



HAL
open science

Enseignement sur l’histoire de la lèpre en Nouvelle-Calédonie

Antoine Bolot

► **To cite this version:**

Antoine Bolot. Enseignement sur l’histoire de la lèpre en Nouvelle-Calédonie. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03116730

HAL Id: dumas-03116730

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03116730>

Submitted on 20 Jan 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L’archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux

U.F.R. DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2020

Thèse N° 127

Thèse pour l'obtention du

DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Spécialité Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement

Par Antoine BOLOT

Né le 30/06/1988 à Troyes (10)

<p>Enseignement sur l'histoire de la lèpre en Nouvelle-Calédonie</p>

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Jean-Paul LORENDEAU

Rapporteur de thèse :

Monsieur le Professeur Philippe CASTERA

Membres du Jury :

Monsieur le Professeur Charles CAZANAVE	Président
Monsieur le Professeur Philippe CASTERA	Juge
Monsieur le Professeur Michel GALINSKI	Juge
Monsieur le Docteur Charles GOMES DE MATTOS	Juge
Monsieur le Docteur Jean-Paul LORENDEAU	Juge

*“Pour comprendre les Mélanésiens il ne faut jamais perdre
de vue qu’ils vivent deux civilisations.”*

Témoignage anonyme

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury,

A Monsieur le **Professeur Charles CAZANAVE**, Professeur des universités et praticien hospitalier dans le service de maladies infectieuses et tropicales au CHU de Bordeaux. Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Je vous remercie pour l'intérêt que vous portez à ce travail.

A Monsieur le **Professeur Philippe CASTERA**, Professeur associé du département de médecine générale de Bordeaux et praticien libéral. Vous me faites l'honneur d'être rapporteur de ce travail et membre du jury. Je vous remercie de l'aide que vous m'avez apportée dans l'élaboration et la concrétisation de ce projet. J'espère que la lecture de cette thèse réveillera les souvenirs de votre expérience Calédonienne.

A Monsieur le **Professeur Michel GALINSKI**, Professeur des universités et praticien hospitalier dans le service des urgences adultes au CHU de Bordeaux. Vous me faites l'honneur de participer au jury de cette thèse. Je vous remercie pour l'intérêt que vous portez à ce travail.

A Monsieur le **Docteur Charles GOMES DE MATTOS**, Praticien hospitalier dans le service des urgences adultes au CHU de Bordeaux. Merci d'avoir été mon chef pendant ce semestre et de m'avoir fait découvrir la médecine d'urgence. C'est un honneur et un plaisir de te compter parmi les membres de ce jury.

A Monsieur le **Docteur Jean-Paul LORENDEAU**, Praticien hospitalier au SAMU au Centre Hospitalier de Périgueux. Merci mon ami pour avoir repris ce travail et d'avoir accepté d'en être Directeur et Juge. Merci de m'avoir appris à aimer la médecine d'urgence dans ce service qui ne serait pas le même sans toi. Enfin, un grand merci d'avoir participé à mon ambition de devenir médecin urgentiste.

Aux médecins et équipes rencontrés durant mon internat :

Merci aux nombreux services m'ayant accueilli au cours de mon internat. Merci au Dr Moitsinga de m'avoir accueilli dans son service. Merci à l'équipe des urgences de Saint-André pour ce semestre. Une pensée spéciale pour Solène, se retrouver en Calédonie était une très belle surprise. Merci également à Yann pour ces discussions philosophiques parfois enflammées ! Surtout un très grand merci à toute l'équipe des urgences de Périgueux. C'est

un vrai plaisir de venir travailler ou plutôt passer du temps avec vous. Merci pour votre gentillesse et tous ces moments de rires malgré des journées parfois difficiles.

A mes Collègues internes :

Au Palois, Raph (mon éternelle colloc), Jojo (objectif trail mon ami), Mathilde, Juju (c'est la journée du compliment), la colloc d'Etigny (ma deuxième maison), et bien sûr mon Kiki (Ho mon Kiki !!). Merci pour ce superbe premier semestre et aux moments passés ensemble.

A l'équipe de Périgueux, Tim et Lulu, Boris, Bastien Lulu, JB, Georges, Céline, Chloé, Benji, Quentin, Joffrey et j'en oublie. Merci pour ce semestre de folie !

Aux Durand, Tim et Flor. Une belle rencontre à l'autre bout du monde. On sera passé à côté de la gratte et pourtant on a bien abusé sur la salade tahitienne. Tim n'oublie pas d'acheter tes flèches et tes sandows en double !

A Côme. Il est bien le monsieur ? Cette dernière chasse de l'autre côté de la barrière restera gravée à jamais !

Merci à tous ceux que j'ai croisé au cours de cet internat et qui m'ont permis de passer de belles années.

A ma Famille :

Maman et Papa. Ces années furent difficiles mais sans vous je n'en serais pas là. Merci de m'avoir soutenu depuis le début et de m'avoir apporté le réconfort et les moments de bonheurs partagés ensembles. L'éleveur de chèvre du Larzac est devenu médecin 😊

A mes Frangines. Que vous dire à part que je vous aime ! Vous avez toujours été là. Des hamsters retrouvés sous le frigo, en passant par le lancer de chat qui vous faisait hurler, nous voilà arrivés à l'âge adulte. Les années nous rapprochent et de belles aventures ensemble se dessinent. Un grand merci à Jules et Ben qui vous accompagnent.

A Gab, mon Mentor ! Merci d'avoir été là, toujours à l'écoute et avec les mots pour rassurer. Ton soutien et ta patience ont payés et je compte être à la hauteur de ton dévouement. Ces années ne seraient pas arrivées sans toi. Je suis fier de bientôt marcher dans tes pas.

A mon Oncle, ma Tante et mes Cousins. Malgré la distance je pense toujours à vous. Merci d'avoir été là toutes ces années.

A ceux qui sont là depuis longtemps :

Aux Troyens : Juj (Avec tes conneries on va se retrouver avec une pizza au quick !), Feufeu (Si y'a pas de solution c'est qu'il y'a pas de problème !), Flo (On va douhors ! Le Ratafia c'est pas bon !), Toine (Oui c'est Moine !), Nobru (Les deux pattes dans les bottes !), Elo, Fleur, Je suis fier de vous compter parmi les plus proches depuis tant d'année. On n'a pas été les majors du lycée mais on aura bien rigolé !

Aux Chalonnais : Mr Barba (Objectif Barba 12 !), Touf (les pattes d'oie ! Bientôt les sommets en ski de rando !), Deb (La pépite ! Les meilleurs serveurs de la pataterie !), Baboune (Achète babou !), Tinez (Comment on dit poitrine en Russe ?), Hugo (Jamais trop de km), Piff et Jeanjean (Les piliers du 128 !), Margaux (ma fillotte), Mylou (Hum !!), Marine (Narine !), Carlo, parad et toute l'équipe de cette petite ville remplie d'une belle bande d'affreux ! On n'a pas fini de s'en faire des belles !

Aux dijonnais et l'équipe de la fac : Pilou (ça repoussera !), Baptiste (Une D4 à faire pâlir les P2 !), Goss (Ma petite caille !), Nico (Nico d'Ornellas mon maître !), Coco (Goulayante la vinasse !), Greg (Whoyo !!), Raph (Ma marraine), Etienne (Mon tout p'tit ami !!), Mr Verjux (Tu vas me regarder tous les rambo !), Milan (une bien belle tentative dans la musique électronique), Masse, Océ, et bien sûr merci à la Taulerie et aux Johnny Forlax, le meilleur groupe d'alterné-electro-reggae-samba-rock de tous les temps !

A Marine, Chat. Merci pour ton amour et ton soutien pendant ces belles années passées ensemble. Cette aventure restera le plus beau souvenir de cet internat.

A tout ceux qui ont permis d'élaborer ce long travail :

Madame Violaine Baron, Monsieur Max Shekleton, Monsieur Jean-François Burck, Monsieur Jean-François Lepetit, Monsieur Patrice Godin, Madame Nicole Grochain, Madame Celine Favre. Merci pour votre aide et pour vos dons. Ce travail n'aurait pas pu voir le jour sans votre concours.

TABLE DES MATIERES

Remerciements	3
Table des matières	6
Liste des Abréviations	9
Introduction	10
CONTEXTE	12
1. La Nouvelle-Calédonie	12
1.1. Géographie	12
1.2. La découverte de l'île	12
1.2.1. Les premiers	13
1.2.2. Une colonie française :	13
1.2.3. Une terre prometteuse et stratégique	13
1.2.4. Les « Trente glorieuses » de la Nouvelle-Calédonie	14
1.2.5. Les « événements » de 1984 à 1988	14
1.2.6. La Nouvelle-Calédonie vers l'auto-détermination	15
1.3. Les habitants et leurs histoires	16
1.3.1. Les Mélanésiens	16
1.3.1.1. Histoire	16
1.3.1.2. L'identité Kanak	17
1.3.2. Les autres communautés :	17
1.3.2.1. Les européens	17
1.3.2.2. Les asiatiques et les océaniens	19
1.3.2.3. Autres peuples	19
1.3.3. Démographie (25)	19
1.4. Situation sanitaire	20
1.4.1. Démographie médicale	20
1.4.2. Offre de soins hospitalière	21
1.4.3. Offre des Centres Médico-sociaux (CMS) (30)	22
1.4.4. Particularités locales	23

1.5.	Place de la médecine traditionnelle	23
1.5.1.	L'homme Kanak	24
1.5.1.1.	Le corps	24
1.5.1.2.	Do Kamo (35)	25
1.5.2.	La santé en pays kanak	25
1.5.2.1.	Conception de la maladie	25
1.5.2.2.	Catégories de maladies	26
1.5.3.	Exemples de soins traditionnels (38)	27
2.	La Lèpre	28
2.1.	Historique : La lèpre à travers les siècles	28
2.1.1.	De l'Antiquité au Moyen-Age	28
2.1.2.	Moyen Age	29
2.1.3.	De la renaissance au XXème siècle	31
2.2.	La maladie :	32
2.2.1.	Définition :	32
2.2.2.	Épidémiologie	32
2.2.2.1.	A l'échelle mondiale	32
2.2.2.2.	En Nouvelle-Calédonie	34
2.2.2.3.	Les missions du généraliste face à la lèpre en Nouvelle-Calédonie	36
2.2.3.	Bactériologie (52)	36
2.2.4.	Clinique (52)	37
2.3.	Histoire de la nomenclature	39
2.4.	Diagnostics (52)	41
2.4.1.	Clinique	41
2.4.2.	Bactériologique	41
2.4.3.	Les techniques moléculaires :	41
2.5.	Les traitements : de l'huile de chaulmoogra aux thérapies antibactériennes	42
2.5.1.	Les traitements actuels	42
2.5.1.1.	Les traitements médicamenteux	42
2.5.1.2.	Les traitements non médicamenteux (52)	43
2.5.2.	Les traitements historiques	44

2.5.2.1.	Les traitements médicamenteux	44
2.5.2.2.	Les traitements non médicamenteux	46
2.5.3.	Les traitements traditionnels	46
Matériel et méthode :		48
Résultats		50
1.	Histoire de la lèpre en Nouvelle-Calédonie	50
1.1.	De l'origine de la maladie sur le territoire	50
1.2.	De la déclaration des cas aux premières mesures	51
1.2.1.	Le temps de prendre une décision	51
1.2.2.	La léproserie des Bélep (1892-1898)	54
1.2.3.	Le temps des léproseries partielles (1898-1938)	56
1.3.	Des temps nouveaux	59
1.3.1.	Le sanatorium de Ducos	59
1.3.2.	Le temps de l'entraide	63
2.	Croyances et religions : Quelle place dans la prise en charge de la lèpre	64
2.1.	Approche religieuse de la lèpre	65
2.2.	Approche médicale de la lèpre	70
2.3.	Approche Kanak de la lèpre	74
2.3.1.	La relation face à la maladie	74
2.3.2.	Une vie à la léproserie	76
Discussion :		80
Conclusion :		84
Références bibliographiques :		87
Serment d'Hippocrate :		98

LISTE DES ABREVIATIONS

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PCT : Polychimiothérapie

FLNKS : Front de Libération Nationale Kanak et Socialiste

CMS : Centres Médico-sociaux

JC : Jésus-Christ

ID2 : Incapacité de degré 2

PCR : Polymérase Chain Réaction

CHT : Centre Hospitaliser Territorial Gaston Bourret

DASS : Direction des Affaires Sanitaires et Sociales

MB : Multibacillaire

PB : Paucibacillaire

IB : Index Bacillaire

DDS : Diaminodiphenyl-sulfone ou Dapsone

RMP : Rifampicine

CLO : Clofazimine

IM : Intra-musculaire

IV : Intra-veineux

INTRODUCTION

La lèpre est une maladie bactérienne, liée à un bacille scientifiquement appelé *Mycobacterium Leprae* et plus communément, le Bacille de Hansen, du nom de son découvreur GH Hansen (1,2).

Au début des années 1990, le programme de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) est d'éliminer la lèpre en tant que problème de santé publique en fixant le seuil de sa prévalence mondiale en dessous de 1 cas pour 10 000 habitants. Cet objectif est atteint au début des années 2000. En 2018, on enregistre 0,24 cas pour 10 000 habitants, soit 184 238 personnes touchées réparties surtout en Asie. Conséquence de cette baisse, la lèpre est moins enseignée et le nombre de publications scientifiques s'y intéressant se réduit d'année en année (3-6). Cependant, de nombreux foyers où le taux de détection annuel reste élevé persistent. Même si la stratégie de lutte anti lèpreuse a évolué et se tourne maintenant vers la réduction de la morbi-mortalité de la maladie, il reste encore un travail majeur dans le dépistage et le traitement des cas dans ces zones endémiques, et ce, malgré la généralisation de la Polychimiothérapie (PCT) dans les années 80 (4).

Bien souvent, et ce, à travers les époques et les pays, le mot lèpre inspire la crainte. Cette dernière n'est pas infondée. En effet, la physiopathologie de cette maladie a longtemps été incomprise, et sa traduction clinique ne peut laisser coi. En outre, la lèpre était considérée comme une punition, et le châtement était alors d'être exclu, isolé, ou encore privé de ses droits (7-9).

Dans la plupart des pays occidentaux, ces considérations sont aujourd'hui obsolètes. L'apparition d'un traitement efficace et d'une politique d'information ont largement aidé à changer le regard des peuples (4).

Devant la pluralité des sujets que l'on peut aborder sur cette maladie, nous avons décidé de nous concentrer sur son évolution en Nouvelle-Calédonie, une Collectivité Française longtemps soumise au statut de colonie et par conséquent aux choix souvent arbitraires et non adaptés à son territoire.

La Nouvelle-Calédonie est une fine bande de terre dans les eaux du Pacifique Sud, et malgré l'éloignement géographique, elle n'a pas été épargnée par la lèpre. Après une longue période d'incertitude diagnostique et thérapeutique, la maladie est aujourd'hui contrôlée et le seuil d'endémicité sur le territoire est inférieur à 1/10 000 habitants. Mais il existe sur le territoire des zones où l'incidence annuelle moyenne reste élevée, traduisant une persistance de foyers de contamination, notamment dans la province Nord (10,11).

Partant de ce constat, le risque est alors de voir ressurgir de façon endémique la lèpre.

La question de recherche que l'on est en droit de se poser est : comment l'histoire naturelle et socio-culturelle de la lèpre en Nouvelle-Calédonie a-t-elle influencé les moyens de luttés actuelles contre ce fléau ?

L'objectif de ce travail sera donc d'identifier les facteurs ayant influencé les moyens mis en place pour lutter contre la lèpre au sein de ce territoire bien singulier.

Pour cela, nous utiliserons une approche historique. Après une présentation de l'île et de ses habitants, nous étudierons les généralités sur la lèpre. Ensuite nous nous concentrerons sur l'évolution du phénomène, ainsi que sur les lois et les décisions qui ont été prises pour l'enrayer.

Dans la dernière partie, nous discuterons le point de vue de chacun des acteurs afin de mieux comprendre le rôle qu'a pu jouer la lèpre au sein de la culture Kanak et les difficultés en résultant.

Comprendre le cours de l'histoire nous permettra ainsi de mieux aborder le problème actuel de la lèpre en Nouvelle-Calédonie afin d'éviter la réitération des erreurs qui ont pu être commises par le passé.

CONTEXTE

1. LA NOUVELLE-CALEDONIE

1.1. Géographie

La Nouvelle-Calédonie s'étend sur 18 575 km² dans l'Océan Pacifique sud. Elle est constituée par la Grande Terre de 400 km de long sur 50 km de large (12), entourée par un « gigantesque rempart de corail {...} protégeant l'île qui s'élève au milieu comme une place forte ». Ce rempart naturel protège l'île de l'océan qui « s'épuise vainement à {...} Battre en brèche » cette terre du Pacifique (13).

Au Nord, on trouve l'archipel des Bélep, au Sud, l'île des Pins et à l'Est, quatre îles : Maré, Tiga, Lifou et Ouvéa qui constituent les îles Loyautés.

Ainsi l'archipel est divisé en 3 provinces : Le Nord, le Sud et les îles Loyautés (autrefois appelées Loyalties).

La population totale est de 268 767 habitants et 2 habitants sur 3 vivent à Nouméa, la capitale (14).

1.2. La découverte de l'île

Afin de mieux comprendre les différentes décisions prises concernant la santé, il est important d'avoir une vision d'ensemble de l'histoire calédonienne. Nous verrons ici les principales dates, ainsi que les étapes majeures de l'histoire du pays.

Cette histoire, bien qu'elle fût sanglante, a été muée par une volonté de réunification. Le slogan « deux couleurs, un seul peuple » de l'Union Calédonienne datant des années 1950, ou encore la notion de « destin commun » des accords de Nouméa, illustrent bien ce désir des peuples.

1.2.1. Les premiers

Il y a environ 3 500 ans, les austronésiens, peuple originaire du Sud-Est asiatique, peuplèrent la Nouvelle-Calédonie.

En 1774, le capitaine britannique James Cook découvrit une terre ressemblant à la Calédonie écossaise, son pays natal. Il la baptisa « la Nouvelle-Calédonie ».

Entre 1792 et 1840, de nombreux explorateurs sillonnèrent la région : des chasseurs de cétacés, santaliers, missionnaires protestants britanniques, missionnaires catholiques de l'ordre des Maristes français (15).

1.2.2. Une colonie française :

La Nouvelle-Calédonie devint française le 24 septembre 1853 sur ordre de Napoléon III. En 1860, elle fut érigée en colonie française.

Afin de peupler la Nouvelle-Calédonie, le premier gouverneur, Charles Guillain, fit venir deux types de colons : les « libres » qui choisirent de s'installer dans l'archipel, et les « pénaux », largement majoritaires, venus purger une peine d'emprisonnement le plus souvent accompagnée d'une obligation de résidence à vie sur le territoire.

Les spoliations foncières, la marginalisation sociale suscitèrent un profond mécontentement au sein des tribus. En 1878, une révolte sanglante conduite par le chef Ataï, contribua à la dissémination de la lèpre sur le territoire.

En 1887, le régime de l'indigénat fut érigé. Ce régime comporte l'ensemble des règles appliquées aux populations autochtones avec retrait de tous droits civiques, contrôle des déplacements. Ainsi « les indigènes » ne pouvaient entrer à Nouméa sans autorisation (16).

1.2.3. Une terre prometteuse et stratégique

En 1864, l'ingénieur Jules Garnier, découvrit le Nickel. Ce fut le début de l'exploitation minière avec la nécessité d'une main d'œuvre.

Pendant un siècle, des milliers d'ouvriers venus d'Asie, d'Europe et de Polynésie furent employés, aux dépens des populations autochtones.

Durant la Seconde Guerre Mondiale, l'archipel se rallia à la France libre du Général De Gaulle. Le 7 décembre 1941, à la suite de l'attaque de Pearl Harbor par les japonais, 18 000 soldats américains entrèrent en rade de Nouméa. La Nouvelle-Calédonie devient le centre du commandement interallié du Pacifique.

1.2.4. Les « Trente glorieuses » de la Nouvelle-Calédonie

En 1946, la colonie devient un territoire Outre-Mer. Les Kanaks obtiennent la citoyenneté française avec un statut de « droit particulier » selon la Constitution de 1946. Les valeurs ancestrales comme la « coutume » sont préservées ainsi que les droits à la personne comme l'état-civil, le mariage, l'adoption, la propriété et la succession.

A la fin des années 1960, les cours du nickel furent à la hausse. La Nouvelle-Calédonie connut alors un essor économique avec le « boom » du nickel. Beaucoup de Kanaks ne participèrent pas à la prospérité et s'interrogèrent sur la spéculation et la répartition des richesses minières. « Les Foulards Rouges », un mouvement politique créé en 1969, contestait l'autorité de la métropole.

1.2.5. Les « événements » de 1984 à 1988

En 1984, les indépendantistes formèrent le Front de Libération Nationale Kanak et Socialiste (FLNKS).

Entre 1984 et 1988, se déroulèrent plusieurs incidents graves comme des meurtres, attentats, émeutes, embuscades, fusillades. Cette période fut surnommée « les événements ». L'incompréhension entre les camps indépendantistes et non indépendantistes s'accrut.

La tension monta jusqu'au « drame d'Ouvéa ». Des militants du FLNKS tuèrent quatre gendarmes et détinrent d'autres otages dans la grotte de Gossanah, dans l'espoir d'obtenir une indépendance immédiate. L'assaut fut donné, faisant 21 victimes dont 19 Kanaks et deux gendarmes métropolitains. Le souvenir de ce traumatisme est encore très présent dans la mémoire collective calédonienne.

1.2.6. La Nouvelle-Calédonie vers l'auto-détermination

Le 26 Juin 1988, les Accords de Matignon (17) furent signés en l'état représenté par le premier Ministre Michel Rocard et deux partis politiques locaux adversaires :

- Jacques Lafleur du Rassemblement pour une Calédonie dans la France (RPCR)
- Jean-Marie Tjibaou du FLNKS

Ces accords instaurèrent la paix avec la création d'un nouveau statut de la Nouvelle-Calédonie. Trois provinces furent créées avec des compétences propres leurs conférant une certaine autonomie.

L'accord de Nouméa, signé le 5 Mai 1998 (18) entre l'état, le RPCR et le FLNKS, renforça le consensus avec une « solution négociée » évitant le référendum d'auto-détermination.

Cet accord :

- Définit la légitimité des Kanaks en tant que peuple autochtone, ainsi que celle des « nouvelles populations », venues suite à la colonisation.
- Reconnaît les « ombres de la période coloniale » (dépossession des terres, désorganisation sociale kanak, atteinte à la dignité du peuple kanak).
- Soutient l'amélioration des conditions de coopération entre les communautés.

Ledit accord prévoit le transfert de toutes les compétences de la France vers la Nouvelle-Calédonie, à l'exception des compétences régaliennes comme la défense, la sécurité, la justice et la monnaie.

Fin 2018, un référendum a eu lieu afin de déterminer ou non le transfert de ces compétences. Les tensions furent parfois palpables (incendies, dégradations, vols,) mais l'indépendance ne fut pas votée (19).

1.3. Les habitants et leurs histoires

1.3.1. Les Mélanésiens

1.3.1.1. Histoire

Les Mélanésiens, habitants originels de l'île, tiennent pour origine les Austronésiens, peuples originaires d'Asie du Sud Est qui auraient entrepris, il y a plus de 3000 ans, un voyage d'îles en îles à l'aide de pirogues. Puis, dès le début de notre ère, d'autres navigateurs d'origines polynésiennes se sont progressivement joints aux colons déjà installés (20).

Leur histoire et leur mode de vie se sont progressivement développés autour de croyances liées à la terre. Leur nombre était encore relativement faible lors de la découverte de l'île par James Cook en 1774 (environ 50 000, sans compter les îles Loyautés qui n'étaient alors pas encore découvertes). Jusqu'en 1841, les contacts sont restés brefs et épisodiques (21).

La vie des mélanésiens a donc été brusquement perturbée, d'abord par l'arrivée du premier navire de mission protestante sur l'île des pins, puis le début de l'exploitation du santal et la prise de possession de l'île par la France en 1853, qui a publié en 1867 un arrêté créant la tribu, collectivité reconnue administrativement par le pouvoir colonial (16).

En 1855, leur histoire a été profondément modifiée avec la spoliation des terres qui ont été proclamées propriétés de l'État Français ou encore l'arrivée de maladies décimant la population (En 1901, on estimait à 27 000 environ le nombre de Mélanésiens, le chiffre de 50 000 n'est revenu qu'au début des années 70). Leurs croyances ont aussi été influencées, d'abord par l'arrivée des premiers protestants en 1840-1841, puis par les premiers missionnaires Maristes (Catholiques) en 1843.

Peu à peu, les Mélanésiens ont perdu leur liberté sur leurs terres. Toutefois, le cours de l'histoire et l'évolution des mentalités ont peu à peu renversé cet état. Avec l'obtention du droit de vote, d'abord pour les anciens combattants, puis pour l'ensemble des électeurs en 1965, la création en 1969 de l'Union Multiraciale (UM) premier parti politique Kanak, puis plus tardivement du plus célèbre FLNKS (1984).

Les années 1980 sont tristement célèbres pour de nombreux heurts parfois tragiques entre les indépendantistes et le gouvernement. Aujourd'hui, la situation s'est partiellement améliorée, mais l'organisation du premier référendum sur l'indépendance de la Nouvelle-Calédonie en Novembre 2018, prévue par les accords de Nouméa, a vu renaître des épisodes de tensions et de violences.

1.3.1.2. L'identité Kanak

Le mot Kanak ou Canaque, est d'origine polynésienne : « *kanaka* » qui signifie « homme » en hawaïen. Il semblerait que ce terme ait été importé par les marins du capitaine Cook. En raison de la proximité sonore des mots « *canaque* » et « *macaque* », les blancs de la Nouvelle-Calédonie ont ainsi, vers 1899, affublé de ce nom les Mélanésiens qui l'ont repris ensuite à leur compte comme un défi lancé aux blancs (22).

Ce terme est donc le miroir d'une identité, fortement revendiquée, dont le drapeau fut porté par Jean-Marie Tjibaou. Avec les accords de Nouméa, cette identité a donc un substrat politique qui se divise en 5 grandes sections :

- Le statut civil particulier
- Le droit et la structure coutumière
- Le patrimoine culturel
- La propriété terrienne
- Les symboles identitaires

Cette identité s'est d'autant plus renforcée avec la création en 1998 du centre culturel Tjibaou, véritable pôle de rayonnement de la culture Kanak (23).

1.3.2. Les autres communautés :

1.3.2.1. Les européens

La présence européenne remonte au 4 Septembre 1774, époque où James Cook pose le pied à Balade sur la Côte Est. Ce contact, et les autres qui s'en suivirent, furent brefs.

La présence Française débute à partir du 24 Septembre 1853, date de la prise de possession de l'île par la France par le contre-amiral Febvrier-Despointes. Le gouvernement Français choisit de faire venir deux types de colons : les « libres » et les « pénaux » (15).

Jusqu'en 1889, l'administration centrale des colonies était alors rattachée à la marine (24), favorisant peu une colonisation libre. La colonisation pénale, les bagnards, était de différents types :

- Les transportés (1864-1897) condamnés pour délits majeurs
- Les déportés (1872-1880) condamnés politiques, principalement composés de communards, dont la célèbre Louise Michel
- Les Relégués (1885-1897) petits délinquants récidivistes.

Parmi ces bagnards, certains s'installèrent sur le territoire une fois leur peine purgée, leurs descendants seront baptisés Caldoches.

La colonisation libre fut, quant à elle, laborieuse. Les différentes politiques de l'Etat amenèrent sur le territoire des fonctionnaires démobilisés sur place, des colons du café appelés « colons Feillet » en rapport au Gouverneur du même nom, des colons du coton ou « nordistes » car originaires du nord de la France, ou bien encore quelques métropolitains venus chercher une vie meilleure. Malgré cette politique de peuplement, la population Française libre reste faible et le gouvernement perçoit mal la présence anglo-saxonne. En 1866, les anglais représentent 19% de la population libre et exercent des professions influentes (hommes d'affaires, négociants, pasteurs...) (24).

A partir de 1889, c'est le ministère du commerce qui prend en charge la colonisation et décide de tirer profit de cette lointaine possession française. Ainsi, plusieurs organisations, comme l'Union Coloniale (12 Juin 1893), organisent une propagande colonialiste dans le but d'exploiter notamment le Nickel et les terres. Dans cette logique de rentabilité, la colonisation pénale est abolie (abolition du bague en 1895). Cependant, le développement de la démographie française est lent, voire rétrograde (le nombre d'européens libres est d'à peine 11 000 en 1911). La distance et les conditions de vies difficiles ne suffisant pas, la guerre eut raison de l'attrait des colons pour le territoire ; aussi certains retournèrent sur le continent.

Ce n'est qu'à partir des années 50, avec l'essor économique de l'île, que la démographie progressa.

1.3.2.2. Les asiatiques et les océaniens

Avec l'essor du Nickel, l'immigration de travailleurs Néo-Hébridais, Japonais, Tonkinois (Vietnamien), Javanais est massive, certains s'installent aussi durablement dans la colonie. Certains de ces colons étaient destinés au travail de la terre, bien souvent en fonction de leur origine ethnique (javanais, chinois, indochinois...).

Les Japonais, quant à eux, bénéficient d'un traitement de faveur et sont considérés comme travailleurs libres. Libertés qu'ils perdront au moment de la seconde guerre mondiale (20).

Les Wallisiens, quant à eux, sont présents sur le territoire depuis bien plus longtemps. Déjà à l'époque précoloniale, ils parcouraient le Pacifique Sud, puis ils furent des auxiliaires des missionnaires maristes. Mais leur démographie « explosa » au moment de l'essor économique de la Nouvelle-Calédonie, si bien qu'aujourd'hui, il y a plus de Wallisiens sur la Grande-Terre qu'à Wallis et Futuna.

1.3.2.3. Autres peuples

D'autres populations ont contribué à cet arc en ciel de population, que ce soit les bourbonnais (La Réunion) venus pour l'exploitation de la canne à sucre, les antillais venus renforcer la main d'œuvre agricole ou encore les révoltés Kabyles. Tous ont contribué à peupler cette terre lointaine qui, malgré les heurs climatiques, a toujours réussi à attirer.

1.3.3. Démographie (25)

Au 1^{er} Janvier 2018, la Nouvelle-Calédonie compte une population de 282 200 habitants (estimation) avec une croissance de la population de 5% entre 2014 et 2017. La densité de population est passée de 12,0 habitants au kilomètre carré en 2004 à 14,5 en 2014, avec une densité plus importante dans la province Sud.

Il s'agit d'une population jeune avec presque 40% d'habitants de moins de 25 ans, les taux de natalité et de mortalité sont respectivement 14,5‰ et 5,5‰ alors qu'en métropole ils sont de 18,1 et 89 pour mille habitants. L'espérance de vie à la naissance est de 77,4 ans vs 82,1 en Métropole

Une des particularités de l'île est la pluriethnicité de ses habitants. Lors du dernier grand recensement de 2014, sur 268 767 individus, 39% déclarent appartenir à la communauté Kanak. Localisés plutôt au Nord et sur la côte Est, les européens représentent 27% des habitants et habitent principalement en province Sud. Les Wallisiens représentent 8% de la population, enfin les autres communautés (Tahitiens, Indonésiens, Ni-Vanuatais, Vietnamiens...) rassemblent moins de 6% de la population. Autre chiffre intéressant, près de 20 000 personnes, soit 7% de la population, déclarent appartenir à la communauté « Calédonienne » (14).

1.4. Situation sanitaire

1.4.1. Démographie médicale

En 2017, 652 médecins étaient en activité (280 libéraux et 372 salariés) ce qui représente, toute activité confondue, une densité de 231 médecins pour 100 000 habitants. On note cependant une forte disparité de répartition. Ainsi, tout type de médecins confondus, 588, soit 90,1%, exercent en province Sud (26).

Concernant les généralistes, leur nombre est de 330 au total, soit une densité de 116,9 pour 100 000 habitants, vs 130,7 pour la France Métropolitaine.

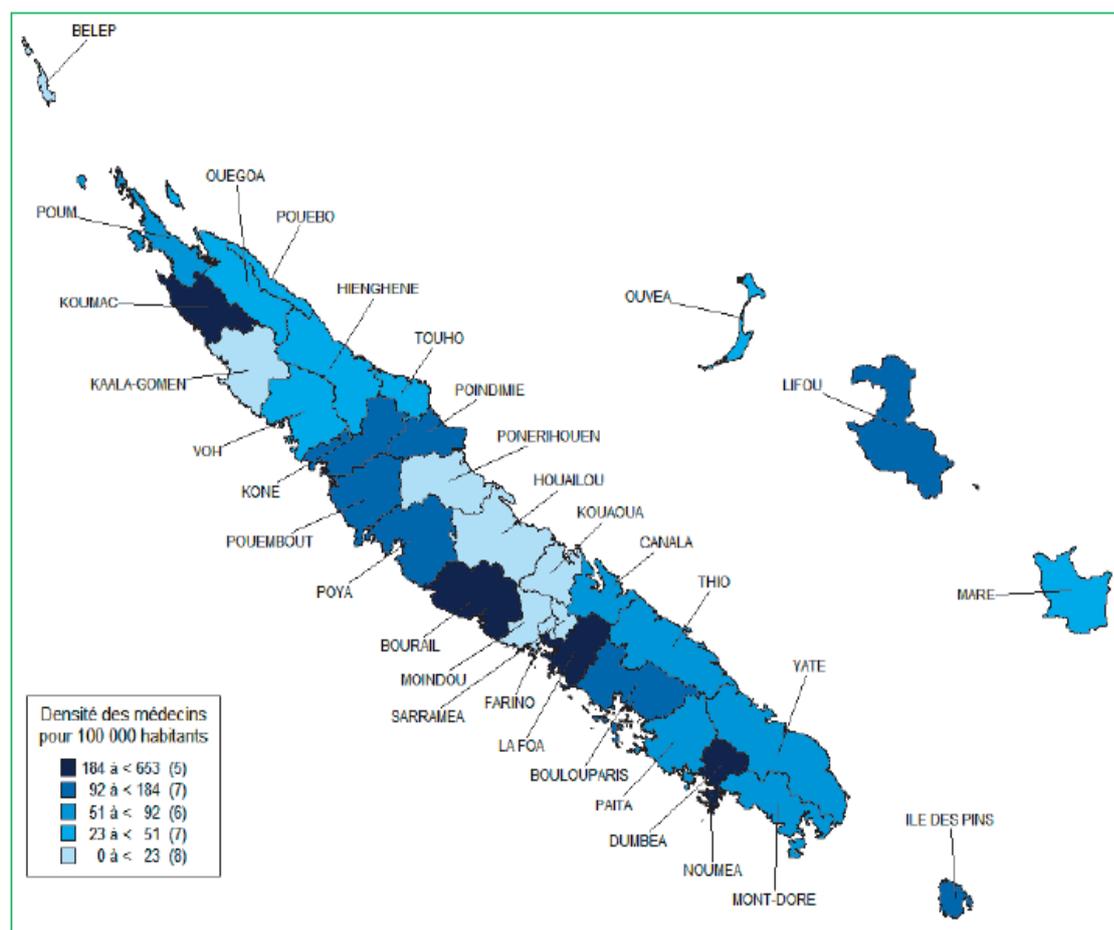


Figure 1 : Densité des médecins pour 100 000 habitants (26)

1.4.2. Offre de soins hospitalière

Afin de répondre aux besoins croissants de santé des néo-calédoniens (31 881 passages aux urgences soit 7,3% de plus qu'en 2017), le territoire s'est doté de plusieurs structures hospitalières (27).

En province Sud :

- Le Médipôle qui a ouvert ses portes fin 2016 avec une capacité de 470 lits d'hospitalisation complète. Il regroupe l'ancien CHT Gaston Bourret, l'institut

Pasteur de la Nouvelle-Calédonie, le Centre de soins de suite et de réadaptation et le Centre de Radiothérapie de Nouvelle-Calédonie (28).

- Le Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) Albert Bousquet qui prend en charge les personnes atteintes de pathologies mentales.
- La clinique Île Nou-Magnin ouverte en Novembre 2018, structure privée qui regroupe sur le même site 3 cliniques : Magnin, Baie des Citrons et Anse Vata.

En Province Nord :

Le Centre Hospitalier Nord (CHN) assure une activité de proximité avec 3 antennes : (29)

- A Koumac avec une capacité de 42 lits
- A Poindimié avec une capacité de 38 lits
- A Koné depuis fin 2018 avec 52 lits

1.4.3. Offre des Centres Médico-sociaux (CMS) (30)

Gérés par la Direction Provinciale des Affaires Sanitaires et Sociales, ils sont au nombre de 30 et assurent les soins primaires, les urgences et les actions de prévention auprès de la population.

5 CMS dans la Province des Iles Loyauté :

- 2 sur Lifou : Wé et Chépénéhé
- 2 sur Maré : La Roche et Tachine
- 1 sur Ouvéa : Ouloup

15 CMS dans la Province Nord : Belep, Kaala-Gomen, Koné, Poum, Poya-Népoui, Voh, Canala, Hienghène, Houaïlou, Kouaoua, Ou.goa, Poindimié, Ponérihouen, Pouebo, Touho.

10 CMS dans la Province Sud : Mont-Dore, Bourail, Dumbéa, Ile des Pins, Kaméré, La Foa, Païta, Saint-Quentin, Thio, Yaté.

1.4.4. Particularités locales

La Nouvelle-Calédonie possède un système de santé performant, équivalent au système français, géré par la Direction des Affaires Sanitaires et Sociales (DASS) et possède son propre système de protection sociale : la CAFAT (Caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs de Nouvelle-Calédonie). Celle-ci gère la couverture de base obligatoire des salariés et assimilés, des fonctionnaires et des travailleurs indépendants, qui comprend les risques maladie, invalidité, maternité, vieillesse, chômage et famille (31).

Malgré une offre de soins de plus en plus grande, certaines spécialités (neurochirurgie, chirurgie cardiaque, greffe) n'existent pas sur le territoire et nécessitent une évacuation sanitaire (EVASAN) sur la métropole ou en Australie. Ces dernières représentaient en 2017 un Budget de 5,1 Milliards de Francs soit 7,5% des dépenses du Régime d'assurance maladie de Nouvelle-Calédonie (32).

1.5. Place de la médecine traditionnelle

La médecine traditionnelle est définie selon l'OMS comme la somme des connaissances, compétences et pratiques qui reposent, rationnellement ou non, sur des théories, croyances et expériences propres à une culture et qui sont utilisées pour maintenir les êtres humains en bonne santé ainsi que pour prévenir, diagnostiquer, traiter et guérir des maladies physiques et mentales (33).

Autre définition intéressante est celle de la santé qui est, toujours selon l'OMS, un état de complet bien-être, physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

Or « *le concept occidental de santé, qui dans son sens premier s'applique exclusivement à l'état physiologique des organismes vivants, n'as pas de strict équivalent* » dans le monde kanak (34).

En effet, même si l'évolution de la société tend malheureusement à faire disparaître certains aspects du monde mélanésien, les médecins européens restent chaque jour confrontés à des difficultés qui tiennent plus à l'incompréhension qu'à une barrière de la langue.

Mais pour mieux comprendre le fonctionnement de la médecine traditionnelle Kanak, il faut d'abord s'intéresser à l'Homme et son existence en tant que tel au sein d'une société où le mystique compte autant que le réel.

1.5.1. L'homme Kanak

1.5.1.1. Le corps

Selon Maurice Leenhardt « *Le Mélanésien a, de son corps, une représentation à la fois empirique, esthétique et mythique* ». "Empirique" dans le sens anatomique de l'Homme, vu comme un ensemble articulé au sein d'un environnement "Esthétique" car cet ensemble distinguable par ses formes, sa masse, son ensemble, peut servir de modèle au sens artistique du terme (35).

Les principales parties de ce corps sont classées en quatre catégories : (36)

- La peau, qui est « *une enveloppe de surface* » ou *Kara* en langage mélanésien qui signifie aussi écorce
- La masse des chairs et les muscles
- L'ossature qui représente les parties dures du corps dont les traductions en mélanésien désignent à la fois le cœur du bois ou bien la coquille terrestre lorsque l'on parle respectivement des os longs ou bien du crâne (*ju, père*).
- Les viscères, quant à elles, ont un rôle plus profond, à la fois dans la force vitale mais aussi dans l'émotivité, et chaque viscère correspond à une métaphore du règne végétal. Ainsi, les reins ou autres organes arrondis sont très souvent désignés par des noms de fruits.

Pour illustrer l'importance de ces organes, on consulte quelqu'un en lui demandant : « quel est ton ventre » ?

1.5.1.2. Do Kamo (35)

Ces métaphores introduisent la notion de représentation mystique du corps. Ce corps, en effet, a uniquement un rôle de soutien au *Kamo* qui « *est un personnage vivant qui se reconnaît {...} à son air d'humanité* », et c'est dans cette humanité « *que le personnage existe* »

La traduction littérale de « Kamo » serait donc « personnage » qui correspond à la fois à l'être mythique et à l'humain. Le corps joue alors un rôle de support au *Kamo* qui peut ainsi prendre autant de formes vivantes que possible.

Cette représentation permet donc aux ancêtres de s'exprimer au travers d'une enveloppe corporelle, ce qui, dans la représentation de la maladie, joue un rôle non négligeable.

Ce personnage « *ne se connaît que par la relation qu'il entretient avec les autres* », ainsi, on comprend mieux que « *la personne est...toujours appréhendée, non seulement dans son entité individuelle, mais aussi dans son être social* » au sein d'un environnement donné.

Ce sont les relations entre ces différents milieux qui, régies par des forces ancestrales, déterminent l'équilibre de la personne.

1.5.2. La santé en pays kanak

1.5.2.1. Conception de la maladie

Selon le Dr Qaeze, « *la maladie résulte d'interaction entre l'homme, son environnement naturel et social, et le monde mystique représenté par les ancêtres* ». Si l'on reprend les notions énoncées plus haut, on comprend alors que c'est la rupture de l'équilibre entre ces différents paradigmes qui amènent à la maladie (37).

Aussi, certains symptômes que l'on peut juger comme disparates, seront au contraire « *intégrés dans un même tableau clinique* ». La logique diagnostic tient dans les rapports qu'entretiennent entre eux les éléments rapportés par le malade et la présence d'êtres totémiques (le lézard étant un des plus célèbres) peut parfois jouer un rôle déterminant dans le diagnostic.

Le rôle des ancêtres tient dans leur travail d'architecte du monde et de la communication entre les différents êtres vivants.

Le social a donc une fonction majeure par l'échange (verbal et non verbal) du malade avec son environnement. La guérison nécessitera forcément de rétablir un équilibre entre eux, tout en respectant ce que les ancêtres ont préalablement établi.

Cette logique qui peut nous sembler assez lointaine, voire dépassée, a finalement eu un rôle à la fois médical mais également politique selon D.Bourret. Ce système médical « cohérent » tendait à la systématisation, son rôle social permettait d'établir et de maintenir une société dans ce système où la bonne santé, l'harmonie d'un Etre humain, passaient par le bon fonctionnement de son environnement. Les complexités de ce modèle étant renforcées par l'intervention des anciens qui pouvaient aussi instaurer un sentiment de crainte (36).

1.5.2.2. Catégories de maladies

De cette complexité de l'Homme, découle une catégorisation des maux tout aussi loin de nos standards. Plusieurs classements ont été proposés, mais nous retiendrons celui de Mme Salomon. Ainsi, les maladies seront classées dans 3 grandes catégories, une quatrième catégorie, à part (d'apparition postcoloniale) regroupe les maladies du Blanc (34).

- Les maladies dites naturelles, ou « normales » :

Ce sont les maladies résultant d'un déséquilibre de la personne. Dans cette catégorie, on regroupe les intoxications alimentaires (ciguatera), les plaies, les infections sexuelles, ... Ces maladies généralement bénignes se distinguent par leur caractère sec (Amaigrissement, stérilité, cystite, ...) ou humide (Diarrhée, œdème, sueur, ...) Le traitement tenant pour l'essentiel de la pharmacopée familiale visera à rééquilibrer ces fluides.

- Les maladies de causes « sociales »

Les maladies liées aux ancêtres sont-elles même séparées en deux catégories selon leurs modes d'installation :

- Les maladies des fautes commises sont brutales et correspondent à la transgression d'un tabou ou d'une règle clanique. Elles peuvent toucher à la fois le responsable mais aussi ses proches. Le traitement tendra alors, à l'aide du guérisseur, à déterminer l'origine exacte du mal afin que le malade entreprenne de réparer sa faute. Une fois pardonnés, les ancêtres libéreront alors leur pouvoir protecteur.
- Les maladies totémiques (le totem étant une représentation vivante de l'ancêtre d'un clan) sont d'installation plus progressive. Ces dernières résultent généralement d'une maladie ancestrale dont la faute n'a pas été réparée. Dans cette catégorie, se retrouvent les maladies psychiatriques, le diabète ou encore l'épilepsie.

Mais le porteur de ces maladies sera considéré comme « porte-totem », c'est-à-dire qu'il porte en lui, les marques du clan. Il sera alors instruit du savoir des ancêtres parmi lesquels on trouve la pharmacopée ou encore les dons de voyance.

- Les maladies fabriquées par l'homme :

Ce sont les maladies engendrées par des maléfices (boucans) lancés par un sorcier, ou à la suite de la jalousie d'un autre, suite à un conflit interpersonnel. Les symptômes de ces maladies sont similaires à ceux des maladies dites naturelles, mais leur survenue est plus brutale et le remède passe par la consultation d'un voyant.

1.5.3. Exemples de soins traditionnels (38)

La flore calédonienne compte près de 3 930 espèces, nous donnerons ici les exemples des plantes les plus connues ou celles qui nous sont les plus familières.

L'aloès, plante grasse, surnommée « plante à brûlure » est un très bon cicatrisant et soulage l'eczéma ou les piqûres de moustiques.

Le niaouli (*Mélaleuca quinquenervia*) est une plante endémique de la côte ouest. Une décoction de son écorce sert aux douleurs rhumatismales, et l'inhalation de l'huile essentielle de ses feuilles est très efficace pour les rhumes.

Le faux tabac (*Argusia argenta*) qui est encore aujourd'hui le seul remède soulageant les symptômes de la gratte, ou ciguatera, une maladie parasitaire due à l'ingestion de poissons du lagon et provoquant asthénie, prurit, anémie, etc... Aucun traitement curatif n'est à ce jour connu.

L'hibiscus (*Hibiscus rosa sinensi L*) symbole des pays tropicaux, l'utilisation de ses feuilles en décoction soigne la toux et soulage les jambes lourdes.

Le santal (*Santalum austrocalédonicum*) dont le jus des feuilles soulage les hématomes.

2. LA LÈPRE

2.1. Historique : La lèpre à travers les siècles

2.1.1. De l'Antiquité au Moyen-Age

Les origines géographiques de la lèpre sont floues, mais ses premières traces dans l'histoire se trouvent dans un squelette daté de 2000 avant Jésus Christ (JC), étudié en Inde, qui porterait des signes permettant d'évoquer le diagnostic de lèpre (39).

Toujours en Inde vers 600 avant JC, on retrouve les premières descriptions cliniques de lèpre sous le terme « *Kushta* » (« maladie qui ronge ») dans le *Sushruta Samhita* (Traité médical en Sanskrit ancien), on y trouve des signes cliniques comme les fourmillements, l'anesthésie d'un territoire cutané ou la formation de griffes (40). Parallèlement, dans le chapitre consacré à la thérapeutique *l'Hydnocapus Wighitiana* (L'huile de Chaulmoogra) est déjà mentionnée. La *Kushtha* était alors une maladie héréditaire, punition divine extrêmement contagieuse.

En Chine c'est le terme de *lai-fon* qui apparaît dans le *Su-wen*, un ouvrage médical datant de la fin de la dynastie de *Chon*, France vers 300 avant JC.

Plus à l'Ouest, Hérodote raconte qu'en Perse, au Vème siècle, certains sujets étaient atteints de *Pisaga*, affection cutanée blanchâtre leur empêchant tout contact avec le reste de la population. Curiosité linguistique puisque *Pes* et *Pesegi* signifie lèpre en Iran (41).

La lèpre s'est ensuite répandue dans le monde au gré des conquêtes et des flux migratoires. Ainsi, dans l'Antiquité, on retrouve la lèpre chez Hippocrate qui désignait ainsi « *les affections squameuses de la peau* » (42). Ce dernier la considérait comme « *bénigne* » (7).

Fait intéressant, on retrouve une confusion entre la lèpre et l'éléphantiasis. Le terme éléphantiasis décrivait alors à la fois l'éléphantiasis vrai, maladie parasitaire, dite éléphantiasis des Arabes, mais également l'éléphantiasis dit des Grecs, la lèpre vraie appelée aussi pendant un temps léontiasis. La terminologie évolue ensuite progressivement au fur et à mesure des années. On notera tout de même que cette confusion trouve son origine en partie dans une « erreur » de traduction de la bible hébraïque en langue Grecque (8).

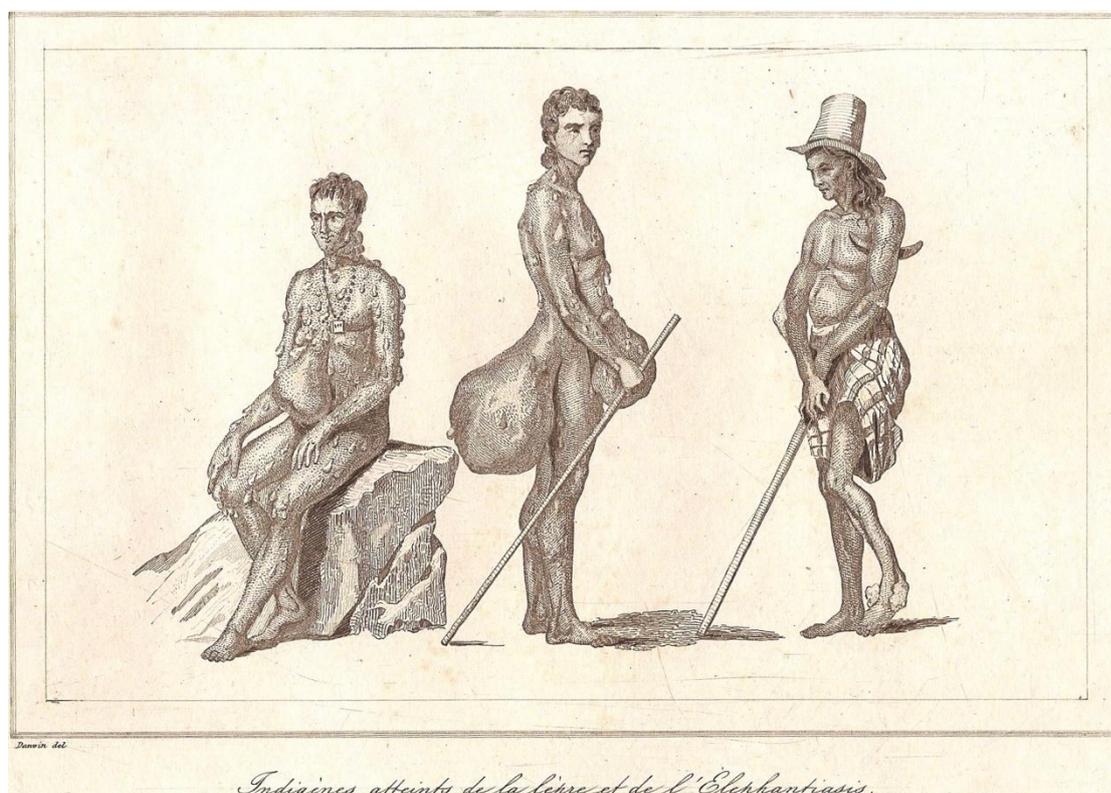


Figure 2 : « Indigènes atteints de la lèpre et de l'Elephantiasis » (Donateur privé)

2.1.2. Moyen Age

Depuis les premières descriptions de la maladie, la lèpre est considérée comme un châtement divin et inspire la peur.

Le lépreux est stigmatisé et est très présent dans la bible : « *Et le lépreux en qui sera la plaie aura ses vêtements déchirés et sa tête découverte, et il se couvrira la barbe, et il criera : Impur ! Impur !* » (9). Le malade a pour obligation de se signaler. Pour cela, il doit porter impérativement des signes distinctifs : la cliquette ou crécelle pour annoncer sa présence, une sébille ou un baril pour les aumônes et un hanap (sorte de petit verre car le lépreux ne peut à l'époque, emprunter le verre d'un homme sain). Il doit être vêtu de noir et porter des gants (43).

Jusqu'au XIIIème siècle, la maladie était diagnostiquée par un jury ecclésiastique n'ayant aucune connaissance médicale la plupart du temps (43). Le malade était décrété « impur » en cas de lèpre avérée ou « pur » si une autre affection dermatologique (vitiligo, teigne, eczématide, cicatrice dépigmentée notamment) était finalement retenue. Au XIIème siècle, lorsque la maladie atteint son apogée, les lépreux sont chassés, exclus, incarcérés et parfois brûlés (44).

Les malades sont progressivement enfermés dans des léproseries construites grâce aux trésors des croisades, ou bien dans un hôpital de l'ordre de Saint-Lazare de Jérusalem. Le retrait dans l'un de ces établissements s'accompagnait de l'abandon de tous les biens du malade aux mains de l'ordre qui devient rapidement l'un des plus riches de France et source de convoitise. Fait amusant, certaines personnes résidaient volontairement dans ces léproseries, leurs conditions à l'intérieur étant meilleures qu'en liberté.

Parallèlement à ces convoitises, naissent craintes et fausses accusations. En 1321, ils sont accusés d'avoir empoisonné l'eau des puits et des cours d'eaux afin de faire périr les chrétiens. Une ordonnance est donc établie afin que ceux-ci soient jugés puis enfermés à perpétuité ou brûlés (45).

Alors que l'extension de la lèpre en Europe est attribuée aux croisades (Cependant la lèpre existait déjà en Europe avant ces missions religieuses), les raisons de son déclin sont plus difficiles à établir. Dès la première moitié du XIVème siècle, on remarque un déclin rapide. Les hypothèses discutées pour expliquer ce déclin sont nombreuses. Il semblerait que les progrès de la police sanitaire avec l'amélioration des conditions d'hygiène et de l'habitat, mais également l'amélioration des connaissances, aient joué un rôle. Or, les épidémies de

peste et de variole qui emportaient les sujets les plus faibles, auraient également favorisé le recul de la lèpre (41).

Avec la diminution du nombre de malades, les Ladreries furent progressivement vidées. En 1543, François Premier ordonne de réviser les privilèges octroyés à ces Institutions. S'ensuivit l'interdiction de la Mendicité en 1543 puis la fermeture des léproseries avec l'édit de 1693 sous Louis XIV (46).

2.1.3. De la renaissance au XXème siècle

A la fin du XVème siècle et au début du XVIème, les colons européens partirent à la conquête du continent américain et importèrent la lèpre. L'esclavagisme, avec la traite des noirs et le colonialisme, contribuèrent également à son expansion. La lèpre aurait ainsi été importée en Afrique de l'Ouest par les explorateurs et les colons. En Afrique du Nord, des cas sont décrits au XVIIIème siècle, ces derniers auraient été importés par les colons européens ou directement d'Afrique.

Le XVIème siècle voit plutôt proliférer la syphilis (1). Un siècle auparavant, ces malades étaient d'ailleurs enfermés dans les léproseries, non pas par confusion avec le diagnostic de lèpre, mais par son mode de propagation qui était alors inconnu (43).

Cette période reste surtout importante pour les nombreux personnages et leurs découvertes ayant fait progresser les connaissances sur la maladie.

En 1873, Gerhard Armauer Hansen (1841-1913) trouve dans les granulations de nodules lépreux, découverte plus tôt par Danielssen et Boeck, des bâtonnets qu'il colore avec à l'aide de Neisser et leur donne le nom de *Mycobacterium Leprae* (2,47).

Il était déjà persuadé que cette maladie était contagieuse et justiciable de ségrégation (1)(48). En 1934, Edouard Jeanselme publie un traité qui deviendra une référence en matière de léprologie. Ce dernier s'attachera à décrire la lèpre dans son ensemble : historique, médico-social, ... Il est aussi célèbre pour sa volonté de laisser plus de liberté aux malades à une époque où la ségrégation était féroce (49).

En 1916, Kensuke Mitsuda découvre ce que l'on nommera plus tard le Test à la lépromine en injectant par voie intradermique une suspension issue de nodule lépromateux. Il observe que certains des malades présentent ou non une réaction locale.

En 1941, Guy Henry Faget découvre l'efficacité de la promine dans le traitement de la lèpre à Carville (Louisiane) où le traitement avait déjà été testé à titre expérimental sur la tuberculose (50,51).

Enfin, de façon plus contemporaine, les études génomiques nous permettent d'en apprendre plus sur l'origine de la maladie. Il semblerait en effet que tous les cas de lèpre disséminés dans le monde soient issus d'un même clône qui s'est peu modifié à travers les siècles. Celles-ci ont en effet permis d'établir avec une grande précision des relations généalogiques entre les génomes des différentes souches étudiées. L'origine du bacille semble provenir du Proche-Orient ou plus probablement d'Afrique de l'Est (3).

2.2. La maladie :

2.2.1. Définition :

La lèpre est une maladie infectieuse, transmissible, due à *Mycobacterium leprae* atteignant préférentiellement la peau, les muqueuses, le système nerveux périphérique, les yeux, et réalisant en fonction de l'immunité cellulaire du sujet infecté, différentes formes cliniques.

Selon l'OMS, un cas atteint de lèpre se définit comme : « *Un malade qui présente des signes évocateurs de lèpre, avec ou sans confirmation bactériologique et qui a besoin de suivre un traitement spécifique* » (52).

2.2.2. Épidémiologie

2.2.2.1. A l'échelle mondiale

Dans les années 80, la prévalence de la lèpre était de 5,4 millions. Par la suite, l'introduction de la PCT en 1983 (53) a permis une réduction de la prévalence de la maladie. Entre 2000 et

2005, la lèpre est passée de problème de santé publique mondial à national (54). Ainsi, devant le recul de la prévalence de la maladie (passé de 8,4/10 000 habitants en 1966 à moins de 1/10 000 à la fin 2000), les objectifs de lutte contre la lèpre ont évolué et en Avril 2016, l’OMS propose une stratégie mondiale de lutte contre la lèpre qui fixe 3 cibles dans le but de réduire la charge de morbidité de la maladie (4,55) :

- Zéro nouveau cas d’incapacité de degré 2 (ID2) chez les enfants. L’ID2 correspond à la présence d’une déformation ou d’une lésion visible (52).
- Réduction du taux de nouveau cas d’ID2 à 1 cas pour un million d’habitants
- Zéro pays disposant de lois ou d’une législation permettant la discrimination basée sur la lèpre.

Ces objectifs corroborent bien les principes fondamentaux de lutte contre la maladie que sont le dépistage précoce et un traitement complet par PCT.

Les Rapports Épidémiologiques Hebdomadaire publiés par l’OMS montrent ainsi un net recul de la prévalence.

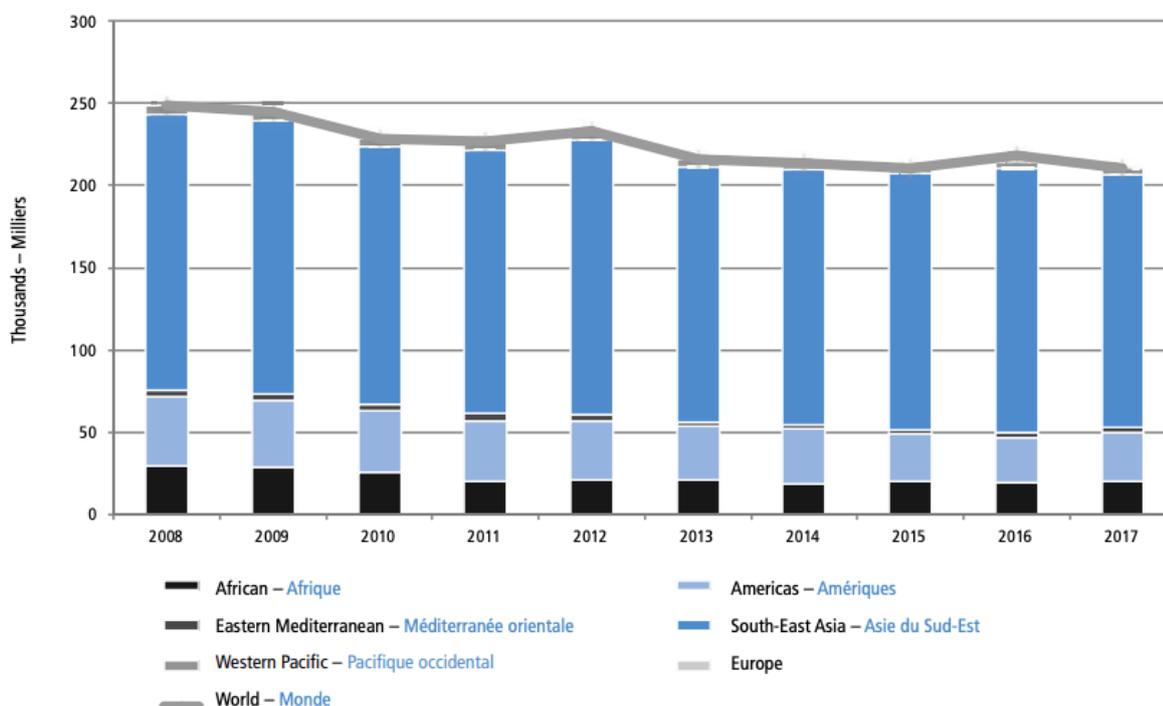


Figure 3 : Nombre de nouveaux cas dépistés par Région de l’OMS entre 2008 et 2017 (10)

Cependant, malgré la diminution de la prévalence, on remarque l'existence de pays où la lèpre reste endémique. Dans son rapport de 2017, l'OMS identifie 22 pays comme « pays prioritaires » en se basant sur un indice composite utilisant tous les programmes de lutte contre la lèpre (prévalence, détection de nouveaux cas, proportion de cas féminins...). En 2016, ces pays ont déclaré 95% des nouveaux cas de lèpres (proportion qui semble stable depuis une dizaine d'années).

Le nombre de nouveaux cas présentant une ID2 au moment du diagnostic est un indicateur direct de la détection précoce des cas (10). Dans son rapport de 2018, l'OMS note une diminution progressive de ces nouveaux cas d'environ 5% par an (soit 13 088 cas en 2015 vs 11 014 en 2017 dans ces « pays prioritaires »). Le taux d'ID2 par million d'habitants a également régressé à l'échelle mondiale, passant de 2,5 par million en 2008 à 1,6 par million en 2017 (soit 14 140 et 12 189 cas), mais il reste supérieur à la cible mondiale de 1 par million.

Autre chiffre intéressant, le nombre de rechutes. Ce dernier passe de 2 844 en 2016 à 3 192 en 2017, pouvant s'expliquer en partie par une augmentation de la résistance aux traitements mais également par un nombre important de traitements non achevés. Un taux de plus de 90% a été observé dans 39 pays pour la lèpre Multibacillaire (MB) et dans 19 pays pour la lèpre Paucibacillaire (PB).

Enfin, sur le nombre total de nouveaux cas dépistés en 2017, 82 922 (39,3%) étaient des sujets féminins, 16 979 nouveaux cas pédiatriques ont été détectés dont 238 présentant une ID 2.

2.2.2.2. En Nouvelle-Calédonie

Depuis la fermeture du Centre Raoul Follereau en 2016, le programme de lutte contre la lèpre a été repris par la DASS qui s'appuie sur les recommandations de l'OMS. Les patients sont suivis et traités dans le service de Médecine interne du CHT et la mission épidémiologique repose principalement sur le service de Santé Publique de la DASS (11).

Une enquête épidémiologique menée de 1983 à 2017 comptabilise 342 cas, avec depuis 1988, un taux de prévalence global annuel inférieur à 1/10 000 habitants, objectif fixé par l’OMS (56). Cependant il existe une zone de surendémie sur l’archipel des Béleps où le taux d’incidence moyen annuel 2007-2017 est de 126,5/100 000 habitants. De manière plus précise, au cours de la période 2010-2017, les taux d’incidence annuels moyens ont été de 126,5/100 000 habitants aux Beleps, 15,2/100 000 habitants à Canala et 11,8/100 000 habitants à Koumac. Dans la province des îles Loyauté à Maré, on note également que l’incidence moyenne a augmenté significativement entre le période 1996-2005 et 2006-2017 dépassant le seuil de l’OMS (13 cas/100 000 habitants). En province Sud, seuls 5 cas sporadiques sont survenus en dehors de la ville de Nouméa.

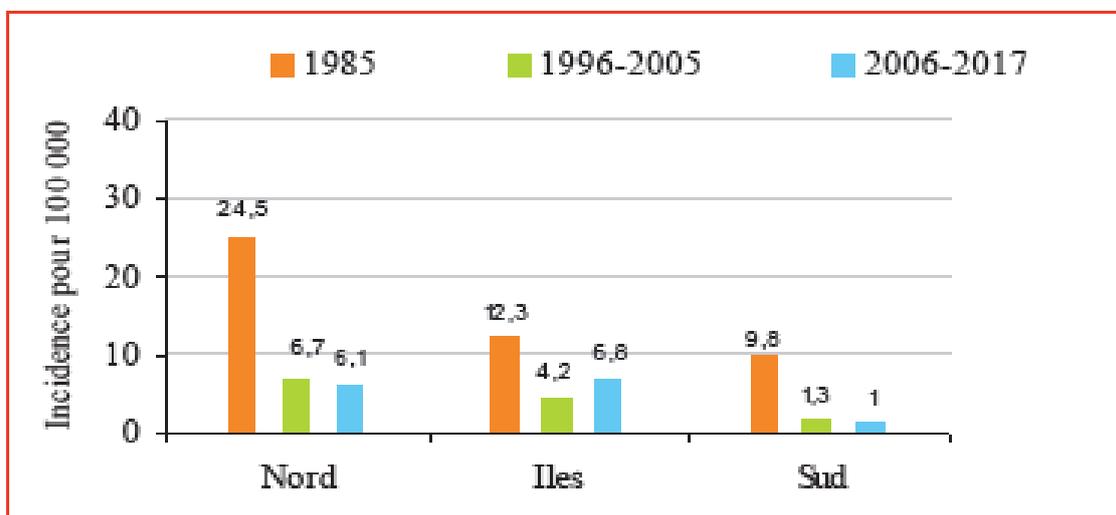


Figure 4 : Incidence moyenne pour 100 000 habitants par province de résidence (57)

Ces chiffres témoignent d’une persistance de foyers de transmission, d’autant plus que les formes nouvellement diagnostiquées dans ces zones sont principalement Multibacillaires et affectent depuis 2008 beaucoup plus la population pédiatrique (c’est-à-dire les moins de 16 ans) (57).

De façon plus générale, la diminution de l’incidence sur le territoire s’explique bien par l’introduction en 1983 de la PCT avec un taux de résistance aux traitements faible. Cependant, l’existence de zone où la maladie reste endémique s’explique par plusieurs facteurs comme l’isolement géographique mais aussi par le problème lié aux soignants qui ne sont pas nécessairement compétents (important turn-over de soignants dans les dispensaires).

On notera tout de même que l'histoire des Bélep que nous développerons plus loin peut expliquer cette prévalence de la maladie avec la détection récente du BH sur des prélèvements de terre et d'eau posant ainsi la question d'une contamination environnementale de la maladie sans que ce postulat soit prouvé.

2.2.2.3. Les missions du généraliste face à la lèpre en Nouvelle-Calédonie

A l'issue de l'étude précédente, la DASS a renforcé l'information auprès des soignants et de la population puis développé un programme de recherche active des cas, notamment dans les quatre communes les plus touchées.

Comme vu précédemment, la majorité des médecins généralistes sont installés en province Sud et en particulier dans le Grand Nouméa qui est une des zones où l'endémicité de la lèpre est la plus faible. Il n'existe pas de données précises sur le nombre de cas déclarés par les médecins généralistes, mais leur rôle n'est pas négligeable, en particulier en matière de dépistage. Aussi, le programme de contrôle de la lèpre édité par la DASS a pour but d'informer et sensibiliser les professionnels de santé dans la détection et le suivi de la pathologie. En cas de doute, il est conseillé de réexaminer le patient à distance ou bien de l'adresser dans le service de médecine interne (11).

La situation en brousse est tout à fait différente. Il existe un important Turn-Over des professionnels de Santé qui ne sont pas nécessairement compétents en matière de lèpre, dont le diagnostic reste difficile à établir même avec de l'expérience. Aussi la DASS organise des tournées de dépistage actif. En Avril 2018, aux Bélep 634 personnes ont été dépistées, soit 75,2% de la population recensée aux Bélep. Il a ainsi été constaté 11 cas suspects dont 4 ont été revus au dispensaire des Bélep par un médecin de médecine interne infectiologie du CHT et les autres revus directement dans le service (58).

2.2.3. Bactériologie (52)

L'agent pathogène : *Mycobacterium leprae*, ou bacille de Hansen, est un bacille de la classe des *Actinomycétales*, de l'ordre des *Mycobactériales*, de la famille des *Mycobacteriaceae*, du

genre *Mycobacterium*. Le genre *Mycobactérium* comprend plus de 90 espèces dont les trois principales sont *Mycobacterium tuberculosis*, agent de la tuberculose, *M. leprae* agent de la lèpre et *Mycobacterium ulcerans* agent de l'Ulcère de Buruli. En 2008, une nouvelle espèce de mycobactérie, *Mycobacterium lepromatosis*, a été isolée chez deux patients mexicains atteints de lèpre. *M.leprae* est un bacille alcool-acido-résistant de 1 à 8 µ / 0,3 à 0,5 µm, bâtonnet rouge (coloration de Ziehl-Neelsen), intracellulaire (pénétration, multiplication), non cultivable in vitro, inoculable à la souris et au tatou. Le séquençage complet du génome de *M.leprae* a été réalisé en 2001. Cette découverte a permis de mieux connaître *M.leprae*, bacille à croissance intracellulaire obligatoire avec un fort tropisme pour les macrophages et les cellules de Schwann.

Le réservoir de bacilles est l'homme malade, *M.leprae* étant éliminé par la muqueuse nasale et la peau en cas de plaie ou d'ulcération. *M.leprae* est considéré comme un bacille spécifiquement humain. Mais il existe des preuves de réservoir animal notamment les tatous et les écureuils rouges (59).

La transmission de *M.leprae* est essentiellement directe. Elle est due essentiellement aux lépreux multibacillaires, qui hébergent de très nombreux bacilles, alors que les lépreux paucibacillaires, qui hébergent peu de bacilles, ne sont pas ou peu contaminants. Le portage nasal (mouchage, crachats, aérosol) est à l'origine de la dissémination. La voie de pénétration peut être cutanée, mais c'est la voie respiratoire qui joue un rôle prépondérant.

2.2.4. Clinique (52)

Selon sa forme, la lèpre va s'exprimer de différentes façons. Au cours de l'histoire, les classifications de la maladie selon son expression clinique ont varié.

Aujourd'hui, dans un souci de simplification et de prise en charge thérapeutique précoce, l'OMS a adopté en 1996 cette classification :

- La forme Paucibacillaire qui se définit par la présence d'une à 5 lésions cutanées et/ou une atteinte nerveuse

- La forme Multibacillaire définie par la présence de plus de 5 lésions cutanées ou atteinte nerveuse

Une des classifications la plus célèbre reste cependant celle de Ridley et Jopling (1962) qui classe la lèpre en 5 formes : TT, LL, BT, BL, BB et I. En 1982, l'OMS les sépare alors en deux groupes : PB qui regroupe les forme I, TT et BT ; et le groupe MB qui rassemble les forme BB, BL et LL.

La forme tuberculoïde se manifeste par des lésions cutanées et des atteintes nerveuses. Parmi les manifestations cutanées, on remarque la présence de macules hypochromes aux bords bien définis, parfois infiltrés de distribution asymétrique.

L'atteinte neurologique, asymétrique, qui fait toute la gravité de la maladie se manifeste avec :

- Une hypertrophie des troncs nerveux
- Des troubles sensitifs
- Des troubles moteurs : griffe cubitale, main de « singe », steppage, griffe des orteils, paralysie du VII
- Des troubles trophiques : panaris, maux perforants plantaires, atteintes du squelette (géodes, image de résorption « en sucre d'orge sucé »)

La forme lépromateuse est une maladie générale qui associe :

- Des lésions cutanées (plus de 5), maculaires à limites floues de petites tailles, de distribution symétrique siégeant au niveau du visage et qui, si non traitées, peuvent donner des papules couleurs cuivre appelées « lépromes »
- Des lésions muqueuses : rhinite congestive
- Des signes neurologiques : la névrite lépreuse qui est une névrite hypertrophique et douloureuse, bilatérale et symétrique
- Des signes viscéraux : orchite, adénopathies, atteinte ophtalmologique (iridocyclite, kératite, cécité)

- Des signes ORL qui peuvent aller de la simple rhinite séreuse jusqu'à une déformation du nez dit « en lorgnette », « en selle » ou « en bouledogue ». L'atteinte laryngée est fréquente avec une raucité de la voix.

Entre les deux, il existe des formes dites « borderline » qui sont fréquentes et souvent sévères sur le plan neurologique. Elles se traduisent cliniquement par une association variable de forme tuberculoïde ou lépromateuse passant tantôt à l'une, tantôt à l'autre, via des réactions lépreuses qui sont de deux types :

- La réaction réverse (RR) ou réaction de type 1 : ce sont les lèpres borderlines (BL, BB, BT) qui passent à un versant à forte immunité (TT). La clinique est brutale avec des poussées inflammatoires au niveau cutané et des poussées de névrites douloureuses. A l'inverse, la réaction de dégradation correspond à une évolution vers le pôle lépromateux de patients peu ou mal traités avec une immunité dégradée. L'apparition est plus progressive et peu bruyante.
- La réaction de type 2 ou érythème noueux lépreux qui survient chez les lépreux LL en général après la mise en route des traitements. Le début est brutal avec une atteinte de l'état général et une atteinte cutané-nerveuse quasi-constante.

2.3. Histoire de la nomenclature

Il est intéressant de noter que sur le plan clinique, les formes n'ont pas toujours été distinguées de façon similaire à celles que nous connaissons aujourd'hui et les débats qui ont animé les différentes nomenclatures au cours des siècles ne sont pas sans intérêts pour notre étude.

En effet, certains des médecins qui œuvraient sur le territoire sont impliqués directement ou indirectement dans les décisions quant à la classification de la maladie. L'étude de la lèpre sur le territoire a donc joué un rôle sur les décisions nationales et internationales dans la lutte contre cette dernière.

Pendant de nombreuses années, les formes de la maladie ont été aussi diverses que variées. L'apparition de la biologie, de l'histologie puis plus récemment de la génétique, a progressivement permis d'améliorer les classifications des formes.

En 1867, le Dr Alfred Peltier (60) soutient une thèse sur la lèpre en Nouvelle-Calédonie et distingue deux formes de la maladie. Dans la première dite « *tuberculeuse commune* », le malade est décrit comme présentant « *des taches d'un rouge plus ou moins intenses* » avec « *des contours nets* » qui peut se confondre avec la forme tuberculeuse actuelle. Les descriptions suivantes font état de « *ganglions du cou* » « *durs et roulants* » puis ensuite d'une atteinte pharyngée « *entraînant des modifications profondes dans la fonctionnalité des organes atteints* » provoquant une « *voix enrouée et discordante* ». L'atteinte ophtalmologique semble également importante puisque « *la conjonctive oculo-palpébrale, la cornée, l'iris, sont envahis par l'infiltration {...} les parties profondes de l'œil s'enflamment* ». Enfin, dans cette forme, l'atteinte viscérale est très marquée, le développement de la maladie provoque une « *infiltration tuberculeuse suivie du ramollissement de la matière morbide et de l'ulcération se manifestant dans les tissus profonds et aux os eux-mêmes, et entraînant leur destruction* ».

Dans sa seconde forme, la « *lèpre anesthésique* » on note l'alopecie des sourcils ou bien encore « *l'hyperesthésie* ». Cependant, on remarque que « *la main offre {...} un effacement des saillies musculaires, des éminences thénar et hypothénar ; puis ses parties molles se crispent, se resserrent, et les doigts affectent une disposition en griffe...* » ainsi que l'apparition du « *mal perforant plantaire* ».

Difficile dans les deux cas de ne pas voir certaines similitudes avec les formes actuelles sans pour autant les ranger distinctement.

En étudiant de plus près les rapports de conférences internationales de la lèpre, on remarque qu'un virage a été effectué en 1931 lors de la conférence de Manille, puis en 1938 à la conférence du Caire (61,62). Avant ces dates, les discussions étaient nombreuses et les classifications diverses s'appuyaient sur la clinique. La forme Tuberculoïde avait d'ailleurs fait couler beaucoup d'encre.

Force est de constater à l'issue de ces deux conférences, on remarque l'adoption d'une classification faisant apparaître distinctement la lèpre Tuberculoïde et la forme Lépromateuse. La première est décrite comme « *un sous type de la forme Neural* », toutefois elle regroupe les cas de lèpre de bon pronostic, avec peu de bacilles et une IDR de Mitsuda ou test à la lepromine positif. La seconde forme est dite « *maligne* » de mauvais pronostic avec la

présence de nombreux bacilles. En 1947, le Dr Dubois propose de simplifier la nomenclature (63) et de la baser sur « *la relation germe-hôte* ». Apparaît alors la forme Paucibacillaire correspondant à la lèpre lépromateuse et la forme Multibacillaire pour la lèpre tuberculoïde.

Comme précisé plus haut, il faudra attendre 1962 pour voir apparaître la classification de Ridley et Jopling (64) puis 1996 la classification de l’OMS.

2.4. Diagnostics (52)

2.4.1. Clinique

La lèpre est une maladie avant tout clinique. L’examineur doit s’attacher à l’étude de l’histoire de la maladie ainsi qu’à un examen clinique rigoureux afin de déterminer la forme de la maladie pour classer et ainsi débiter le traitement le plus adéquat.

2.4.2. Bactériologique

La recherche de *M. Leprae* peut se faire, soit dans le mucus nasal à l’aide de frottis, ou bien par des biopsies de peau notamment au niveau du lobe de l’oreille. Les résultats sont souvent négatifs pour les formes pauci-bacillaires ou tuberculoïdes. Ces prélèvements sont ensuite soumis à la coloration de Ziehl-Neelsen et les lames examinées. Le nombre de bacilles comptés détermine l’index bactériologique calculé avec l’index de Ridley (65). La lèpre tuberculoïde a un Index Bacillaire (IB) négatif ou proche de 1 alors que la forme lépromateuse a un IB élevé, ce qui correspond à un risque élevé de transmission ou de rechute (66,67).

2.4.3. Les techniques moléculaires :

La sensibilité de la Polymérase Chain Réaction (PCR) est proche de 100% chez les patients présentant un IB positif, soit ceux présentant une forme lépromateuse. Toutefois, sa sensibilité est proche de zéro chez les patients présentant un IB négatif. La PCR n’est donc actuellement

pas recommandée pour le diagnostic de la lèpre. Son intérêt est d'étudier la résistance de *M.leprae* à la rifampicine (68-70).

FORME DE LEPRE	LI				
	TT	BT	BB	BL	LL
CLINIQUE					
signes généraux	-	-	-	±	+
— cutanés					
— muqueux	-	-	+	++	+++
— nerveux	+++	++	+	+	+
— viscéraux	-	-	+	++	++
BACILLE DE HANSEN					
• présence	-	±	+	++	+++
• Globi	-	-	-	-	+
IMMUNOLOGIE					
IDR de Mitsuda	+	±	-	-	-
BIOPSIE (peau)					
- HISTOLOGIE	infiltrat tuberculoïde	infiltrat tuberculoïde ⊕ bande de UNNA	infiltrat mixte	infiltrat lépromateux	LL _S infiltrat lépromateux
- BACILLE DE HANSEN					LL _P infiltrat lépromateux
• présence	-	±	+	++	+++
• Globi	-	-	-	-	+++

Figure 5 : Les différentes formes de lèpre (52)

2.5. Les traitements : de l'huile de chaulmoogra aux thérapies antibactériennes

2.5.1. Les traitements actuels

2.5.1.1. Les traitements médicamenteux

La prise en charge dans le monde a été révolutionnée par la mise en place de la PCT (71) puis par la gratuité du traitement en 1994 (72).

Le traitement actuel est basé sur trois antibiotiques : la dapsonne, la rifampicine et la clofazimine.

La dapsonne ou diaminodiphényl-sulfone (DDS) est un bactériostatique, synthétisé à partir de 1908 et dont la structure avoisine celle des sulfamides. Son efficacité sur le BH a été prouvée à partir de 1960. Il s'agit d'un traitement peu coûteux mais qui induit des résistances en cas d'utilisation en monothérapie.

La rifampicine (RMP) est très bactéricide. En effet, après administration de 600 mg en une prise, elle rend non viable 99 à 99,99% des bacilles. La résistance du BH à ce traitement est très rare (70).

La clofazimine (CLO) est bactériostatique. Elle aurait un effet neuro-protecteur et anti-inflammatoire limitant les poussées d'érythème noueux lépreux. Elle entraîne une coloration rouge violacée des peaux noires et rouge orangée des peaux blanches, souvent mal tolérée par les patients, et accentuant aussi la stigmatisation.

Le type de traitement est basé sur la classification clinique de l'OMS.

Pour les lèpres MB, le traitement comprend 100 mg de DDS et 50 mg de CLO une fois par jour associé à 600mg de RMP et 300 mg de clofazimine une fois par mois pendant 12 mois. Pour les formes PB, une dose quotidienne de 100 mg de DDS et une dose mensuelle de 600 mg de rifampicine pendant 6 mois. L'OMS a instauré des kits de traitement gratuits pour 28 jours (73).

En cas de lèpre PB à lésion unique, un traitement minute est possible. Il s'agit de l'association de RMP (600 mg), d'ofloxacine (400 mg) et de minocycline (100 mg) en une prise.

La PCT a été instauré afin, comme dans la tuberculose, d'éviter le développement de résistances. En cas de suspicion de résistance, un prélèvement est effectué pour mise en culture in vivo et analyse ADN afin d'identifier les mutations génétiques associées aux phénomènes de résistance.

Les états réactionnels doivent être traités en urgence en raison du risque de séquelles neurologiques. La corticothérapie générale est indiquée en cas de symptomatologie neurologique et peut être associée à du repos et des antalgiques. En cas d'érythème noueux lépreux et en l'absence de contre-indication, la thalidomide peut être prescrite.

2.5.1.2. Les traitements non médicamenteux (52)

Principalement chirurgicaux, les traitements sont connus depuis plus longtemps et se sont perfectionnés. Ils ont pour but de réduire la fréquence des infirmités. On dénombre quatre types de chirurgie :

- Chirurgie de propreté : drainage des collections suppurées.
- Chirurgie de régularisation ou d'amputation des extrémités mutilées.
- Chirurgie palliative des paralysies lépreuses afin de restaurer l'essentiel des mouvements perturbés ou perdus.
- Chirurgie directe du nerf lépreux dans le but de restaurer la fonction nerveuse.

2.5.2. Les traitements historiques

2.5.2.1. Les traitements médicamenteux

Ils sont nombreux mais le plus célèbre de tous reste l'Huile de Chaulmoogra. Le vrai Chaulmoogra ou *Hydnocarpus*, est un arbre d'Asie dont le fruit contient des pépins dont on extrait l'huile. Celle-ci se prescrivait soit en ingestion (avec comme effet secondaire l'apparition de trouble digestif en limitant la prescription), soit en injection Intra-musculaire (IM) ou Intra-veineuse (IV) (74).

Cette huile fût utilisée en Asie dès l'antiquité. C'est en 1854 qu'un médecin Britannique, Frederic John Mouat l'a fit connaître (75). Plus tard, c'est le médecin militaire Français Léon Stevenel qui mena de nombreuses études sur ce traitement. Malgré des effets secondaires importants ainsi qu'une efficacité aléatoire, elle jouissait d'une bonne réputation avant l'apparition des Sulfone dans les années 40.

Une réussite peu connue de cette huile fût rapportée par le pasteur protestant Philadelphie Delord qui, au début du XIXème siècle, l'utilisa à dose progressivement croissante et massive chez plusieurs lépreux rapportant des résultats encensés par la communauté scientifique et les journaux de l'époque (76).

Les traitements cités ensuite sont donnés à titre indicatif, étant tous plus originaux les uns que les autres. On peut penser que leur efficacité tient en partie dans le fait qu'ils ont été parfois testés sur des formes Paucibacillaires de lèpre dont le pronostic, nous l'avons vu, est plutôt favorable.

Rappelons qu'en 1897, le premier congrès sur la lèpre a lieu et la maladie est considérée comme incurable. C'est à ce même congrès que la sérothérapie de Carrasquilla fut rapportée.

Ce sérum était fabriqué à partir du sang d'un lépreux que l'on injectait ensuite à un animal afin de guetter l'apparition d'une réaction fébrile de sa part. Secondairement, le sang de l'animal était prélevé puis transformé en sérum afin d'être réinjecté au patient (77).

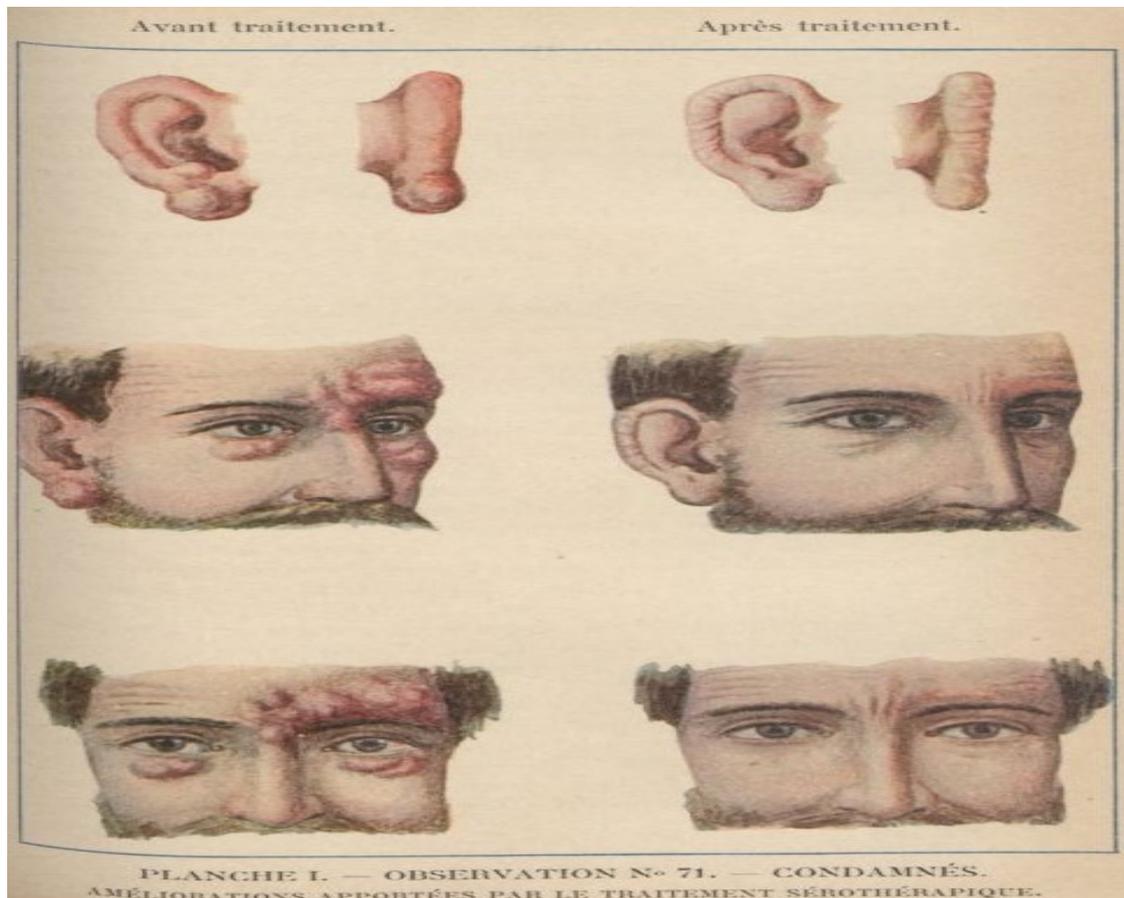


Figure 6 : Essais du traitement par le sérum de Carasquilla (92)

Autre traitement n'ayant pas démontré son efficacité, l'Eparseno 132 du Dr Pomaret ou Aminoarsénophénol que l'on voit apparaître dans plusieurs brochures publicitaires et journaux médicaux du début du XXème siècle (78).

La liste des médicaments qui furent supposés guérir la lèpre est exhaustive. L'huile gynocardique, arsenic, strychnine, mercure, sels d'Or, l'airol... Les citer tous n'aurait que peu d'intérêt hormis prouver qu'avant l'apparition de la dapsoné, ils n'avaient qu'une utilité symptomatique sur la maladie.

2.5.2.2. Les traitements non médicamenteux

A l'image des traitements médicamenteux, les mesures thérapeutiques non médicamenteuses expérimentées étaient nombreuses. Principalement à base de crème ou d'onguent (baume de gurjun, baume de copahu, ...), ces traitements étaient également symptomatiques et bien souvent employés lors de pansements plus ou moins complexes.

L'une des mesures non médicamenteuses la plus usitée fut l'isolement, appliqué dans l'ensemble du monde. D'abord instauré sous la contrainte comme le stipule le congrès de Berlin, puis progressivement assoupli, à l'issue du Congrès de Strasbourg de 1923, il est toujours recommandé mais sous couvert d'un « *isolement humanitaire* » (79). La ségrégation est ensuite unanimement condamnée au congrès de La Havane en 1948 (80). Parallèlement à ces mesures, les recommandations d'hygiène qui avaient évité pendant plusieurs siècles la propagation de la maladie ont également été édictées (81,82).

Les bains étaient également utilisés. Sur la côte Est de la grande terre, plusieurs existaient dont la plus célèbre est celle de la Crouen. Une source sacrée mais qui était utilisée en tant que station thermale au début du XXème siècle pour ses eaux chaudes et sulfurées que l'on croyait thérapeutique sur bon nombre de maladies dont la lèpre. Plusieurs autres existaient notamment sur la côte Sud. Le Dr Kermorgant en dressera une analyse complète dans un rapport de 1901 (83).

Pour terminer, une autre classe de traitement fût également utilisée dans le monde et en Nouvelle-Calédonie : la physiothérapie ou électrothérapie. Importés sur le territoire grâce au Lepers trust board de Nouvelle-Zélande, les appareils étaient employés principalement pour réduire les séquelles névritiques des malades (comme les douleurs d'origine neurologique ou bien les griffes) et ainsi améliorer la qualité de vie des patients à l'époque où les sulfones commençaient à arriver (84,85).

2.5.3. Les traitements traditionnels

Cette partie qui aurait pu être abondée de façon plus qu'intéressante ne le sera malheureusement pas devant le peu de données existantes dans la littérature. En effet, l'ensemble des traitements se transmettant de manière orale, il est difficile d'y avoir accès.

Pour autant, nous avons quelques exemples. En 1891 un certain Moriceau parvient à récupérer pour des raisons commerciales évidentes une recette qui lui a été apprise par un sorcier Kanak. Il détaille ainsi l'opération : « *il écrase dans l'eau, les feuilles du Méjioué et fait boire le résultat aux malades, il leur fait manger les feuilles du Kako et du Kouréliono, il mâche lui-même le Pembarada, crache sa salive ainsi chargée sur les plaies ou taches, et les recouvre ensuite d'une couche de charbon écrasé très fin...* ». Stupéfait par les résultats de la procédure sur un enfant de 14 ans lépreux, il propose d'en étudier l'efficacité en précisant que « *Toutes ces plantes sont très abondantes et il serait facile de s'en procurer de grandes quantités* » (86).

Une liste de remèdes est également retrouvée dans les témoignages d'anciens résidents de la léproserie de Ducos : cœur de goyave, liane jaune ou d'argent, riz grillé, tisane de niaouli, jus d'hibiscus, ... Ces derniers étant principalement utilisés pour contrer les effets secondaires de l'huile de chaulmoogra ou bien pour soulager les douleurs. La scarification à l'aide de tesson de bouteille ou bien de valve de coquillages aiguisés était également beaucoup employée, surtout sur les œdèmes ou bien les abcès (87).

Afin d'établir un parallèle avec les explications données plus haut, la lèpre étant une maladie importée, elle se range alors dans les maladies dites de « l'homme Blanc ». La pharmacopée Calédonienne n'ayant alors pas d'outils visant à la guérir, l'attitude Calédonienne passa par une période de confusion, de refus, puis finalement d'une acceptation. Cependant, l'utilisation des thérapeutiques « hippocratiques » fût conjuguée aux remèdes visant à restaurer un équilibre causé par cette maladie que l'on pourrait ranger dans la classe des affections dites « totémiques ».

MATERIEL ET METHODE :

Afin d'abonder ce travail, nous avons réalisé une revue narrative de la littérature.

La recherche bibliographique a été réalisée de Décembre 2018 à Janvier 2020. La période recherchée s'est étendue de 1774, date de la découverte de l'île, jusqu'à nos jours.

La recherche a été réalisée à la fois à partir d'une recherche numérique sur la base de données MEDLINE, la bibliothèque numérique *Médica* de l'Université de Paris-Descartes, et également dans les différents services d'archives documentaires en Nouvelle-Calédonie.

Les critères de sélection au niveau des bases de données numériques comprenaient tous les articles complets (les abstracts ou résumés seuls n'ont pas été inclus) en langue française et/ou anglaise, les mots clés utilisés pour la recherche étaient : « Lèpre » et « Nouvelle-Calédonie » ou « Nouméa ». Tous les résultats de cette première recherche furent combinés et comparés avec la recherche du terme « Histoire ».

Ces recherches numériques furent éventuellement complétées par des sources en ligne comme le site de l'Organisation Mondiale de la Santé, particulièrement pour des données démographiques et/ou épidémiologiques.

Comme précisé précédemment, la deuxième partie de la recherche bibliographique concernait une recherche manuelle réalisée au niveau : des Archives Territoriales de la Nouvelle-Calédonie, la Bibliothèque Bernheim à Nouméa, la médiathèque du centre Jean-François Tjibaou à Nouméa et les archives du Service de Conservation et Valorisation du Patrimoine à Nouméa. Ont été inclus pour notre étude des documents officiels, des livres sur l'histoire de l'île, ainsi que des témoignages d'anciens soignants et patients concernés par la lèpre. L'élaboration de ce travail n'aurait également pas été possible sans la générosité de collectionneurs locaux (dons d'archives) et l'aide précieuse des acteurs du système de santé local.

Malheureusement, une partie importante des informations concernant la seconde moitié du XXème siècle n'existe plus, en raison de la disparition des archives de l'ancienne et principale léproserie de l'île.

Au total, 266 références furent examinées pour notre étude, 111 étaient des abstracts sans articles, étaient incomplètes et/ou ne concernaient pas notre objectif de recherche et donc n'ont pas été incluses.

RESULTATS

1. HISTOIRE DE LA LÈPRE EN NOUVELLE-CALEDONIE

1.1. De l'origine de la maladie sur le territoire

Bien que certains auteurs aient pu penser que la lèpre existait déjà en Nouvelle-Calédonie avant l'arrivée des premiers européens, tout tend à prouver le contraire, en tout cas, pas de façon sporadique.

Reprenons le cours de l'histoire pour nous rendre compte des difficultés à établir l'origine de ce fléau sur les terres Calédoniennes.

Nous sommes en 1774 (1771 dans le rapport de voyage de de la Billardière), Du 5 au 12 Septembre, le Capitaine James Cook et son équipage arrivent à Balade. Ils découvrent une population autochtone « *en bon état sanitaire* » mais le Capitaine constate que certains ont « *des bourses enflées* » et le naturaliste de l'expédition, James Forster, remarque que plusieurs « *avaient des jambes et des bras prodigieusement forts et semblaient affectés d'une espèce de lèpre* »

Ce dernier, intéressé par ces observations, procède à l'examen clinique de plusieurs d'entre eux et retrouve « *kystes* », « *pustules* » ou encore « *enflures* » ne semblant leur poser que peu de soucis et, dans son rapport, parle de « *lèpre dont cet éléphantiasis en serait une forme* » (88).

Quant au Docteur Sparrman, médecin de l'expédition, il raconte avoir vu sur « *sur l'île une fille qui avait de grandes taches blanches* » mais qu'il ne rapproche en aucun cas à la lèpre.

Plus tard, en 1791 d'Entrecasteaux part à la recherche de La Pérouse et de ses fameux vaisseaux La Boussoles et l'Astrolab, célèbres pour leurs mystérieuses disparitions dans les eaux du pacifique. Le naturaliste de l'expédition JJ de La Billardière décrit dans son livre un

contact visuel « avec une douzaine de Calédoniens » mais il n'y a pas de contact physique avec les habitants de l'île (89).

L'île n'est que peu visitée par la suite. Mais quelques dates restent intéressantes pour la suite. Notamment en 1840, on note l'arrivée des premières missions protestantes de la « London Missionary Society » sur Maré et l'île des pins. Suivie par l'arrivée en 1843 des premiers Catholiques avec Msr Douare. Ces missionnaires religieux auront un rôle non négligeable dans la signalisation des cas, ainsi que dans la prise en charge des malades. (Nous y reviendrons dans le chapitre 4). De 1841 à 1843, ce fut le temps des santaliers avec la création de quelques comptoirs ainsi que des premiers contacts avec la Chine, mais peu d'informations sur une quelconque lèpre remontent.

La France prend possession de l'île en 1853 et le premier convoi de bagnards est envoyé en 1854. Jusqu'en 1870, la maladie semble peu inquiéter, ne touchant pas ou peu la population « blanche », même si les missionnaires indiquent la présence de la maladie dès 1865 et qu'un chef de Canala meurt « d'un mal inconnu » en 1867 (90). Le premier cas officiel de lèpre est déclaré en 1883 au sujet d'un néo-hébridais (Dr Vauvray) suivi en 1889 du premier cas Européen.

Quoi qu'aient pu penser les médecins et les autorités de cette époque, il ressort que la lèpre n'existait pas avant 1866 d'après les rapports des missionnaires présents sur le territoire avant la colonisation Française (91).

1.2. De la déclaration des cas aux premières mesures

1.2.1. Le temps de prendre une décision

Bien qu'au courant, les autorités ne semblaient guère concernées par le problème de la lèpre jusqu'en 1889. Les cas chez les Kanaks étaient nombreux et l'on pensait que leur sort était dû à leur mode de vie dit « *sauvage* » (vie en case, hygiène précaire, peu ou pas de vêtements, ...) laissant croire aux « *blancs* » que leurs semblables seraient protégés de ce fléau.

Il est intéressant de constater que le délai entre 1865, où des missionnaires signalent l'existence probable de la maladie, et 1888 où l'action du Dr Forné pousse les autorités à créer

trois léproseries, il s'écoule 24 années (91). Mais revenons un peu sur ce passage de l'histoire pour mieux comprendre son déroulement.

Comme évoqué précédemment, la tendance concernant la contagiosité de la lèpre s'orientait vers l'hérédité. L'histoire nous a appris à de nombreuses reprises la difficulté de faire changer un postulat bien établi.

Le Dr Legrand publie en 1891 dans les archives de Médecine navale et coloniale une première étude sur la maladie dans laquelle il relate l'histoire « *d'un chinois arrivé sur l'île en 1865 ... couvert de plaies hideuses* » qui aurait vécu auprès des populations locales, migrant sur une grande partie Est du territoire. Les Médecins de l'époque, Rebuffat et Brassac, fervents anti-contagionistes, pensaient qu'il était à l'origine de l'apparition du fléau sur le territoire. Aussi, appuyaient-ils leur théorie sur la révolte Canaque de 1878, au cours de laquelle les « *révoltés* » de la côte ouest furent emprisonnés dans les tribus de la côte Est ainsi que sur l'île des Pins et, par « *hérédités* », auraient transmis la maladie. Parmi les coupables présumés, on retrouve l'histoire de 5 néo-hébridais examinés en 1880 par le Dr Vauvray et porteurs selon lui de « *lèpre amputante* » (92).

Le Dr Forné qui résida en Nouvelle Calédonie du 1^{er} Janvier 1888 au 20 Décembre 1889 (91) en tant que chef du service de santé, tente alors de contrer l'argument de l'hérédité en exposant plusieurs éléments d'observation :

- L'argument de « *l'évolution tardive* » de la maladie chère aux anti-contagionistes est contré par l'idée que la tuberculose était bien contagieuse alors que l'on a longtemps pensé que sa contagion venait de l'hérédité.
- L'histoire du « *libéré Louis* », premier cas de lèpre Européen découvert. Décrit comme indemne de la maladie à son arrivée et devenu lépreux peu de temps après sa libération après avoir voyagé dans plusieurs endroits de l'île, semble mal expliquer l'hypothèse héréditaire.
- La rapidité et l'intensité de la propagation de la maladie ne peuvent s'expliquer par l'hérédité seule.

Les arguments d'observation sont nombreux et c'est ce même médecin qui pousse « *un cri d'alarme en Août 1888* » voyant la progression importante de la maladie dans le nord (92).

A l'époque, le Gouverneur est alors Monsieur Novet qui quitte le territoire le 15 Juillet 1888. En attendant l'arrivée du Gouverneur Noel Pardon le 12 Janvier 1889, c'est le Colonel Pons qui assure l'intérim. Sous cet intérim que le Dr Forné (qui n'était pas pris au sérieux par les administrations précédentes) fait créer le 26 Décembre 1888 une commission spéciale donnant un avis favorable à la rédaction d'un arrêté qui sera signé le 28 Janvier 1889 (93).

Cet arrêté prévoit alors l'internement des lépreux dans une léproserie sur l'îlot Sainte Marie, ainsi que la création « *d'autres établissements de même nature* ». Une décision presque inespérée en sachant que les mois précédents, le conseil d'administration bien qu'au courant de la progression du fléau, ne souhaitait rien faire de peur de « *jeter l'effroi dans la population...* » (92).

Aussi dans un discours du 24 Août 1889 (94), Noel Pardon évoque les budgets alloués à la création de ces léproseries mais également l'action du chef des affaires indigènes, Mr Gallet qui aurait, à priori, réussi à convaincre les chefs à « *livrer leurs malades* ». Un discours finissant sur une touche d'optimisme presque coupable puisqu'il prévoyait une éradication totale de la maladie avant la fin de l'année suivante. L'histoire lui donna bien évidemment tort.

Cependant, devant l'importance du budget et les conséquences désastreuses que pourraient avoir ces mesures de rigueurs sur les populations indigènes, aucune mesure n'est réellement prise avant fin 1889.

Quoi qu'il en soit, un arrêté du 30 Novembre 1889 (95) prévoit alors la création de deux léproseries : la première à l'île aux chèvres dans la baie de la Dumbea (qui supplante celle de l'îlot sainte Marie) et la seconde à Canala au pic des morts. Plus tard, le 8 Février 1890, une 3^{ème} léproserie est prévue au Cap Bocage. Fait notable, ces léproseries n'étaient prévues que « *pour les indigènes* ». On était encore à débattre de la transmission de la maladie et l'on pensait que celle-ci ne toucherait alors jamais l'homme blanc (60). Théorie, encore une fois de plus, très surprenante puisque, suivant le bilan du 1^{er} Janvier 1890, 6 cas de lèpre touchant les européens transportés étaient connus. Le Dr Peltier à la fin de sa thèse préconisait alors « *la création d'une léproserie munie d'un laboratoire* » ainsi que « *l'internement {...} dans un territoire limité de tous les sujets atteints de lèpre* » (60).

En 1891, le Dr De Grall devient directeur du service de santé et, avec lui, la création d'une quatrième léproserie dans le 4^{ème} arrondissement au lieu-dit Tipouandap près de Hienghène. Enfin une cinquième sera créée le 24 décembre de la même année à Maré au lieu-dit « Recabidjo » (96). Cependant le problème de la lèpre reste entier. Pour preuve, l'année suivante on ne dénombre pas moins de 40 lépreux dans la population européenne, poussant l'administration à prendre la mesure de la création d'une léproserie centrale devant l'échec de ces léproseries dites « partielles ». Notons ici que sur le plan épidémiologique le nombre de lépreux dit « indigènes » était estimé à plus de 4 000 (91) et les mesures prises par l'administration ont surtout pour but d'éviter la propagation du fléau à la population européenne.

1.2.2. La léproserie des Bélep (1892-1898)

L'archipel des Bélep, isolée à l'extrême Nord de la Grande Terre avait commencé à intéresser l'administration en 1878 lors de la révolte Kanak où plusieurs centaines d'insurgés furent envoyés (97).

C'est la spectaculaire propagation de la lèpre qui poussa l'administration à s'y intéresser une seconde fois dans le but d'y créer une léproserie centrale. En effet, si l'on regarde de plus près du point de vue épidémiologique, le maximum de cas fût recensé entre les années 1890 et 1900. Le nombre de cas s'élevant de 4 000 à 5 000 malades en 1890 (sur 25 000 habitants soit une prévalence d'environ 1 600 à 2 000 cas pour 10 000 habitants) contre 2 000 cas pour 10 à 15 000 habitants au début des années 1900 (soit une prévalence de 1 300 à 2 000 cas pour 10 000 habitants) (98). Difficile cependant d'avoir des statistiques précises, le nombre de malades, tout comme le nombre d'habitants étant basé sur des estimations, plus que sur des enquêtes sérieuses. Pour en témoigner, regardons les estimations du Dr Ortholan en 1911, qui recensait, lui, 33 000 habitants en 1891 et 29 000 en 1901. Des chiffres bien différents de ceux de ses prédécesseurs (99). Quoi qu'il en soit, on peut noter une importante mortalité également causée par d'autres épidémies comme la peste (100).

Ce projet a été mené suite à l'enquête du Dr De Grall (101) qui, constatant l'échec des premières léproseries, proposa l'idée d'un établissement central. Alors que certains de ses

prédécesseurs prédisaient la disparition de la population Kanak (Dr Forné), Dr De Grall proposait des mesures « *plus humaines* » où les lépreux « *seraient installés de façon à pouvoir vivre d'une vie en quelque sorte normale* ». Il prenait aussi pour exemple une léproserie à Honolulu où les malades semblaient vivre de façon plus décente qu'aux Bélep.

Dans son discours d'ouverture de la session ordinaire du conseil général du 4 Avril 1892, le Gouverneur Laffon, semblait préoccupé par la question de la lèpre. Il proposait alors l'archipel des Bélep qui, selon lui, possédait tous les attributs nécessaires à l'isolement, notamment une « *communication facile* » avec la Grande Terre. Un Budget de 60 000 F fut alors alloué. Les habitants originels de la Baie d'Ouala furent déportés vers la région de Balade et, en octobre 1892, un premier convoi débarque 241 malades (102).

Malgré les difficultés initiales, cet établissement fut maintenu. Le 22 septembre 1893, le Président de la République Française (Sadi Carnot) signe un décret relatif aux mesures à prendre en Nouvelle-Calédonie à l'égard des personnes atteintes de la lèpre. Ledit décret prévoit l'internement de toutes les personnes malades de la lèpre qui en feront la demande et l'envoi d'office, après un temps d'observation dans les léproseries provinciales de toutes personnes reconnues atteintes de la lèpre qui n'auraient pas les moyens de se soigner. Les lépreux issus de la population pénale seront internés dans une partie spéciale de la baie d'Ouala. A noter que ce décret stipule que les personnes de condition aisée pouvaient être autorisées à se soigner à leur domicile (103).

En 1892, la somme octroyée pour faire fonctionner la léproserie est de 60 000 Francs. Cependant elle s'avère rapidement insuffisante et l'administration se désinvestit de la gestion de la structure qui préfère confier les malades au prêtre de la mission mariste (RP Moritz) et aux religieuses. D'ailleurs, malgré un budget de 65 000 Francs en 1897, la structure ne possède toujours aucun médecin (98).

En novembre de la même année, les problèmes de ravitaillement commencent. En 1895, l'archipel « *ne possède plus de viande fraîche* ». La mortalité est énorme et les fugues fréquentes, sur environ 600 lépreux envoyés, seuls 172 sont encore sur l'île au 1^{er} Janvier 1897. Les rapports médicaux du pharmacien Pottier en 1894 et, l'année suivante du Dr Lasselves, émettent des avis défavorables sur cet établissement en signalant des conditions d'hygiène défavorables et des conflits entre les villages lépreux. L'isolement est alors qualifié

de « *leurre* » puisque les anciens habitants reviennent souvent sur leurs terres et que l'on laisse libre cours aux malades de faire commerce avec l'extérieur, prétextant que les lépreux des villages de la grande terre font de même. Le Dr Lesselves déclare au sujet de la léproserie : « *Un établissement sanitaire installé dans des conditions d'hygiène déplorable, où l'on jette de temps en temps des lépreux auxquels on porte une nourriture insuffisante. Il semblerait que cet établissement n'ait été fondé que pour émettre la prétention que l'on possède une léproserie et que des mesures ont été prises* » (98).

En 1898, la léproserie de l'île d'Art est fermée à la suite du rapport du Dr Pierre (96). L'administration pénitentiaire maintient sa léproserie jusqu'à 1913, date à laquelle les malades seront évacués à Ducos dans la vallée de N'Du (104).

Les lépreux Kanaks seront isolés de manière fictive dans des « léproseries indigènes » décidés aléatoirement (9 initialement) par le Directeur des affaires indigènes. Les lépreux européens seront isolés à l'île aux chèvres. Les malades de la pénitentiaire sont répartis entre la baie d'Aüé aux Bélep, la pointe Nord de l'île Nou et à l'hôpital du Marais, où l'on tente un sérum anti-lépreux (Nous sommes loin de l'application du décret de 1893...). Par ailleurs, le Dr Auché stipule déjà dans son rapport les possibilités d'isolements dans des conditions plus humaines au niveau de Ducos mais ces mesures seront appliquées plus tardivement (98).

1.2.3. Le temps des léproseries partielles (1898-1938)

À la suite de l'échec des Bélep se développèrent les léproseries partielles, destinées aux « *Canaques* ». Le principe était simple et économique : isoler à « *une distance raisonnable* » de leurs tribus les « *Canaques* » déclarés lépreux, la réussite de l'isolement et des soins étant laissée à l'autorité du chef de tribu. Quant aux passages des médecins, rien n'était très établi.

Les plus avertis criaient à l'échec et proposaient de nouveau la création d'un établissement central. Les médecins évoquaient déjà Ducos. Mr Gelot, chef de service des affaires administratives et commerciales, évoque lui aussi Ducos à la place de l'îlot Sainte Marie, pour les blancs de conditions libres (alors répartis entre l'île aux Chèvres, la baie de l'orphelinat et le domicile), le problème étant le coût évalué en 1898 à plus de 100 000 Francs. L'administration avançait le problème de la propriété de la presqu'île qui appartenait à l'Etat

et servait de lieux de déportation. Un simple courrier au ministre de l'époque aurait pu arranger la situation. Ministre qui, par ailleurs, demandait dans une dépêche datant du 23 Avril 1899 (105), l'application du décret du 22 septembre 1893 et la création d'une léproserie centrale pour « *les indigènes et la population pénale* ». Un certain Deligny, membre du Conseil Général, aurait demandé de lui répondre que les souhaits du ministre avaient été satisfaits avant la réception de ladite dépêche, et que, par conséquent « *il ne lui appartient plus de s'occuper de cette affaire* ». Voyons ici la marque d'un profond désengagement couplé d'un affront des services administratifs de l'île face au problème lépreux...

Ces lieux s'ouvrent et ferment progressivement, comprenant un nombre parfois ridicule de malades, certains n'en abritant qu'un seul, laissé à l'abandon. Les voix s'élèvent pour protester contre ce système. Pourtant, on en dénombrera jusqu'à 64 en 1924 (101). Le père Fraysse les dénoncera comme « *une utopie* », « *une économie bien mal placée {...} au dépend de la santé publique* » (90).

La lutte méthodique s'organisa à partir de 1911 par le Dr Leboeuf, Médecin des troupes coloniales, qui fut le premier à adopter le dépistage systématique dans toutes les tribus de la grande terre et des îles Loyautés. Il établit un plan de lutte en 1913 avec la création, la même année, de l'institut Microbiologique Gaston Bourret, siège du service central de lutte contre la lèpre à Nouméa.

Dans un rapport de 1914, le Dr Leboeuf détaille son action (106) :

Premièrement, les lieux d'isolement : ces derniers avaient été rénovés et les villages d'isolement, bien que nombreux, étaient plus organisés avec des visites médicales régulières. L'auteur pensait même que l'idée d'une léproserie centrale pour les Canaques devait être « *abandonnée* ».

Deuxièmement, les sujets malades ou suspects étaient fichés et inscrits dans un registre. La surveillance des malades dans les villages d'isolement était soumise à un arrêté du 1^{er} Juillet 1913. L'arrêté prévoyait que les Canaques ne pouvaient être envoyés, ni être libérés de ces villages, sans l'avis du directeur de l'Institut microbiologique. Autrement dit, l'Administration locale, à qui la charge d'organiser les tournées de recensement, devait obligatoirement remplir sa fonction.

Troisièmement, les tribus devaient être visitées chaque année pour dépister les nouveaux cas à l'aide de médecins de l'institut microbiologique.

Quatrième point intéressant, l'édition d'une brochure à visée éducative pour la population européenne, afin qu'elle soit informée au mieux de la maladie et puisse ainsi aider dans la lutte contre le fléau.

Enfin pour les malades réticents à l'isolement, un arrêté fut pris le 13 septembre 1913 leur interdisant notamment l'exercice de certaines professions. Ceux qui ne s'y pliaient pas, étaient soumis à plusieurs peines.

Bien que motivée par une amélioration du sort des malades, une profonde différence existait entre les traitements réservés aux européens et ceux aux Kanaks. Le Dr Leboeuf avait aussi dans l'idée de créer une léproserie pour la population blanche afin de la protéger, mais également avertissait la population blanche qui employait du personnel Kanak suspect de lèpre.

En 1912, la capacité d'accueil maximum était atteinte sur l'île aux Chèvres (les malades seront transférés à Ducos en 1918) et la léproserie pénitentiaire des Bélep fut fermée en 1913. Les relégués furent dispersés dans différents centres pénitentiaires et les libérés s'établirent où bon leur semblaient hormis certains évacués vers Ducos. Un décret du 17 Juillet 1915 établit ainsi les règles qu'ils devaient suivre, avec notamment une visite médicale annuelle par un médecin de la pénitentiaire (107).

Le Dr Leboeuf organise la première vraie enquête épidémiologique, les chiffres antérieurs étant autant spéculatifs qu'imprécis. En 1914, la population totale Kanak est de 28 000 individus dont 715 lépreux soit 2,6%. Chez les « *éléments d'importations* », autrement dit les populations immigrées sur le territoire, le recensement fait état de 11 500 « *blancs libres* » dont 104 malades soit 1 à 1,1% et de 5500 individus de « *l'élément pénal* » dont 107 malades, soit 2 à 2,5%, l'auteur précisait à juste titre que ce dernier chiffre allait progressivement diminuer du fait du vieillissement de cette population qui n'est plus renouvelée depuis l'arrêt du bagne.

Le problème de la lèpre est écarté pendant la Première Guerre Mondiale. Ce n'est qu'en 1919 que la lutte reprend (108). De nombreuses léproseries partielles furent supprimées, on en

comptait encore 43 en 1933 et plus que 10 en 1936. Elles prennent également progressivement le nom de villages agricoles spéciaux dont le fonctionnement est basé sur la léproserie de Cila. Cette dernière, située sur l'île de Maré, a été créée et organisée en partie grâce à la formidable énergie du Dr Marc Tivollier, médecin Bordelais (90) qui proposa plusieurs idées novatrices notamment celle que les soins qui seront dispensés aux malades seront « neutres ». Un premier pas vers une évolution des mentalités.

Aussi, en 1938, on compte sur la grande terre, trois léproseries :

- Ducos qui accueille les Européens et les kanaks de la côte ouest (plus ceux des Bélep et de l'île des pins)
- Kananou près d'Houaïlou pour les kanak du Sud et de la côte Est
- Maina près de Hièngène pour les kanak du Nord et de la côte Est

On en compte également sur les îles Loyautés, 2 à Maré (une pour les catholiques, l'autre pour les protestants), 1 sur Lifou (Cila), Une sur Ouvéa (109,110).

1.3. Des temps nouveaux

1.3.1. Le sanatorium de Ducos

Après la Première Guerre Mondiale, l'organisation de la lutte anti-lépreuse fut modifiée. Par arrêté du 22 Mars 1918, la léproserie de Ducos fût créée. L'Etat cède alors à la colonie l'ensemble des biens fonciers et matériels de l'administration pénitentiaire. Les malades sont séparés dans 3 quartiers : la baie de Ducos qui regroupe les malades européens, la baie de N'Du réservée aux malades « *indigènes* », et enfin la baie de Numbo pour les malades du Bagne.

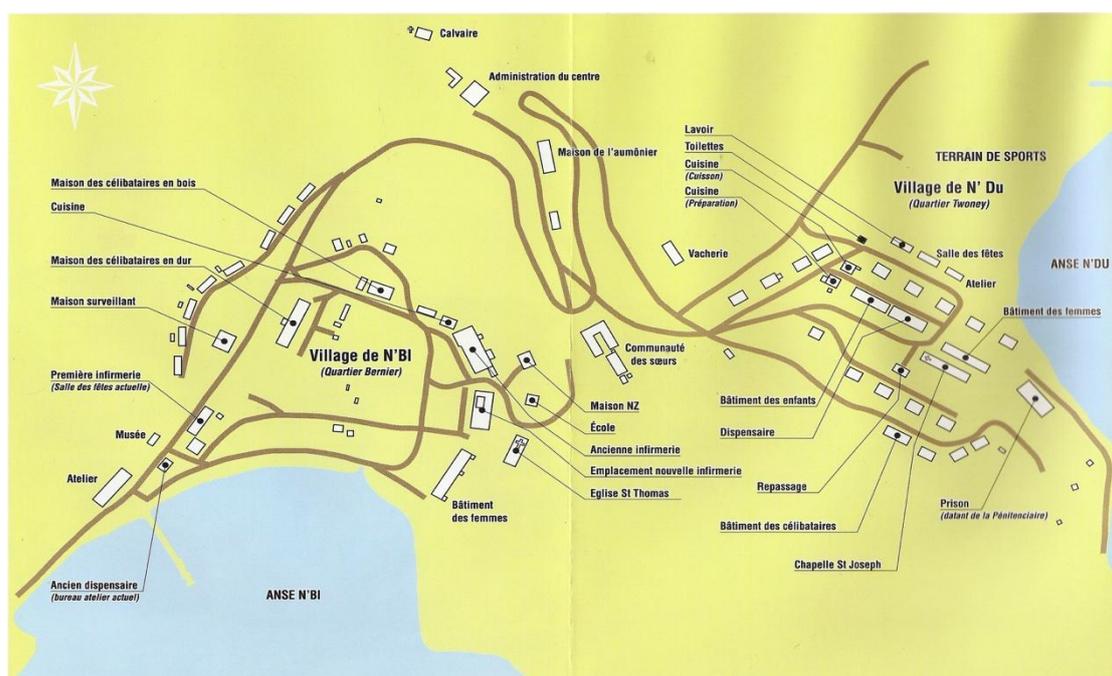


Figure 6 : Implantation des principaux bâtiments du Centre Raoul Follereau (87)

En 1919, deux décrets régissent le fonctionnement du centre (107). Ce dernier s'apparente à une prison, au sein duquel toute tentative de communication ou manquement au règlement était sévèrement puni.

Nouveau lieu ne veut, pour autant, dire meilleures conditions. Un article de la France australe, repris l'année suivante dans le Concours Médical, dénonce les conditions d'isolement terribles. Il y fait rapport de plusieurs dysfonctionnements quant à l'apport d'eau et de nourriture. On y apprend que l'administration « *sous prétexte que le prix des légumes devait baisser* », avait réduit de 20 000 Francs le crédit pour la nourriture.

Plus tard, le Dr Genevray, bien que plus modéré dans ses propos, établira le même constat stipulant « *qu'il y aurait beaucoup de modification à apporter : une des plus importantes serait à notre avis d'avoir un personnel sain pour s'occuper des malades...* » (110). Cependant le motif pécuniaire expliquera les raisons de ce manque d'investissement supplémentaire selon ce même médecin.

En effet, les malades vivent dans des cases délabrées, mal protégées contre les intempéries. L'adduction d'eau est désastreuse. L'administration préférera la construction de deux moulins

apportant une eau saumâtre pour la somme de 25 000 Francs, plutôt que d'investir 40 000 Francs pour créer un réseau efficace.

Du point de vue des soins, les choses ne sont guère mieux. Il n'y a pas de médicaments et les malades sont livrés pour la plupart à eux-mêmes.

En parallèle, la situation est plus favorable dans la léproserie de Cila. De par une organisation plus rigoureuse, les malades sont regroupés dans des cases en dur autour du dispensaire. Les denrées alimentaires et médicales seront répertoriées ainsi que les dons financiers ou en nature, de sorte que chacun puisse en bénéficier. Le problème de l'eau est réglé avec l'aide d'élèves d'une école protestante qui viennent creuser un puits. Les missions protestantes apportent leur concours à la construction d'une chapelle ou bien l'organisation de fêtes.

En 1932, à Ducos, une convention est passée avec les Sœurs de St-Joseph de Cluny. S'inspirant du modèle de la léproserie de Cila, les sœurs de St-Joseph de Cluny organisent la vie dans le centre et confèrent les soins aux malades.

En 1934, le Gouverneur Siadoux met en place le Comité de Lutte contre la Lèpre, réorganisé en 1936, avec pour missions le dépistage complet de la lèpre, le recensement de tous les cas reconnus sur le territoire et le reclassement des malades. L'année suivante, la direction de Ducos passe des services administratifs à la Direction des services de Santé (108). Progressivement les changements se font ressentir. Le Père Bussy écrira dans ses souvenirs sur la léproserie de Ducos avoir été « *émerveillé de la rapide transformation* » entre 1933 et 1943 (111). En 1939, le Dr Baré écrira au sujet du service de lutte contre la lèpre quelques faits d'améliorations. « *Le rigorisme* » dans les directives a « *disparu peu à peu pour faire place à une plus juste compréhension des choses* » et « *l'internement a perdu son caractère coercitif et est maintenant accepté de bonne grâce* », il note également une « *amélioration considérable des moyens d'existence et du confort dans les différentes formations* » incitant les malades à se présenter et s'isoler d'eux-mêmes. Il note également un effet positif de la propagande à visée éducative, changeant le regard des populations sur les malades souffrant de lèpre. Nul doute ici que l'auteur a voulu être de bonne foi et noter effectivement des changements positifs par rapport à la situation antérieure, mais il ne faut pas oublier que le code de l'indigénat, restreignant fortement les libertés Kanak, était encore en vigueur au moment où l'auteur écrit. Les mesures moins restrictives prises à l'égard des lépreux font que,

même avec un lieu de vie plus agréable, il n'en demeure pas moins que la situation était loin d'être idéale. Ces propos s'illustrent parfaitement par les mots du Dr Sellier. En 1925, après une tournée d'inspection, le Dr Sellier demandait un contrôle plus strict des Kanaks lépreux, mais également des moyens punitifs plus importants pour les Chefs ne se pliant pas aux règles. Alors que ces règles punitives s'appliquaient aux chefs en 1925, elles s'appliqueront directement aux malades dans les années 40 (112).

Que ce soit à Ducos ou bien à Cila, l'obligation d'isolement, couplée à l'absence de traitements efficaces, entraîne chez les malades des épisodes de révoltes. En 1931, la durée moyenne de séjour dans le centre est d'environ 3 années. Le devenir des malades étant partagé entre les décès, les fugues. D'autres sont déclarés « blanchis » et libérés du centre, cependant ils sont rapidement réadmis l'année suivante devant la réapparition de signes de la maladie. Ainsi entre 1898 et 1928, seulement 34 malades sont sortis des léproseries (113,114).

Le sort des malades s'améliorera considérablement après la seconde guerre mondiale. Les fonds américains permettent de réaménager le centre avec la création d'un magasin de vivres, d'écoles, d'un cheptel, ...Au début des années 50, Le *Lepers Trust Board* offre au centre plusieurs instruments : rayons X, infra-rouge, électroradiothérapie.

En Avril 1952, le Centre Ducos reçoit la visite de Raoul Follereau, Avocat et journaliste dont la motivation pour améliorer le sort des lépreux, le poussa dans plusieurs actions pour la lutte contre les préjugés. Il dira « *Je ne pouvais pas les soigner mais je pouvais les aimer* » ce qui illustre parfaitement l'engagement de cet homme à l'égard des malades de la lèpre. En 1952, il adressera une requête à l'Organisation mondiale de la santé pour l'élaboration d'un statut international des lépreux, et le remplacement des léproseries-prisons par des centres de traitement (115).

En 1956, une journée porte ouverte est organisée à Ducos suivie de plusieurs autres. En 1958, le sanatorium devient le centre Raoul Follereau et, en 1966 un dispensaire anti-hansenien est ouvert au CHT (90).

Le centre ferme définitivement ses portes en 2016. Aujourd'hui, le lieu est laissé à l'abandon et soumis aux vols et pillages en tous genres. Les archives ont disparu et le musée qui était dédié aux lépreux a été saccagé (116).

1.3.2. Le temps de l'entraide

Alors que l'opinion générale calédonienne n'as pas échappé pendant de nombreuses années à la crainte et la volonté de ségrégation des lépreux, les choses se sont progressivement améliorées après 1936.

La seconde guerre mondiale a eu son lot de dénonciations et de revendications de la population, que l'on peut voir dans certains témoignages (117) ou bien, dans les arrêtés prévoyant des obligations d'isolement avec de lourdes sanctions en cas de non-respect (118).

L'évolution de la pharmacologie va cependant améliorer les lois et la mentalité de la population face à la maladie (119). En Février 1948, les sulfones commencent à être utilisés, principalement la Promin et la Diasone permettant aux malades d'envisager un retour à la vie civile normale. Ragusin écrira en 1951 qu'une guérison clinique a été obtenue. Il précise aussi que le mucus nasal était examiné tous les 3 mois et, que lorsque ce mucus ne présente pas de BH pendant deux ans, et sous réserve de l'absence de signes cliniques, les malades pouvaient alors quitter l'établissement de façon définitive. En 1948, une série de conférences radio diffusées a été menée, expliquant à la population les dernières avancées scientifiques à propos de la lèpre, son mode de contamination, mais aussi, chose relativement nouvelle, une partie sur le retentissement psychologique de la maladie. Ces conférences font aussi intervenir un Curé et un pasteur prônant la charité chrétienne (120).

Du point de vue organisationnel, plusieurs œuvres apportent aussi leur aide : La Croix-Rouge, le comité de lutte contre la lèpre en Nouvelle-Calédonie. Ces dernières recueillent des dons et mènent des campagnes d'informations. Elles aident également à la réhabilitation des anciens bâtiments qui se transformeront en infirmerie, en épicerie, ou encore en bibliothèque. De grands travaux d'aménagements furent réalisés avec la construction de locaux propres et adaptés, d'un hôpital sur le centre de Ducos puis de la première voie de communication entre Ducos et le reste de l'île (Construction de la route entre Ducos et la grande-terre dans les années 50) (121). Le *Lepers Trust Board* de Nouvelle-Zélande apportera quant à lui une aide matérielle en offrant au centre plusieurs instruments. Ces moyens thérapeutiques seront, comme nous le verrons ensuite, utilisés par les sœurs.

Sur le plan politique, un assouplissement des lois intervient dans les années 50. La catégorie « suspecte » est supprimée et les malades se voient octroyer de plus en plus de libertés. Un budget consacré, d'une part aux soins (locaux, médicaments, loisirs...), mais aussi à l'évolution des mentalités (122). Ainsi, certaines campagnes électorales mettent en avant non seulement la lutte méthodique contre la lèpre, mais aussi l'aide aux malades et la prise en compte de leur avis, en particulier celui des Kanaks (123,124).

D'un point de vue éthique, les malades ne sont plus distingués selon leur rang social pour leur ethnie, mais sous la catégorie « malade » ou « non malade » et le terme « hanséniens » remplace celui de « lépreux » beaucoup moins péjoratif (125).

Les léproseries partielles fermeront en 1957 et les malades seront hospitalisés au centre Raoul Follereau.

En 1983, chaque nouveau patient est traité par PCT quotidienne permettant une forte diminution de la prévalence. Les patients peuvent alors être traités au domicile, le suivi s'effectuant initialement au dispensaire anti-hansénien, puis au sein du service de dermatologie du CHT. Seuls les cas avec complications ou les plus anciens des patients restent hospitalisés au centre Raoul Follereau.

2. CROYANCES ET RELIGIONS : QUELLE PLACE DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA LEPRE

L'objectif de ce chapitre est d'analyser plus en détail le rôle qu'a eu chaque acteur dans le développement de la lèpre sur ce territoire singulier. L'évolution de la médecine, mais aussi des croyances, ont influencé à la fois le corps religieux mais également le corps médical, sans oublier le malade, qui pendant de nombreuses années, fut soumis aux décisions plus ou moins arbitraires le concernant.

Mais comprendre l'histoire, c'est aussi interpréter les événements et ne pas les retranscrire de facto. Nous verrons ici que, sous couvert d'une volonté humanitaire, les corps soignants et religieux servaient d'intermédiaires à l'Administration coloniale dans le but de contrôler un peuple soumis aux préjugés raciaux.

2.1. Approche religieuse de la lèpre

Autant les catholiques que les protestants, le corps religieux a eu très tôt une influence sur l'histoire de la colonie. Les premiers missionnaires étaient envoyés dans les colonies dans le but d'évangéliser la population. Ces baptêmes servaient alors les empires coloniaux, permettant un meilleur contrôle des populations. La Nouvelle-Calédonie n'a pas échappé à ces conquêtes spirituelles.

A travers l'histoire, les organisations religieuses ont souvent pris le rôle de soignants, et l'Histoire religieuse ne manque pas d'écrits mentionnant la lèpre. Que ce soit dans le Lévitique ou bien dans l'ancien Testament, la lèpre est vue comme une punition divine. Dieu punit de la lèpre celui qui a péché et seul Dieu peut guérir. Le malade est déclaré guéri lorsque sa peau est « *complètement blanche* » (8,9). L'idée alors de stigmatiser ne prend son sens car celui-ci n'est pas digne de vivre parmi les purs. Le nouveau testament, lui, va plutôt appuyer l'idée de la charité chrétienne (le bon samaritain). L'évangile selon Mathieu relate l'histoire de Jésus qui guérit un lépreux, le malade n'est alors plus vu comme un pécheur, mais comme une personne en souffrance qui mérite la charité (126). Longtemps la communauté chrétienne s'est détachée des anciennes lois rabbiniques, et les Lazaret ou léproseries se sont développées en grand nombre à des époques où les craintes de la population et des dirigeants obligeaient les malades à vivre reclus. Mais conformément à la charité, l'isolement y était confortable et les soins prodigués poussaient parfois certains non malades à venir s'y installer (46).

A l'époque de l'Europe colonialiste, les choses changent. A Hawaï, la lèpre est traduite par les locaux par *mai ho'okawale*. Expression locale qui signifie maladie qui sépare, démontrant bien (et c'est ce qu'il se passera en Nouvelle-Calédonie) que les idées de ségrégations issues des temps du premier testament n'étaient alors pas vues comme archaïques mais plutôt préconisées. D'autant que la lèpre avait alors quasiment disparue en France et que le corps scientifique pensait que la « *race blanche* » était immunisée (60,127).

Les premiers missionnaires furent les protestants en 1840 avec la *London mission society*. Ils s'installèrent à Maré ainsi qu'à l'île des pins. En 1843, Mrs Douare fut le premier catholique à venir sur l'île et fonda la mission de Puebo. Vivants proches des locaux, ils signalaient dès

1865 « *un mal alors inconnu, semblable au Tokelau des îles Fidji* ». Cependant ils n'obtiennent aucun retour de la part des autorités compétentes (101).

Lorsque les premières mesures furent prises, les missionnaires, voyant la situation dans laquelle se trouvaient les malades, se sentirent vite dépassés et dénoncèrent rapidement le manque de soutien de l'état tout en réclamant de l'aide au corps médical. Dans une lettre anonyme rédigée par l'un des missionnaires, on retrouve la consternation de l'homme face à un groupe de malades « *abandonnés* », semblables à « *des monstres* ». Il écrit que « *sa stupéfaction fut aussi grande que sa compassion* » (128).

Jouant également un rôle social important dans la colonie, les renseignements fournis par leur ministère leur permettaient une mission épidémiologique. En 1892, l'évêque de Nouméa décide d'envoyer ses prêtres dans toutes les tribus afin de rechercher : le patient source, les cas contacts, ainsi que les facteurs de risques de la maladie parmi les Kanaks. Il en ressort le fait intéressant et admis par l'ensemble des européens de l'époque, que la promiscuité, le manque d'hygiène ainsi que le « *vagabondage* » constituaient alors un risque de contracter la maladie (90).

Rapidement va se créer une relation entre médecins et missionnaires. Lorsque les premiers déclarent que la lèpre relève d'un déséquilibre entre le corps et l'esprit, les seconds souhaitent rétablir un équilibre. Prêtres et Sœurs ne se targuaient pas non plus de féliciter les médecins pour leurs travaux, mettant aussi régulièrement en actions auprès de leur malades les dernières découvertes scientifiques.

Quoi qu'il en soit, par leurs fonctions humanitaires, médecins et Missionnaires constituaient un véritable outil de contrôle de la population Kanak. A la fin du XIXème et au début du XXème siècle, la politique coloniale en Nouvelle-Calédonie visait au développement et à l'expansion agricole et minière. Pour cela, l'administration avait besoin d'hommes valides et dociles. Médecins et prêtres exerçaient là, leur rôle, les premiers en isolant les malades et les seconds en aspirant à la fois la crainte et le respect parmi les Kanaks.

Lorsque les premiers européens furent touchés, les premières mesures visant à contenir l'épidémie forcèrent les Kanaks à l'isolement. En effet, leur mode de vie ne correspondait en rien aux critères demandés par l'administration coloniale. Rapidement accusés de jouer le rôle

de facteur de dissémination de la maladie, les « lépreux Kanaks », pour qui la maladie ne représentait en rien un frein à la poursuite de leurs occupations, constituaient alors un risque majeur pour la colonie (91,101,128)

Après l'échec des Bélep, les Kanaks furent renvoyés dans les léproseries partielles. Les missionnaires installés proche des tribus, constituaient alors de formidables antennes à l'Administration qui avait laissé le contrôle de l'isolement aux Grands Chefs des tribus.

Les médecins effectuaient des visites sporadiques. Certains missionnaires prenaient alors leurs relais à l'instar de Philadelphie Delord à Maré de 1898 à 1908. A son arrivée à la léproserie de *Ha-Atoua* (que l'on peut traduire par « c'est fini »), il découvrit « *un trou au fond duquel [...] une vingtaine d'occupant se traînaient* ». Fortement impliqué, il œuvra à l'amélioration de la vie des malades. Apportant son soutien, il mit également en place un journal (le journal des lépreux de Maré), fit une enquête épidémiologique sur l'île, mais aussi mena des « essais cliniques » à l'aide d'un mélange d'huile de Chaulmoogra et d'olive ayant apporté des « *résultats encourageants* » (76,129).

Lorsque les médecins demandèrent une prise en charge plus humaine des lépreux, les missionnaires les soutinrent (98) mais il n'en demeurait pas moins que cette mutualisation des efforts n'évita pas une rivalité spirituelle. En effet, Catholiques et Protestants cherchaient à élargir leurs influences. D'autant que dans les années 30, les missions passèrent sous contrôle du service de Santé et donc firent partie de l'appareil médical Français.

A Lifou, la majorité des Grands Chefs d'obédience catholique refusait l'idée de la léproserie centrale. Finalement, lorsque Cila fut créée, ce sont les sœurs protestantes Margueritte Anker et Eugénie Peter qui furent en charge des malades. Hygiène et rigueur étaient de mise et cette léproserie devint un modèle, alimentant la rivalité des ministères. Les malades restaient soumis à l'isolement mais dans un lieu où l'humanité était plus présente (90).

Maurice Leenhardt, un Pasteur connu pour ses missions anthropologiques, apportera un regard nouveau. Il avait déjà dénoncé, en 1917, la mauvaise gestion de la révolte par les autorités. Ces dernières étaient dénoncées comme « *ne connaissant rien à la culture locale* » qui selon Maurice Leenhardt, constituait « *un frein à la résolution de cette crise* » (130). Ayant une connaissance du mode de vie Kanak, il les encourageait à rester en famille plutôt

que de suivre les règles d'isolement. Ce type de recommandations le mettra rapidement en désaccord avec les autorités de l'époque. Il souleva aussi certaines questions éthiques. Vis-à-vis des traitements, il nota avec le Dr Leboeuf une meilleure adhésion et de meilleurs résultats avec l'huile de Chaulmoogra, car elle mimait les remèdes traditionnels. Critique face à ses homologues catholiques, qui selon lui favorisaient une vision trop imaginative de la religion ainsi que la consommation d'alcool pour soulager les malades, il préférait une approche en adéquation avec les croyances locales.

Malgré ces invectives progressistes, l'expansion coloniale poursuivit sa marche avec l'idée nouvelle que le malade pouvait être responsable de sa guérison. Pour cela, missionnaires et médecins se mettront d'accord pour éditer des brochures et des guides éducatifs surtout destinés aux malades européens, laissant les Kanaks contraints au régime de l'isolement (108,131,132) Les premiers à avoir appliqué strictement ces règles d'hygiène furent les protestants, suivis par les catholiques avec l'arrivée des sœurs Saint Joseph de Cluny à Ducos.

Les Kanaks sont progressivement centralisés à Ducos et le pouvoir catholique se renforce en tant qu'appareil idéologique. Pour rappel, nous sommes dans les années 30 et persiste la volonté d'expansion coloniale. Avec l'arrivée d'appareils plus sophistiqués et manipulés par les sœurs, l'influence de ces dernières sur l'imaginaire Kanak passe un cap. Ces instruments étaient non seulement une innovation technologique, mais aussi une interface par laquelle le « *divin opérait* » (128). A Ducos, les sœurs avec les médecins, participaient au développement d'une « *éthique du confinement* » basé sur la peur, celle du mystère qui règne autour et en dehors du confinement. Il s'agissait d'une habile politique qui, par la force, contraignait les malades à l'isolement et dans le même temps utilisait l'outil médico-religieux afin de maintenir, par la peur, le malade à l'intérieur des murs du Sanatorium (133).



Figure 7 : Les sœurs pouvaient incarner l'autorité religieuse et médicale dans le même temps (128)

Alors que les Kanaks ont longtemps craint les médecins, voyant en eux la police sanitaire de l'isolement, la Religion, bien qu'imparfaite a permis d'apporter un soutien aux malades alors que les espoirs de guérison étaient maigres. La Religion a également permis d'offrir une dimension critique aux différents abus auxquels les kanaks étaient soumis. Les témoignages d'anciens malades nous permettent de voir à quel point ces sœurs étaient respectées et écoutées. Elles étaient comme des « *maman* » qui étaient dévouées aux malades. Les sœurs de St Joseph de Cluny, en vivant sur le sanatorium de Ducos, étaient disponibles jour et nuit pour les patients. Elles participaient également sur le plan pécuniaire à minima, par exemple, en « *vendant des œufs* » et en redistribuant équitablement les bénéfices de ces ventes (87).

Une des principales difficultés de ces Femmes et de ces Hommes était d'exercer des rôles bien loin de leurs formations initiales. Dans le témoignage d'une sœur, nous apprenons que

cette dernière portait tour à tour la casquette de médecin, infirmière, sage-femme alors que celle-ci n'avait aucune notion avant son départ « *En France, j'étais envoyée à Lifou avec d'autres jeunes sœurs Mélanésiennes. Je devais apprendre à connaître et à soigner les maladies du Pays au Dispensaire de Xépénéhé sous la direction du Docteur* » (134).

2.2. Approche médicale de la lèpre

L'étude de la lèpre en Nouvelle-Calédonie ne peut bien évidemment pas se désintéresser des travaux médicaux qui furent menés sur ce territoire. Les premiers de nos confrères bien souvent militaires ont, par leur ténacité, contribué à mieux comprendre la maladie avec des moyens parfois très limités. Nous détaillerons ici leur participation à l'instrument colonial, mais aussi leurs actions, tout comme les missionnaires, dans la mission de soins.

Notre analyse commencera à la fin du XIX^{ème} siècle. La lèpre vient de toucher les premiers européens. Le Dr Brassac, qui bien qu'anti-contagionniste, est le premier à prévenir le Gouverneur par une lettre, préconisant alors l'isolement des lépreux. Les premiers rapports médicaux témoignent, par leurs récits peu explicites, de l'anxiété des médecins français quant à la maladie. De plus, ce fléau se développait au sein d'une île mal équipée et peuplée d'Hommes aux mœurs bien différentes.

En 1890, le Dr Forné apporte une première pierre et avoue un manque de connaissance mais aussi une division au sein même du corps de métier au sujet de la contagiosité de la lèpre. Certains la pensent héréditaire tandis que d'autres, le Dr Forné compris, tentent de démontrer la contagiosité du fléau et s'essaient à quelques expérimentations avec le matériel disponible (91).

L'année suivante, le Dr Legrand s'intéresse au sujet. Ce dernier s'étonne de la virulence de la pathologie et, contrairement aux idées de l'époque, il ne pense pas qu'elle est « *liée à la race kanak* ». De façon avant-gardiste il relève certains problèmes liés au diagnostic comme la difficulté de suivi des patients, le manque d'unité dans la recherche, le manque d'expérience des médecins, les difficultés géographiques et enfin les décisions administratives inadaptées (92). Ces difficultés persisteront en effet plusieurs années.

En 1899, paraît la première étude majeure sur la maladie en Nouvelle-Calédonie. Le Dr Auché dresse un portrait scientifique de la situation, et fait de multiples tentatives de mise en culture du bacille sur différents prélèvements de peau. On peut également trouver dans son rapport, les plans de construction de son laboratoire avec les objets récupérés sur l'île. Enfin, ce dernier réclame un isolement strict des malades, en application du décret de 1893, afin de limiter la dissémination du fléau sur l'île, mais aussi la contamination de la métropole par le retour au pays de fonctionnaires (98).

Le début du XXème siècle marque peu de changement. Les rapports relatent l'échec des Bélep et l'isolement illusoire dans les léproseries partielles qui, pour autant, continuent de s'étendre à chaque tribu. Une autre mesure est très contestée : la déclaration obligatoire. Pendant que les premiers crient au non-respect de la déontologie médicale en appliquant cette mesure, d'autres sont plus réservés et voient là, un meilleur moyen de contrôle de la population Kanak. Ces derniers qui, après l'échec des premières mesures, s'étaient vus attribuer toute la faute concernant la propagation de la maladie due à leur manque d'éducation et à leur mode de vie. La presse met également le doigt dans cet engrenage racial. En 1916, dans le progrès médical, le lecteur découvre que l'épidémie a été causée par « *la malpropreté* » d'un sorcier Kanak (135).

Certains médecins adoptent des discours plus progressistes que leurs prédécesseurs. Le Dr Primet considérera, qu'en l'échange de sa liberté, la société a « *un devoir impérieux* » de prendre en charge dignement le malade. Autre point développé, celui de l'augmentation du nombre de « *blancs de conditions libres* » devenus malades. Ces derniers, se soignant au domicile, constituaient un risque pour la société et doivent donc également être isolés (136).

Les choses évoluent en 1911 avec l'arrivée du Dr Leboeuf. Dans sa communication de 1914, il offre un résumé détaillé des études déjà menées, ainsi que les résultats de ses propres recherches. S'appuyant sur les travaux du Dr Bourret, il réfute le rôle joué par les insectes hématophages (moustique, acariens, poux...) avec cependant, un doute sur l'action des mouches dans « *un rayon très limité autour du malade* » (82,137). Il revient également sur les découvertes du Dr Marchoux sur la mise en culture du BH dans le mucus nasal des malades. Enfin, dans le souci d'enrayer la propagation du fléau, il apporte des idées novatrices et fait admettre que la transmission du BH ne peut se faire que d'homme à homme avec un contact

étroit et rapproché et recommande fortement les précautions d'hygiène élémentaire : « *l'un des meilleurs modes de prophylaxie individuelle contre la lèpre est l'usage quotidien de l'eau et du savon larga manu* ». Sur le plan organisationnel, il ne remet pas, non plus, en cause l'idée que les léproseries partielles, qui représentent selon lui, le meilleur moyen d'isolement des kanak. Il réclame cependant une plus grande fermeté à l'égard de ceux (qu'il appelle les « *anarchistes de la lèpre* ») qui ne respecteraient pas les mesures administratives d'isolement. A contrario, le Dr Orthalan considérait que la volonté d'être plus ferme avec les européens sur l'isolement était ridicule car le problème, « *venant des Kanak* », il serait inutile de contraindre ses concitoyens.

Enfin d'un point de vue thérapeutique, le Dr Monteil rappelle d'une façon très objective que, même en l'absence de traitement efficace, il existe plusieurs moyens de soulager le malade, dont il donne quelques exemples (méthode de diesing, iodure de potassium...). Il met également en avant le fait que certains médecins, sachant qu'il n'existe pas de traitement curatif, laissent souvent les lépreux sans aucun traitement, accentuant encore plus le sentiment d'abandon des malades (138).

Notons que sur l'ensemble de ces rapports, les essais cliniques et thérapeutiques portent davantage sur la population Kanak que sur la population européenne.

Les rapports des successeurs témoigneront de ce profond manque de moyens thérapeutiques. Cependant, à mesure que le temps avançait, l'épidémie semblait se tarir, et ce, avec la conviction que le nombre de malades connus était largement inférieur au nombre réel. Cette diminution du nombre de cas serait alors expliquée pour deux raisons : les mesures de confinement, mais aussi une évolution de la pathogénie de la maladie. Les cas de lèpre tuberculeuse (lepromateuse ou multibacillaires aujourd'hui) tendent à se substituer aux formes nerveuses (tuberculoïde ou paucibacillaires aujourd'hui) (110).

Malgré des mesures déjà très restrictives à l'égard des malades, certains comme le Dr Sellier, en demandaient de plus strictes, en particulier à l'égard des Chefs kanaks (112). Parallèlement ce dernier montre un certain « talent » d'adaptation à son environnement. Aussi, pour faire accepter la vaccination, il s'appuie sur la pratique de scarification utilisée en médecine traditionnelle tout en reconnaissant l'utilisation de certains remèdes comme, par exemple, la purge à l'eau de mer. Rejoignant l'idée générale du contrôle de la population, le Dr Genevray

propose de « *dresser des infirmières indigènes* » afin de faire mieux respecter l'isolement dans les « *villages de ségrégation* » afin qu'elles « *deviennent de précieux auxiliaires pour le médecin et le représentant de l'administration* » (110).

Plus tard, ce sera le Dr Tisseuil qui reviendra sur les difficultés que son prédécesseur avait mentionnées (Dr Legrand). Dans son rapport de 1929 (113), il demande que ses confrères soient « *vigilants* » dans leurs tournées, et met avant le fait que le diagnostic de lèpre ne peut être porté que par un médecin qui, de plus est expérimenté. Il avance les difficultés cliniques et le nombre de diagnostics différentiels : la syphilis, le pian, mais aussi le mystérieux Tokelau du Pacifique qui correspond à une mycose superficielle (139). L'année suivante, ce même médecin mènera une intéressante étude clinique et bactériologique découvrant notamment que certains cas de lèpre « *guérissent seuls* », d'abord d'anciens prisonniers européens, puis les malades de Ducos. Cependant les durées de séjours à Ducos restent longues, « *3 ans en moyenne* », et bien souvent, ces « *cas de guérison* » se produisent à un an du séjour avec une rechute quelques mois après.

Progressivement, la science évolue et les médecins calédoniens adoptent progressivement une vision différente sur l'origine de la maladie. Elle semble avoir finalement existé avant l'arrivée de « *l'homme blanc* » dont la faute « *aurait été* » de favoriser sa dissémination (113).

Après la Seconde guerre mondiale, il est intéressant de constater que le format des études scientifiques change progressivement pour adopter une méthode scientifique statistique. On rédige des travaux sur la physiothérapie, mais aussi sur l'efficacité des sulfones, parfois couplée avec l'utilisation du Chaulmoogra (85). Dans les Année 60 (140), on voit encore la notion de mesures contraignant le malade à s'isoler avec une obligation de traitement. Cependant, l'Administration organise progressivement la formation des Médecins (stages, cours, techniques de dépistage). Dans les années 70, une étude montre l'efficacité de la Rifampicine dans un contexte d'apparition de résistance à la Dapsone. (141).

La Calédonie a également vue l'arrivée du Dr Couzat qui, par son dévouement, a largement amélioré le sort des malades. En multipliant les interventions dans les journaux locaux, elle a aussi permis d'apporter un regard nouveau aux yeux de la population (142,143).

Ce qui est important de voir chez ces médecins ou ces missionnaires, c'est que chacun n'appliquait pas nécessairement de manière mécanique les recommandations édictées par leurs ordres respectifs. Au contraire, beaucoup faisaient preuve d'un plus grand humanisme à mesure que leur implication sur le terrain était importante. Pour souligner ceci, plusieurs exemples existent. On peut lire qu'une sœur de Ducos, plutôt que de punir de nouveau des pensionnaires ayant fugué, a décidé de se repentir en pardonnant ces derniers déjà largement réprimandés. On peut aussi lire l'action du Dr Bobin, animé par la volonté de mettre fin à la « *séparation entre blancs et mélanésiens* », avait décidé de mettre fin aux rations de vins trouvant illogiques que les européens en aient davantage (87). Les exemples comme ceux-ci sont nombreux, et c'est grâce à ces philanthropes que les choses ont pu évoluer.

2.3. Approche Kanak de la lèpre

Bien que l'étude des réactions des européens ait pu se faire grâce à une abondante documentation religieuse et administrative, il n'en est pas de même en ce qui concerne les Mélanésiens. Ce sont principalement les témoignages, ainsi que quelques rapports, qui ont pu renseigner cette partie.

2.3.1. La relation face à la maladie

A l'instar des sociétés basées sur les grandes religions monothéistes, les Kanaks ont développé une mentalité basée sur l'entraide au sein de la tribu. La peur du péché et de l'expiation se présente plutôt comme une peur de l'arrachement et de la séquestration.

Les conceptions du corps et de la maladie que nous avons détaillées plus haut sont bien différentes, laissant aisément deviner les difficultés qui se sont présentées entre une organisation « blanches » pragmatiques et basée sur la méthode scientifique et la culture Kanak plus libertaire et fondée sur une spiritualité bien différente.

Les Kanaks n'avaient pas peur de la lèpre, en tout cas pas de ses conséquences sur la santé (113). En revanche être séparé de leurs terres et de leurs familles, constituait la plus grande crainte. Pour y échapper, nombreux sont ceux qui se sont dérobés aux contrôles médicaux

bien souvent sous le concours magnanime des chefs Kanaks qui dérogeaient à leur obligation de présenter les malades, mais aussi grâce à l'aide des « *sorciers Kanaks* ». Accusé d'avoir participé à l'expansion de la maladie (135), ces derniers ne manquaient pas d'ingéniosité pour cacher les symptômes évidents des malades. Lorsqu'un tronc nerveux était trop proéminent, ou qu'une macule sautait à l'œil, le malade se soumettait à des brûlures ou bien des excisions (113), quand d'autres se présentaient à deux reprises à l'examen médical pour protéger un ami ou bien un membre de la famille (144).

Médecins (pour la plupart) et administrateurs tentaient par tous les moyens de faire disparaître la médecine traditionnelle. La frustration que pouvait engendrer une telle volonté tournait naturellement le patient vers des soins qui lui paraissent familiaux, d'autant plus que ces « sorciers » n'obligeaient pas le malade à l'isolement. Aussi Leenhardt remarquera une plus grande efficacité de l'huile de Chaulmoogra chez les patients Kanak, par similarité aux remèdes traditionnels (128).

L'idée de cet isolement fût initialement bien acceptée, voire réclamée par les chefs Kanaks. Après l'échec des Bélep, la mise en place des léproseries partielles répondait alors à la demande des Autorités Kanak de prendre en compte le problème de la lèpre tout évitant une rupture dans la vie clanique du malade. Leenhardt rappellera d'ailleurs, qu'en 1917, une des causes secondaires à la révolte Kanak était la préoccupation du traitement et de l'isolement des lépreux (145). Ainsi, tout en prenant en compte la nécessité de l'isolement, le malade pouvait continuer de conserver ses liens à la terre et à son mode de vie. Ceci répondant à un formidable talent de conjugaison de ce peuple. En effet, rapidement le concept de maladie et de mort inculqué par les missionnaires s'est rapidement heurté à celui des habitants de cette terre, qui plutôt que d'exclure formellement cette nouvelle spiritualité l'ont parfaitement intégré et mélangé à leurs croyances (127). Mélange que l'on retrouve aussi sur le plan médical. La lèpre, étant vue comme une maladie relevant du « boucan » ou bien du non-respect de « la coutume », il est nécessaire de s'astreindre à un remède traditionnel. Cependant ces thérapeutiques traditionnelles ne constituent en rien un obstacle à la prise d'une médication « européenne ». Encore aujourd'hui, le témoignage d'anciens malades nous montre bien que cette combinaison des croyances persiste. Mme W se souvient d'un passage de la bible où « *faire le mal peut entraîner l'arrivée de la maladie* » pourtant lorsque la lèpre

a touché ses enfants, elle a automatiquement pensé à « *un boucan* » et est allée consulter un médecin traditionnel. C'est pour elle, l'association des remèdes Kanaks et des remèdes européens qui a été efficace (146).

2.3.2. Une vie à la léproserie

Faute de manque de matériel historique archivé, cette partie abondée par des témoignages plus ou moins récents, s'attachera à retranscrire, en se mettant dans la peau d'un malade, le destin des femmes et des hommes qui ont vécu à Ducos.

Sous les décisions administratives, se dessine le chemin de patients alors regroupés sous le même attribut sémiologique sans qu'aucun décisionnaire n'ait pris le soin de considérer leurs désirs ni leurs aspirations. Avant l'arrivée d'un traitement efficace, l'espoir d'une guérison et d'un retour à leur vie antérieure était maigre, et l'entrée à Ducos rimait avec adieu.

Cacher ses proches malades revenait alors à ne pas les laisser voir partir et ainsi regagner ce centre sordide et délabré. Sans protection, on est tantôt dénoncé, tantôt soumis à l'arbitre diagnostic qui fera de nous un futur résident de Ducos (87).

Puis vient le jour du départ. Un « *simple balluchon à l'épaule* », impossible d'espérer l'aide de son escorte policière trop occupée à craindre une contagion peu probable. Tandis que certains ont la chance de naviguer sur « *une pétrolette* » (147), d'autres parcourent à pieds les centaines de kilomètres à travers la brousse jusqu'à leur future prison.

La première réaction naturelle est celle de la honte, on s'isole dans sa chambre, on ne sort pas, on tente de cacher sa maladie. Certains vont même jusqu'à se mutiler, se couper des doigts « *qui commençaient à crocher* ». Puis, quand la lumière manque et que l'on sort de sa torpeur, survient l'effroi. On évite de croiser le regard de ceux qui nous font peur, on évite de toucher ou de mettre en bouche le pain offert par celui dont les doigts manquent. Mais qu'importe, à l'horreur des premiers instants, s'ajoute la cruauté des pensionnaires déjà résignés, « *t'as beau faire des manières, tu deviendras comme nous* ». (145,147,148)

Quelles options s'offrent alors aux malheureux qui subissent ces premières foudres ? Pour les plus valides, rongés par le souvenir de leurs proches éloignés, tenter de les rejoindre se veut la

solution la plus rationnelle. Alors, ils essaient tant bien que mal de se frayer un chemin à travers la brousse sans pouvoir échapper, ni à l'attention cruelle du gardien, ni à celle des délateurs voyant en ville un homme à la démarche chancelante. Et, quand ce n'est pas un retour vers la léproserie, c'est un voyage vers l'au-delà qui les attend.

Alors la plupart accepte de se soumettre à cette double ségrégation, car oui, même dans la misère, les lois « raciales » s'appliquent avec les différences et les abus qu'elles impliquent. Puis, au sein de la même communauté, se dévoilent les cruautés de l'Homme. Si par malheur, un orphelin se retrouve au sein de la mauvaise famille d'accueil, son sort dépendra de l'humeur du couple adoptif.

Alors pour survivre, on s'adapte, on se soutient, on crée des amitiés, puis on se met à croire au Dieu que l'on nous propose. Car, face à l'incertitude de l'avenir, il vaut mieux suivre les paroles rassurantes et magnanimes du divin. Et puis, avant l'arrivée des sœurs, les choses étaient pires. Alors, même si elles sont parfois sévères, elles apportent aussi leur aide dévouée à ceux qui n'ont plus rien.

Progressivement s'installe, au sein du centre, une société basée sur des croyances chrétiennes. Bien que peuplée de gens malades, elle ne désemplit pas de vie avec ses désirs, ses craintes, ses joies, mais aussi ses déceptions et ses conflits. Car, bien que ces gens soient voués au même sort, tous ne réagissent pas également. Certains se mettent à boire et deviennent violents, d'autres s'obstinent à suivre le bon chemin. Les Autorités médicales et religieuses dépassent alors largement leur champ de compétence en jouant le rôle de juges parfois tribaux. Mais dans l'ensemble, cette société se base sur l'entraide, à l'image d'une tribu appliquant la charité chrétienne. Non pas que les Kanaks aient attendu d'entendre les enseignements de la bible pour s'y plier, mais, disons qu'avec l'arrivée des religieuses, les choses se sont organisées et puis les moyens financiers ont commencé à venir. Les plus valides, déjà mis à contributions, se sont vu attribuer un rôle. Un groupe de maçons édifiait la nouvelle chapelle ou construisait des citernes pour recueillir l'eau potable, pendant que d'autres revêtaient la casquette d'infirmière, voire de dentiste pour les plus habiles. Et puis, il y avait les cuisiniers qui s'acharnaient à maîtriser le couteau quand bien même il ne leur restait que les moignons pour tenir la lame. Peu à peu, se développent l'élevage, la culture, le

commerce ; ce microcosme s'organise autour de l'enseignement chrétien et du rythme des traitements auxquels les pensionnaires sont soumis.

Quand la seconde guerre mondiale éclate, les américains se sont installés à Ducos et, avant de laisser les bâtiments vides, ils ont pu faire profiter les pensionnaires de tous les plaisirs « *des blancs* » : les cigarettes, la nourriture en abondance, le pétrole, mais aussi les tours de Jeep, « *les doigts en moins ça n'empêche pas de conduire* » ! Bien sûr, certaines de ces activités déplaisaient fortement aux sœurs mais « *il fallait bien s'amuser un peu* » (87). D'ailleurs, les loisirs ne manquaient pas. Il y avait la bibliothèque, le cinéma, la musique, ou la télévision, mais aussi les tournois de sport ou encore les courses de vélo. Ces occupations sont venues progressivement, et finalement la vie dans le centre ne paraissait pas si insupportable. Certains enfants naissaient de couples formés au sein de l'établissement. Évidemment, les unions étaient contrôlées par les autorités religieuses du centre. Celui des deux qui n'était pas catholique devait se convertir afin que le mariage soit autorisé. Ces enfants étaient accouchés par les sœurs puis arrachés aux bras de leur mère dès la naissance, et ainsi placés chez des membres de la famille, non malades. La mère ne pouvait espérer revoir ses enfants qu'après avoir quitté le centre. On peut aisément deviner que beaucoup de ces mères n'ont jamais pu les revoir.

Malgré certaines restrictions, on peut s'imaginer voir se dérouler une vie paisible, voire agréable, pourtant les malades étaient enfermés. Enfermés dans ce centre, mais aussi dans leurs corps, honteux de ce que la maladie avait fait d'eux, incapables de se montrer au reste du monde par peur que le regard du bien portant ne les juge. La plupart perdait contact avec leurs proches, et pas seulement à cause de la difficulté d'accès ou du manque d'horaire de visite. Les fugues n'étaient pas rares, même si, pour y arriver il fallait souvent redoubler d'ingéniosité, mais quel plaisir d'aller se mélanger à la foule ou de s'amuser à la fête foraine. Il survenait alors comme une sensation de faire partie du monde, et pas uniquement de ce centre qu'il faudra bientôt rejoindre sans croiser le bâton du gardien qui pourrait vous faire passer l'envie de récidiver. (88,147,148).

Finalement, la sévérité des autorités s'est assoupiée avec l'avancée des thérapeutiques. Bien sûr, il ne fallait pas oublier les traitements traditionnels, parfois même recommandés par

certaines médecins plus sympathiques que d'autres, mais l'efficacité des sulfones a progressivement permis de libérer les malades de leur carcan pathologique.

La vie au centre Raoul Follereau s'est alors profondément modifiée. D'abord par l'image qu'il dégageait, ce n'était plus « la prison » dans laquelle les malades étaient enfermés, mais une étape dans la vie des Hanséniens leur permettant de retrouver une vie normale. Aussi, la Direction du centre devint différente. Les malades devenant moins nombreux et plus âgés, l'hôpital prendra en charge la gestion administrative, médicale mais aussi la maintenance, dérobant aux pensionnaires leurs occupations initiales.

Le lazaret passe alors d'un lieu de vie à un lieu de soin. Et quand bien même le destin des malades était plus réjouissant, les plus anciens regrettaient de n'être plus que des patients sans autres occupations que celle d'attendre leur guérison.

DISCUSSION :

L'analyse des témoignages des différents patients, couplée à l'interprétation de la maladie selon les Kanaks, permet de dégager une forme de réflexion sur le vécu de la maladie.

Le principal point positif de ce travail est l'exhaustivité, la quantité et la diversité de ressources bibliographiques utilisées pour reconstituer l'histoire de cette maladie dans un endroit aussi particulier que la Nouvelle-Calédonie.

Une des principales limites de notre étude était la partialité de certains témoignages ou récits historiques. La contextualisation des faits historiques et la narration faite par les services officiels peuvent entraîner une vision unilatérale de l'histoire. Peut-être qu'en retrouvant une partie des archives disparues, il aurait été possible de reconstituer une vision plus globale de cette histoire. De même, l'interprétation et synthèse de ces données ont été réalisées par un « métropolitain » et certaines subtilités liées aux coutumes et traditions de l'île ont pu échapper à notre analyse.

Comme nous le savons et avons pu le voir au cours de ce travail, la lèpre est une métaphore de la crainte impliquant la réaction naturelle du rejet. Les victimes ont alors été soumises à un isolement, qui, malgré un assouplissement au cours du temps, implique nécessairement de nombreuses souffrances. Néanmoins, l'Homme présente une capacité d'adaptation lui permettant de lutter contre la maladie.

D'une façon générale, l'Homme est un Etre social, et c'est en société que celui-ci se développe en apprenant pour lui et pour les autres. Les Mélanésiens, fonctionnent sur une société basée sur l'entraide. Nonobstant leur contrainte à l'isolement, cette fraternité continuait d'opérer, laissant apparaître les sentiments les plus nobles de l'espèce humaine.

Lorsque nous nous entretenons avec Mr S, un ancien pensionnaire, ou bien que nous regardons les témoignages plus anciens, tous gardent le souvenir agréable de Ducos comme un lieu de « *vivre ensemble* ». Tous préféraient la vie au centre Raoul Follereau (anciennement Ducos) à un séjour classique dans un service hospitalier, pourtant confortable

et où les soins sont mieux dispensés. Les raisons de ces préférences, sans même les expliquer, sont aisées à deviner.

Quand les plus anciens regrettaient de voir se restreindre leurs libertés et leurs occupations à mesure que l'hôpital prenait la direction du centre, les plus jeunes se désolaient d'avoir à quitter ce lieu d'harmonie sociale. En vivant ensemble, tous semblaient oublier la maladie, sans même s'en rendre compte. Nous parlons aujourd'hui d'effet placebo, en voilà probablement l'exemple le plus probant.

Bien évidemment, les progrès de la médecine ont fait considérablement régresser la morbidité de la lèpre. Pourtant, à mesure que ces améliorations techniques avançaient, l'humanité qui s'était installée, déclinait. D'un lieu de vie avec ses joies et ses difficultés, se dessinait un lieu de soins, normalisé et sans âme.

Pouvons-nous extrapoler cette réflexion à d'autres lieux où la lèpre a sévi ? La réponse est "Oui". Selon l'étude des travaux portant sur la lèpre en Guadeloupe, à la Réunion ou en Polynésie, force est de constater les nombreuses similitudes. Les errances diagnostics, les règles d'isolement contraignantes ou encore les refus de l'Administration de prendre des mesures pour raisons économiques, sont autant d'événements qui se sont produits ailleurs dans ces anciennes colonies françaises. De même, nous pouvons aussi lire et écouter les témoignages d'anciens pensionnaires qui regardent leur internement comme ceux du centre Raoul Follereau (149-153).

Néanmoins il ne s'agit pas de faire de l'histoire de la lèpre une généralité. Toutefois, elle reste un exemple de la confrontation de l'Homme face à la maladie à une période de l'Histoire où la nation était davantage préoccupée par son expansion que par le bien-être de ceux qui la composent.

Alors qu'à l'époque colonialiste les batailles idéologiques voulaient faire disparaître plusieurs pans de la société kanak, l'époque moderne, grâce à la volonté des Institutions locales, promeut le mode de vie kanak et notamment la médecine traditionnelle qui reflète tout un mode de pensée.

En effet, dans la préface de Do Kamo, nous apprenons que notre esprit occidental fonctionne sur un mode de pensée dualiste, qui range chaque chose, chaque dogme, chaque événement

dans deux catégories : le bien ou le mal, et par extension, le malade ou le non-malade, l'aigu ou le chronique. Cette organisation est interprétée comme étant liée au fait que nos sociétés, dites évoluées, ont voulu écarter la pensée mystique au profit d'une pensée plus rationnelle. Nous éprouvons donc des difficultés à envisager la vision Kanak des sciences de l'homme qui s'appuie comme l'ensemble de cette société sur un principe de pensée unique, qui « *introduit l'unité et la cohérence dans le monde de la variété et de la diversité* » (154).

C'est en intégrant ces notions que nous comprenons mieux la coexistence de la médecine traditionnelle et des médecines dites allopathiques.

En effet, même si la médecine traditionnelle se cachait de celle « de Blancs », elle restait très pratiquée. Aujourd'hui, le combat est l'officialisation de cette collaboration, qui aux yeux des Kanaks, est tout à fait possible.

Au contraire, dans nos sociétés occidentales, nous notons l'émergence d'une contestation de la médecine allopathique. Ainsi, les malades se tournent alors vers des médecines alternatives, jusqu'à refuser certaines thérapeutiques scientifiquement établies. Ainsi, certains malades viennent nous consulter avec, parfois, l'agressivité et le refus en réponse aux solutions que nous proposons.

Deux questions peuvent alors se poser : Que cherchent ces malades ? Qui est fautif devant cette agressivité ?

A ces questions, un semblant de réponse peut être apporté. Zempleni écrit en 1985 que « *la dimension sociale de la maladie est la part manquante à notre médecine qui a été refoulée à tort ou à raison scientifique...* ». Or dans la médecine kanak, cette dimension sociale est justement très forte et la médecine du blanc n'est consultée que lorsqu'elle est jugée nécessaire (soit par le patient, soit par le guérisseur) (155).

A la première question à laquelle il est possible de répondre : Ces patients cherchent du réconfort, de l'écoute, du lien social face à leur solitude dans la maladie.

La réponse à la deuxième question serait alors que nous, médecins, sommes fautifs dans la mesure où nous sommes en contact direct avec les malades et nous sommes dus d'apporter

des réponses. Mais, si nous regardons de plus près, la faute incombe davantage à notre mode de fonctionnement social qu'à une personne ou un groupe de personnes.

Effectivement, notre société envisage la personne comme un Etre unique au milieu des autres. La société Kanak, quant à elle, l'envisage plus comme un personnage ayant un rôle au sein de cette société. Ainsi, chacun de ces personnages est interdépendant et se responsabilise pour son bien-être, mais aussi celui des autres.

Ces assertions anthropologiques n'ont en aucun cas lieu d'être des vérités inaliénables, mais sont un tremplin aux questionnements sur nos pratiques. La lectrice ou bien le lecteur, qui aurait eu la chance d'aller exercer en Nouvelle-Calédonie, peut se rendre compte des différences que l'on ressent en pratiquant la médecine parmi les Kanaks. L'environnement paradisiaque ou les méthodes d'exercices sont évidemment des facteurs influençant notre pratique, mais l'expérience de la médecine en pays Kanaks nous montre qu'il est indispensable de nous adapter.

CONCLUSION :

La lèpre, par sa nature particulière, constitue une difficulté clinique et diagnostique évidente. Sa prise en charge est donc influencée par sa complexité, sa longue évolution dans le temps et le nombre de diagnostics différentiels.

L'exposé présenté ici permet de mettre en évidence d'autres facteurs influençant sa prise en charge. La distance géographique, l'histoire, les volontés politiques et économiques variables selon les périodes, mais aussi les facteurs anthropologiques et raciaux.

La distance géographique constituait à l'époque un frein dans la lutte contre la lèpre. Les informations, qu'elles soient politiques, administratives ou encore scientifiques, mettaient un temps non négligeable à parvenir sur le territoire. Aujourd'hui, ces distances sont raccourcies et les moyens de communications nous permettent une transmission rapide de l'information favorisant alors une meilleure prise en charge des malades.

Les facteurs scientifiques. Nos connaissances sur la lèpre sont pendant très longtemps restées limitées. Aujourd'hui, même s'il persiste des questionnements à son sujet, les méthodes diagnostiques et thérapeutiques nous permettent de lutter efficacement contre elle. Cependant, deux faits sont à souligner. Le premier : l'apprentissage. En effet, la lèpre devenant de plus en plus rare, son enseignement ne se fait plus de manière générale dans la plupart de nos universités occidentales. Résulte du défaut de connaissances, un défaut de prise en charge. Néanmoins, et c'est là le deuxième point important, nous devons en tant que scientifiques nous remettre perpétuellement en question et ainsi constamment apprendre. Nombreux sont les médecins qui partent exercer en Nouvelle-Calédonie sans notions sur la lèpre, cependant il nous incombe d'en avoir les connaissances nécessaires afin d'apporter notre concours à ceux qui en sont suspects ou déclarés.

Les facteurs politiques et économiques, intimement liés, influencent directement les moyens déployés sur place pour lutter contre la maladie. Ainsi, notre devoir est de constamment tenir informées les autorités de l'évolution de la lèpre sur le territoire. Comme nous avons pu le voir, l'information n'entraîne pas nécessairement un déploiement des forces médicales mais,

dans le cas inverse, les décisions de nos autorités permettent d'améliorer la situation des malades.

Pour terminer, nous rassemblerons les trois derniers facteurs : Historiques, anthropologiques et raciaux. Nous ne pouvons évidemment pas modifier les événements passés. En revanche, nous pouvons les utiliser afin d'alimenter notre réflexion.

La lutte contre la lèpre en Nouvelle-Calédonie était non seulement une lutte pour soigner, mais également un combat entre trois institutions : les médecins, les missionnaires et l'Administration Coloniale.

Alors même que l'Administration Coloniale s'efforçait de maintenir son emprise dans un intérêt politique, la Science et la Religion tendaient à protéger l'humain et cela, malgré leur adhésion à la politique coloniale inculquant des différences ethniques.

Alors même que médecins et religieux estimaient que l'expansion coloniale ne justifiait pas le mépris de la population Kanak qui devait recevoir tous les soins nécessaires, ceux-ci constituaient une arme idéologique utilisée pour l'expansion coloniale.

Cependant l'administration, en répondant à l'épidémie par des mesures contraignantes, n'a pas permis de répondre convenablement aux besoins face à la maladie.

L'objectif n'est en aucun cas de dénigrer l'action de nos pairs. Chaque époque possède ses standards et ses principes influençant l'ensemble de la société. L'objectif ici, est de s'appuyer sur ces faits historiques pour apporter une conclusion à notre travail.

Aujourd'hui, confrontés à la persistance de certains foyers, nous avons le devoir de rester attentifs et d'appréhender la maladie en tenant compte de notre héritage colonial. Aujourd'hui aussi, les mœurs ont évolué, laissant la culture Kanak s'émanciper, nous montrant une conception bien différente de la société, du corps et de la maladie.

Acceptant ces principes, il importe désormais de lutter contre la maladie avec une pratique objective de la médecine, en intégrant dans nos prises en charge les différences culturelles mais aussi l'ensemble des difficultés qui peuvent se présenter.

L'exemple de la lèpre est une situation extrême mais peut s'exporter à l'ensemble de notre pratique. Répondre à une situation complexe ne peut se faire qu'en adoptant une vision globale des éléments en notre possession, et nos compétences grandissent à mesure que nous apprenons, mais surtout, que nous comprenons.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. Huard P, Malet C. Histoire de la lèpre et de son influence sur la littérature et les arts. Thèse de Médecine. Paris. Revue d'histoire des sciences. 1968;21(3):279-80.
2. Hansen GA. On the Etiology of Leprosy. Br Foreign Med Chir Rev. avr 1875;55(110):459-89.
3. Monot M, Honoré N, Garnier T, Araoz R, Coppée J-Y, Lacroix C, et al. On the origin of leprosy. Science. 2005 mai 13;308(5724):1040-2.
4. WHO. Situation de la lèpre dans le monde 2018 : Parvenir à un monde exempt de lèpre. Relevé épidémiologique hebdomadaire. 2019, 94(35):389-412.
5. WHO. Aide-Mémoire sur la Lèpre. Revisé En 2010. Relevé épidémiologique hebdomadaire. 2010, 85(6): 46-48.
6. Mahé A. La lèpre n'est pas une maladie du passé. Med Sci (Paris). août 2015;31(8-9):764-9.
7. Aphorismes, section III, paragraphes 19 et 20 dans Hippocrate, Le Serment ; La Loi ; De L'art ; Du Médecin ; Prorrhétiques ; Le Pronostic ; Prénotions De Cos ; Des Airs, Des Eaux Et Des Lieux ; Épidémies. (liv. I Et III) ; Du Régime Dans Les Maladies Aiguës ; Aphorismes ; Fragments De Plusieurs Autres Traités, traduit par C.Daremberg, Paris, 1844.
8. Messali J-P. La « lèpre » dans les écrits bibliques et rabbiniques : aspects historiques, textuels et rituels. Religions. Université Sorbonne Paris Cité, 2016.
9. La Bible. Lévitique 13, 45.
10. WHO. Situation de la lèpre dans le monde, 2017 : réduction de la charge de morbidité due à la lèpre, Relevé épidémiologique hebdomadaire. 2019; 93(35): 445-56.
11. DASS-NC. Programme de contrôle de la lèpre : l'essentiel. 2018.
12. Nouvelle-Calédonie [Internet]. Service d'Information du Gouvernement. 2016 [cité 13 juin 2019]. Disponible sur: <http://www.outre-mer.gouv.fr/nouvelle-caledonie>
13. Dr Victor De Rochas. La Nouvelle-Calédonie et ses habitants. Ferdinand Sartorius, Libraire-Editeur, Paris; 1862.
14. ISEE - Recensement [Internet]. [cité 15 déc 2019]. Disponible sur: <http://www.isee.nc/population/recensement>
15. Viratelle J. L'histoire de la Nouvelle-Calédonie. Maison de la Nouvelle-Calédonie; 2017.

16. Leblic I. Chronologie de la Nouvelle-Calédonie. jso. 1 déc 2003;(117):299-312.
17. Rocard M, Lafleur J, Tjibaou JM, Nenou M, et al. Accords de Matignon-Oudinot. Paris. 26 Juin 1988. [cité 16 déc 2019]. Disponible sur: http://www.mncparis.fr/uploads/accords-de-matignon_1.pdf
18. Accord sur la Nouvelle-Calédonie signé à Nouméa le 5 mai 1998.
19. Référendum en Nouvelle-Calédonie : la victoire en demi-teinte du non à l'indépendance. Le Monde.fr [Internet]. 4 nov 2018 [cité 16 déc 2019]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/politique/article/2018/11/04/referendum-en-nouvelle-caledonie-la-victoire-en-demi-teinte-du-non-a-l-independance_5378708_823448.html
20. Brou B. Peuplement et population de la Nouvelle-Calédonie. Société d'étude historique de la Nouvelle-Calédonie. 1980.
21. Camille S. La population de la Nouvelle-Calédonie. La maison de la Nouvelle-Calédonie, 2017.
22. Kanaks et Caldoches [Internet]. [cité 16 déc 2019]. Disponible sur: http://www.axl.cefan.ulaval.ca/pacifique/ncal-kanaks_def.htm
23. Historique [Internet]. [cité 16 déc 2019]. Disponible sur: <http://www.adck.nc/presentation/le-centre-culturel-tjibaou/historique>
24. Terrier C. Nouméa, Nouvelle-Calédonie, 1900: Colons, Canaques, Coolies. 2014.
25. DASS-NC. Situation sanitaire en Nouvelle-Calédonie. La démographie. 2017.
26. DASS-NC. Situation sanitaire en Nouvelle-Calédonie. Les médecins. 2017.
27. DASS-NC. Surveillance non spécifique Nouvelle-Calédonie. Rétro-information: 2018-1er semestre.
28. DASS-NC. Situation sanitaire en Nouvelle-Calédonie. Le CHT Gaston Bourret. 2017.
29. Santé en Nouvelle-Calédonie.[Internet]. 2019 [cité 16 déc 2019]. Disponible sur : https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Sant%C3%A9_en_Nouvelle-Cal%C3%A9donie&oldid=157253041
30. DASS-NC. Situation sanitaire en Nouvelle-Calédonie. Les autres structures de soins. 2017.
31. À propos de la DASS. Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de Nouvelle-Calédonie [Internet]. [cité 16 déc 2019]. Disponible sur: <https://dass.gouv.nc/la-dass/propos-de-la-dass>
32. Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie. Do Kamo. Rapport d'orientation sur les pistes potentielles de réforme du système de santé calédonien. 2018: 78 p.

33. Gabrielyan E, Gilbert B, Lynton GFG, Et Al. Principes méthodologiques généraux pour la recherche et l'évaluation relatives à la médecine traditionnelle. Genève : WHO; 2000: 87 p.
34. Salomon C. Savoirs et pouvoirs thérapeutiques kanaks. Paris. Presses Univ. de France. 2000 : 159 p.
35. Lehec C. Leenhardt M. Do Kamo, la Personne et le Mythe dans le monde mélanésien. Journal de la Société des Océanistes. 1947;3(3):145-55.
36. Bourret D. Les raisons du corps. Eléments de la médecine traditionnelle autochtone en Nouvelle-Calédonie. Cahiers ORSTOM. Série Sciences Humaines 1981;18(4): 487-513.
37. Langlet JY, Palombo P. Médecines océaniques. La place de la médecine kanak en Nouvelle-Calédonie. Bulletin Médical Calédonien et Polynésien. Artypo. oct 2005;42: 3-8.
38. Cabalion P, Hnawia E. Connaissance et histoire des plantes utiles de Nouvelle-Calédonie : une pièce à tiroirs. Ethnopharmacologia. 2010; (45):15-26.
39. Robbins G, Tripathy VM, Misra VN, Mohanty RK, Shinde VS, Gray KM, et al. Ancient Skeletal Evidence for Leprosy in India (2000 B.C.). Plos one. 27 mai 2009;4(5):e5669.
40. Sushruta Samhita. [Internet]. 2019 [cité 18 déc 2019]. Disponible sur: https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Sushruta_Samhita&oldid=930070270
41. Chaussinand R. The Expansion of Leprosy from Antiquity to Today. Acta Tropica. 1949;6(2):105-19.
42. Alibert JL, Bayle AL. « La lèpre », Encyclopédie des sciences médicales. Paris. 1834: 5.
43. Rakoto-Ratsimamanga A, Ratsimamanga-Urverg S, Boiteau P. Histoire de la lèpre et des maladreries de l'Aisne. Laon: Fédération des Sociétés d'Histoire et d'Archéologie de l'Aisne. 1970;(16):4-17.
44. Sanad S. La lèpre : de l'antiquité à l'ère génomique. [Thèse de doctorat en Médecine]. Paris Sud 11: Faculté de pharmacie de Chatenay Malabry; 2009.
45. Duplès-Agier H. Ordonnance de Philippe le Long contre les lépreux (21 juin 1321). bec. 1857;18(1):265-72.
46. Le Grand L. Comment composer l'histoire d'un établissement hospitalier. Sources et méthode. rhf. 1930;16(71):161-239.
47. Irgens LM. The discovery of Mycobacterium leprae. A medical achievement in the light of evolving scientific methods. Am J Dermatopathol. 1984;6(4):337-43.

48. Baling LM, Valdez RP. Reflections on the International Leprosy Congresses and other events in research, epidemiology, and elimination of leprosy. *Int J Lepr.* 1994;62(3):412-27.
49. Jeanselme E. *La lèpre.* Doin. Paris; 1934.
50. Faget GH, Johansen FA. Present status of promin treatment in leprosy. *Int J Lep.* 1946 Dec; 14:30-6.
51. Feldman WH, Hinshaw HC, Moses HE, Promin in experimental tuberculosis. *Am Rev Tuberc.* 1942;45:303.
52. Aubry P, Gaüzère B-A. *Lèpre ou maladie de Hansen.* Actualité 2019. *Medecine tropicale.* 13p.
53. WHO, Groupe d'étude. *Chimiothérapie pour les programmes de lutte antilépreuse.* Genève: OMS; 1982.
54. WHO, Situation de la lèpre dans le monde, 2015 : l'heure est à l'action, à la responsabilisation et à l'inclusion, *Relevé épidémiologique hebdomadaire.* 2016;91(35):405-20.
55. Alouda R, Anand S, Cabanos G, Castalia Ro et Al. *Stratégie mondiale de lutte contre la lèpre 2016–2020 : parvenir plus rapidement à un monde exempt de la lèpre - Manuel opérationnel.* WHO 2016; 69 p.
56. Baron V, Forfait C, Klement E, Colot E, Cazorla C, Descloux E. *Épidémiologie de la lèpre en Nouvelle-Calédonie de 1983 à 2017.* *Bulletin épidémiologique hebdomadaire.* 2019;(21):400-15.
57. DASS, *Situation sanitaire en Nouvelle-Calédonie, La lèpre, 2017.*
58. DASS, *Rapport Campagne de dépistage de la lèpre sur l'île de Bélep du 6 au 13 avril 2018- DASS NC- 23/07/2018.*
59. Ploemacher T, Faber WR, Menke H, Rutten V, Pieters T. Reservoirs and transmission routes of leprosy; A systematic review. *PLoS Negl Trop Dis.* 2020 avr 27;14(4):e0008276
60. Peltier A. *De la lèpre en Nouvelle-Calédonie [Thèse]:* Paris; 1891.
61. Mayer TFG. Report of the Leonard Wood Memorial Conference on Leprosy held in Manila, Philippine Islands, January 9th to 23rd, 1931. *Leprosy Review.* 1931;2(3).
62. Dubois A. *La lèpre au congo belge en 1938.* Bruxelles: Institut Royal Colonial Belge. Section des sciences naturelles et médicales. 1940 janv;10(2):1-50.
63. Dubois A. *Classification de la Lèpre.* *Acta Tropica.* 1947(4): 289-97

64. Bobin P. Lèpre. Encyclopédie Médico-chirurgicale Maladies infectieuses. Masson. 2007.
65. Ridley DS : A logarithmic index of bacilli in biopsies. Evaluation. *Int J Lepr.* 1967;35(2):187-193
66. Baohong J. Does there exist a subgroup of mb patients at greater risk of relapse after mdt? *Leprosy Review.* 2001;72(1).
67. Gelber RH, Balagon VF, Cellona RV. The relapse rate in MB leprosy patients treated with 2-years of WHO-MDT is not low. *Int J Lepr.* 2004 déc;72(4):493-500.
68. Flageul B. Le diagnostic de la lèpre. *Revue Francophone des laboratoires.* 2011 avr;41(431)37-42.
69. Torres P, Camarena JJ, Gomez JR, Nogueira JM, Gimeno V, Navarro JC, et al. Comparison of PCR mediated amplification of DNA and the classical methods for detection of *Mycobacterium leprae* in different types of clinical samples in leprosy patients and contacts. *Lepr Rev.* 2003 mars;74(1):18-30.
70. Cambau E, Chauffour-Nevejans A, Tejmar-Kolar L, Matsuoka M, Jarlier V. Detection of antibiotic resistance in leprosy using GenoType LeptraeDR, a novel ready-to-use molecular test. *Plo Negl Trop Dis.* 2012;6(7):e1739.
71. WHO. Chemotherapy of leprosy for control programmes: report of a WHO Study Group on Chemotherapy of Leprosy for Control Programmes. Geneva. 1982 oct 1-16(675):33 p.
72. WHO, Study Group on Chemotherapy of Leprosy : report of a WHO study group on Chemotherapy of Leprosy for Control Programme. Geneva. 1994;(847):24 p.
73. WHO. WHO model prescribing information : drugs used in leprosy. World Health Organization .(1998)
74. Discamps G. histoire de la lèpre. L'huile de chaulmoogra et les travaux de Léon Stevenel. Bordeaux, Association des léprologues de langue Francophone. 2006;(18):52-4
75. Parascandola J. Chaulmoogra oil and the treatment of leprosy. *Pharm Hist.* 2003;45(2):47-57.
76. Pellecuer. T, Zorn. J.F. L'action de Philadelphie Delord, Pasteur, Missionnaire et « ami des lépreux » de 1898 à 1935 [Thèse]. Montpellier. 2010.
77. La lèpre : son traitement par la sérothérapie : communication faite à la conférence sur la lèpre (Berlin, 11-16 octobre 1897) 10-13 p.

78. Hasson J. A new method of diagnosis and of vaccine treatment in leprosy. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene. janv 1926;19(7):349-54.
79. Troisième conférence internationale de la lèpre. Strasbourg: Paris : J.-B. Baillière et fils. 1923;3: 528 p.
80. Millan J. La lutte contre la lèpre en Guadeloupe de 1725 à 2007. Bulletin de la Société d'Histoire de la Guadeloupe. 2018;(181-182):131.
81. Delaveau P. Lèpre du corps et lèpre de l'âme : recherches thérapeutiques anciennes. pharm. 1974;62(222):155-69.
82. Leboeuf A. La lèpre en Nouvelle-Calédonie et dépendances. Annales d'hygiène et médecine coloniale, 1914,17:177-205.
83. Kermorgant. Eaux thermales et minérales des colonies Françaises. Annales d'hygiène et de médecine coloniale. 1901;4:248.
84. Jouen J. Physiothérapie de la lèpre au sanatorium de Ducos. Médecine tropicale : Revue du corps de santé colonial. 1954;14(1):72-77.
85. Negre A, Fontan R. Physiothérapie des séquelles et complications de la lèpre. Int J Lepr. 1956;24(2):159-68.
86. Moriceau P. La lèpre en Nouvelle-Calédonie. Bulletin de la société de géographie commerciale de Paris.1891;14(1):70.
87. Tidjite BB , César, Germaine,Honoré, Kavo, Kohoune, Marcelline, Max, Peena, Tomedi R, Saturnin, Soeur Noëllie, Soeur Yves, Padeloup R. L'hymne à la vie des pensionnaires du Centre Raoul Follereau. EIP. Nouméa. 2006; 308 p.
88. Georg Forster on Cook's Second Voyage [Internet]. [cité 22 mai 2020]. Disponible sur: <http://pacific.obdurodon.org/ForsterGeorgComplete.html>
89. La Billardièrre JJH de (1755-1834) A du texte. Relation du voyage à la recherche de La Pérouse, fait par ordre de l'Assemblée constituante pendant les années 1791, 1792 et pendant la 1re et la 2e année de la République française. Tome 1 / , par le cen Labillardière,... [Internet]. 1799 [cité 22 mai 2020]. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k1060558r>
90. Legéard L. Histoire de la lèpre en Nouvelle-Calédonie 1864-1938. Société d'étude historique de nouvelle Calédonie. 1999;118:25-47.
91. Forné F. La contagiosité de la lèpre. Archives de médecine navale et coloniale.1890;54:161-202.
92. Legrand L. La lèpre en Nouvelle-Calédonie. Archives de médecine navale et coloniale.1891;05:81-145.

93. Gouverneur Pardon. Arrêté prescrivant l'internement des lépreux. janv 28, 1889. Disponible aux archives de Nouvelle-Calédonie Carton 190W42
94. Discours du Gouverneur Pardon au conseil général d'ouverture de la session ordinaire d'août 1889. 1889 août; 246p. Disponible aux archives de Nouvelle-Calédonie Carton 190W42
95. Arrêté concernant la léproserie qui devait être créée à l'îlot Sainte-Marie. Nouméa. 1889 nov; 350 p.(Don)
96. Pierre. Clinique d'outre-Mer. Rapport sur les conditions dans lesquelles se trouvent actuellement les lépreux en Nouvelle-Calédonie. Annales d'hygiène et de médecine coloniales.1898;01:149-57.
97. Devambe V. Belep et les Belepiens au temps de la léproserie centrale de la Nouvelle-Calédonie (1892-1898). jso. 1992;95(2):237-9.
98. Auché A. La lèpre en Nouvelle-Calédonie.Archives de médecine navale.1899;71:5-415.
99. Ortholan. Etat Actuel de la lèpre en Nouvelle-Calédonie. Annales de Médecine et de Pharmacie Coloniale. 1911;14:229-68.
100. Coureaud HHL. Notes de géographie médicale recueillies dans le Pacifique. Archives de Médecine et de Pharmacie Navales. 1920;110:214-20
101. De Grall. Contribution à l'étude de la contagiosité de la lèpre, apparition et extension de cette maladie en Nouvelle-Calédonie. Archives de médecine navale et coloniale.1894;62:161-359
102. Discours du Gouverneur Laffon pour l'ouverture de la session ordinaire du conseil général concernant la création d'un grand établissement sanitaire aux îles Belep. Noumea; 1892 avr.
103. Juris Classeur de la France d'outre mer n°3 1.1947 page 6 disponible aux archives de la ville de Nouméa.
104. Bichou B. La lèpre en Nouvelle-Calédonie. Société d'étude historique de Nouvelle-Calédonie. 1975;24:9-15.
105. Dépêche ministérielle.1899 avr 23. Disponible aux archives de Nouvelle-Calédonie Carton 190W48
106. Leboeuf A, Salomon E. La lèpre en Nouvelle-Calédonie. Bulletin de la Société de pathologie exotique. 1914;7:218-32.
107. Décret. 1915 juil 17. Disponible aux archives de Nouvelle-Calédonie Carton 190W48

108. Baré J. Le service de lutte contre la lèpre en Nouvelle-Calédonie. *Annales de Médecine et de Pharmacie Coloniale*. 1939;37:165-75.
109. Abbatucci. Etat actuel de la lèpre en Nouvelle-Calédonie. *La Presse médicale*. Masson et Cie. 1925 août 8;63:1068-9.
110. Genevray G. La lèpre en Nouvelle-Calédonie. *Bulletin de la Société de pathologie exotique*. 1925;18:78-89
111. Père Bussy. Souvenirs sur la léproserie de Ducos. *Société d'étude historique de Nouvelle-Calédonie*. 1984;60:65-68
112. Sellier C. «Inspection des Circonscriptions Médicales de Canala, Hienghène, Touho, Ponérihouen, Poindimié, houaïlou» Conseil Général de la Santé.1925-1926 107 W SANC. Manuscrit non publié.
113. Tisseuil J. Quel a été, à ce jour l'avenir des guérisons clinique de la lèpre en Nouvelle-Calédonie. *Bulletin de la Société de pathologie exotique*. 1930;23:63-77.
114. Laquière J. Prophylaxie de la lèpre en Nouvelle-Calédonie et Dépendances. *Bulletin de la Société de pathologie exotique*. 1931;24: 483-96.
115. Follereau R. *Donnez moi deux bombardiers*. Paris: Ordre de la Charité; 1958.
116. Le centre Raoul-Follereau, un site abandonné, pillé, vandalisé [Internet]. Nouvelle-Calédonie la 1ère. [cité 28 mai 2020]. Disponible sur: <https://la1ere.francetvinfo.fr/nouvellecaldonie/centre-raoul-follereau-site-abandonne-pille-vandalise-554415.html>
117. Groupe d'habitants de Nouméa. Au sujet de la lèpre. *La France australe*.1940; 15442 (Don)
118. Arrêté 288 au sujet de l'isolement des lépreux européens contagieux. 1941 mars 10. (Don)
119. Ragusin E. La lèpre en Nouvelle-Calédonie et dépendances. *Int J Lepr*. 1951;19(4):413-21.
120. Bontems, Ragusin, Tivollier et Al. Croisade contre la maladie d'Hansen, Conférence radiodiffusées à Nouméa. Comité local de la Croix Rouge Française. Imprimeries Réunion. 1948
121. Deghan E. Pour les malades atteints de lèpre. *Bulletin du Commerce de la Nouvelle-Calédonie et des Nouvelles-Hébrides*. 1943 sept 29; 3335.
122. Deghan E. Au sanatorium de Ducos. *Bulletin du Commerce de la Nouvelle-Calédonie et des Nouvelles-Hébrides*. 1957 janv 2; 4708.

123. Poyat H. Rapport au Colonel. Tadine. 1952 déc; 1257. Disponible aux archives de Nouvelle-Calédonie Carton 150 W120
124. Dubois A. Candidature d'André Dubois. La lutte contre la lèpre. La France australe. 1947 janv 2; 17184 (Don)
125. Doche N. Approche de la notion de lèpre et du lépreux à travers la terminologie au cours du 2e millénaire [Internet]. Bulletin de l'ALLF [cité le 12 Mai 2020]. Disponible sur : <http://sfdermato.actu.com/allf/plus4.pdf>.
126. Meek P. Growth and Development of Care for Leprosy Sufferers Provided by Religious Institutions from the First Century AD to the Middle Ages. Graduate Theses and Dissertations [Thèse]. 20 mai 2016.
127. Sykes IJ. Disability, Leprosy, and Kanak Identity in Twentieth-Century New Caledonia. *Journal of Literary & Cultural Disability Studies*. juill 2016;10(2):173-89.
128. Sykes IJ. Humanitarian quarantine in practice: medicine, religion and leprosy in New Caledonia. *Anthropol Med*. déc 2017;24(3):301-18.
129. Christen E. Phil Delord : Au secours des lépreux. Labor et Fides. Genève; 1949.
130. Vasseur J. Maurice Leenhardt et la rébellion de 1917 en Nouvelle-Calédonie. *jso*. 1985;41(81):241-74.
131. Leboeuf A. Bacille de Hansen dans le Mucus Nasal des Lépreux. *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*. 1911;4:609-13.
132. Tivollier MJ. Conseil et Règles Pratiques d'Hygiène Pour les Indigènes des Îles Loyalty et pour les gens de la Grande Terre. 1957.
133. Nouvelles médicales. La France australe. 1953; 19231 (Don)
134. Auteur Inconnue. Témoignage d'une soeur missionnaire infirmière portant sur la lutte contre la lèpre, la tuberculose et la peste. Disponible aux archives de Nouvelle-Calédonie Carton 24 J 17
135. La lèpre en Nouvelle-Calédonie. *Le Progrès Médical*. 1916;10. (Don)
136. Primet M. Prophylaxie de la lèpre en Nouvelle-Calédonie. *Annales d'hygiène et de médecine coloniales*. 1901;4:513-40.
137. Marchoux E, Bourret G. Recherches sur la transmission de la lèpre. *Annales d'hygiène et de médecine coloniales*. 1910;13:169-72.
138. Monteil J. Notes thérapeutique sur la lèpre. *Bulletin de la Société de pathologie exotique*. 1911;4:48-56.
139. Aubry P. Panorama des principales affections dermatologiques en milieu tropical. :14.

140. Procès-verbal. Réunion d'information sur la lèpre en Nouvelle-Calédonie. 1968. (Don)
141. Chanalet G, Guyon J, Beaute J, Parc F, Boutier F. Premiers résultats du traitement de la lèpre en Nouvelle-Calédonie par la Rifampicine. *Médecine tropicale : Revue du Corps de santé colonial*. 1972;32(1):203-16
142. Poncin S. La lèpre est toujours présente. *Les Nouvelles Calédoniennes*. 24 janv 1998 (Don)
143. Gaignaire A, Serre X. 50ème journée mondiale. La lèpre recule en Calédonie. *Les Nouvelles Calédoniennes*. 27 janv 2003; (Don)
144. Tisseuil J. Les léproseries partielles en Nouvelle-Calédonie. *Bulletin de la société de pathologie exotique*. 1929;22:95-114.
145. Servent P. La lèpre. Etude historique, épidémiologique et comportementale. [Thèse]: Université Française du Pacifique; 1995.
146. Madame W [Témoignage]. 2018.
147. Noëlla. Souvenirs et impressions. Imp Réunies de Nouméa; 1972.
148. Monsieur R [Témoignage]. 2018.
149. Millan J. La lutte contre la lèpre en Guadeloupe de 1725 à 2007. *Bulletin de la Société d'Histoire de la Guadeloupe*. 2018;(181-182):131.
150. Gaüzere BA, Aubry P. History of leprosy in Reunion Island from the beginning of the 18th century until today. *Médecine et Santé Tropicales*. juill 2013;23(3):281-6.
151. Conférences sur l'archéologie. Archéologie et ancienneté de la lèpre en Polynésie : insularité, peuplement, colonisation et circulation des germes pathogènes [Internet]. Inrap. 2016 [cité 4 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.inrap.fr/archeologie-et-anciennete-de-la-lepre-en-polynesie-insularite-peuplement-11718>
152. Sentis T. Mama Nani, 74 ans, raconte la léproserie [Internet]. Radio1 Tahiti. 2015 [cité 4 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.radio1.pf/mama-nani-74-ans-raconte-la-leproserie/>
153. Tehetia C. Cécile, ancienne malade de la lèpre : « Mes parents m'ont mise de côté » [Internet]. TAHITI INFOS, les informations de Tahiti. [cité 4 juin 2020]. Disponible sur: https://www.tahiti-infos.com/Cecile-ancienne-malade-de-la-lepre-Mes-parents-m-ont-mise-de-cote_a168399.html
154. Délibération du 24 avril 2012 relative à la charte de l'environnement de la province des îles Loyauté en Nouvelle-Calédonie. *Revue juridique de l'environnement*. 2014; 39(3):599-601.

155. Lepoutre M, Bensa A, Leblic I. Le pluralisme médical à Lifou: En pays kanak : Ethnologie, linguistique, archéologie, histoire de la Nouvelle Calédonie. Paris: Éditions de la Maison des sciences de l'homme; 2015:293-309.

SERMENT D'HIPPOCRATE :

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

Enseignement sur l'histoire de la lèpre en Nouvelle-Calédonie

Contexte : La lèpre n'était présente que par foyers avant l'arrivée des colons européens. Après une période d'expansion, la maladie a finalement été contrôlée à partir des années 1950 grâce à l'arrivée de la Dapsone. L'introduction de la PCT dans les années 80 a permis de réduire le seuil d'endémicité sur le territoire à moins de 1 cas pour 10 000 habitants. Mais il s'agit là d'une moyenne, il persiste sur le territoire des zones où ce seuil n'est pas respecté et la présence de formes très contagieuses multibacillaires reste élevée. En particulier, on note une résurgence de cas chez les plus jeunes.

Matériel et méthode : Nous avons mené un travail historique de revue de la littérature, basé sur des recherches à la fois numériques et d'archives, mais également un travail de terrain à la rencontre d'anciens malades. Cette approche nous a permis d'établir une liste de facteurs ayant influencé le développement de la maladie sur le territoire.

Résultats : L'histoire naturelle de la lèpre, les connaissances à son sujet restées limitées pendant longtemps, mais aussi les facteurs géographiques entraînant pendant de nombreuses années une difficulté d'accès aux informations, sont autant de facteurs ayant influencé le développement de la maladie. Notre approche de travail a pu également identifier des facteurs anthropologiques concernant l'appréhension du corps et de la santé en pays Kanak qui sont tout aussi importants dans l'évolution de la maladie.

Conclusion : Confrontés à la persistance de certains foyers, nous avons le devoir de rester attentifs et d'appréhender la maladie en tenant compte de notre héritage colonial. Nous devons lutter contre la lèpre avec une vision globale de la médecine, en intégrant dans nos prises en charge les différences culturelles, mais aussi l'ensemble des difficultés qui peuvent se présenter.

Mots clés : lèpre, histoire de la médecine, Nouvelle-Calédonie, colonisation, médecine traditionnelle, anthropologie.