

L'AUTOTRAITEMENT DE LA LÈPRE EST-IL SEULEMENT UNE SOLUTION DE PIS-ALLER ?
Bilan après trois ans d'un essai nouveau à Yako (Haute-Volta)

Par [Michel Cl. PETER] et Boniface N. OUEDRAOGO (1).

14 OCT. 1971

En matière d'autotraitement de la lèpre, on peut constater que jusqu'à présent, en Haute-Volta, toutes les expériences semblent avoir été fondées sur la nation a priori qu'il s'agit d'une solution de pis-aller; si on considère, en effet les deux essais qui ont précédé le nôtre, celui de DUTERTRE à Fada-N'Gourma (2) et celui de DEXEMPLE & SANSARRICQ à Kaya (3), il apparaît clairement que les champs d'expérience choisis l'ont été dans des zones défavorisées, difficiles d'accès, aux populations dispersées et souvent, de ce fait, irrégulièrement traitées.

Ce nouvel essai pratiqué en Haute-Volta s'inscrit, quant à lui, dans une perspective délibérément différente puisque la région que nous avons retenue pour notre expérience répond à une zone parfaitement contrôlée où les résultats du traitement classique, par distribution hebdomadaire, étaient auparavant tout-à-fait satisfaisants.

Cette région se situe en l'occurrence, à 100 kms au nord de Ouagadougou dans un Secteur géographique à forte densité de population de l'ordre de 57 habitants au km carré. L'accès on est aisé tout le long de l'année et les circuits de traitement y présentent cette particularité d'être tous rattachés à un poste médical dont l'éloignement ne dépasse jamais vingt km.

Par ce choix délibéré, notre intention était d'établir, toutes choses égales par ailleurs, une comparaison de rendement entre circuit d'autotraitement et circuit classique, comparaison qui, à notre connaissance, n'avait pas encore été réalisée dans ces conditions.

=====

- (1) Respectivement Médecin-Chef et Contrôleur-lèpre du Secteur N° 10 YAKO
- (2) DUTERTRE OCCGE 1964 II 267-275
- (3) DEXEMPLE & SANSARRICQ OCCGE II 579-584 1966 et I 86-89 1968.

.../...

B 5028

Ent. Med.

CHOIX DE LA METHODE

Une fois réalisé le choix fondamental de la zone d'expérimentation, restait celui déterminant de la méthode. DUTERTRE dans son compte rendu d'essai à Fada-N'Gourma distinguait quatre formules d'autotraitement :

1°) FORMULES D'AUTOTRAITEMENT

- La formule par circuit automobile
- La formule par circuit vélomoteur
- La formule par responsables villageois
- La formule d'autotraitement proprement dite à partir d'un centre d'approvisionnement.

C'est cette dernière formule que l'auteur retient comme représentant, dans le cas d'expérimentation considéré, la meilleure réponse à ses problèmes; mais elle représentait quant à nous, bien que parfaitement réalisable, l'inconvénient de briser la structure d'un circuit auparavant efficace.

Elle posait en outre le problème de l'établissement d'une nouvelle procédure pour les contrôles intercurrents, des patients et des dotations individuelles; à moins d'admettre la coexistence des deux systèmes en conservant pour les seuls contrôles la structure du circuit.

Nous rencontrions le même obstacle dans la formule de distribution par responsables villageois. En revanche, la procédure de distribution par circuit automobile avait l'avantage de concilier les fondements de l'expérimentation, à savoir : confier aux malades le soin d'absorber eux mêmes leur médicament, le souci de ne pas briser une structure satisfaisante et les nécessités pratiques.

Dans leur essai à Kaya, DEXEMPLE & SANSARRICQ firent le même choix; néanmoins pour pallier les lenteurs administratives dans l'acheminement des convocations et les difficultés de réunir les patients à dates fixes, rencontrées par DUTERTRE, ils doubblaient la distribution périodique d'une seconde distribution, à une semaine d'intervalle, afin de réduire l'absentéisme. Bien que les conditions différentes de notre essai nous autorisaient à penser que nous ne rencontrerions pas les mêmes obstacles, il nous semble également prudent de prévoir une possibilité de récupération des patients absents aux distributions; mais eu égard à la charge supplémentaire que présentaient ces doubles distributions, nous leur avons substitué le principe d'un approvisionnement de secours au centre le plus proche.

2°) DEROULEMENT DES OPERATIONS :

On pratiqua de la manière la plus simple possible. Puisque le circuit retenu possédait un Distributeur attitré, c'est lui qui fut chargé durant deux semaines consécutives, à mesure de ses distributions, d'informer les lèpreux qu'ils allaient recevoir désormais des comprimés pour plusieurs semaines, à charge pour eux de les absorber régulièrement, et que, au cas où ils seraient empêchés, ils pourraient et devraient s'approvisionner au Dispensaire le plus proche.

Puis, une semaine avant la distribution, le même Distributeur effectuant sa dernière tournée, avertit les lèpreux de la date de passage de l'automobile. Les différentes haltes furent conservées, de même que l'ordre hebdomadaire des distributions afin de ne perturber aucune habitude. L'utilisation d'une "Land-Rover" devait permettre par ailleurs de passer outre les aspérités de la piste...

Enfin, le jour J, chaque patient reçut sa dotation de DDS dans une boîte métallique pour la protéger des intempéries. Bien que nous soyons passés par l'Administration pour adresser les convocations à la date requise, le fait de pratiquer nous-mêmes une tournée d'avertissement devait nous donner un moyen de contrôle sur leur bon acheminement.

En ce qui concerne les distributions ultérieures, c'est la même procédure qui devait être et fut utilisée, à savoir : celle du double avertissement par voie administrative et par vélomoteur de La Santé.

Quant aux durées d'autotraitement, il fut admis qu'elles ne seraient définitivement fixées qu'après une période transitoire de neuf mois durant laquelle les délais de distribution seraient rapprochés (tous les deux ou trois mois) et les contrôles particulièrement vigilants. Nous nous réservions ultérieurement de les porter à quatre mois, durée désormais classique permettant entre autre d'éviter les sorties en saison de pluies.

DONNEES EXPERIMENTALES :

Théoriquement, deux ordres de données expérimentales étaient à considérer : des données à court terme et des données à long terme. DUTERTRE dans son exposé ne considère que les premières, son but étant par l'emploi de différentes formules d'autotraitement, de distinguer, comme il le dit si bien, "ce qui marche de ce qui ne marche pas"; mais celles-ci ne représentaient, dans notre perspective, qu'un préalable expérimental.

Ainsi, l'assiduité des patients aux distributions périodiques et les contrôles intercurrents de dotations n'ont-ils eu pour nous qu'une valeur indicative qui nous permirent de juger au début de l'essai, si nous pouvions le poursuivre sans risque.

Seules les données à long terme, c'est-à-dire les résultats thérapeutiques, étaient susceptibles, parce que comparables, de nous fournir les éléments de jugement que nous nous étions proposés de réunir.

1°) - Circuit expérimental et circuit témoin :

Dans cette perspective, nous avons choisi, à côté du circuit expérimental, un circuit témoin, qui, par sa proximité offrait les mêmes caractéristiques géographiques, démographiques et d'efficacité. Au début de l'expérience, ces deux circuits comportaient sensiblement le même nombre des lèpreux en traitement et leur répartition en fonction des

formes cliniques et de l'ancienneté du traitement s'établissait comme suit :

TABLEAU N° 1

Formes cliniques	Lépreux en traitement au début	Incidence des formes tuberculoïdes	Incidence des formes lépromateuses	Incidence des formes indéterminées.
Lot expérimental	859	59,8 %	1,8 %	38,4 %
Lot témoin	981	62,2 %	1,7 %	36,1 %

TABLEAU N° 2

Traités depuis	Plus de 5 ans GROUPE 3	Entre 5 et 1 an GROUPE 2	Moins de 1 an GROUPE 1
Lot expérimental	29,8 %	64,2 %	6,0 %
Lot témoin	23,9 %	70,6 %	5,5 %

Ces deux profils de répartition témoignent d'une indiscutable similitude; leur examen suggère, néanmoins, quelques remarques. On constate, en effet, que, dans la répartition par formes cliniques, la proportion des indéterminés est dans les deux cas anormalement élevés. Ces chiffres s'expliquent par la présence d'anciens lépreux récupérés (groupe 3) lors de la création du secteur, 4 ans auparavant et étiquetés indéterminés par manque de documents corrélatifs ou parce qu'ils avaient été dépistés à une période où l'actuelle classification ne prévalait pas.

Une seconde constatation est celle de l'existence, malgré leur homogénéité, de légères disparités entre les deux circuits; en particulier, quant à la proportion d'anciens lépreux plus élevée dans le lot expérimental que dans le lot témoin.

Notons enfin que nous avons volontairement isolé (groupe 1) les patients qui avaient été dépistés durant l'année qui précéda le début de l'essai, car ils constituaient, en tout état de cause, un lot privilégié de sujets pratiquement neufs. Leur effectif, également réparti tout au long de l'année, représentait un chiffre réel d'une cinquantaine de lépreux de part et d'autre (6,0 et 5,5 %).

2°) - Données comparatives : les mises EOST

Dans leur étude à Kaya, DEXEMPLE et SANSARRICQ distinguaient suivant l'évolution, deux catégories de patients; les aggravés et les améliorés.

Dès maintenant, nous devons dire qu'au premier examen des résultats, la proportion d'aggravés était pour ainsi dire nulle, cette distinction ne pouvait être significative; seuls restaient à considérer les améliorés. Au bout de trois ans d'essai nous disposions, par ailleurs, d'un nombre suffisant de nouveaux EOST pour que nous nous limitions à cette unique catégorie, représentant en fait l'étape d'amélioration la plus objectivement définie et la mieux confirmée.

Au cours de ces trois ans, c'est le même contrôleur lèpre qui suivit indifféremment l'ensemble des deux circuits, et les mises EOST ont toutes été pratiquées par lui, aidé au besoin du Médecin-Chef.

A propos du groupe 1 (lot privilégié) : elles l'ont été avec une attention toute particulière. Dans les trois mois qui précédèrent l'échéance des trois ans, l'ensemble des lépreux fut contrôlé deux fois et ce n'est qu'au second tour que les décisions d'arrêts thérapeutiques furent prises, simultanément par le contrôleur lèpre et le Médecin, sans jamais préjuger de l'appartenance des sujets à l'un ou l'autre lot. A propos des groupes 2 et 3 : les patients furent contrôlés une fois dans les deux mois précédant le terme de l'essai.

Pour l'ensemble des trois groupes, il va sans dire que, d'une part, un contrôle général avait été effectué au début de l'expérience afin de ne laisser subsister aucun lépreux susceptible d'être mis en observation sans traitement et que, d'autre part les contrôles intercurrents furent pratiqués tous les 6 mois comme l'accoutumée.

Les critères observés pour l'arrêt du traitement ont été les critères habituels concernant les formes dites bénignes et que nous résumerons ainsi.

Critères lésionnels.

- disparition complète des lésions cutanées ou persistance de lésions manifestement séquellaires : totalement desinfiltrées et, au moins, partiellement repigmentées,
- disparition des troubles de la sensibilité objective, en particulier au niveau de la lésion, ou persistance d'une hypoesthésie à caractère évidemment résiduel,
- disparition des troubles de la sensibilité subjective, ou persistance, à la rigueur, de discrètes parésthésies en voie de regression. Aucune trace d'atteinte anatomique des nerfs palpables.

Critères évolutifs

- Un an de blanchiment minimum
- Trois ans de traitement minimum
- Evolution régulière, sans palier, vers la guérison: importance à cet égard de la rapidité d'obtention du blanchiment.

Nous ne faisons pas mention de la bacilloscopie dont la négativité tout au long de l'évolution définit précisément les formes dites bénignes, les seules qui nous concernent ici.

Ce chapitre comprendra successivement : un exposé des résultats, un calcul d'erreurs et une interprétation.

1 - EOST après trois ans :

TABLEAU N° 3

Lots	EXPERIMENTAL		TEMOIN	
	en valeur absolue	en valeur relative	en valeur absolue	en valeur relative
Ensemble du lot	517/859 (1)	60,1 %	458/981 (1)	46,6 %
Groupe 1	28/51	54,9 %	17/53	32,0 %
Groupe 2	281/552	50,9 %	280/693	40,4 %
Groupe 3	208/256	81,2 %	161/255	68,5 %

(1) Il convient de préciser que les patients décédés ou disparus d'expérience, ont été soustraits de l'effectif en traitement au début, exception faite de ceux qui ont été mis EOST avant leur décès ou leur disparition.

En première analyse, quelles sont les constatations que nous pouvons faire ?

1ère constatation :

Le nombre d'EOST est nettement plus élevé dans le lot expérimental que dans le lot témoin : 517 contre 458, soit, si nous tenons compte de la différence numérique qui sépare les deux lots : 60,1 % contre 46,6%. Soit encore un écart relatif de 13,5 %.

2ème constatation :

Si nous considérons maintenant les divers groupes l'écart relatif le plus important ressortit au groupe 1 avec 22,9 % en faveur du lot expérimental. Ce chiffre élevé concernant un effectif privilégié, pratiquement soumis au seul autotraitement, est particulièrement important à considérer.

3ème constatation :

En ce qui concerne les groupes 2 et 3, uniquement dans le lot expérimental, on constate une nette supériorité du groupe 3 avec 81,2 % contre 50,9 %. Cette différence est également importante à considérer puisqu'elle a trait à un ensemble de lépreux traités depuis longtemps sans qu'on ait pu auparavant obtenir une cicatrisation définitive des lésions.

2 - Calcul d'erreurs :

Ce calcul doit permettre d'apprécier, dans la mesure du possible, les incertitudes que comportent les résultats que nous venons brièvement d'exposer. Nous avons distingué deux causes d'erreurs : les erreurs inhérentes à la décision de mise EOST et les erreurs consécutives à l'inégalité, déjà signalée, de répartition des patients en fonction de l'ancienneté du traitement (cf. tableau n° 2).

1ère cause d'erreurs :

Une estimation maximale des erreurs en matière de mises EOST sur chaque lot en particulier, se situe aux alentours de 4 ou 5 patients en plus ou en moins : 0,5 % (cette estimation est en fait généreuse et suppose un véritable parti-pris). Il en résulte que l'imprécision modifiant l'écart relatif entre les deux lots est de ± 1 %. Dans le cas le moins favorable, celui-ci pourrait par conséquent être remoné à 12,5 %.

2ème cause d'erreurs :

Légèrement plus importante apparaît la cause d'erreurs en rapport avec l'inégalité de répartition mentionnée plus haut, et plus difficile également sa mesure.

Si nous prenons le lot témoin comme référence, nous remarquons que le groupe 3 du lot expérimental est nettement plus important que son homologue du lot témoin : 29,8 % contre 23,9 %. Cette augmentation s'accompagne d'une diminution relative, pratiquement proportionnelle du groupe 2 : 64,2 % contre 70,6 %. Or il s'avère que les Groupes 3 présentent une proportion de mises EOST supérieures aux groupes 2. Le lot expérimental, dont le groupe 3 est plus élevé en effet que le lot témoin, bénéficie donc d'un gain non significatif. Les calculs mettent en évidence que ce gain est de 1,8 %.

En résumé, si nous cumulons les deux causes d'erreurs en additionnant l'incertitude et la correction ci-dessus, nous pouvons retenir comme écart relatif entre lot expérimental et lot témoin le chiffre de 11,7 % ± 1 %.

3ème Interprétation :

Il est clair que ce résultat définitif, confirmant un écart entre les deux lots, supérieur à 10 %, fait apparaître le caractère réellement significatif de la différence de rendement entre les deux méthodes : d'autotraitement et la distribution hebdomadaire. Globalement cet écart se maintient dans les différents groupes, montrant qu'il concerne toutes les catégories de patients. Néanmoins, il est plus accentué dans les groupe 1 et 3.

En ce qui concerne le groupe 1, cet écart peut être mis sur le compte de l'attention par la formule d'autotraitement d'une accélération du processus de guérison. Or nous savons que la guérison de la lèpre est d'autant plus vite obtenue que le traitement est assidu et précoce. Comme il s'agit de sujet précédemment neufs, il nous faut admettre que cette formule est cause d'une amélioration de l'assiduité.

C'est, d'un autre point de vue, ce que nous confirment les résultats du groupe 3 où se manifeste un véritable effet de "récupération" des anciens patients dont l'évolution traînante était de toute évidence, essentiellement liée au manque d'assiduité. On connaît bien, en effet, cette catégorie de patients, qui, bon an mal an, manquent dix à vingt distributions par an.

Il est certain que ces constatations ne seraient d'aucune preuve si nous ne possédons pas par ailleurs d'autres chiffres, recueillis au cours des deux premières années de l'essai, lorsqu'il nous fallait apprécier les risques de notre tentative et que voici :

La première année, exception faite des patients en voyage ou disparus depuis au moins un an, un seul patient ne reçut pas sa dotation prévue pour deux mois. L'année suivante, c'est seulement deux patients qui ne furent pas traités pendant quatre mois. Tous les autres lépreux qui n'avaient pu se rendre aux convocations, se rendirent spontanément au dispensaire.

Sur l'ensemble de ces deux ans, et sur 221 contrôles de dotations effectuées entre les périodes de distribution, quatre sujets seulement ne purent présenter leur réserve exacte : les causes en étaient les suivantes :

- 2 réserves avaient été détruites par un incendie (même famille)
- 1 réserve avait été gaspillée par des enfants
- 1 réserve avait été mouillée par inadvertance.

Ces résultats étonnants pour le moins, expliquent que nous n'avons pas attendu les 9 mois prévus en première étape, pour porter les intervalles d'autotraitement de 2 à 4 mois.

EN CONCLUSION :

Ce nouvel essai d'autotraitement de la lèpre effectué à Yako, se révèle particulièrement intéressant puisque les résultats que nous avons obtenus diffèrent sensiblement des résultats antérieurs publiés jusqu'à présent en Haute-Volta.

Le fait d'avoir délibérément choisi un terrain d'expérience nouveau, nous a probablement permis de constater des écarts ainsi obtenus puisqu'il s'avère que l'autotraitement, dans ces conditions est non seulement équivalent, mais donne des résultats notablement supérieurs aux formules classiques par distributions hebdomadaires.

Tout ce passe comme si, on ayant limité le nombre des distributions annuelles à trois, on avait limité du fait même les causes d'absentéisme. L'expérience montre en outre, que nous avons eu raison de faire confiance aux patients en leur donnant la charge d'absorber eux-mêmes leurs comprimés.

Nous avons énoncé les conditions particulières de cet essai en zone contrôlée, dont nous avons fait, en quelque sorte, un préalable expérimental ; il conviendrait cependant d'y ajouter un paramètre quelque peu subjectif, fondé sur la connaissance que possèdent médecin et contrôleur-lèpre de leurs malades : cet élément "humain" qui fait qu'au départ on a confiance

En conclusion, nous voudrions proposer à la réflexion la démarche suivante que nous avons faite :

PLUTOT QUE DE CONSIDERER L'AUTOTRAITEMENT DE LA LEPRE COMME UNE METHODE DE PIS-ALLER, NE POURRAIT-ON PAS L'ENVISAGER AU CONTRAIRE COMME UNE METHODE DE "MIEUX-ALLER" QUI VIENDRAIT REMPLACER LES CIRCUITS CLASSIQUES LORSQUE CEUX-CI SERAIENT ARRIVES A UNE CERTAINE MATURITE ?

Cette conception serait sûrement satisfaisante pour l'esprit puisque, en tout état de cause, l'autotraitement devrait représenter l'étape ultime normale du traitement de toutes les maladies. Mais elle aurait surtout l'avantage pratique de libérer du personnel dont on sait qu'il coûte cher, ce personnel pouvait alors être réparti dans des Secteurs moins favorisés où l'on aurait ainsi la possibilité de créer de nouveaux circuits afin de mieux prendre en main les patients.

Pour notre part, nous avons tenté cette option en étendant l'autotraitement à la partie de notre Secteur qui se trouvait bien contrôlée. L'économie ainsi réalisée, nous a permis d'augmenter le nombre des circuits qui se partageaient auparavant l'autre partie du Secteur qui n'était pas jusqu'à présent parvenue à de si bons résultats.

OUAGADOUGOU, le 20 Mars 1971.

Travail du Secteur N° 10 de la
Direction de la Santé Rurale

Directeur : Dr. COMPAORE K. Pierre

Conseiller Technique : Dr. SENTILHES Louis.