires l'IB et l'IM sont positifs. Les index morphologique et bacilloscopique sont d'autant plus élevés que le patient est proche du pôle lépromateux (6).

## 6. CLASSIFICATION (6)

La lèpre est une maladie à large spectre, toutes les classifications utilisées sont basées sur la notion de spectre continu de formes anatomo-cliniques différentes, déterminées par l'état de défense immunitaire contre *Mycobacterium leprae*. A chacune des extrémités du spectre ou pôle correspondent respectivement la forme tuberculoïde polaire (TT) et la forme lépromateuse (LL). Entre ces deux pôles sont décrites des formes interpolaires ou borderline, immunologiquement instables : BT (proche de la forme tuberculoïde), BB et BL (proches de la forme lépromateuse). (Voir figure 1: Spectre immunologique de la lèpre).

La classification des formes de lèpre la plus utilisée fut celle de Ridley et Jopling (1961). L'inconvénient majeur de cette classification est d'être histo-clinique, difficile à réaliser (histologie) dans plusieurs pays en développement. En 1981 l'O.M.S. a donné une classification basée exclusivement sur des critères bactériologiques et visant à simplifier l'application des protocoles thérapeutiques. Cette classification, révisée en 1988, est la suivante:

- forme paucibacillaire (PB): IB = 0
- forme multibacillaire (MB): IB  $\geq$  1+

Le groupe PB est censé correspondre aux formes TT et BT de la classification de Ridley-Jopling. Le groupe MB est supposé correspondre aux formes BB, BL, LL de la même classification histo-clinique. Cette classification proposée par l'OMS a deux inconvénients :

- absence de prise en compte du statut immunitaire du sujet
- absence de correspondance précise entre les deux groupes de l'OMS et le type tuberculoïde ou lépromateux.

## 7. CLINIQUE ET DIAGNOSTIC POSITIF

Le diagnostic de la lèpre est plus souvent évoqué devant des lésions cutanées et neurologiques, l'atteinte d'autres organes (oeil, os, foie, articulation...) étant exceptionnelle. Les signes cutanés sont des macules, papules ou nodules. L'hypochromie des lésions est évocatrice. L'hypochromie avec anesthésie des lésions cutanées est pathognomonique mais absente dans les formes lépromateuses. Les signes neurologiques témoignent d'une atteinte nerveuse périphérique. Ils se traduisent par des troubles sensitivo-moteurs dans le territoire d'innervation et une hypertrophie des troncs nerveux superficiels. En dehors des signes cutanés et nerveux, les autres manifestations sont rares dans la lèpre tuberculoïde, fréquentes et multiples dans la lèpre lépromateuse (6).

La symptomatologie de la lèpre est essentiellement conditionnée par les modalités de la réponse immunitaire à médiation cellulaire de l'hôte vis-à-vis de *Mycobacterium leprae* et présente donc une grande diversité (10, 13, 16, 19, 24, 34, 35). Cet extraordinaire polymorphisme est souvent déroutant même pour les cliniciens les plus avertis et il est indispensable de se rapporter à la classification semblant actuellement la plus rationnelle: celle de Ridley et Jopling (10, 16, 26).



## 7.1. Les différentes formes observées

On décrit classiquement plusieurs formes de lèpre :

- une forme indéterminée (I)
- une forme tuberculoïde polaire (TT)
- une forme lépromateuse polaire (LL)
- trois formes borderline: forme borderline tuberculoïde (BT); forme borderline borderline (BB);  
forme borderline lépromateuse (BL)
- une forme de lèpre nerveuse pure sans signes cutanés.
- des formes particulières

### a. Forme indéterminée (I)

La lésion élémentaire est une macule hypochromique sur peau noire, discrètement érythémateuse sur peau claire. Elle a une surface lisse non squameuse à contour mal défini ; elle est souvent unique (29). Il n'y a pas de déficit sensitivo-moteur. L'TB est le plus souvent négatif. La réaction de Mitsuda est aussi le plus souvent négatif donc indéterminé à ce stade. Cette forme a une évolution variable :

- soit guérison spontanée définitive (fréquente)
- soit stabilité pendant plusieurs années
- soit passage vers une des autres formes de la maladie en fonction de la résistance du patient, parfois après une disparition transitoire de la lésion (29).

### b. Forme tuberculoïde (TT)

On peut observer:

- des macules à limites très nettes et souvent de grande taille
- des lésions papulo-nodulaires rencontrées chez l'enfant
- des lésions infiltrées saillantes avec bordure papuleuse en relief

On peut noter une hypertrophie douloureuse à la pression du rameau cutané d'un nerf voisin des lésions cutanées (cubital, tibial postérieur, sciatique poplitée externe). Les troubles de la sensibilité sont nets et constants: déficit global de la sensibilité à tous les modes (tactiles, thermiques et douloureuses). La bacilloscopie reste négative. La réaction de Mitsuda est fortement positive (10-20 mm) avec souvent une cicatrice résiduelle.

Sur le plan évolutif, cette forme est caractérisée par:

- la relative fréquence des guérisons spontanées
- la stabilité de la symptomatologie
- l'amélioration ou la résolution des lésions cutanées après traitement (29).

### c. Formes lépromateuses (LL)

En fait l'observation des cas LL évoluant vers la forme BL a conduit à distinguer deux variétés de forme LL: une forme véritablement polaire, fixe, appelée lépromateuse polaire (LLp) et une forme pouvant évoluer vers la forme BL, appelée subpolaire (LLs) située donc sur le spectre LLp et BL. Il est impossible cliniquement de poser avec certitude le diagnostic de variété LLs ou LLp. Nous décrirons donc l'aspect clinique des formes LL en général:

- des macules à limites floues, nombreuses, à distribution symétrique sur l'ensemble du corps
- des lésions papulo-nodulaires ou lépromes
- l'infiltration diffuse de la peau avec alopécie des sourcils
- la rhinite congestive avec obstruction nasale
- l'atteinte nerveuse est symétrique et se traduit par une discrète hypertrophie du tronc des nerfs habituellement touchés (cubital, médian, SPE...) avec un déficit sensitivo-moteur de degré variable pouvant aboutir à des paralysies inversibles.

La bacilloscopie est fortement positive (IB = 5+ à 6+) au niveau des lésions et mucus nasal. La réaction de Mitsuda est négative (29).

#### **d. Formes borderline (BT, BB, BL)**

La distinction entre les 3 formes n'est pas possible sur la seule base clinique car elle nécessite l'appoint d'examen bacilloscopique très fiable et d'études histopathologiques.

##### ***d1 Forme borderline tuberculoïde (BT)***

Dans la lèpre BT les limites des plaques cutanées sont moins nettes, leurs bords sont moins infiltrés et le relief de ceux-ci va en s'altérant progressivement vers la peau normale. Il faut insister sur l'atteinte neurologique qui est habituellement plus sévère que dans la forme TT. La bacilloscopie est négative ou parfois discrètement positive, IB = 1+. La réaction de Mitsuda est moins franchement positive que dans la forme TT ( $\cong$  5 mm).

L'évolution en l'absence de traitement spécifique se fera sur un mode réactionnel (soit d'inversion soit de dégradation). Avec un traitement spécifique on évitera la dégradation mais on pourra observer les réactions d'inversion (29).

##### ***d2 Forme borderline borderline (BB)***

C'est la forme la plus rare, la plus instable et la forme de passage entre BT et BL. Les lésions cutanées (macules, plaques, papules) sont assez nombreuses, moins cependant que dans la forme LL avec une distribution relativement symétrique. La névrite hypertrophique aura tendance à être asymétrique en cas de dégradation à partir de BT et au contraire symétrique en cas d'inversion à partir de BL. La bacilloscopie est positive avec un IB à 2 ou 3+. La réaction de Mitsuda est négative ou douteuse.

L'évolution en l'absence de traitement spécifique se fera progressivement vers la forme BL/LLs. Sous traitement spécifique, la maladie évoluera vers la guérison mais avec souvent des poussées réactionnelles d'inversion (29).

##### ***d3 Forme borderline lépromateuse (BL)***

La distinction entre formes BL et LL est souvent difficile. On peut s'orienter vers la forme BL d'après les caractéristiques suivantes :

- lésions maculeuses, papuleuses et nodulaires moins nombreuses, à limite plus nette de distribution moins symétrique avec trouble et chute des poils plus précoce
- névrite hypertrophique plus précoce

- atteinte viscérale plus rare et plus tardive
- réaction de type 2 (ENL) moins fréquente et moins sévère.

La bacilloscopie est positive avec un IB à 4+ dans les lésions cutanées négatives ou positives à 1+ dans le mucus nasal. La réaction de Mitsuda est négative. L'évolution peut se faire le mode réactionnel dans le sens de l'inversion ou de la dégradation mais aussi avec la possibilité de réaction de type 2 (ENL) (29).

#### e. Lèpre nerveuse pure

Elle correspond aux cas d'atteinte névritique lépreuse isolée sans signes dermatologiques cliniquement décelables, préalables ou concomitants (13). Une étude récente faite en Inde montre que la lèpre nerveuse pure existe en fait dans les différentes formes de la maladie : I, TT/BT; BL/LL (14). On note des signes fonctionnels à type de lourdeur, d'engourdissement ou de paresthésie (29).

L'examen clinique montre :

- l'atteinte d'un ou de plusieurs nerfs
- une hypertrophie de certains nerfs isolée ou associée à un déficit d'abord sensitif puis moteur
- dans les formes évoluées, des paralysies avec éventuellement des troubles trophiques secondaires
- une peau sèche en rapport avec une hypohydrose ou une anhydrose.

#### f. Formes particulières

Il s'agit des formes rares, difficiles à classer, traduisant toute la complexité de cette maladie. Ce sont la forme MB localisée, la lèpre lucio et la forme histoïde (5, 10, 16, 33).

### 7.2. Les réactions lépreuses

Dans l'évolution d'une lèpre, des perturbations de l'équilibre immunologique peuvent se manifester. Selon que ce déséquilibre se manifeste dans le secteur de l'IMC ou dans celui de l'immunité humorale, on observe des réactions de types différents :

- réaction de type 1 de Jopling due à une modification de l'IMC vis-à-vis de *Mycobacterium leprae*
- réaction de type 2 de Jopling en rapport avec un déséquilibre de l'immunité humorale et formation de complexes immuns circulants.

#### a. Réaction de type 1

Les modifications de l'équilibre immunologique vis-à-vis du bacille lépreux peuvent se faire:

- soit dans le sens d'une augmentation de l'IMC ("up grading reaction) réaction d'inversion
- soit dans le sens d'une diminution de cette immunité ("down grading reaction"), réaction de dégradation.

#### b. Réaction de type 2

Elle se rencontre essentiellement dans les formes LL et rarement dans les formes BL. Son apparition peut être favorisée par une grossesse, la puberté, une affection intercurrente, un choc psychologique, une intervention chirurgicale... Cette réaction est couramment appelée ENL mais il

existe des cas sans lésions cutanées de type 2: érythème noueux. Il est donc préférable d'utiliser le terme de réaction de type 2 et de ne parler d'ENL qu'en cas de lésions cutanées caractéristiques (29). Elle se manifeste cliniquement par une altération de l'état général, une fièvre, des arthralgies, des nouures (1), une prostration, des algies diffuses et une névrite hypertrophique (29).

### 7.3. Les infirmités lépreuses

Selon l'OMS, on distingue 3 degrés:

- degré 0: absence de troubles neurologiques
- degré 1: existence de trouble neurologique sensitif sans lésion visible
- degré 2: existence de paralysie et de lésions visibles (cécité, plaies, maux perforants plantaires, et amputation des doigts ou des orteils).

## 8. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

### 8.1. Macules

Elles doivent être différenciées :

- des eczématides achromiantes qui sont caractérisées par une ou plusieurs macules hypochromiques, à bordure bien définie recouverte de fins squames, sans troubles sensitifs
- du vitiligo dont la teinte de l'hypochromie peut être ivoirine nacrée ou d'un blanc mat; il y a un liséré hyperpigmenté.
- du naevus achromique qui réalise une lésion maculeuse, congénitale dont les contours sont polycycliques déchiquetés.

### 8.2. Papules

Leur diagnostic différentiel se fait avec :

- l'acné: l'aspect polymorphe de l'éruption, le caractère inflammatoire des lésions, la présence d'éléments pustulents, l'hyperséborrhée mais surtout la découverte de comédons ouverts ou points noirs feront éliminer rapidement la lèpre.
- L'urticaire: ici les papules sont rouges oedémateuses et luisantes. Le prurit, parfois intense, le caractère mobile de l'éruption, la notion de survenue et de disparition brusque de ces lésions doivent faire évoquer le diagnostic d'urticaire (30).
- Le lupus vulgaire: le caractère atrophique des placards, leur évolution vers la sclérose ou la nécrose, la présence en bordure des papules disparaissant à la vitropression sont d'autant d'éléments cliniques qui aideront à ne pas confondre le lupus vulgaire avec le placard de la lèpre tuberculoïde.

- Le lichen plan: il se manifeste par des papules d'aspect brillant de couleur rouge violacée, polygonales à bordure bien limitée, à surface plane avec tendance à la coalescence. Le prurit est un des signes essentiels de cette pathologie.

### 8.3. Nodules

Leur diagnostic différentiel se fait avec:

- la maladie de Hodgkin: l'atteinte cutanée se manifeste par des nodules multiples, violacés et fermes, des tumeurs ulcérées, des placards infiltrés

- la maladie de Recklinghausen: elle débute dans l'enfance par des taches café au lait, progressivement apparaissent des nodules de taille variable disséminés principalement sur le tronc, de consistance molle et la présence de "tumeur royale" de taille supérieure aux autres neurofibromes.

- la maladie de Kaposi: elle est caractérisée par des placards angiomateux violacés infiltrés. Des lésions nodulaires brunâtres peuvent apparaître sur ces placards en zone saine surtout au niveau des membres inférieurs.

## 9. TRAITEMENT

### 9.1. Médicaments

L'utilisation des sulfones dans le traitement de la lèpre par Faget en 1942 a amené une véritable révolution dans la thérapeutique de cette affection. Pour apprécier l'importance de cet événement il faut avoir connu la lèpre avant les sulfones (1).

#### a. Antibiotiques disponibles

Parmi les antibiotiques disponibles, la dapsons, la rifampicine et la clofazimine sont couramment employées. Les sulfamides, les thiacétazones et la thiabutozine qui ont une faible activité antimicrobienne ne font plus partie de l'arsenal thérapeutique (17).

#### a1. *la Diamino diphényl sulfone (DDS), Disulone ou Dapsons*

Elle est peu toxique et a pour inconvénient de n'être que bactériostatique (1). A doses élevées, elle peut provoquer des troubles neuropsychiques aigus, une anémie, une neuropathie, une méthémoglobinémie, des rashes allergiques (29). Elle est contre-indiquée dans les cas d'atteinte rénale (1). Sa tolérance est extrêmement bonne.

### a2. Clofazimine (B663 ou Lamprène)

Ce produit coloré est à la fois bactériostatique et anti-inflammatoire, il est le moins inducteur de réaction de tous les remèdes antilépreux; il est donc particulièrement indiqué dans toutes les formes réactionnelles qu'elle qu'en soit la variété. Les accidents imputables à ce produits sont d'ordre digestif : douleur épigastrique ou abdominale, diarrhée ainsi qu'une sécheresse de la peau et un prurit. Elle peut occasionner une coloration sombre de la peau disparaissant à l'arrêt du traitement (15, 16).

### a3. Rifampicine (RMP)

Elle a une activité bactéricide. En traitement quotidien, elle entraîne une augmentation transitoire de 2-3 fois la limite supérieure de la normale des transaminases hépatiques (29). La RMP doit être utilisée avec prudence dans les formes nerveuses où elle provoque des réactions (1). A dose élevée, elle provoque un syndrome pseudogrippal.

### b. Nouveaux antibiotiques antilépreux

#### b1. Fluoroquinolones

Parmi elles, la pefloxacinine et l'ofloxacinine ont une puissante activité bactéricide sur *Mycobacterium leprae* chez la souris (7, 9). Chez l'homme, une dose quotidienne de 800 mg de pefloxacinine ou de 400 mg d'ofloxacinine prise pendant 22 jours tue 99,9% de bacilles viables au début du traitement (8). L'amélioration clinique est spectaculaire et les effets secondaires mineurs (8).

#### b2. Minocycline

Elle est active sur *Mycobacterium leprae* alors que les autres cyclines sont inactives. Chez l'homme, administrée à la dose de 100 mg, elle est bien tolérée et entraîne une rapide amélioration clinique et tue en un mois 99% des bacilles viables (12).

#### b3. Clarithromycine

Dérivée de l'érythromycine, la clarithromycine, administrée à la dose de 500 mg/jour chez l'homme, a une activité bactéricide aussi forte que celle de la minocycline (29).

## 9.2. Schémas thérapeutiques recommandés par l'O.M.S.

La PCT a été proposée par le groupe d'experts de la lèpre de l'OMS en 1981 (20). Dans le traitement par la PCT, les cas de lèpre sont classés en deux groupes selon l'index bacilloscopique et la clinique; c'est ainsi qu'on a:

- lèpre paucibacillaire (PB): avec l'absence de bacilles, moins de 5 lésions cutanées et atteinte

d'un seul nerf

- lèpre multibacillaire (MB): présence de bacilles avec plus de 5 lésions cutanées et atteinte de plusieurs troncs nerveux.
- Lèpre PB : Rifampicine 600 mg 1 fois/mois sous supervision  
Dapsone 100 mg/j en auto-administration  
Ce traitement dure 6 mois
- Lèpre MB : Rifampicine 600 mg 1 fois/mois sous supervision  
Clofazimine 300 mg 1 fois/mois sous supervision  
Dapsone 100 mg/jour auto-administrée  
Clofazimine 50 mg/jour auto-administrée  
Initialement prévu pour 24 mois, ce traitement a été ramené à 12 mois.

### 9.3. Traitement des formes réactionnelles

Ce traitement est à base d'anti-inflammatoire non stéroïdien, de corticoïdes (prednisone ou prednisolone), de thalidomide et de clofazimine (29). On donne la prednisone à la dose de 1 mg/kg par jour. La réaction de dégradation sera traitée énergiquement par un traitement plurimédicamenteux (anti-inflammatoire, thalidomide, clofazimine) (1). En cas de réaction de type 2, on donne la thalidomide à la dose de 300-400 mg/j que l'on diminue rapidement pour donner 100 et même 50 mg/j (1). Elle sera, si possible, associée à la prednisone.

### 9.4. Traitement chirurgical et orthopédique

a. *La chirurgie* a plusieurs indications dans la lèpre nerveuse :

- prévention : ce sont les neurolyses ou même les simples débridements des canaux ostéofibreux pour prévenir la dégénérescence des nerfs dans les formes tuberculoïdes et les réaction d'inversion
- réanimation par l'implantation des tendons des muscles sains sur ceux des muscles paralysés (en cas de griffes)
- enfin l'ablation des séquestres ou même régularisation des moignons dans les formes mutilantes.

b. *L'orthopédie* est un service indispensable de la chirurgie. Le traitement des maux perforants repose uniquement sur l'orthopédie ; il faut donner à ces patients des chaussures ou même de simples sandales avec des semelles en plastique microcellulaire.

## 10. PREVENTION DES INFIRMITES ET REHABILITATION

### 10.1. Prévention des infirmités

En pays d'endémie, notamment le nôtre, la prévention des infirmités dues à la lèpre doit être une préoccupation constante à toutes les étapes de la lutte antilépreuse et de la prise en charge de chaque malade:

- information du public afin de rendre le diagnostic plus précoce par l'auto-dépistage (éducation pour la santé, campagne de mobilisation sociale, information des maîtres d'écoles...)

- administration d'une PCT efficace qui doit être correctement suivie
- éducation tout au long du traitement antibactérien puis lors de la surveillance des incapacités
- bilans neurologiques: inspection, test de sensibilité avec un crayon à bille, test musculaire
- traitement médical des névrites récentes (moins de 6 mois) aiguës, subaiguës ou silencieuses. L'administration de corticoïdes à dose suffisante et pendant le temps nécessaire facilitera la récupération de la fonction et évitera sa dégradation.
- la chirurgie (cf. plus haut).

## 10.2. Réhabilitation

La majorité des malades de la lèpre vient d'un milieu rural d'agriculteurs, d'éleveurs ou de travailleurs manuels dont les professions rudes exigent des efforts physiques considérables. Toutes ces professions ne sont pas adaptées à un ancien malade présentant des atteintes nerveuses qu'il faut pourtant essayer de maintenir ou réinsérer dans la vie active. Une éducation de ces anciens hanséniens sur les conséquences des troubles neurologiques et leur prévention dans la vie de tous les jours est nécessaire (29). Les petits travaux de jardinage, de petit élevage, d'ateliers et d'artisanat sont les possibilités généralement explorées.

Ainsi Raoul FOLLEREAU disait: "Apprendre ou réapprendre un métier à un ancien malade de la lèpre, puis le remettre à la société c'est le guérir deux fois".

## 11. ASPECTS SOCIO-CULTURELS

Depuis très longtemps, la lèpre a été considérée comme une malédiction divine. Le lépreux, sujet d'horreur et de pitié, était considéré comme un impur. Il était mis au banc de la société (27). Ainsi, en Europe au Moyen Age, le malade hansénien devait agiter une clochette lorsqu'il se déplaçait pour que tout le monde s'éloigne ou devait revêtir une tenue spéciale (tenue rouge). Dans les églises, un lieu spécial lui était réservé. Pour la confession, les lépreux utilisaient un moyen acoustique pour communiquer avec le prêtre.

En Afrique, le lépreux est considéré comme un coupable qui est frappé d'une justice divine. Rarement il est considéré comme une victime de la sorcellerie (mauvais sort). On incrimine souvent l'ingestion de la viande de chèvre, de silure et du lait comme cause de la lèpre. On évoque aussi le facteur héréditaire dans la survenue de la maladie (28). Et une fois que la maladie s'installe, la plupart des patients ont tendance à recourir aux thérapeutiques traditionnelles: viande d'hippopotame cuite (27), viande de vautour cuite, certaines plantes.

Notons qu'au Mali, avant l'arrivée des européens, les sorciers traditionnels avaient déjà individualisé les deux formes de la maladie. Ainsi en langue bambara, le mot "Banaba" (la grande maladie) désigne la lèpre. Pour d'autres qui pensent à une étymologie plus ancienne "Bana bâ" signifie la mère des maladies, le père étant la folie "Fâ". "Bagui" désigne la forme lépromateuse vilaine et "Kouna" la forme mutilante (18).



Ce comportement d'exclusion des différentes communautés vis-à-vis des lépreux a beaucoup changé après la découverte du BH par Hansen et à l'avènement des sulfones dans le traitement de la lèpre.

## **12. ORGANISATION DES ACTIVITES DANS LA LUTTE ANTILEPREUSE AU MALI**

Le Ministère de la Santé a organisé les activités antilépreuses dans le cadre d'un programme national de lutte contre la lèpre afin d'en permettre une gestion efficace. L'organisation prévoit :

- un niveau périphérique (cercle et arrondissement) avec un infirmier superviseur lèpre réalisant les activités antilépreuses dans le cercle et l'appui des centres de santé des arrondissements
- un niveau intermédiaire (région) sous la responsabilité du Directeur Régional de la Santé et comme agent responsable le Chef de division de la Santé qui a un rôle de coordination et de supervision des ISL
- un niveau national dirigé par le coordonnateur national du programme lèpre qui est sous la direction du chef de la Division de l'Epidémiologie
- l'Institut MARCHOUX qui est un centre de recherche et de formation en Léprologie de l'OCCGE, centre de référence.

*Deuxième partie:*

***NOTRE ENQUETE CAP EN MILIEU RURAL***

## **1. MATERIELS ET METHODE**

### **1.1 Cadre de l'étude**

#### **Le Mali**

Situé au coeur de l'Afrique de l'Ouest, le Mali couvre une superficie de 1 240 192 km<sup>2</sup>. Il fait frontière avec l'Algérie, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, la Guinée, la Mauritanie, le Niger et le Sénégal. Le Mali est traversé par deux grands fleuves, le Niger et le Sénégal. Le climat est sec et tropical avec une saison de pluie allant de mai à octobre. Le Mali a une population d'environ 12 millions d'habitants. Cette population est en majorité rurale (agriculteurs, éleveurs et pêcheurs). Les principales ethnies au Mali sont: Bambara, Bobo, Bozo, Dogon, Malinké, Peulh, Samo, Sarakolé, Sénoufo, Sonraï, et Touareg. L'islam est la principale religion, suivi par le christianisme et l'animisme. Le découpage administratif est le suivant: un district, Bamako, comme capitale, huit régions, 55 cercles et 280 arrondissements. Notre enquête a été réalisée dans la deuxième région administrative qui est Koulikoro.

#### **La région de Koulikoro**

C'est la région la plus proche de Bamako. Elle compte sept cercles qui sont: Banamba, Dioïla, Kangaba, Kati, Kolokani, Koulikoro et Nara. La population est essentiellement rurale. Les activités menées sont l'agriculture, l'élevage et la pêche. Les arrondissements sites de notre enquête sont situés dans les cercles de Dioïla, Kangaba et Kolokani.

### **1.2. Sujets de l'enquête**

#### **- Population cible:**

Elle est composée de sujets jeunes scolarisés en 7<sup>e</sup>, 8<sup>e</sup> et 9<sup>e</sup> années de l'école fondamentale malienne et de jeunes non scolarisés âgés de 12 à 20 ans.

#### **- Echantillonnage:**

Deux études similaires sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) vis-à-vis de la lèpre ont été réalisées en 1996 et 1997. La première portait sur des sujets de plus de 20 ans consultant à l'Institut Marchoux de Bamako. La seconde a concerné des jeunes élèves de la 7<sup>e</sup> à la 9<sup>e</sup> année de l'école fondamentale à Bamako. Afin d'élargir les connaissances et faire une analyse comparative, il a été retenu de réaliser cette enquête CAP en milieu rural.

Le choix de la région de Koulikoro, s'explique par notre limitation en moyen logistique, rendant inaccessible les régions éloignées du Mali. Nous avons tiré au sort 3 cercles parmi les 7 cercles de la région. A l'intérieur de chaque cercle, nous avons ensuite tiré au sort deux écoles comportant un second cycle en basant sur la liste des écoles fournie par la Direction régionale de l'Education de Base de Koulikoro. Les villages abritant les deux écoles ont constitué les sites de l'enquête. Il s'agissait de:

- Markakoungo et Béléko (arrondissement central de Béléko) dans le cercle de Dioïla
- Ouolodo (arrondissement de Nonsombougou) et Djidjéni (arrondissement central de Djidjéni) pour le cercle de Kolokani

- Naréna (arrondissement central) et Kéniégoué (arrondissement central) dans le cercle de Kangaba.

Dans les localités tirées au sort, nous avons recruté 12 élèves par classe en 7<sup>e</sup>, 8<sup>e</sup> et 9<sup>e</sup> année, soit 36 élèves par école; il faut signaler qu'une autorisation nous a été délivrée par la Direction Régionale de l'Education de Base de Koulikoro pour avoir accès aux établissements. Aux élèves nous avons administré le questionnaire avec des explications sur certains points qu'ils ne comprenaient pas. A l'issue de l'enquête dans les élèves nous avons recherché et interrogé 36 jeunes non scolarisés du même village.

Nous avons donc recruté 72 sujets par village et avons obtenu le nombre total de 432 personnes dans les six villages de l'enquête dont 216 élèves et 216 jeunes non scolarisés.

### **1.3. Collecte des données:**

Nous avons élaboré une fiche d'enquête individuelle (voir annexe) qui comportait quatre parties :

- les éléments d'identification comportant la classe, l'âge, le sexe et la localité
- les connaissances sur la lèpre
- les attitudes vis-à-vis du lépreux
- la pratique en cas d'atteinte lépreuse

**1.4. Période de l'enquête :** Novembre 1997 - Mars 1998.

### **1.5. Analyse**

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel Epi-Info. Les tableaux et les figures ont été obtenus avec le logiciel Word pour windows.

## 2. RESULTATS

### 2.1. DESCRIPTION DES SUJETS DE L'ENQUETE

#### Selon le sexe et la scolarité

Dans cette étude sur les 432 sujets on a eu 301 sujets de sexe masculin soit 69,7% et 131 sujets de sexe féminin soit 30,3%. Aussi bien en milieu scolarisé qu'en milieu non scolarisé, le sexe masculin demeure supérieur au sexe féminin.

**Tableau 2: répartition des sujets de l'enquête selon la scolarité et le sexe**

	Masculin	Féminin	Total
Scolarisé	142 (65,7%)	74 (34,3%)	216 (50%)
Non scolarisé	159 (73,6%)	57 (26,4%)	216 (50%)
Total	301 (69,7%)	131 (30,3%)	432 (100%)

$\chi^2$ : 3,17

Ddl: 1

Valeur de P: 0,075 (Non significative)

#### Selon le sexe et les villages

Dans toutes les localités, les sujets de sexe masculin dominent les sujets de sexe féminin. Cependant, Naréna et Kéniégoué (cercle de Kangaba) ont une proportion plus importante de sujets féminins avec respectivement 44,4% et 38,9% comparativement aux villages de Djidjéni (cercle de Kolokani) et Markakoungo (cercle de Dioïla) avec 12,5%.

**Tableau 3: répartition des sujets de l'enquête selon le village et le sexe**

	Masculin	Féminin	Total
Béléko	49 (68,1%)	23 (31,9%)	72
Djidjéni	63 (87,5%)	9 (12,5%)	72
Kéniégoué	44 (61,1%)	28 (38,9%)	72
Markakoungo	56 (77,8%)	16 (22,2%)	72
Naréna	40 (55,6%)	32 (44,4%)	72
Ouolodo	49 (68,1%)	23 (31,9%)	72
Total	301 (69,7%)	131 (30,3%)	432

$\chi^2$ : 22,54

Ddl: 5

Valeur de P < 0,001

#### En fonction de l'âge

Suivant le protocole, la tranche d'âge des sujets de l'enquête a été rendue identique dans les deux milieux (scolarisé et non scolarisé). Elle se situe entre 12 et 20 ans. La moyenne d'âge est d'environ 16,7 ans avec 16,0 ans en milieu scolarisé et 17,5 en milieu non scolarisé. Les sujets non scolaires ont un âge moyen plus élevé que celui des scolaires. La différence entre les deux populations est statistiquement significative.

**Tableau 4: répartition en fonction de l'âge et de la scolarité**

	Scolarisé	Non scolarisé	Total
Agés extrêmes	[12 - 20]	[13 - 20]	[12 - 20]
Moyenne d'âge	16,051 ans	17,519 ans	16,785 ans
Déviation standard	1,718	1,741	1,877

F: 77,8

Valeur de P < 0,001

#### 1.4 En fonction de la classe

La proportion des sujets de sexe masculin est de 65,7% contre 34,3% de sexe féminin pour l'ensemble des scolarisés. Ces mêmes proportions sont retrouvées approximativement en 7e, 8e. 65,3% de sujets de sexe masculin contre 34,7 de sexe féminin. En 9e année le pourcentage de fille est plus faible (33,3%).

**Tableau 5: répartition des sujets scolarisés en fonction de la classe et du sexe**

	Masculin	Féminin	Total
Classe de 7è	47 (65,3%)	25 (34,7%)	72 (33,3%)
Classe de 8è	47 (65,3%)	25 (34,7%)	72 (33,3%)
Classe de 9è	48 (66,7%)	24 (33,3%)	72 (33,3%)
Total	142 (65,7%)	74 (34,3%)	216 (100%)

$\chi^2$ : 0,04

Ddl: 2

Valeur de P: 0,97 (Non significative)

## 2.2. LES CONNAISSANCES SUR LA LÈPRE

### Tache claire et insensible sur le peau

A la question "A quelle maladie vous fait penser une tache claire et insensible sur la peau ?" toute une série de réponses fut donnée avec plusieurs types de maladie. Cependant c'est la teigne et le pityriasis versicolor qui viennent en tête avec respectivement 25,5% et 21,8% des réponses. La lèpre vient en 3e position avec 20,6%.

**Tableau 6: réponses à la question " à quelle maladie vous fait penser une tache claire et insensible sur la peau?"**

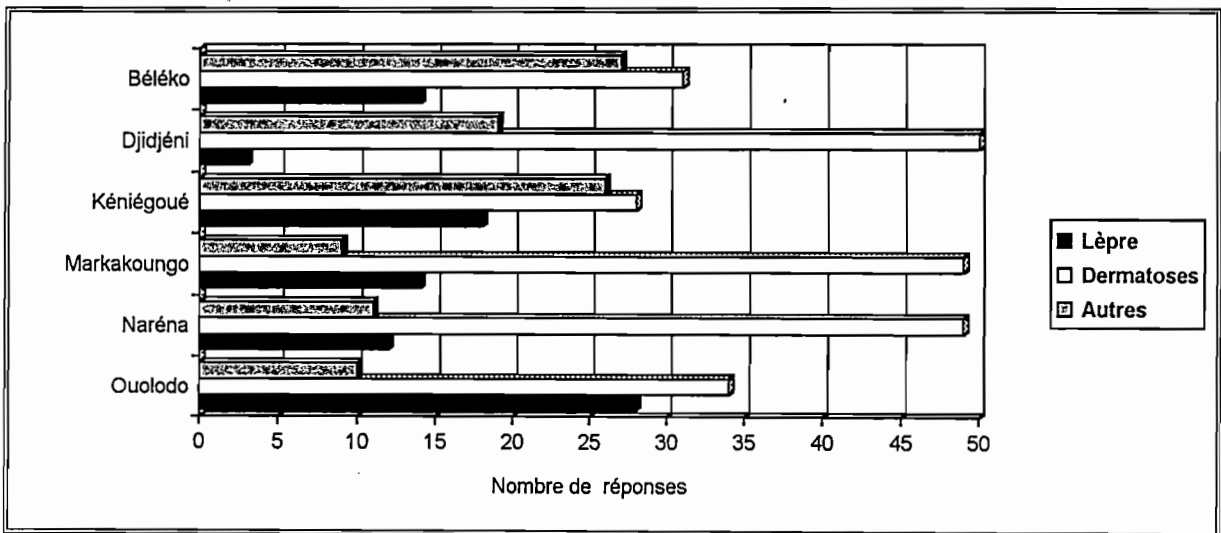
Rang	Affections	N (%)	Rang	Affections	Nombre
1	Teigne	110(25,5)	14	Dermatose	3
2	Pityriasis	94 (21,8)	14	Ictère	3
3	Lèpre	89 (20,6)	14	Polomyélite	3
4	Je ne sais pas	29 (6,7)	14	Prurit	3
5	Gale	17 (3,9)	19	Cancer	2
5	Paludisme	17 (3,9)	19	Maladie	2
5	Rougeole	17 (3,9)	19	Toux	2
8	Eczéma	10 (2,3)	19	Tuberculose	2
9	Sida	6	19	Choléra	2
10	Variole	5	19	Tétanos	2
11	Brûlure	4	25	Diarrhée	1
11	Méningite	4	25	Mauvais sort	1
11	Varicelle	4	25	Varice	1
14	Albinisme	3			

- Selon le sexe et la scolarité : la différence est non significative. Les dermatoses regroupées font 55,8%. Les maladies non dermatologiques sont de l'ordre de 23,6%. La lèpre est de l'ordre de 20,6%.

**Tableau 7: Répartition des réponses à la question "A quelle maladie vous fait penser une tache claire et insensible sur la peau" selon le sexe et la scolarité**

REPONSES	Sexe		Scolarité		Total
	Masculin	Féminin	Scolaires	Non scolaires	
Lèpre	63 (20,9%)	26 (19,8%)	37 (17,1%)	52 (24,1%)	89 (20,6%)
Dermatoses	169 (56,2%)	72 (55,0%)	132 (61,1%)	109 (50,4%)	241 (55,8%)
Autres	69 (22,9%)	33 (25,2%)	47 (21,8%)	55 (25,5%)	102 (23,6%)
Total	301 (69,7%)	131 (30,3%)	216 (50%)	216 (50%)	432 (100%)
Valeur de P	NS		NS		

- Selon les villages, la différence des réponses obtenues est significative avec Ouolodo qui est largement en tête par rapport aux autres villages avec près de 30 réponses pour la lèpre. Le plus petit nombre est enregistré par Djidjéni avec moins de 5.



**Figure 2: Répartition des réponses à la question "A quelle maladie vous fait penser une tache claire et insensible sur la peau ?" selon les villages de l'enquête.**

### La lèpre au début

A la question "Comment se manifeste la lèpre?"; 44,9% de sujets de l'enquête ont cité des signes cutanés; 3,9% ont avancé des signes neuro-trophiques et 51,2% ont évoqué des signes sans rapport avec la maladie de Hansen que nous avons regroupé sous la rubrique "autres".

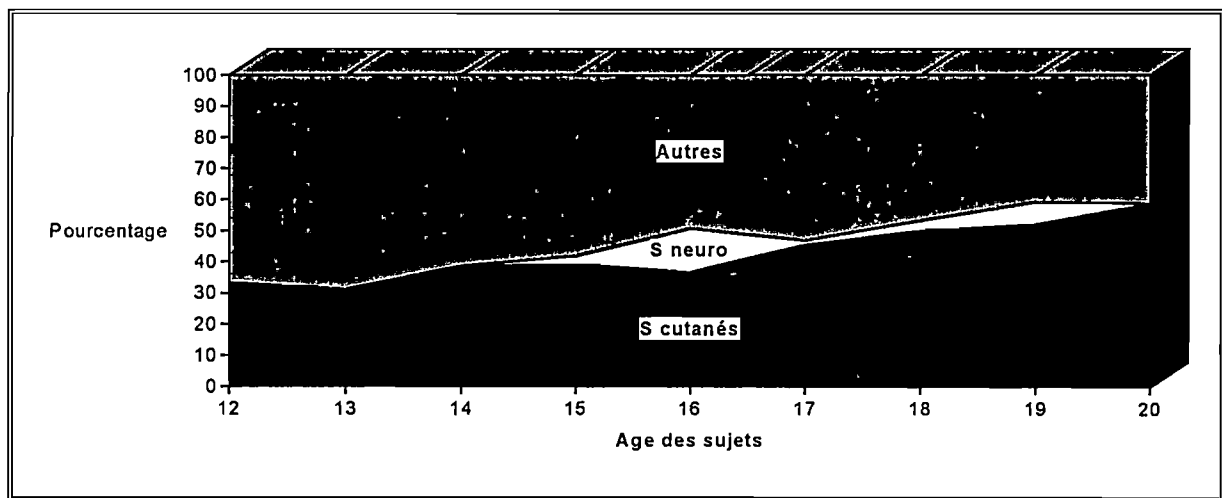
- Selon le sexe, il y a 49,2% des sujets de sexe masculin qui ont répondu par des signes cutanés contre 35,1% des sujets de sexe féminin. La différence observée est statistiquement significative.

- Selon l'état de scolarité la différence observée n'est pas statistiquement significative.

**Tableau 8: Répartition des réponses à la question " Comment se manifeste la lèpre au début?" selon le sexe et la scolarité**

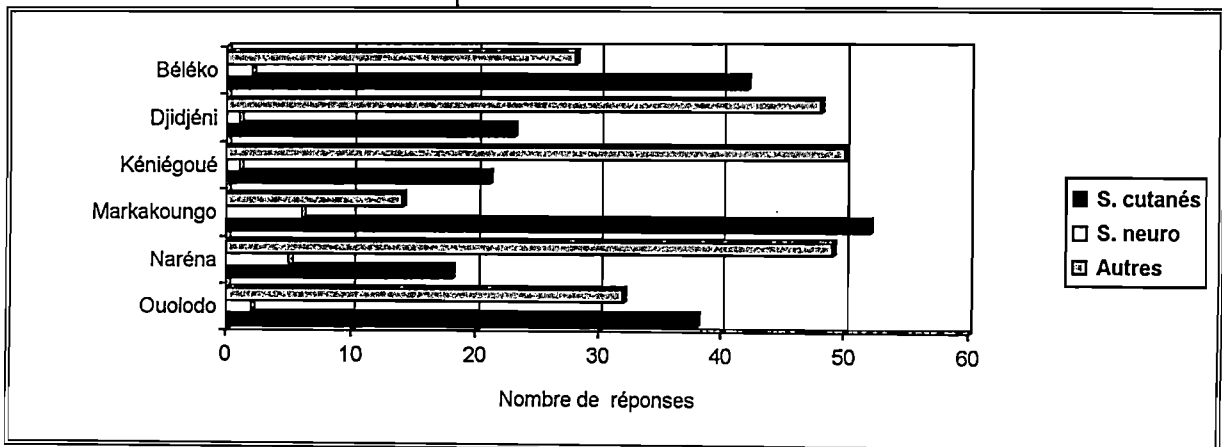
REPONSES	Sexe		Scolarité		Total
	Masculin	Féminin	Scolaires	Non scolaires	
signes cutanés	148 (49,2%)	46 (35,1%)	88 (40,7%)	106 (49,1%)	194 (44,9%)
signes neuro-trophiques	9 ( 3,0%)	8 (6,1%)	12 ( 5,6%)	5 ( 2,3%)	17 (3,9%)
Autres	144 (47,8%)	77 (58,8%)	116 (53,7%)	105 (48,6%)	221 (51,2%)
Total	301 (69,7%)	131 (30,3%)	216 (50%)	216 (50%)	432 (100%)
Valeur de P	0,01		NS		

- Les connaissances sur la lèpre augmentent avec l'âge des sujets de l'enquête.



**Figure 3: Répartition des réponses à la question "Comment se manifeste la lèpre au début?" en fonction de l'âge des sujets de l'enquête.**

- Selon les villages, Markakoungo se détache largement en tête suivi de Béléko et Ouolodo. La marche est fixée au bas du tableau par Naréna.



**Figure 4: Répartition des réponses à la question "Comment se manifeste la lèpre au début?" suivant les villages de l'enquête.**

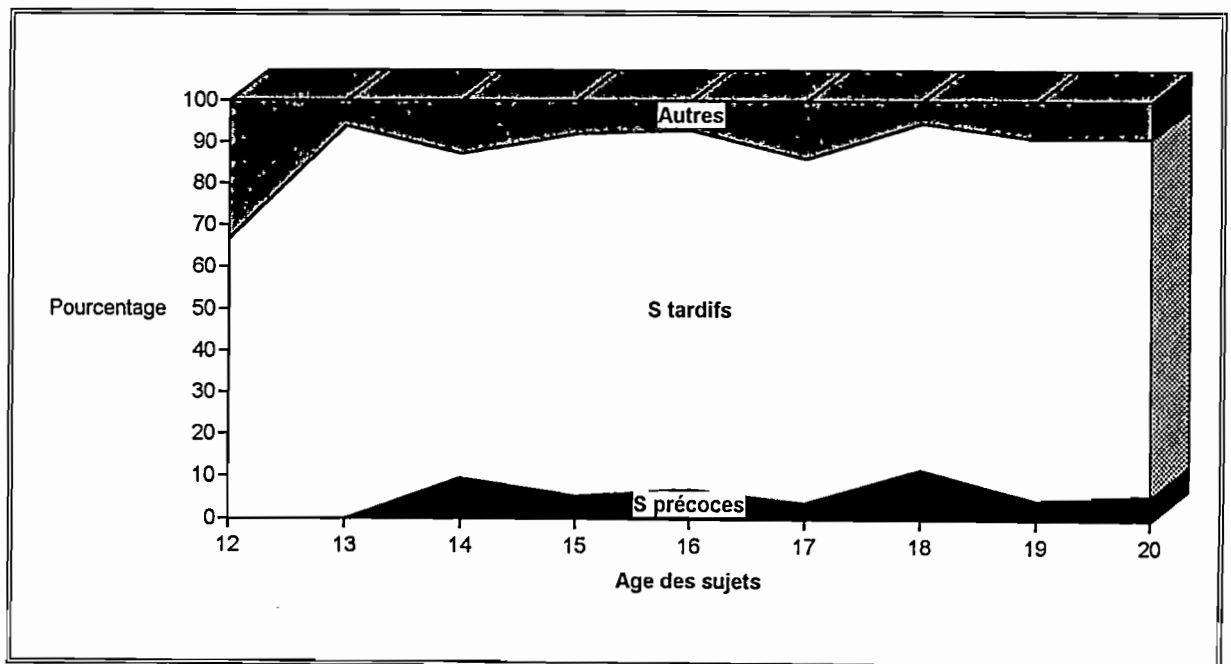


### 2.3 L'image du lépreux

A la question "A quoi reconnaissez-vous une personne atteinte de la lèpre?" seulement 6,7% reconnaissent la lèpre par des signes de début précoces contre 84,3% qui la reconnaissent par les signes tardifs. Selon le sexe, la scolarité et l'âge, il n'y a pas de différence statistiquement significative. C'est dire qu'aucun de ces facteurs n'a d'influence sur les éléments de reconnaissance d'un lépreux.

**Tableau 9: répartition des réponses à la question " A quoi reconnaissez-vous une personne atteinte de lèpre?" selon le sexe et la scolarité**

REPONSES	Sexe		Scolarité		Total
	Masculin	Féminin	Scolaires	Non scolaires	
signes précoces	20 ( 6,6%)	9 ( 6,9%)	13 ( 6,0%)	16 ( 7,4%)	29 ( 6,7%)
signes tardifs	254 (84,4%)	110 (84,0%)	186 (86,1%)	178 (82,4%)	364 (84,3%)
Autres	27 ( 9,0%)	12 ( 9,1%)	17 ( 7,9%)	22 (10,2%)	39 ( 9,0%)
Total	301 (69,7%)	131 (30,3%)	216 (50%)	216 (50%)	432 (100%)
Valeur de P	NS		NS		



**Figure 5: répartition des réponses à la question "A quoi reconnaissez-vous une personne atteinte de lèpre?" en fonction de l'âge des sujets de l'enquête.**

Selon les villages, Markakoungo se détache avec un plus grand nombre de réponses favorables aux signes précoces. Naréna et Djidjéni ont le plus faible score.

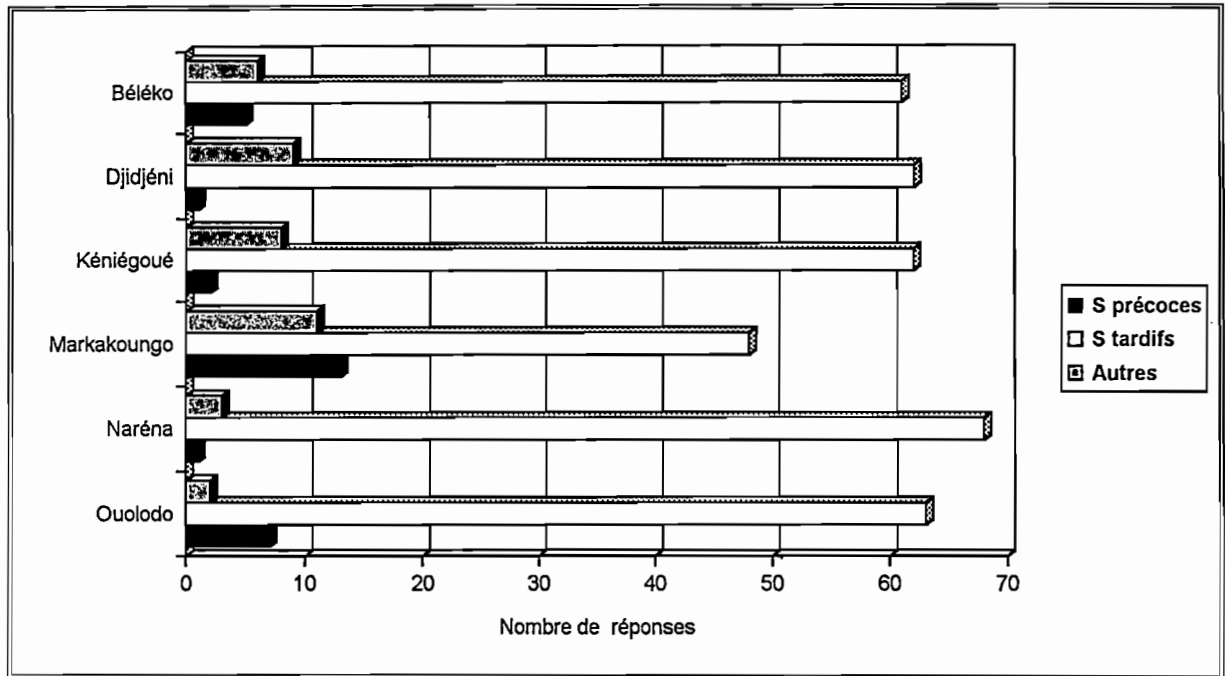


Figure 6: répartition des réponses à la question "A quoi reconnaissez-vous une personne atteinte de lèpre?" suivant les villages de l'enquête.

### La contagiosité de la lèpre

A la question "La lèpre est-elle une maladie contagieuse?" il y a 29,9% qui reconnaissent que la lèpre est une maladie contagieuse et 70,1% pas. Selon le sexe, la scolarité et l'âge, la différence est non significative. Par conséquent ces facteurs n'ont guère d'influence sur les connaissances de contagiosité de la lèpre.

Tableau 10: répartition des réponses à la question "La lèpre est-elle une maladie contagieuse?" selon le sexe et la scolarité

REponses	Sexe		Scolarité		Total
	Masculin	Féminin	Scolaires	Non scolaires	
OUI	94 (31,2%)	35 (26,7%)	56 (25,9%)	73 (33,8%)	129 (29,9%)
NON	207 (68,8%)	96 (73,3%)	160 (74,1%)	143 (66,2%)	303 (70,1%)
Total	301 (69,7%)	131 (30,3%)	216 (50%)	216 (50%)	432 (100%)
Valeur de P	NS		NS		

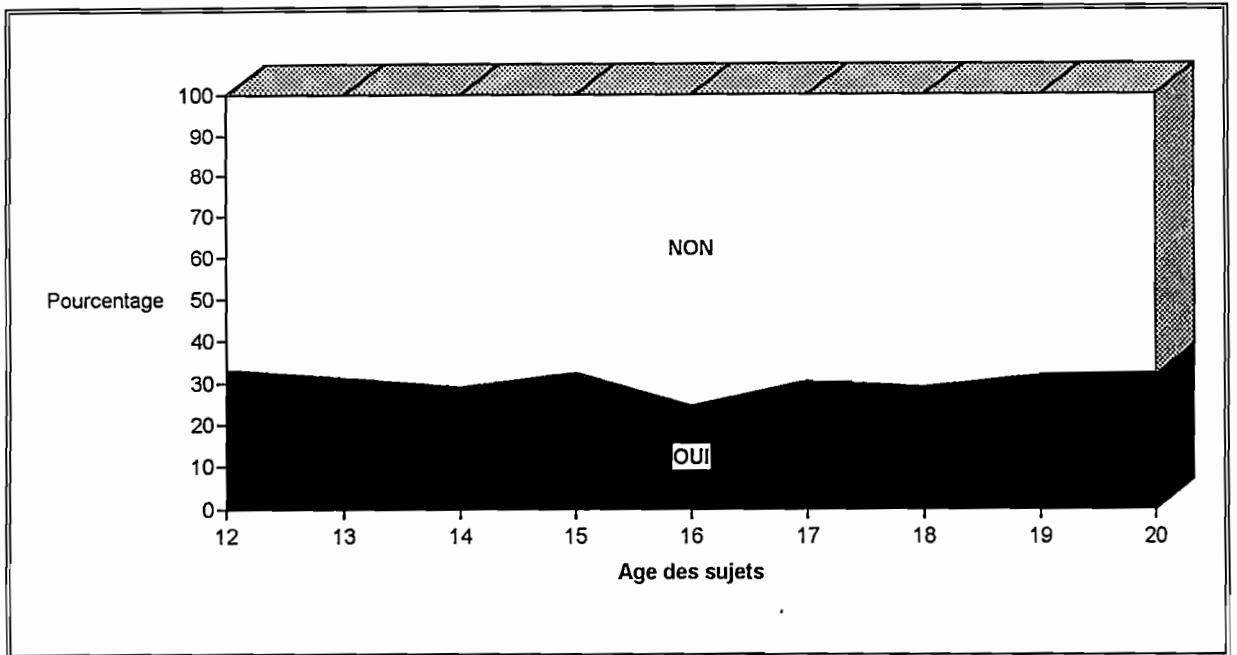


Figure 8: répartition des réponses à la question "La lèpre est-elle une maladie contagieuse?" en fonction de l'âge des sujets de l'enquête.

Selon les villages, Markakoungo et Oulodo ont donné plus de réponses positives.

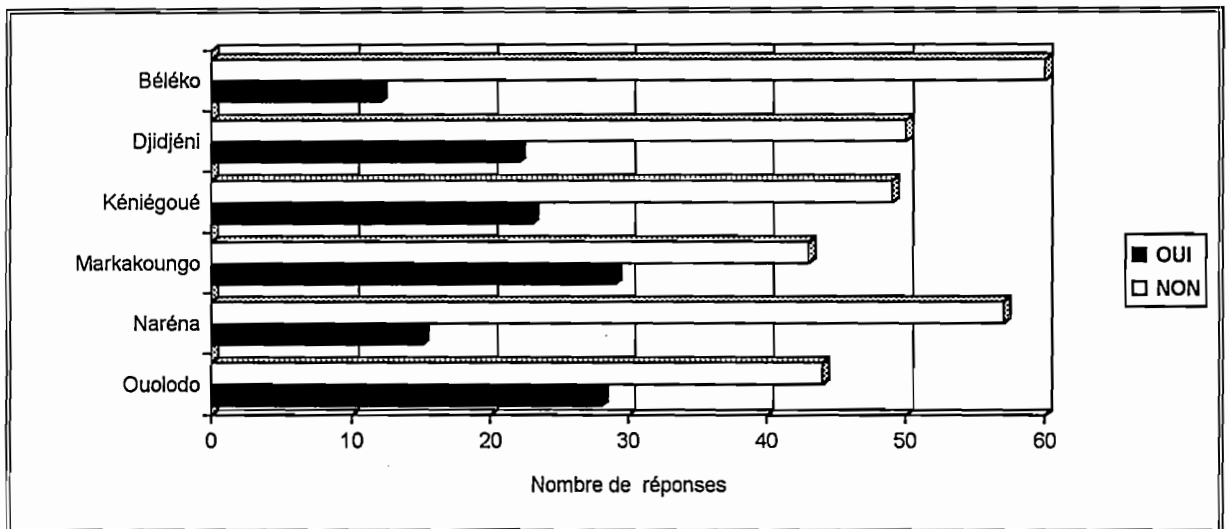


Figure 9: répartition des réponses à la question "La lèpre est-elle une maladie contagieuse?" suivant les villages de l'enquête.

### Les modes de contagion

L'hérédité vient largement en tête, suivie de l'alimentation, des plaies, du sang et de la sueur. Il faut signaler que seulement deux sujets ont mentionné la transmission de la lèpre par des microbes.

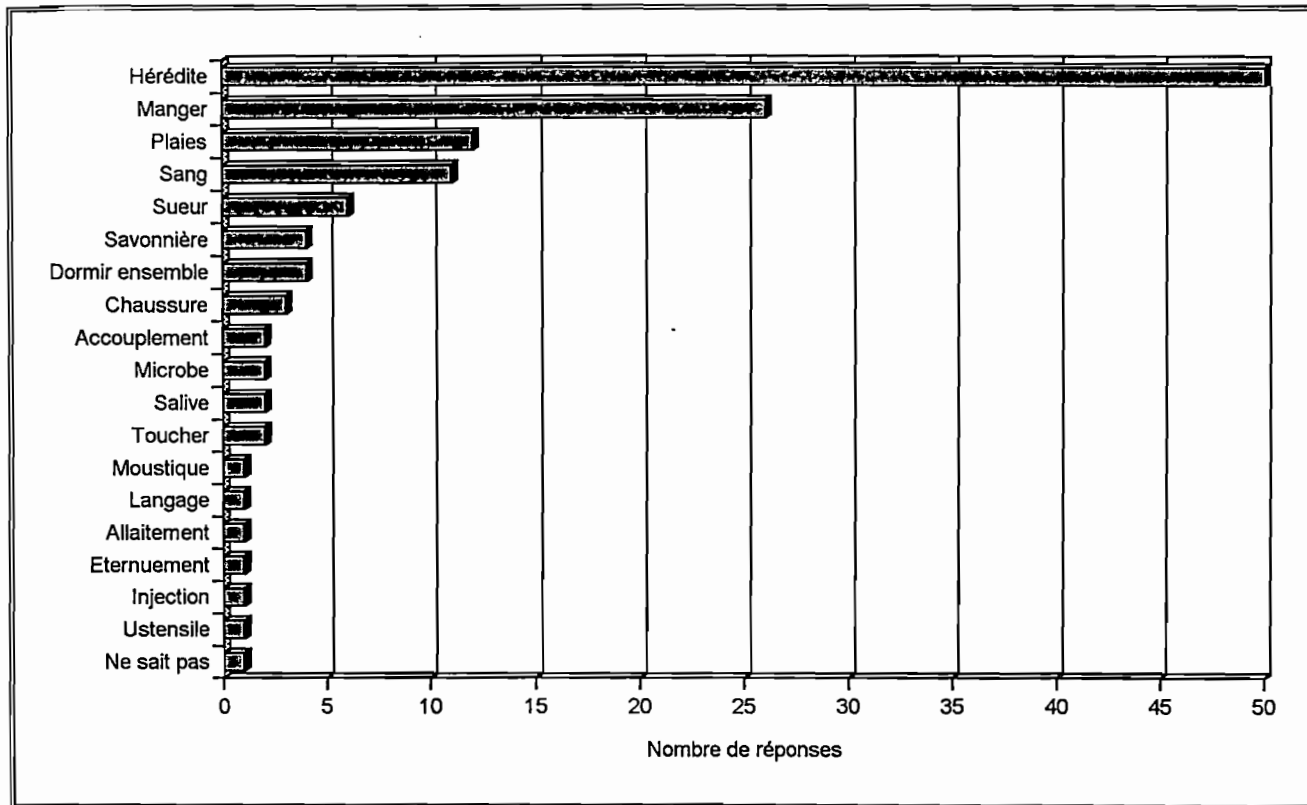


Figure 10: modes de contagion de la lèpre selon les 129 sujets ayant répondu que la lèpre est contagieuse

### La Guérison de la lèpre

A la question "Peut-on guérir de la lèpre?" il y a 53,5% de sujets de notre étude qui ont répondu que la lèpre est une maladie guérissable et 46,5 le cas contraire. Selon le sexe la différence est non significative. Par contre selon la scolarité la différence est significative et est en faveur des sujets non scolarisés (75,5% ont répondu favorable) par rapport aux sujets scolarisés (31,5%).

Tableau 11: répartition des réponses à la question "Peut-on guérir de la lèpre?" selon le sexe et la scolarité

Réponses	Sexe		Scolarité		Total
	Masculin	Féminin	Scolaires	Non scolaires	
OUI	168 (55,8%)	63 (48,1%)	68 (31,5%)	163 (75,5%)	129 (29,9%)
NON	133 (44,2%)	68 (51,9%)	148 (68,5%)	53 (24,5%)	303 (70,1%)
Total	301 (69,7%)	131 (30,3%)	216 (50%)	216 (50%)	432 (100%)
Valeur de P	NS		< 0,001		

Il y a une augmentation des connaissances avec l'âge. Cette augmentation est surtout notoire après 16 ans.

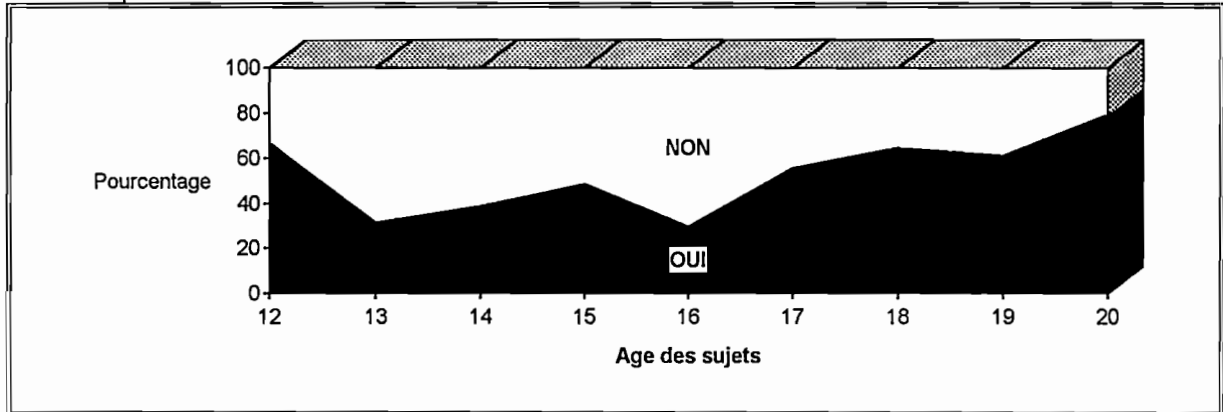


Figure 11: répartition des réponses à la question "Peut-on guérir de la lèpre" en fonction de l'âge des sujets de l'enquête.

Selon les villages: avec un plus grand nombre d'avis favorables, Ouolodo, Markakoungo et Béléko se détachent largement en tête. Naréna enregistre le plus bas nombre.

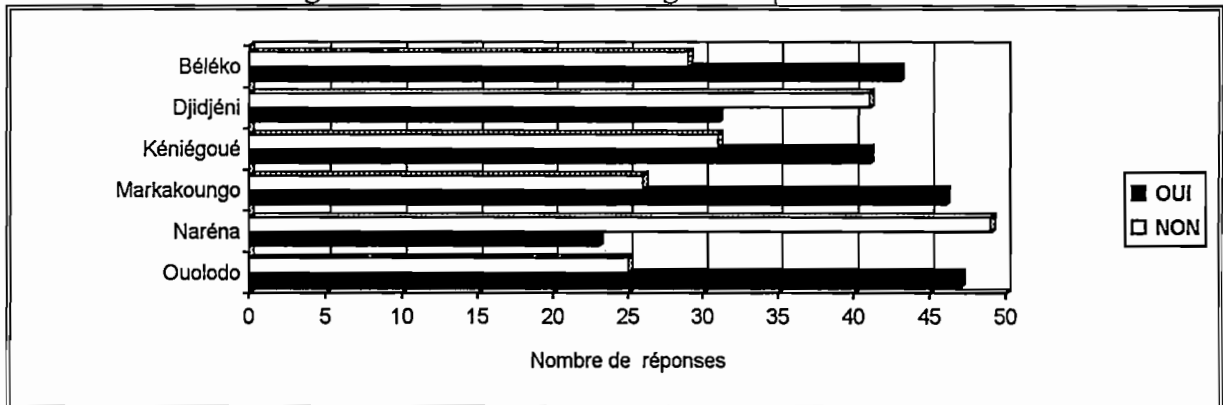
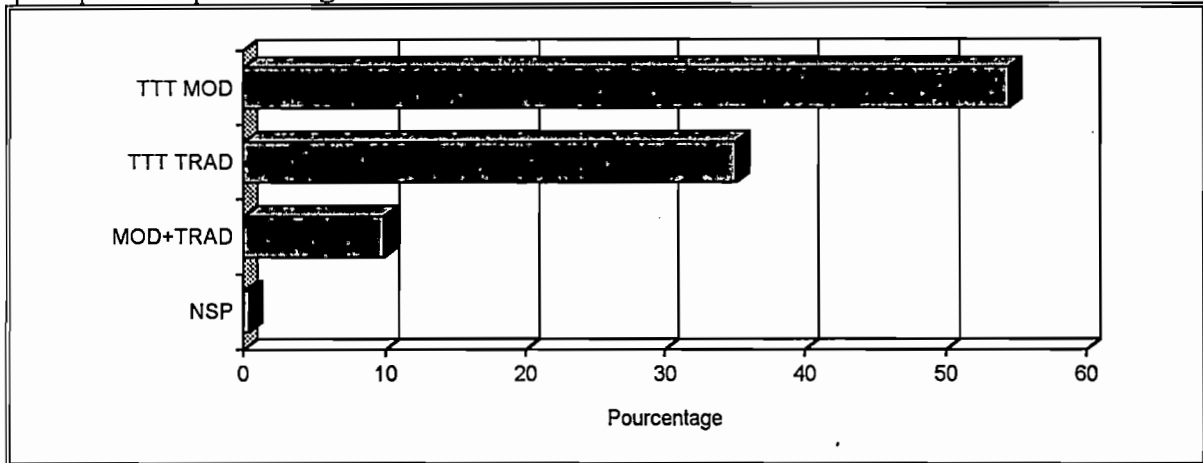


Figure 12: répartition des réponses à la question "Peut-on guérir de la lèpre" suivant les villages de l'enquête.

### Le traitement de la lèpre

Sur le traitement de la lèpre, plus de la moitié des sujets soit 54,5% savent que le traitement de la lèpre est moderne, donc médical. 35,1% des jeunes interrogés pensent à un traitement traditionnel, tandis que 9,9% des sujets ont opté pour une thérapie associée (traditionnelle et moderne). Enfin 0,4% des sujets ne savent pas comment se traite la lèpre bien qu'ils pensent qu'elle est guérissable.



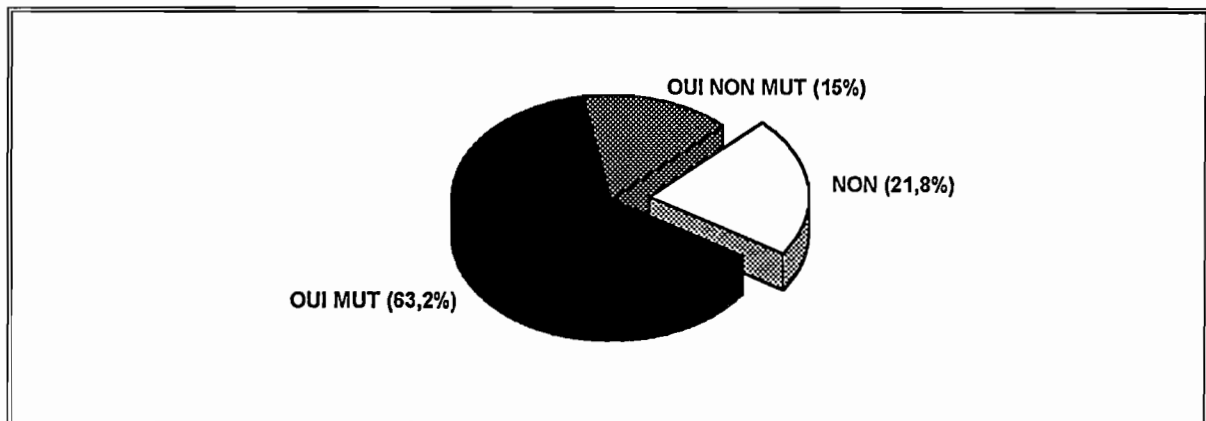
TTT MOD : Traitement médical moderne    TTT TRAD : Traitement traditionnel  
 MOD+TRAD: Association traitements moderne et traditionnel    NSP: Ne sait pas

**Figure 12: traitement de la lèpre selon les 231 sujets ayant répondu que la lèpre est guérissable**

### La présence d'un cas de lèpre dans l'entourage

Parmi les 432 sujets interrogés, 94 personnes (21,8%) ne connaissent pas de cas de lèpre dans leur entourage. 338 ont affirmé connaître un cas de lèpre dans leur entourage. Parmi ces derniers, il y a:

- 273, (63,2% du groupe enquêté) qui répondent que le cas de lèpre connu est mutilé,
- 65, (15% du groupe) répondent que le malade hansénien de leur entourage n'est pas mutilé.



NON: Pas de connaissance d'un cas de lèpre dans l'entourage

OUI MUT : Connaissance d'un cas de lèpre mutilé dans l'entourage

OUI NON MUT : Connaissance d'un cas de lèpre non mutilé dans l'entourage

**Figure 13: répartition des réponses aux questions "Connaissez-vous un cas de lèpre dans votre entourage (famille, quartier, village)? et "Si oui, est-il mutilé (infirmes)?"**

### 2.3. ATTITUDES VIS A VIS DU LEPREUX

#### S'asseoir en compagnie d'un lépreux

Il y a 79,4% qui répondent qu'ils acceptent s'asseoir auprès d'un lépreux.

- Selon le sexe la différence est non significative avec des proportions assez voisines (80,1% de oui pour sexe masculin et 77,9% pour sexe féminin).
- Selon la scolarité il y a une différence significative avec 74,5% de oui pour les scolaires et 84,3% de oui pour les non scolaires. C'est dire que les non scolaires approuvent mieux cette attitude par rapport aux scolaires.

**Tableau 11: répartition des réponses à la question "Accepteriez-vous vous asseoir à côté d'un lépreux ?" selon le sexe et la scolarité**

ASSEOIR	Sexe		Scolarité		Total
	Masculin	Féminin	Scolaires	Non scolaires	
OUI	241 (80,1%)	102 (77,9%)	161 (74,5%)	182 (84,3%)	343 (79,4%)
NON	60 (19,9%)	29 (22,1%)	55 (25,5%)	34 (15,7%)	89 (20,6%)
Total	301 (69,7%)	131 (30,3%)	216 (50,0%)	216 (50,0%)	432 (100%)
Valeur de P	NS		0,012		

- Selon le cas de lèpre dans l'entourage, la différence est significative avec 82,2% de "oui" pour ceux qui ont un cas de lèpre dans leur entourage et 69,1% de "oui" pour ceux qui n'ont pas de cas de lèpre dans leur entourage.
- Selon l'état de mutilation la différence est non significative avec des proportions assez voisines 82,4% de oui pour ceux qui connaissent un hansénien mutilé et 81,5% de oui pour ceux qui ne connaissent pas de hansénien mutilé dans leur entourage.

**Tableau 12: répartition des réponses à la question "Accepteriez-vous vous asseoir à côté d'un lépreux ?" selon la connaissance d'un cas de lèpre (mutilé ou non dans l'entourage des sujets interrogés**

ASSEOIR	Cas de lèpre dans l'entourage		Total	Etat de mutilation du cas de lèpre de l'entourage		Total
	OUI	NON		Mutilé	Non mutilé	
OUI	278 (82,2%)	65 (69,1%)	343 (79,4%)	225 (82,4%)	53 (81,5%)	278 (82,2%)
NON	60 (17,8%)	29 (30,9%)	89 (20,6%)	48 (17,6%)	12 (18,5%)	60 (17,8%)
Total	338 (78,2%)	94 (21,8%)	432 (100%)	273 (80,8%)	65 (19,2%)	338 (100%)
Valeur de P	0,005			NS		

- Selon les villages Ouolodo, Kéniégoué, Markakoungo et Béléko arrivent en tête en nombre de réponses favorables à cette attitude (s'asseoir en compagnie d'un lépreux).

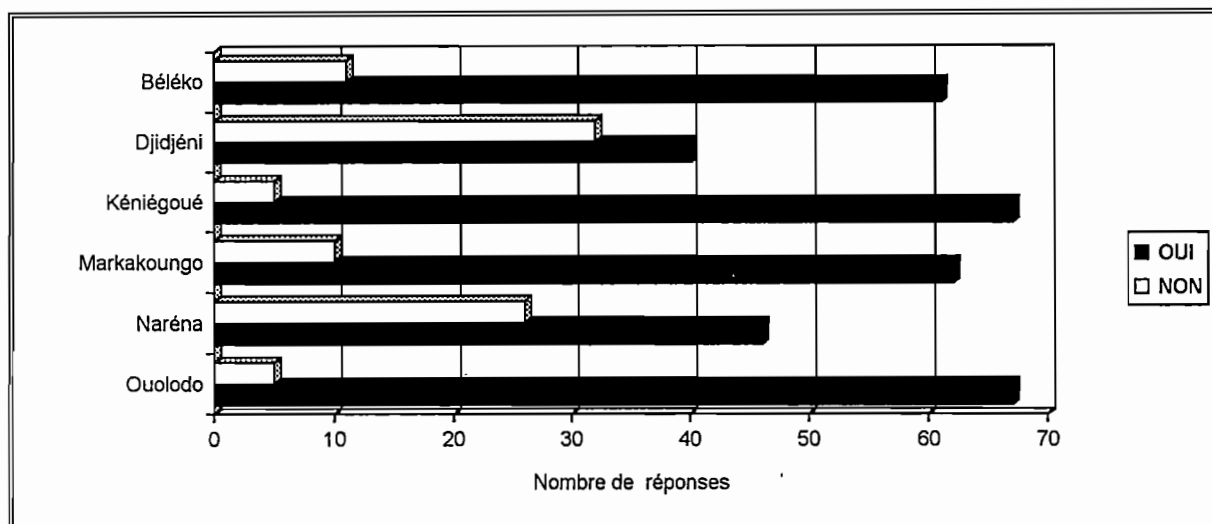


Figure 14: répartition des réponses à la question "Accepteriez-vous vous asseoir à côté d'un lépreux ?" suivant les villages de l'enquête.

#### Prier en compagnie d'un lépreux

Il y a 76,2% qui répondent "oui" pour prier avec le lépreux.

- Selon la scolarité: les non scolaires acceptent cette attitude plus que les scolaires avec 70,8% de "oui" pour les scolaires contre 81,5% de "oui" pour les non scolaires, donc une différence significative.

- Selon le sexe la différence est non significative.

Tableau 13: répartition des réponses à la question "Accepteriez-vous prier en compagnie d'un lépreux ?" selon le sexe et la scolarité

PRIER	Sexe		Scolarité		Total
	Masculin	Féminin	Scolaires	Non scolaires	
OUI	227 (75,4%)	102 (77,9%)	153 (70,8%)	176 (81,5%)	329 (76,2%)
NON	74 (24,6%)	29 (22,1%)	63 (29,2%)	40 (18,5%)	103 (23,8%)
Total	301 (69,7%)	131 (30,3%)	216 (50,0%)	216 (50,0%)	432 (100%)
Valeur de P	NS		0,009		

- Selon la présence d'un cas de lèpre dans l'entourage on note une différence significative en faveur du "oui" (79,3%)

- Selon l'état de mutilation du lépreux connu dans l'entourage la différence est non significative (79,5% de "oui" pour mutilé, 78,5% de "oui" pour non mutilé).



Tableau 14: répartition des réponses à la question "Accepteriez-vous prier en compagnie d'un lépreux ?" selon la connaissance d'un cas de lèpre (mutilé ou non dans l'entourage des sujets interrogés

PRIER	Cas de lèpre dans l'entourage		Total	Etat de mutilation du cas de lèpre de l'entourage		Total
	OUI	NON		Mutilé	Non mutilé	
OUI	268 (79,3%)	61 (64,9%)	343 (79,4%)	217 (79,5%)	51 (78,5%)	268 (79,3%)
NON	70 (20,7%)	33 (35,1%)	89 (20,6%)	56 (20,5%)	14 (21,5%)	70 (20,7%)
Total	338 (78,2%)	94 (21,8%)	432 (100 %)	273 (80,8%)	65 (19,2%)	338 (100%)
Valeur de P	0,003			NS		

- Selon le village Ouolodo, Kéniégoué, Markakoungo, Béléko arrivent largement en tête.

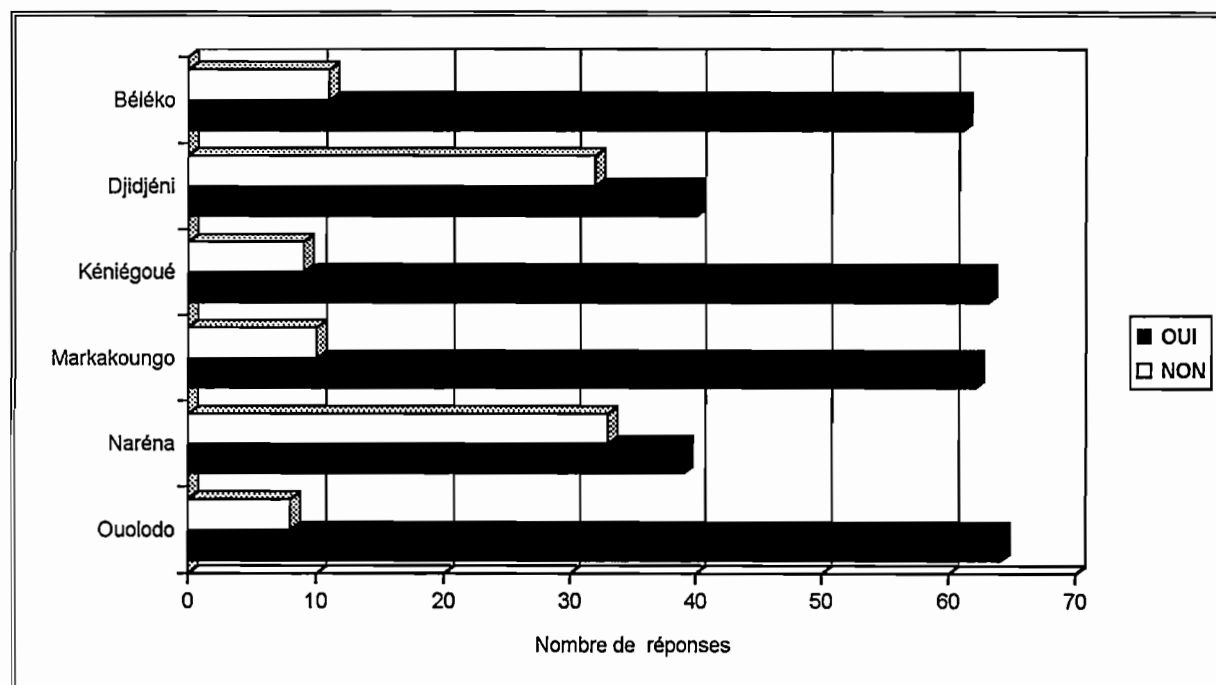


Figure 15: répartition des réponses à la question "Accepteriez-vous prier en compagnie d'un lépreux ?" suivant les villages de l'enquête.

### Dormir dans la même chambre qu'un lépreux

Il y a 66,0% qui répondent "oui" à cette attitude vis à vis du lépreux.

- Selon le sexe la différence est non significative avec les proportions suivantes : 64,1% de "oui" pour le sexe masculin contre 70,2% de "oui" pour le sexe féminin.
- Selon la scolarité la différence est significative avec une bonne attitude des non scolaires (75,0% de "oui") par rapport aux scolaires (56,9% de "oui").

**Tableau 15: répartition des réponses à la question "Accepteriez-vous dormir dans la même chambre qu'un lépreux ?" selon le sexe et la scolarité**

DORMIR	Sexe		Scolarité		Total
	Masculin	Féminin	Scolaires	Non scolaires	
OUI	193 (64,1%)	92 (70,2%)	123 (56,9%)	162 (75,0%)	285 (66,0%)
NON	108 (35,9%)	39 (29,8%)	93 (43,1%)	54 (25,0%)	147 (34,0%)
Total	301 (69,7%)	131 (30,3%)	216 (50,0%)	216 (50,0%)	432 (100%)
Valeur de P	NS		<0,001		

- Selon le cas de lèpre dans l'entourage on note une différence significative avec une bonne proportion pour le "oui" (68,6%) contre 56,4% pour le "non".
- Selon l'état de mutilation la différence est non significative avec des proportions assez voisines (69,2% pour "mutilé" et 66,2% pour "non mutilé").

**Tableau 16: répartition des réponses à la question "Accepteriez-vous dormir dans la même chambre qu'un lépreux ?" selon la connaissance d'un cas de lèpre (mutilé ou non dans l'entourage des sujets interrogés**

DORMIR	Cas de lèpre dans l'entourage		Total	Etat de mutilation du cas de lèpre de l'entourage		Total
	OUI	NON		Mutilé	Non mutilé	
OUI	232 (68,6%)	53 (56,4%)	285 (66,0%)	189 (69,2%)	43 (66,2%)	232 (68,6%)
NON	106 (31,4%)	41 (43,6%)	147 (34,0%)	84 (30,8%)	22 (33,8%)	106 (31,4%)
Total	338 (78,2%)	94 (21,8%)	432 (100%)	273 (80,8%)	65 (19,2%)	338 (100%)
Valeur de P	0,02			NS		

- Selon les villages, Markakoungo, Ouolodo, Béléko et Kéniégoué sont largement en tête.

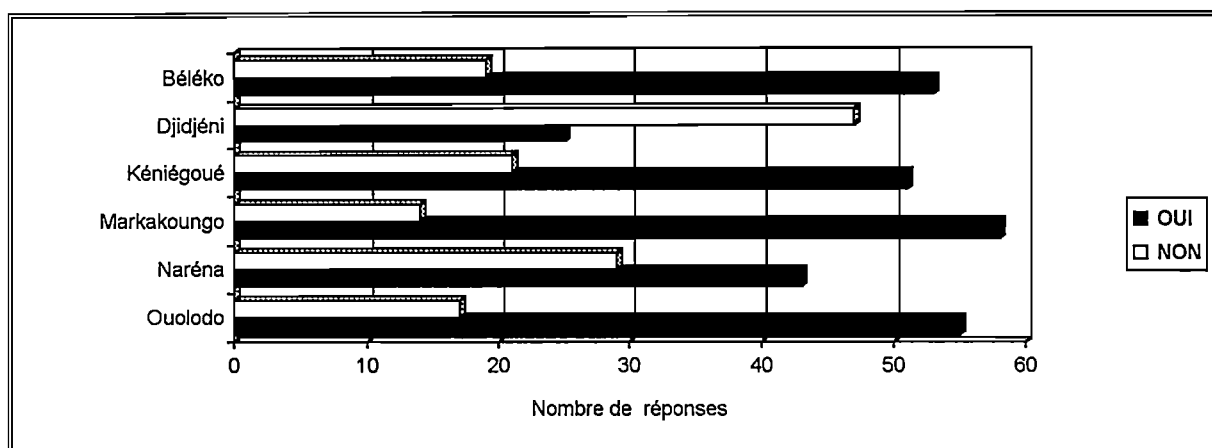


Figure 16: répartition des réponses à la question "Accepteriez-vous dormir dans la même chambre qu'un lépreux ?" suivant les villages de l'enquête.

#### Boire du thé avec un lépreux

Il y a 55,1% des sujets de notre étude qui acceptent de boire du thé avec un lépreux.

- Selon le sexe la différence est non significative avec les proportions voisines de 56,8% de "oui" pour le sexe masculin et 51,1% pour le sexe féminin.
- Selon la scolarité la différence est significative avec les proportions suivantes : 68,5% de "oui" pour les non scolaires et 41,7% pour les scolaires.

Tableau 17: répartition des réponses à la question "Accepteriez-vous boire du thé en compagnie d'un lépreux ?" selon le sexe et la scolarité

BOIRE DU THE	Sexe		Scolarité		Total
	Masculin	Féminin	Scolaires	Non scolaires	
OUI	171 (56,8%)	67 (51,1%)	90 (41,7%)	148 (68,5%)	238 (55,1%)
NON	130 (43,2%)	64 (48,9%)	126 (58,3%)	68 (31,5%)	194 (44,9%)
Total	301 (69,7%)	131 (30,3%)	216 (50,0%)	216 (50,0%)	432 (100 %)
Valeur de P	NS		<0,001		

- Selon le cas de lèpre dans l'entourage la différence est significative avec 58,6% de "oui" pour les cas de lèpre dans l'entourage et 42,6% de non pour lèpre dans l'entourage.
- Selon l'état de mutilation de la lèpre, la différence n'est pas significative avec des proportions voisines de 59,3% pour "mutilé" et 55,4% pour "non mutilé".

Tableau 18: répartition des réponses à la question "Accepteriez-vous boire du thé en compagnie d'un lépreux ?" selon la connaissance d'un cas de lèpre (mutilé ou non dans l'entourage des sujets interrogés

BOIRE DU THE	Cas de lèpre dans l'entourage		Total	Etat de mutilation du cas de lèpre de l'entourage		Total
	OUI	NON		Mutilé	Non mutilé	
OUI	198 (58,6%)	40 (42,6%)	238 (55,1%)	162 (59,3%)	36 (55,4%)	198 (58,6%)
NON	140 (41,4%)	54 (57,4%)	194 (44,9%)	111 (40,7%)	29 (44,6%)	140 (41,4%)
Total	338 (78,2%)	94 (21,8%)	432 (100 %)	273 (80,8%)	65 (19,2%)	338 (100%)
Valeur de P	0,005			NS		

- Selon les villages, Markakoungo, Ouolodo, Béléko et Kéniégoué ont le plus de réponses positives dans l'acceptation de boire du thé avec un malade hansénien.

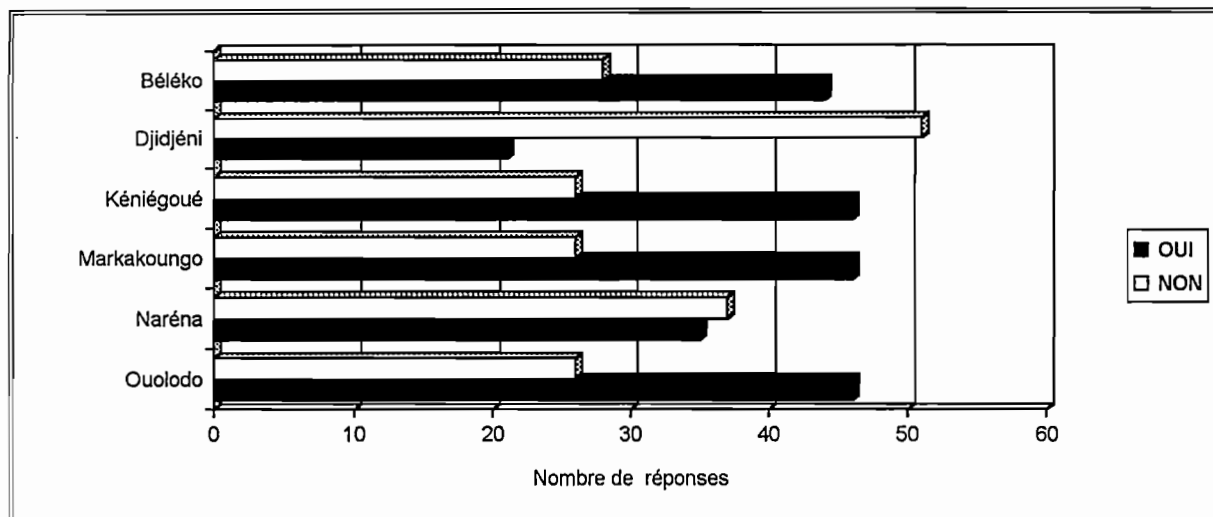


Figure 17: répartition des réponses à la question "Accepteriez-vous boire du thé en compagnie d'un lépreux ?" suivant les villages de l'enquête.

### Manger avec un lépreux

Il y a 47,9% qui accepteraient partager leur nourriture avec un lépreux.

- Selon le sexe la différence est non significative avec des proportions voisines (48,5% de "oui" pour le sexe masculin et 46,6% de "oui" pour le sexe féminin).
- Selon la scolarité la différence est significative avec cette bonne attitude en faveur des "non scolaires" (34,7% de "oui" pour les scolaires, 61,1% de "oui" pour les non scolaires).

Tableau 19: répartition des réponses à la question "Accepteriez-vous manger en compagnie d'un lépreux ?" selon le sexe et la scolarité

MANGER	Sexe		Scolarité		Total
	Masculin	Féminin	Scolaires	Non scolaires	
OUI	146 (48,5%)	61 (46,6%)	75 (34,7%)	132 (61,1%)	207 (47,9%)
NON	155 (51,5%)	70 (53,4%)	141 (65,3%)	84 (38,9%)	225 (52,1%)
Total	301 (69,7%)	131 (30,3%)	216 (50,0%)	216 (50,0%)	432 (100%)
Valeur de P	NS		<0,001		

- Selon le cas de lèpre dans l'entourage la différence est significative en faveur du "oui" (50,3%) par rapport au "non" (39,4%).
- Selon l'état de mutilation la différence est non significative avec des proportions assez voisines (51,6% de "oui" pour "mutilé" et 44,6% de "oui" pour "non mutilé").

Tableau 20: répartition des réponses à la question "Accepteriez-vous manger en compagnie d'un lépreux ?" selon la connaissance d'un cas de lèpre (mutilé ou non dans l'entourage des sujets interrogés)

MANGER	Cas de lèpre dans l'entourage		Total	Etat de mutilation du cas de lèpre de l'entourage		Total
	OUI	NON		Mutilé	Non mutilé	
OUI	170 (50,3%)	37 (39,4%)	207 (47,9%)	141 (51,6%)	29 (44,6%)	170 (50,3%)
NON	168 (49,7%)	57 (60,6%)	225 (52,1%)	132 (48,4%)	36 (55,4%)	168 (49,7%)
Total	338 (78,2%)	94 (21,8%)	432 (100 %)	273 (80,8%)	65 (19,2%)	338 (100%)
Valeur de P	0,003			NS		

- Selon les villages Kéniégoué, Ouolodo, Béléko et Markakoungo sont en tête en faveur de cette attitude. Le bas du tableau est enregistré par Djidjéni.

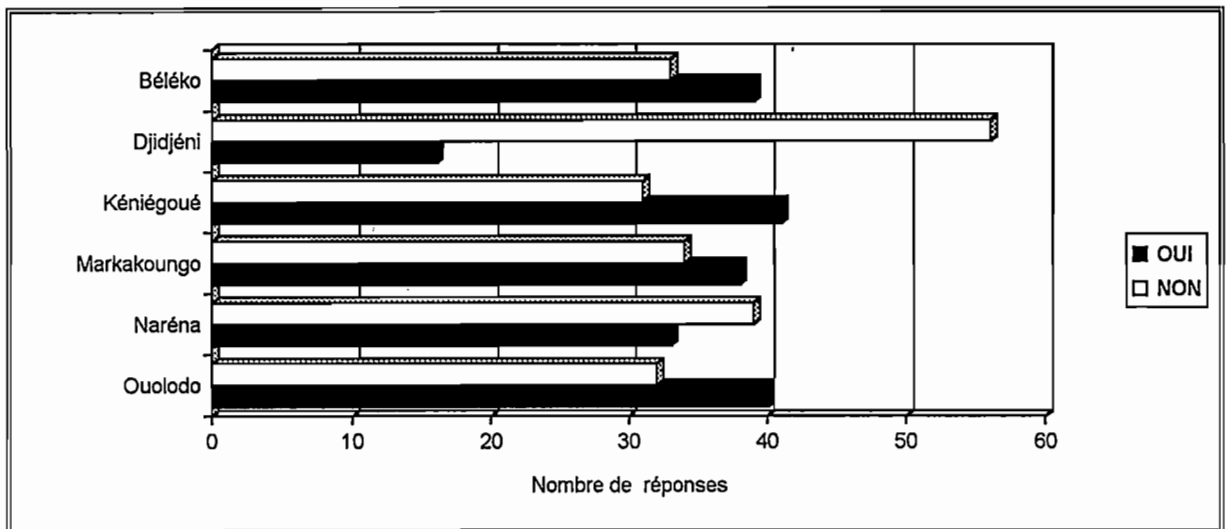


Figure 18: répartition des réponses à la question "Accepteriez-vous manger en compagnie d'un lépreux ?" suivant les villages de l'enquête.

### Acceptation des cas de lèpre

Il ressort au terme de l'étude des différentes attitudes que plus les contacts sont très intimes plus une hostilité vis-à-vis du lépreux se dégage, témoin la différence significative des réponses.

Tableau 21: comparaison des réponses aux questions "Accepteriez-vous réaliser les actes suivants en compagnie d'un lépreux"

Questions	OUI	NON	TOTAL	Valeur de P
S'asseoir à côté	343	89	432	< 0,001
Prier	329	103	432	
dormir dans la même chambre	285	147	432	
boire du thé	238	194	432	
manger	207	225	432	

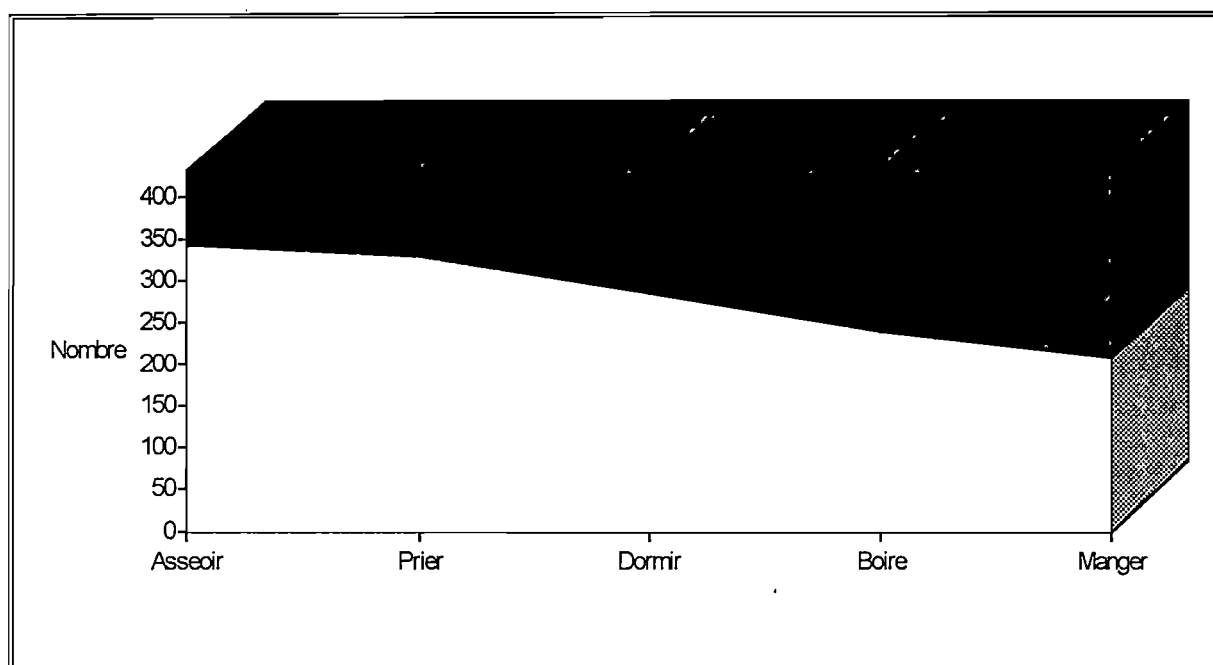


Figure 19: variation des réponses aux questions "Accepteriez-vous réaliser les actes suivants en compagnie d'un lépreux" lorsque l'on passe des actes les moins intimes (s'asseoir à côté, prier) aux ceux exigeant plus d'intimité (dormir dans la même chambre, boire du thé et manger).

#### 2.4. PRATIQUE EN CAS D'ATTEINTE PAR LA LEPRE

Nous avons effectué un regroupement des réponses en attitudes positive ou négative. Il y a 68,1% des sujets de notre étude qui ont adopté un comportement jugé positif.

Tableau 22: répartition des réponses à la question "Si vous découvrez que vous avez une tache de lèpre sur la peau, que ferez-vous?" et regroupement en comportement positif ou négatif

Réponses	Nombre	Comp.	Réponses	Nombre	Comp.
Traitement médical	286	POS	Vaccination	4	NEG
Traitement traditionnel	119	NEG	Se soigner	2	POS
Pas de traitement	12	NEG	Se remettre à Dieu	1	NEG
Traitement combiné (Médical et traditionnel)	6	POS	Demander de l'aide	1	NEG
			Se nettoyer	1	NEG

Comp. = comportement

POS = positif (comportement jugé positif)

NEG = négatif (comportement jugé négatif)

- Selon le sexe la différence est non significative avec des proportions assez voisines pour les deux sexes (68,1% de "POSITIF" pour le sexe masculin et 67,9% de "POSITIF" pour le sexe féminin).

- Selon la scolarité la différence est non significative (64,4% de "POSITIF" pour les scolaires et 71,8% de "POSITIF" pour les non scolaires).

**Tableau 23: répartition des réponses à la question "Si vous découvrez que vous avez une tache de lèpre sur la peau, que ferez-vous?" selon le sexe et la scolarité**

PRATIQUE	Sexe		Scolarité		Total
	Masculin	Féminin	Scolaires	Non scolaires	
Positive	205 (68,1%)	89 (67,9%)	139 (64,4%)	155 (71,8%)	294 (68,1%)
Négative	96 (31,9%)	42 (32,1%)	77 (35,6%)	61 (28,2%)	138 (31,9%)
Total	301 (69,7%)	131 (30,3%)	216 (50,0%)	216 (50,0%)	432 (100%)
Valeur de P	NS		NS		

- Selon la présence de cas de lèpre dans l'entourage, la différence est non significative ("POSITIF" pour 68,3% de "oui" et pour 67% de "non").

- Selon l'état de mutilation, la différence est non significative (68,9% de "POSITIF" pour "Mutilé" et 66,2% de "POSITIF" pour "non mutilé").

**Tableau 24: répartition des réponses à la question "Si vous découvrez que vous avez une tache de lèpre sur la peau, que ferez-vous?" selon la connaissance d'un cas de lèpre (mutilé ou non dans l'entourage des sujets interrogés)**

COMPOR- TEMENT	Cas de lèpre dans l'entourage		Total	Etat de mutilation du cas de lèpre de l'entourage		Total
	OUI	NON		Mutilé	Non mutilé	
POSITIF	231 (68,3%)	63 (67,0%)	294 (68,1%)	188 (68,9%)	43 (66,2%)	231 (68,3%)
NEGATIF	107 (31,7%)	31 (33,0%)	138 (31,9%)	85 (31,1%)	22 (33,8%)	107 (31,7%)
Total	338 (78,2%)	94 (21,8%)	432 (100 %)	273 (80,8%)	65 (19,2%)	338 (100%)
Valeur de P	NS			NS		

## 2.5. SOURCES D'INFORMATION SUR LA LEPRE

### La radiodiffusion

Il y a 39,4% qui ont répondu "oui" à la radiodiffusion comme source d'information pour l'ensemble des sujets de notre étude.

- Selon le sexe la différence est non significative avec les proportions suivantes : 36,9% de "oui" pour le sexe masculin et 45,0% pour le sexe féminin.
- Selon la scolarité la différence est significative avec 52,3% de "oui" pour les scolaires et 26,4% pour les non scolaires.

**Tableau 25: répartition des réponses à la question "Avez-vous déjà entendu parler de la lèpre à la radio ?" selon le sexe et la scolarité**

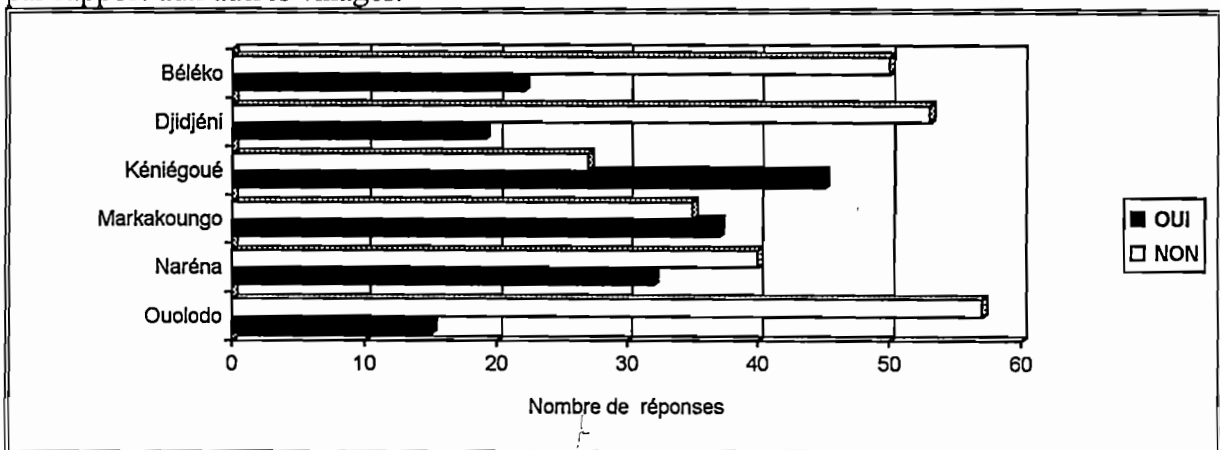
La lèpre à la radio	Sexe		Scolarité		Total
	Masculin	Féminin	Scolaires	Non scolaires	
OUI	111 (36,9%)	59 (45,0%)	113 (52,3%)	57 (26,4%)	170 (39,4%)
NON	190 (63,1%)	72 (55,0%)	103 (47,7%)	159 (73,6%)	262 (60,6%)
Total	301 (69,7%)	131 (30,3%)	216 (50,0%)	216 (50,0%)	432 (100%)
Valeur de P	NS		<0,001		

- Selon la classe la différence est non significative et la tranche d'âge des non scolarisés.

**Tableau 26: répartition des réponses à la question "Avez-vous déjà entendu parler de la lèpre à la radio ?" selon la classe pour les élèves et selon la tranche d'âge pour les sujets non scolarisés**

La lèpre à la radio	Classes des élèves			Total	Tranches d'âge des non scolarisés (ans)			Total
	7è	8è	9è		<15	15-17	>17	
OUI	30	42	41	113(52,3%)	3	21	33	57(26,4%)
NON	42	30	31	103(47,7%)	7	64	88	159(73,6%)
Total	72	72	72	216(100 %)	10	85	121	216(100%)
Valeur de P	NS				NS			

- Cependant selon les villages Kéniégoué, Markakoungo viennent en tête avec plus de "oui" par rapport aux autres villages.



**Figure 20: répartition des réponses à la question "Avez-vous déjà entendu parler de la lèpre à la radio ?" suivant les villages de l'enquête.**



### La télévision

Il y a 44,2% qui répondent "oui" à la télévision comme source d'information pour l'ensemble des sujets de notre étude.

- Selon le sexe la différence est significative en faveur du sexe féminin : 51,9% de "oui" contre 40,9% de "oui" pour le sexe masculin.

- Selon la scolarité la différence est significative et est en faveur des scolaires (59,7% de "oui" pour les scolaires) par rapport aux non scolaires (28,7% de "oui").

**Tableau 27: répartition des réponses à la question "Avez-vous déjà entendu parler de la lèpre à la télévision ?" selon le sexe et la scolarité**

La lèpre à la télévision	Sexe		Scolarité		Total
	Masculin	Féminin	Scolaires	Non scolaires	
OUI	123 (40,9%)	68 (51,9%)	129 (59,7%)	62 (28,7%)	191 (44,2%)
NON	178 (59,1%)	63 (48,1%)	87 (40,3%)	154 (71,3%)	241 (55,8%)
Total	301 (69,7%)	131 (30,3%)	216 (50,0%)	216 (50,0%)	432 (100%)
Valeur de P	0,03		<0,001		

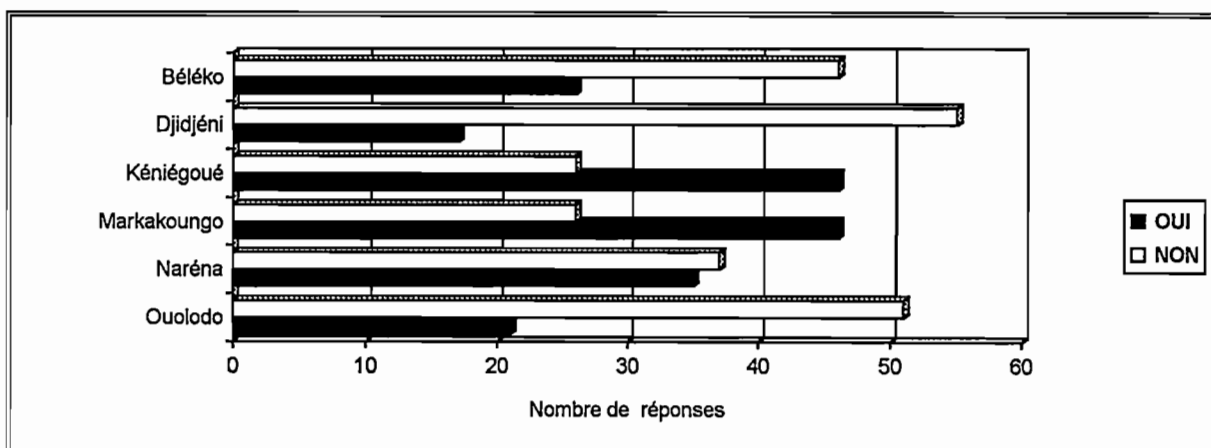
- Selon les classes la différence est non significative.

- Selon les tranches d'âge la différence est significative et croît avec l'âge dans le sens crescendo.

**Tableau 28: répartition des réponses à la question "Avez-vous déjà entendu parler de la lèpre à la télévision ?" selon la classe pour les élèves et selon la tranche d'âge pour les sujets non scolarisés**

La lèpre à la télévision	Classes des élèves			Total	Tranches d'âge des non scolarisés (ans)			Total
	7è	8è	9è		<15	15-17	>17	
OUI	38	50	41	129(59,7%)	7	20	35	62(28,7%)
NON	34	22	31	97(40,3%)	3	65	86	154(71,3%)
Total	72	72	72	216(100 %)	10	85	121	216(100%)
Valeur de P	NS				0,008			

- Selon les villages Kéniégoué et Markakoungo viennent en tête.



**Figure 21: répartition des réponses à la question "Avez-vous déjà entendu parler de la lèpre à la télévision ?" suivant les villages de l'enquête.**

### Les journaux

Il y a 15,5% des sujets de notre étude qui y ont répondu favorablement. Il faut signaler que cette question a été uniquement posée aux élèves.

- Selon le sexe la différence est significative. Les proportions sont les suivantes: sexe féminin : 22,9% de "oui" ; sexe masculin: 12,3% de "oui".

- Selon la scolarité la différence est significative avec les proportions suivantes (qui sont largement en faveur des scolaires): 31,0% de "oui" pour les scolaires contre 0,0% de "oui" pour les non scolaires.

**Tableau 29: répartition des réponses à la question "Avez-vous déjà entendu parler de la lèpre par les journaux ?" selon le sexe et la scolarité**

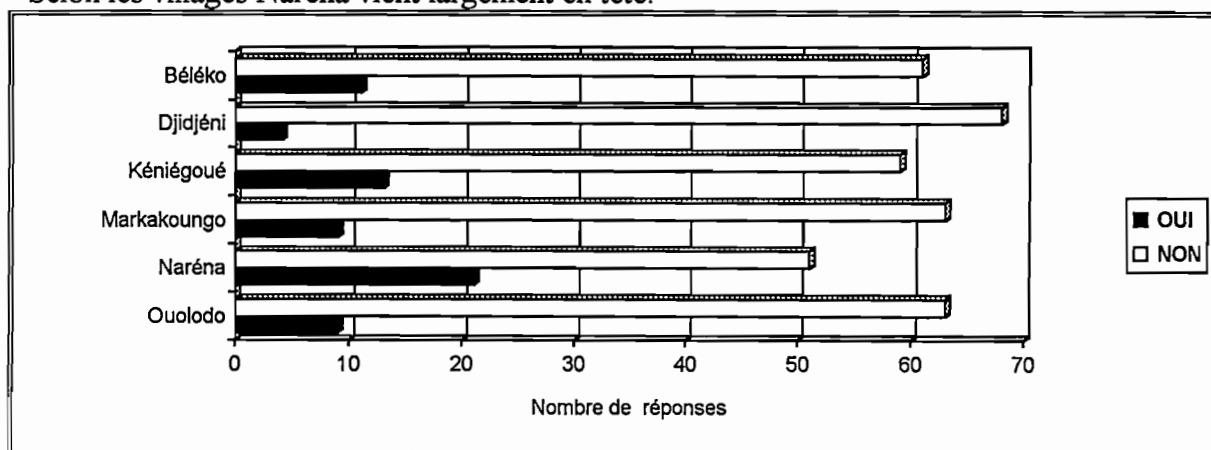
La lèpre dans les journaux	Sexe		Scolarité		Total
	Masculin	Féminin	Scolaires	Non scolaires	
OUI	37 (12,3%)	30 (22,9%)	67 (31,0%)	0 (0,0%)	67 (15,5%)
NON	264 (87,3%)	101 (77,1%)	149 (69,0%)	216 (100%)	365 (84,5%)
Total	301 (69,7%)	131 (30,3%)	216 (50,0%)	216 (50,0%)	432 (100%)
Valeur de P	0,005		<0,001		

- Selon la classe et la tranche d'âge la différence est non significative.

**Tableau 30: répartition des réponses à la question "Avez-vous déjà entendu parler de la lèpre par les journaux ?" selon la classe pour les élèves et selon la tranche d'âge pour les sujets non scolarisés**

La lèpre dans les journaux	Classes des élèves			Total	Tranches d'âge des non scolarisés (ans)			Total
	7è	8è	9è		<15	15-17	>17	
OUI	17	28	22	67(31,0%)	0	0	0	0 (0,0%)
NON	65	44	50	149(69,0%)	10	85	121	216(100%)
Total	72	72	72	216(100%)	10	85	121	216(100%)
Valeur de P	NS				NS			

- Selon les villages Naréna vient largement en tête.



**Figure 22: répartition des réponses à la question "Avez-vous déjà entendu parler de la lèpre par les journaux ?" suivant les villages de l'enquête.**

## Le théâtre

Il y a 36,6% des sujets de notre étude qui y ont répondu "oui".

- Selon le sexe la différence est non significative avec des proportions non loin de 35,2% de "oui" pour le sexe masculin et 39,7% de "oui" pour le sexe féminin.
- Selon la scolarité les proportions sont en faveur des scolaires 50,9% de "oui" contre 22,2% de non scolaires.

**Tableau 31: répartition des réponses à la question "Avez-vous déjà entendu parler de la lèpre au théâtre ?" selon le sexe et la scolarité**

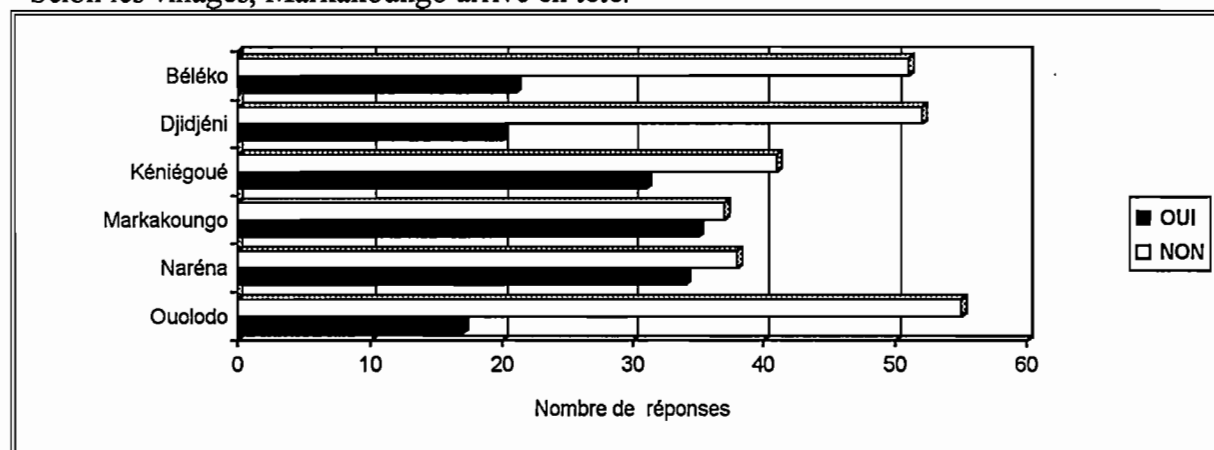
La lèpre au théâtre	Sexe		Scolarité		Total
	Masculin	Féminin	Scolaires	Non scolaires	
OUI	106 (35,2%)	52 (39,7%)	110 (50,9%)	48 (22,2%)	158 (36,6%)
NON	195 (64,8%)	79 (60,3%)	106 (49,1%)	168 (77,8%)	274 (63,4%)
Total	301 (69,7%)	131 (30,3%)	216 (50,0%)	216 (50,0%)	432 (100%)
Valeur de P	NS		<0,001		

- Selon la classe et la tranche d'âge la différence est non significative.

**Tableau 32: répartition des réponses à la question "Avez-vous déjà entendu parler de la lèpre au théâtre ?" selon la classe pour les élèves et selon la tranche d'âge pour les sujets non scolarisés**

La lèpre au théâtre	Classes des élèves			Total	Tranches d'âge des non scolarisés (ans)			Total
	7 <sup>e</sup>	8 <sup>e</sup>	9 <sup>e</sup>		<15	15-17	>17	
OUI	31	40	39	110(50,9%)	0	15	33	48(22,2%)
NON	41	32	33	106(49,1%)	10	70	88	168(77,8%)
Total	72	72	72	216(100%)	10	85	121	216(100%)
Valeur de P	NS				NS			

- Selon les villages, Markakoungo arrive en tête.



**Figure 23: répartition des réponses à la question "Avez-vous déjà entendu parler de la lèpre au théâtre ?" suivant les villages de l'enquête.**

## La famille

- Il y a 61,8% des sujets de l'enquête qui ont répondu "oui" à cette source d'information.
- Selon le sexe la différence est non significative avec les proportions voisines de 61,5% de "oui" pour le sexe masculin et 2,6% de "oui" pour le sexe féminin.
  - Selon la scolarité la différence est non significative avec les proportions approximatives : 61,6% de "oui" pour les non scolaires et 62,0% de "oui" pour les scolaires.

**Tableau 33: répartition des réponses à la question "Avez-vous déjà entendu parler de la lèpre en famille ?" selon le sexe et la scolarité**

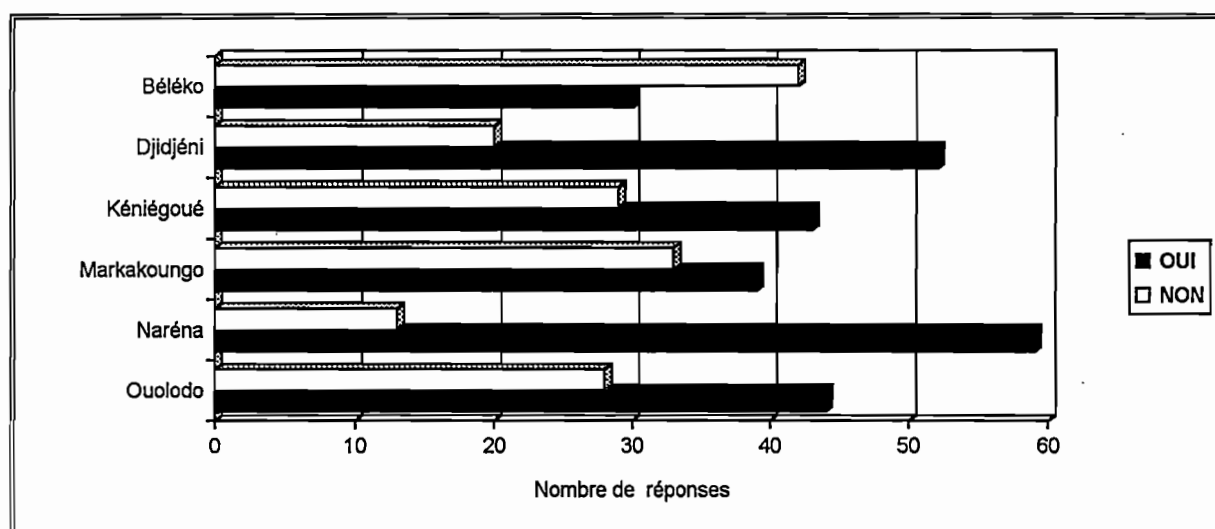
La lèpre en famille	Sexe		Scolarité		Total
	Masculin	Féminin	Scolaires	Non scolaires	
OUI	185 (61,5%)	82 (62,6%)	134 (62,0%)	133 (61,6%)	267 (61,8%)
NON	116 (38,5%)	49 (37,4%)	82 (38,0%)	83 (38,4%)	165 (38,2%)
Total	301 (69,7%)	131 (30,3%)	216 (50,0%)	216 (50,0%)	432 (100%)
Valeur de P	NS		NS		

- Selon les classes et la tranche d'âge la différence est non significative.

**Tableau 34: répartition des réponses à la question "Avez-vous déjà entendu parler de la lèpre en famille ?" selon la classe pour les élèves et selon la tranche d'âge pour les sujets non scolarisés**

La lèpre en famille	Classes des élèves			Total	Tranches d'âge des non scolarisés (ans)			Total
	7è	8è	9è		<15	15-17	>17	
OUI	44	51	39	134(62,0%)	5	56	72	133(61,6%)
NON	28	21	33	82(38,0%)	5	29	49	83(38,4%)
Total	72	72	72	216(100%)	10	85	121	216(100%)
Valeur de P	NS				NS			

- Selon les villages, Naréna vient largement en tête.



**Figure 24: répartition des réponses à la question "Avez-vous déjà entendu parler de la lèpre en famille ?" suivant les villages de l'enquête.**

### La classe d'école

Il y a 31,0% des sujets de notre étude qui ont répondu par "oui".

- Selon le sexe la différence est non significative avec 27,0% de "oui" pour le sexe féminin et 33,1% de "oui" pour le sexe masculin.

**Tableau 35: répartition des réponses à la question "Avez-vous déjà entendu parler de la lèpre en classe ?" selon le sexe chez les élèves interrogés**

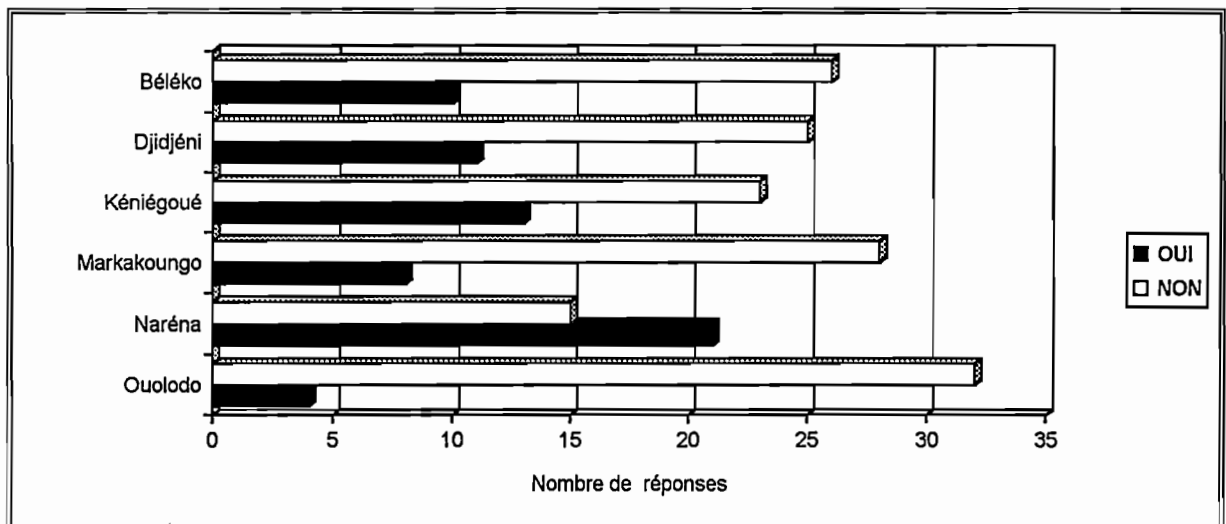
La lèpre en classe	Sexe		Total
	Masculin	Féminin	
OUI	47 (33,1%)	20 (27,0%)	67 (31,0%)
NON	95 (66,9%)	54 (73,0%)	149 (69,0%)
Total	142 (65,7%)	74 (34,3%)	216 (100%)
Valeur de P	NS		

- Selon les classes la différence est non significative.

**Tableau 36: répartition des réponses à la question "Avez-vous déjà entendu parler de la lèpre en classe ?" selon la classe chez les élèves interrogés**

La lèpre en classe	Classes des élèves			Total
	7è	8è	9è	
OUI	18	26	23	67 (31,0%)
NON	54	46	49	149 (69,0%)
Total	72	72	72	216(100 %)
Valeur de P	NS			

- Selon les villages, Naréna est en tête.



**Figure 25: répartition des réponses à la question "Avez-vous déjà entendu parler de la lèpre en classe ?" par les élèves et suivant les villages de l'enquête.**

### Le classement des sources d'information

1er : la famille

3ème : la radiodiffusion

5ème : la classe

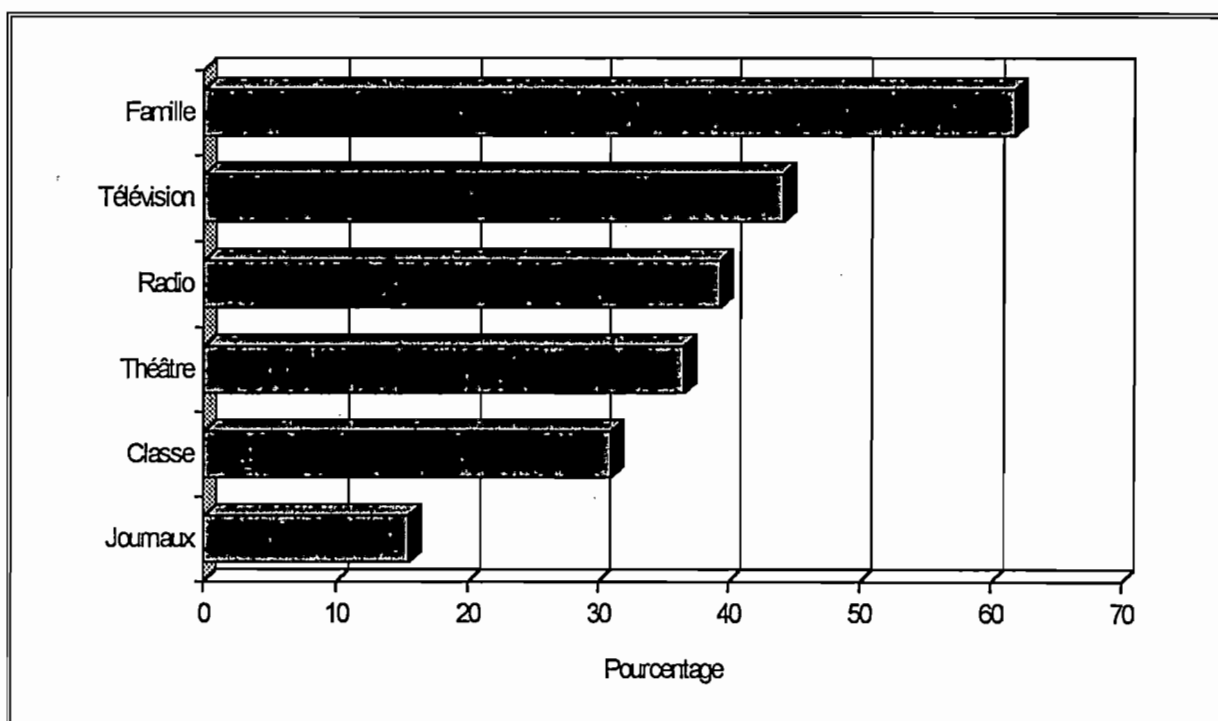
2ème : la télévision

4ème : le théâtre

6ème : les journaux

**Tableau 37: classement des sources d'information sur la lèpre de la population interrogée en fonction du pourcentage de réponses positives.**

Sources d'information	Nombre de réponses positives	Pourcentage	Rang
Famille	267	61,8	1er
Télévision	191	44,2	2è
Radio	170	39,4	3è
Théâtre	158	36,6	4è
Classe	67	31,0	5è
Journaux	67	15,5	6è



**Figure 26: répartition des sources d'information sur la lèpre de la population interrogée**

### **3. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS**

#### ***NOTE PRELIMINAIRE***

Tout au long de ces commentaires et discussions, nous effectuerons des comparaisons avec les résultats trouvés par TRAORE B.S. (32) et BERTHE M. S. (2) aux cours d'enquêtes CAP similaires portant sur la lèpre. L'enquête de TRAORE, réalisée en 1996 avait pour cible des patients âgés de plus de 20 ans et consultant pour la première fois à l'Institut Marchoux. Celle de BERTHE, en 1997, a concerné des sujets jeunes, fréquentant les classes de 7<sup>e</sup> 8<sup>e</sup> et 9<sup>e</sup> années du cycle fondamental dans le District de Bamako.

#### **3.1. SUR LA POPULATION INTERROGEE ET LA QUALITE DES REPONSES**

Contrairement au public de l'enquête de TRAORE, la population que nous avons interrogée est jeune avec un âge moyen de 16,8 ans. Nous avons retenu cette cible jeune en vue d'obtenir des informations actuelles sur les connaissances, attitudes et pratiques vis-à-vis de la lèpre. Nous pensons que l'enquête chez des sujets âgés nous aurait apporté des informations intéressantes mais reflétant plutôt des connaissances, attitudes et pratiques du passé. La population cible de notre enquête est par contre de même âge moyen que celle de BERTHE. Elle s'en distingue par l'origine rurale des sujets et par sa composition, comprenant en parts égales des élèves et des jeunes non scolarisés.

Le sexe féminin a été faiblement représenté dans la population interrogée aussi bien en milieu scolaire (34,3%) que non scolarisé (26,4%). Au niveau des écoles, cette faible représentation féminine est le reflet du moindre taux de scolarisation des filles par rapport aux garçons. En milieu non scolarisé, il y a eu une auto-exclusion des filles qui refusaient de se prêter à nos questions. Le devoir de réserve pesant sur le sexe féminin en milieu rural explique en partie cette attitude des filles que nous avons abordées. Cette sous représentation du sexe féminin est également retrouvée dans les enquêtes faites par TRAORE et BERTHE.

Les sujets de notre enquête viennent de six villages retenus de manière aléatoire parmi les villages abritant des écoles avec second cycle fondamental dans la Région de Koulikoro, à l'exclusion des communes qui sont des cadres semi-urbains. Se faisant nous espérons obtenir un échantillon représentatif du milieu jeune et rural de la région de Koulikoro et partant de là du milieu jeune et rural au Mali en général. Pour des raisons logistiques, nous avons retenu la Région de Koulikoro qui est la plus proche de Bamako. Tous les sites de notre enquête sont situés dans un rayon de 200 km autour de Bamako, et nous ne pouvons exclure l'influence de la proximité de la capitale malienne sur les connaissances, attitudes et pratiques des sujets interrogés. Une enquête dans des régions plus distantes de Bamako aurait peut-être montré des résultats différents.

Les réponses que nous avons obtenues ont été recueillies par un questionnaire écrit complété par les élèves ou par interrogatoire des sujets non scolarisés. Dans ce dernier cas nous avons complété nous-mêmes les questionnaires utilisés. Nous n'avons pas remarqué comme dans l'étude de BERTHE, une similitude des réponses au sein d'une même classe, traduisant un échange des réponses à fournir entre élèves. L'interrogatoire des personnes non scolarisées ayant été fait individuellement ou par petits groupes de 2 à 3 personnes, nous avons évité l'influence des réponses des sujets "leaders" sur les autres membres des groupes interrogés. Nous ne formulons donc pas de réserves sur la qualité des réponses que nous avons obtenues.

## 3.2. SUR LES CONNAISSANCES

### Clinique de la lèpre

A la question "A quoi vous fait penser une tache claire et insensible sur la peau ?" 20,6% des sujets de notre étude ont répondu "Lèpre". Ce taux de bonnes réponses est faible en comparaison des résultats des enquêtes antérieures de TRAORE et BERTHE. A la même question 31 % des consultants à l'Institut Marchoux et 41,4% des élèves de Bamako interrogés avaient évoqué la lèpre. La lésion classique de début de la lèpre (tache hypochromique insensible) apparaît moins connue chez les jeunes que nous avons interrogés en milieu rural par rapport aux élèves de Bamako et aux consultants de l'Institut Marchoux.

Concernant les manifestations de début de la lèpre, 51,2% des jeunes interrogés ont répondu en citant des manifestations n'ayant aucun rapport avec la maladie de Hansen. Les signes cutanés qui sont les plus évocateurs d'une lèpre débutante ne sont cités que par 44,9% des personnes interrogées. Les signes faisant reconnaître un cas de lèpre sont des signes cliniques tardifs (griffes et mutilations) pour 84,3% des jeunes interrogés. Les signes précoces sont très mal connus car ils ne sont que 6,7% à les évoquer comme manifestations de début de la lèpre. Cette méconnaissance des signes de début contribue à expliquer le retard de diagnostic de lèpre. L'ignorance des signes de début de la maladie a été également soulignée dans l'enquête de BERTHE où seulement 50,8% des élèves ont évoqué des signes précoces cutanés.

L'image du lépreux mutilé est fortement ancrée dans la conception des sujets jeunes interrogés. Ce résultat de notre enquête s'ajoute à ceux de TRAORE et de BERTHE qui ont montré respectivement que 63,8% et 83,4% reconnaissent les malades hanséniens par ses mutilations. Cette conception de lèpre mutilante est également trouvée dans l'enquête réalisée en 1987 à Bamako par DAUMERIE et Collaborateurs (4). 72% des 14288 personnes lors de cette enquête percevait la lèpre comme une maladie mutilante et seulement 50% comme une affection de la peau. La tâche hypopigmentée et indolore sur la peau est rarement liée à cette affection invalidante qu'est la maladie de Hansen et ne constitue pas un motif suffisant de consultation dans un centre de santé. En l'absence d'une campagne d'information axée sur les signes cutanés de la maladie, cette image du hansénien infirme ne pourra être détrônée.

### Pathogénie

A la question "La lèpre est-elle une maladie contagieuse ?", sur l'ensemble des sujets de l'enquête il y a 29,9% qui ont répondu "oui". La différence n'est pas statistiquement significative entre les scolaires et les non scolaires. Nos résultats effectuent un "mésoblaste" entre les études de TRAORE (13,9% de "oui") et celles de BERTHE (48% de "oui"). C'est dire que les jeunes scolaires de Bamako ont mieux répondu à cette question par rapport aux jeunes du milieu rural. Il faut signaler que la réponse à cette question doit être considérée comme satisfaisante car on dit sur le plan épidémiologique que *"la lèpre est une maladie très contagieuse mais faiblement pathogène"*. Si une majorité des sujets interrogés affirmaient la contagiosité de la lèpre, ceci pourrait accentuer le rejet ou l'isolement des sujets hanséniens.

Selon le mode de contagion, l'hérédité avec 38,8% des réponses est largement en tête suivie par les facteurs alimentaires (17,9% des réponses). Ces modes de contagions sont cités également par l'étude de SANKALE et collaborateurs au Sénégal (28) et dans les enquêtes de TRAORE et BERTHE. Il y a seulement 2,3% des sujets de l'enquête qui ont donné une bonne



réponse quant au mode de contagion réel. Les campagnes d'IEC sur la lèpre devraient porter sur la faible contagiosité de la maladie, notamment l'arrêt de la transmission des bacilles dès le premier mois de traitement PCT. Nous pouvons dire avec SANSARRICQ (29): *"La lèpre est avant tout marquée par un terrible retentissement psychologique et social qui lui a donné son importance historique et culturelle. Depuis peu on dispose d'une stratégie de lutte antilépreuse qui a déjà obtenu des résultats impressionnants et qui néanmoins suscitent parfois des doutes quant à la possibilité d'atteindre son objectif final"*.

### Traitement

Il y a 53,5% des sujets de notre étude qui pensent que la lèpre est guérissable. Il y a une différence statistiquement significative entre les réponses des scolaires et non scolaires à cette question; 75,5% des non scolaires pensent que la lèpre est guérissable contre 31,5% de scolaires. Paradoxalement les jeunes non scolarisés sont plus informés sur la disponibilité d'un traitement antilépreux. Cet écart, assez grand, est lié à l'absence de cours sur la maladie de Hansen en milieu scolaire au Mali. BERTHE avait trouvé 74,9% de réponses affirmatives en milieu scolaire à Bamako. Le programme d'enseignement étant identique en milieu urbain et rural on peut donc supposer que l'école n'était pas la source des meilleures connaissances des élèves en ville. Dans l'enquête à l'Institut Marchoux, TRAORE avait obtenu 66% de réponses affirmatives sur la curabilité de la lèpre. L'information que la lèpre peut être guérie est mieux diffusée en milieu urbain que rural. Les efforts de sensibilisation sur la curabilité de la lèpre doivent être davantage orientés vers les zones rurales.

Dans les études de TRAORE et de BERTHE la PCT a été signalée et était connue de certains sujets de leur enquête. Par contre dans notre étude, ce traitement actuel de la lèpre n'était connu d'aucun sujet interrogé. La PCT a été pourtant introduite par un projet pilote en 1984 dans le Cercle de Kolokani qui a été l'un des sites de notre enquête. De même la Région de Koulikoro a été couverte par le programme de PCT en 1992. Ceci souligne l'insuffisance du volet IEC lors de la mise en oeuvre du programme lèpre fondée sur la PCT au Mali et justifie l'organisation de campagnes d'élimination de la lèpre (CEL). Les messages devraient porter sur le traitement de la lèpre par la PCT, son efficacité et surtout sa gratuité au Mali grâce à l'aide d'ONG humanitaires.

### 3.3. SUR LES ATTITUDES VIS- A-VIS DU LEPREUX

Sur l'ensemble des sujets de l'enquête il y a 64,9% qui accepteraient la compagnie d'un hansénien lors des actes cités (s'asseoir à côté, prier, dormir, boire du thé et manger). Ce résultat est aussi intermédiaire entre ceux de BERTHE (44%) et de TRAORE (72%). Les cas de lèpre paraissent mieux acceptés par les consultants de l'Institut Marchoux et en milieu rural qu'en milieu scolaire à Bamako. Bien que la solidarité et l'humanisme des africains soient célèbres, notre enquête révèle que des efforts d'information restent à mener pour favoriser l'acceptation et l'intégration des malades de la lèpre.

Les réponses des deux milieux (scolaires et non scolaires) où l'étude s'est déroulée ont montré une différence statistiquement significative en faveur des non scolaires qui ont une meilleure attitude vis-à-vis du lépreux. Ceci souligne encore l'insuffisance d'information sur la lèpre dans les écoles au Mali. Dans notre étude comme dans celles de TRAORE et de BERTHE, on note un "decrecendo" du nombre de "oui" quand les actes deviennent plus intimes. (Voir tableau 38)

Tableau 38: Répartition des réponses affirmatives sur la réalisation d'actes quotidiens en compagnie de lépreux selon notre enquête et celles de TRAORE B.S. et BERTHE M.S.

Actes	Notre enquête		Enquête de TRAORE		Enquête de BERTHE	
	nombre	%	nombre	%	nombre	%
- s'asseoir à côté	343	79,4	121	88,3	301	68,2
- prier	329	76,1	121	88,3	314	72,2
- dormir dans la même chambre	285	68,5	81	59,1	237	54,5
- boire du thé	238	55	89	65	253	58,2
- manger	207	47,9	82	59,9	234	53,8

### **3.4. SUR LA PRATIQUE EN CAS D'ATTEINTE PAR LA LEPRE**

Dans notre étude 68,1% des sujets de l'enquête ont opté pour un traitement médical à la question "si vous découvrez que vous avez une tache de lèpre sur la peau, que ferez-vous?". Ce taux est en deçà des résultats obtenus par BERTHE et TRAORE qui ont respectivement obtenu 83% et 95,6% d'attitudes positives pour le traitement médical. Ceci peut s'expliquer par le fait que TRAORE a effectué son étude dans un milieu hospitalier qui est l'Institut MARCHOUX, centre de référence pour le dépistage et la prise en charge de la lèpre. Il est donc logique que ces sujets soient plus favorables au traitement médical. La meilleure disponibilité de l'information sur le traitement de la lèpre à Bamako peut également expliquer les meilleurs scores des enquêtes faites dans cette ville.

La majorité des sujets de notre enquête adoptent une attitude positive en cas de suspicion de lèpre. Cependant il faudrait, pour un succès du programme de lutte antilépreuse, que le personnel de l'ensemble des centres de santé soient compétents à dépister et traiter la lèpre. Les campagnes d'IEC sur la lèpre doivent être précédées par une formation du personnel de santé et la mise à disposition des médicaments et moyens matériels pour le diagnostic et le traitement des patients.

### **3.5. SUR LES SOURCES D'INFORMATION**

Elles constituent le véritable socle de la campagne de lutte antilépreuse. Selon notre étude les principales sources d'information sur la lèpre ont été la famille, la télévision, la radio et le théâtre pour les deux milieux. Nos résultats sont similaires à ceux de BERTHE et de TRAORE et soulignent l'absence de la lèpre au programme des écoles jusqu'en classe de 9<sup>e</sup> année. Les journaux constituent une faible source d'information en raison de la faible proportion de population lettrée aussi bien en milieu urbain que rural.

Dans le cadre de la sensibilisation des communautés sur la lèpre, il faudrait privilégier les messages véhiculés par les mass média (télévision, radiodiffusion et théâtre). Les affiches devraient porter des images explicites pour être comprises par les sujets analphabètes. Enfin un cours sur la lèpre devrait être ajouté aux programmes d'enseignement scolaires.

***CONCLUSION et RECOMMANDATIONS***

## CONCLUSION

Notre étude "Enquête sur les connaissances, attitudes et pratique de la lèpre en milieu rural", fait ressortir l'insuffisance des connaissances sur la maladie de Hansen:

- 20,6% des 432 sujets interrogés évoquent la lèpre en présence d'une tache claire et insensible sur la peau.
- 44,9% citent des signes cutanés comme manifestations de début de la lèpre
- 84,3 % reconnaissent le sujet lépreux par les signes tardifs (mutilations et déformations)
- 53,5% pensent que la lèpre peut être guérie.

Cette insuffisance de connaissances est plus importante en milieu rural par rapport à la ville et les élèves apparaissent moins instruits que les sujets non scolarisés en matière de traitement de la lèpre. Cette ignorance des élèves souligne l'absence de la lèpre dans le programme d'enseignement proposé dans les écoles fondamentales jusqu'en 9<sup>e</sup> année.

Les attitudes adoptées vis-à-vis des malades hanséniens sont positives dans 64,9% des sujets interrogés mais la compagnie de lépreux est moins acceptée lors de la réalisation d'actes intimes tel que manger, boire et dormir dans la même chambre. Ceci souligne la méconnaissance du mode de contagion de la maladie et de la non contagiosité des patients sous traitement. En cas de suspicion de lèpre, 68,3% des sujets de notre enquête s'adresseraient à une structure de santé, mais 35,1% d'entre eux croient en l'existence d'un traitement traditionnel de la maladie de Hansen.

Si aujourd'hui, la polychimiothérapie antilépreuse est disponible dans toutes les Régions du Mali, il reste à développer des efforts pour informer et éduquer la communauté. Les messages éducatifs devront être véhiculés par les mass média (télévision, radiodiffusion et théâtre) qui se sont révélés les principales sources d'information dans notre enquête en plus de la famille. Dans le cadre de l'objectif d'élimination de la lèpre, les campagnes d'IEC sur la lèpre apparaissent maintenant comme des activités prioritaires du programme de lutte antilépreuse. Les enseignements tirés de notre enquête nous permettent de formuler quelques recommandations pour l'organisation de ces campagnes en milieu rural au Mali.

## RECOMMANDATIONS

Dans le cadre des campagnes d'information, éducation et communication sur la lèpre à développer pour accélérer l'élimination de la lèpre au Mali, nous recommandons:

- Introduire un cours sur la lèpre dans le programme d'enseignement de l'école fondamentale;
- Utiliser les mass média, en particulier la télévision, la radio et le théâtre pour transmettre des messages sur les signes cliniques de début de la maladie et la disponibilité d'un traitement efficace et gratuit dans les formations sanitaires publiques et communautaires;
- Encourager les parents à parler de la lèpre au sein des familles, en insistant sur la non contagiosité des patients en traitement et de ceux qui restent mutilés après le traitement;
- Utiliser des affiches avec images explicites pour faciliter la compréhension du nombreux public non scolarisé en milieu rural.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. BASSET A., GROSSHANS E.  
"La lèpre".  
Encycl. Med. Chir. (Paris), Dermatologie 12520A<sup>10</sup>, 5, 1985, 12.
2. BERTHE M. S.  
"Enquête sur les connaissances et attitudes vis-à-vis de la lèpre en milieu scolaire à Bamako".  
Thèse de Doctorat en Médecine, Novembre 1997
3. CHAUSSINAND R.  
La lèpre, 2e éd., 1955, Expansion scientifique française, Paris
4. DAUMERIE D., ANTIOPE L., HUSSER J. A., VIMONT-VICARY P., NEBOUT M.  
"Evaluation de l'endémie lépreuse en zone urbaine - enquête par sondage au niveau des ménages, résultats à Bamako, République du Mali"  
Acta lepro 1987; 5 (3): 183- 197
5. DONNER R.S., SHIRLEY J.A.  
"The lucio phenomenon in diffuse leprosy".  
Ann. Intern. Med., 1967 ; 67:831-836
6. GENTILINI M.  
Médecine tropicale, Médecine Sciences Flammarion, Paris, 5e édition, page 928.
7. GROSSET J.H., GUELPA-LAURAS C.C., PERANI E.G., BEOLETTO C.  
"Activity of ofloxacin against *M. leprae* in the mouse".  
Int. J. Lepr., 1988? 56 : 259-264.
8. GROSSET J.H., JI B., GUELPA-LAURAS C.C., PERANI E.G., NDELI L.  
"Clinical trial of pefloxacin and ofloxacin in the treatment of lepromatous leprosy".  
Int. J. Lepr., 1990 ; 58 : 281-295.
9. GUELPA-LAURAS C.C., PERANI E.G., GIROIR A.M., GROSSET J.H.  
"Activities of pefloxacin and ciprofloxacin against *M. leprae* in the mouse".  
Int. J. Lepr., 1987 ; 55 : 70-77.
10. HASTING R.C.  
"Leprosy", Churchill Livingstone, Edimburgh, 1985.
11. 14th International leprosy Congress, Orlando 1993.  
"Report of the workshop committee on approach to epidemiology, prevention and control".  
Int. J. Lepr., 1993 ; 1993 (suppl.), 742-743, traduction française dans Acta Leprologica 1994 ; 9 : 50-60.

12. JI. B., JAMET P., PERANI E.G., BOBIN P., GROSSET J.H.  
"Activities of clarithromycin and minocycline against *M. leprae* in lepromatous leprosy".  
*J. Int. Dis.*, 1993 ; 168 : 188-190.
13. JOPLING W.N., MORGAN-HUGUES J.A.  
"Pure neural tuberculoïd leprosy"  
*British Medical Journal*, ii, 799-800
14. KAUR G. et al.  
"A clinical immunological and histological study of nevritic leprosy patients".  
*Int. J. Lepr.*, 1991 ; 59 : 385-391.
15. LANGUILLON J.  
"Revue générale : états réactionnels".  
*Acta Leprol.*, 1986 ; 2, 233-235.
16. LANGUILLON J.  
"Précis de léprologie"  
Paris, Masson 2e édition
17. MECHALI D., COULAUD J.P.  
"Anti-lépreux" in *Pharmacologie clinique. Bases de la thérapeutique*, Giroud P., Mathe G., Meyniel G., 2e ed., 1988, 1574-1583.
18. NEBOUT G.M.  
"Institut MARCHOUX ou 50 ans de lutte contre la lèpre en Afrique Noire".  
Thèse de doctorat en Médecine, Université Paris VII, 1984, 185.
19. NOORDEEN S.K.  
"Evolution of tuberculoid leprosy in a community".  
*Leprosy in India*, 1975, 47, 85-93.
20. Organisation Mondiale de la Santé  
"Chimiothérapie, à propos de lutte antilépreuse".  
Série des rapports techniques n°675, 1982 : 23.
21. Organisation Mondiale de la Santé  
"Comité d'experts de la lèpre".  
6e rapport, série de rapports techniques, n°7698, 1988, 9, 12, 17.
22. Organisation Mondiale de la Santé  
"Guide de la lutte antilépreuse"  
2e ed. Genève, 1989.
23. Organisation Mondiale de la Santé  
"Relevé épidémiologiques hebdomadaires"  
1996 ; 20 : 149-156.

24. PEARSON J.M.H. et al.  
"DDS resistance in Ethiopia : a progress report".  
Int. J. Lepr., 1976 ; 44 (1-2) : 140-142.
25. PICHARD E.  
"Maladies infectieuses"  
Fac. de Med de Pharm. et d'Od. Stom. Bko, Fac de Med Angers, 219 : 181-186.
26. RIDLEY D.S., JOPLING W.H.  
"Classification of leprosy according to immunity : a five groupes system".  
Int. J. Lep., 1966, 34, 255-273.
27. SABORET-LEY VASTRE J.  
"La lèpre dans la région de Bouar-Baboua"  
Thèse de doctorat en Médecine, Université de Montpellier, 1995, 52.
28. SANKALLE M., N'DIAYE P., BEYE I.  
"Enquête préliminaire sur l'opinion du sénégalais vis à vis de la lèpre".  
Med. Afr. Nre, 1977 ; 24 : 571-581
29. SANSARRICQ H.  
"La lèpre".  
Université francophone Paris, 1995 : 384.
30. SENGRUPTA P., RAYCHOW DHURI D., HALDAR B.  
"Foot drop, mimicking nevritic leprosy induced by baker's cyst".  
Lepr. India 1983 ; 55 (3) : 480-482.
31. TANGARAJ K.H., YAWALKAR S.J.  
"La lèpre pour les médecins et le personnel paramédical"  
3e ed., Ciba-Geigy, Suisse, 1988, 115.
32. TRAORE B.S.  
"Enquête CAP sur la lèpre chez les sujets consultant à l'Institut MARCHOUX".  
Thèse de doctorat en Médecine, Université du Mali, 1996.
33. WADE H.W.  
"The histoid variety of lepromatous leprosy"  
Int. J. Lepr., 1963 ; 39 : 129-142.
34. W.H.O. Comité O.M.S. d'experts de la lèpre, 1988, 6e rapport.
35. W.H.O. Guide de la lutte antilépreuse, 1989, 2e édition.
36. ZAMBACO D.A.  
"La lèpre à travers les siècles et les contrées", 1914, Masson et Cie, Paris.

## ANNEXE

**Questionnaire d'enquête CAP sur la lèpre**

Age:                      Sexe:                      Ethnie:                      Classe:

## CONNAISSANCES SUR LA LEPRE

1. A quelle maladie vous fait penser une tâche claire et insensible sur la peau?

.....

.....

2. Comment se manifeste la lèpre au début?

.....

.....

3. A quoi reconnaissez-vous une personne atteinte de la lèpre?

.....

.....

4. Avez-vous déjà entendu parler de la lèpre par les voies suivantes:

(Mettre un X dans les cases pour dire OUI)

Radio /__/	Télévision /__/
Journaux/___/	Théâtre /__/
En classe /__/	En famille/___/

5. La lèpre est-elle une maladie contagieuse?                      OUI /\_\_/    NON /\_\_/  
(Mettre un X dans la case correspondant à votre réponse)

6. Si oui, comment se transmet la lèpre?:

.....

.....

7. Peut-on guérir de la lèpre?                      OUI/\_\_\_/    NON/\_\_\_/  
(Mettre un X dans la case correspondant à votre réponse)

8. Si oui, s'agit-il d'un traitement moderne /\_\_\_/ ou traditionnel /\_\_\_/

9. Connaissez-vous un malade de la lèpre dans votre entourage (famille, quartier, village)?  
(Mettre un X dans la case correspondant à votre réponse)                      OUI/\_\_\_/  
NON/\_\_\_/10. Si oui, est il mutilé (infirmes)?                      OUI /\_\_\_/    NON/\_\_\_/  
(Mettre un X dans la case correspondant à votre réponse)



## ATTITUDES VIS A VIS DES LEPREUX

11. Accepteriez-vous réaliser les actes suivants en compagnie d'un lépreux  
(Mettre un X dans la case correspondant à votre réponse)

Prier	OUI / <input type="checkbox"/> /	Non / <input type="checkbox"/> /
S'asseoir à côté	OUI / <input type="checkbox"/> /	Non / <input type="checkbox"/> /
Prendre du thé	OUI / <input type="checkbox"/> /	Non / <input type="checkbox"/> /
Manger	OUI / <input type="checkbox"/> /	Non / <input type="checkbox"/> /
Dormir dans la même chambre	OUI / <input type="checkbox"/> /	Non / <input type="checkbox"/> /

## PRATIQUES EN CAS DE LEPRE

12. Si vous découvrez que vous avez une tache de lèpre sur la peau, que ferez-vous?

.....

.....

NOM et Prénom: Mahamadou GUINDO

Titre de thèse: Enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques vis-à-vis de la lèpre en milieu jeune et rural dans la Région de Koulikoro au Mali

Année: 1998

Ville de soutenance: Bamako

Pays d'origine: MALI

Lieu de dépôt: Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie de Bamako

Secteur d'intérêt: Santé publique

#### RESUME:

La lèpre est une maladie très ancienne pour laquelle les hommes bien portant ont encore une réaction de rejet. La peur de la maladie Hansen, entretenue par l'aspect répulsif des lépreux mutilés, est renforcée par l'insuffisance des connaissances et la persistance de nombreux préjugés sur cette endémie. Les activités d'information-éducation-communication (IEC) sur la lèpre s'avèrent donc indispensables dans le cadre des programmes nationaux d'élimination de la lèpre soutenus par l'Organisation Mondiale de la Santé. Ces activités IEC peuvent être mieux ciblées et organisées lorsque l'on dispose de données sur les connaissances, attitudes et pratiques adoptées par le public vis-à-vis de la maladie de Hansen. C'est dans cet optique que nous avons réalisé cette enquête CAP sur la lèpre en milieu jeune rural et jeune. Ce travail vient compléter deux études antérieures sur le même sujet, faites en milieu urbain à Bamako.

L'enquête a consisté à interroger 432 jeunes des deux sexes, âgés de 12 à 20 ans et dont la moitié fréquentait les classes de la 7<sup>e</sup> à la 9<sup>e</sup> année de l'école fondamentale. Six écoles ont été tirées au sort parmi les écoles de la Région de Koulikoro et dans chaque école 36 élèves ont été interrogés. Les sujets non scolarisés ont été recrutés dans les villages abritant les six écoles tirées au sort. Le questionnaire utilisé comportait des questions sur les signes cliniques, la pathogénie et le traitement de la lèpre, sur l'attitude adoptée vis-à-vis de lépreux et sur le comportement en cas d'atteinte par la lèpre. Une partie du questionnaire concernait les sources d'information sur la lèpre des sujets interrogés.

Les résultats de l'enquête ont été les suivants:

- 20,6% des sujets pensent à la lèpre en présence d'une tache cutanée claire et insensible;
- 53,5% des sujets répondent que la lèpre peut être guérie;
- le cas de lèpre est reconnu par des signes tardifs (mutilations) par 84,3% des sujets interrogés
- la compagnie d'un lépreux est acceptée en moyenne par 64,9% des sujets lors de la réalisation des actes de la vie courante (s'asseoir à côté, prier, manger, boire du thé et dormir)
- 68,1% des sujets opteraient pour un traitement médical en cas d'atteinte lépreuse.
- la famille, la télévision et la radiodiffusion ont été citées comme principales sources d'information sur la lèpre.

Comparés aux études faites à Bamako, les connaissances sur la lèpre en milieu rural sont inférieures. Le niveau de connaissances des élèves ne montre pas de différence significative avec celui des sujets non scolarisés. La lèpre demeure une maladie mal connue en milieu rural et jeune. Nous recommandons le développement de campagne d'information sur cette maladie en direction de ce public. La maladie de Hansen devrait en outre faire partie du programme de cours dispensés au cours du premier cycle de l'école fondamentale au MALI.

Mots-clés: lèpre, connaissances, attitudes, pratiques, rural, jeune.

## RESUME DE THESE

La lèpre est une maladie très ancienne pour laquelle les hommes bien portant ont encore une réaction de rejet. La peur de la maladie Hansen, entretenue par l'aspect répulsif des lépreux mutilés, est renforcée par l'insuffisance des connaissances et la persistance de nombreux préjugés sur cette endémie. Les activités d'information-éducation-communication (IEC) sur la lèpre s'avèrent donc indispensables dans le cadre des programmes nationaux d'élimination de la lèpre soutenus par l'Organisation Mondiale de la Santé. Ces activités IEC peuvent être mieux ciblées et organisées lorsque l'on dispose de données sur les connaissances, attitudes et pratiques adoptées par le public vis-à-vis de la maladie de Hansen. C'est dans cet optique que nous avons réalisé cette enquête CAP sur la lèpre en milieu jeune rural et jeune. Ce travail vient compléter deux études antérieures sur le même sujet, faites en milieu urbain à Bamako.

L'enquête a consisté à interroger 432 jeunes des deux sexes, âgés de 12 à 20 ans et dont la moitié fréquentait les classes de la 7<sup>e</sup> à la 9<sup>e</sup> année de l'école fondamentale. Six écoles ont été tirées au sort parmi les écoles de la Région de Koulikoro et dans chaque école 36 élèves ont été interrogés. Les sujets non scolarisés ont été recrutés dans les villages abritant les six écoles tirées au sort. Le questionnaire utilisé comportait des questions sur les signes cliniques, la pathogénie et le traitement de la lèpre, sur l'attitude adoptée vis-à-vis de lépreux et sur le comportement en cas d'atteinte par la lèpre. Une partie du questionnaire concernait les sources d'information sur la lèpre des sujets interrogés.

Les résultats de l'enquête ont été les suivants:

- 20,6% des sujets pensent à la lèpre en présence d'une tache cutanée claire et insensible;
- 53,5% des sujets répondent que la lèpre peut être guérie;
- le cas de lèpre est reconnu par des signes tardifs (mutilations) par 84,3% des sujets interrogés
- la compagnie d'un lépreux est acceptée en moyenne par 64,9% des sujets lors de la réalisation des actes de la vie courante (s'asseoir à côté, prier, manger, boire du thé et dormir)
- 68,1% des sujets opéreraient pour un traitement médical en cas d'atteinte lépreuse.
- la famille, la télévision et la radiodiffusion ont été citées comme principales sources d'information sur la lèpre.

Comparés aux études faites à Bamako, les connaissances sur la lèpre en milieu rural sont inférieures. Le niveau de connaissances des élèves ne montre pas de différence significative avec celui des sujets non scolarisés. La lèpre demeure une maladie mal connue en milieu rural et jeune. Nous recommandons le développement de campagne d'information sur cette maladie en direction de ce public. La maladie de Hansen devrait en outre faire partie du programme de cours dispensés au cours du premier cycle de l'école fondamentale au MALI.

**Mots-clés:** lèpre, connaissances, attitudes, pratiques, rural, jeune.

# ***SERMENT D'HIPPOCRATE***

---

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle au loi de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans les maisons, mes yeux ne verront pas ce qui se passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que les considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux de mes maîtres, je rendrai à leur enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !