

Part VI
EXPANSION PHASE

Partie VI
PHASE D'EXPANSION

LA CAMPAGNE ANTIPIANIQUE EN HAÏTI *

D^r EDOUARD PETRUS,^a D^r SACHA LEVITAN,^b
D^r ADHEMAR PAOLIELLO,^c et D^r ROSE NICOL^d

Le pays

La République d'Haïti, d'une superficie de quelque 28.000 km², occupe la partie ouest de l'île, connue sous le nom d'Haïti, Hispaniola ou Saint-Domingue. Le reste de l'île est occupé par la République Dominicaine, d'une superficie d'environ 50.000 km². La République d'Haïti, la plus peuplée, a un climat tropical modéré. La topographie du pays, en majeure partie montagneux, détermine une distribution de la pluie apparemment capricieuse, dont la végétation se ressent. L'agriculture est la principale source de revenus. Récemment encore, l'on n'avait aucune donnée sur la population : le recensement de 1950 a permis de l'évaluer à 3.000.000 d'habitants environ. Il n'existait jusqu'ici aucune donnée sur la répartition et l'incidence du pian.

Dans ce pays accidenté, les voies de communications ne sont que des sentiers côtoyant des précipices. Le paysan vit dans des montagnes abruptes. Il voyage à cheval, à dos d'âne ou de mulet, et le plus souvent à pied. Pendant la saison pluvieuse, le problème des communications est angoissant et les alluvions constituent un obstacle parfois infranchissable.

L'île d'Haïti est divisée en départements, les départements en arrondissements, les arrondissements en communes, et les communes en sections rurales. L'agglomération comprenant les habitations, l'école, l'église, le marché, etc. — en un mot, le village — est presque inconnue dans les campagnes haïtiennes. Il n'y a pas de communautés rurales, les maisons étant parfois distantes les unes des autres de 1 à 2 kilomètres.

Le Service d'éradication du pian

Ce service est le résultat des efforts conjugués du Gouvernement haïtien, de l'OMS et du FISE. Il est dirigé par un Haïtien et relève directement du Département de la Santé ; le FISE et l'OMS accordent une aide finan-

* Cet article sera reproduit, accompagné d'un résumé en espagnol, dans le *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*.

^a Directeur national de la campagne anti-pianique

^b Médecin-consultant en chef FISE/OMS ; actuellement Directeur adjoint du Venereal Disease Research Laboratory, Staten Island, N.Y., Etats-Unis d'Amérique

^c Consultant technique

^d Consultant adjoint, Médecin résident du N.J. Valley View Sanatorium, Etats-Unis d'Amérique

cière et technique. Il comprend un personnel administratif et un personnel technique. Ce dernier est recruté parmi des jeunes gens de 22 à 35 ans, qui reçoivent un entraînement de quinze jours à l'Hôpital général, au Bureau central et dans les dispensaires mis à la disposition du service par la mission sanitaire de l'Institute of Inter-American Affairs.

Le programme

Un accord signé en juin 1950 entre le Gouvernement haïtien et l'OMS avait pour but :

- 1) d'instituer un programme d'éradication du pian en Haïti par le traitement systématique au moyen des antibiotiques ;
- 2) de combattre la syphilis rurale par les antibiotiques en éliminant la plupart des sources d'infection ;
- 3) d'évaluer le résultat du traitement du pian et de la syphilis par des enquêtes sur le nombre de cas au début et à la fin de la campagne, et par des examens sérologiques ;
- 4) d'instruire le personnel professionnel et auxiliaire dans les méthodes d'éradication du pian et de lutte contre la syphilis.

La campagne d'éradication du pian et de lutte contre la syphilis rurale comprend trois phases distinctes :

- 1) le diagnostic et le traitement systématique ;
- 2) l'établissement d'un système adéquat pour la découverte des cas ayant échappé à la première enquête ;
- 3) l'établissement de dispensaires permanents dans les localités où la maladie est très répandue.

Le 20 juillet 1950, le Service d'éradication a entrepris la première phase. Le personnel technique comprenait les inspecteurs répartis en trois équipes, ayant les fonctions suivantes : *a)* démarcation, *b)* traitement, *c)* contrôle.

Les méthodes

L'équipe de démarcation avisait les autorités militaires, civiles et religieuses de l'arrivée prochaine de l'équipe de traitement. Les inspecteurs apposaient dans toutes les sections rurales d'une commune déterminée des avis indiquant la date de cette arrivée. Chacun des inspecteurs composant l'équipe de traitement était affecté à une localité. Il tenait consultation toute la journée et soignait non seulement les personnes atteintes de pian et de lésions ouvertes, mais encore celles qui vivaient en contact avec les malades (« contacts »). L'inspecteur se déplaçait chaque jour suivant un itinéraire fixé. L'équipe de traitement séjournait dans un département jusqu'à ce qu'elle ait visité toutes les sections rurales.

Le paysan haïtien, même malade, hésite parfois à se présenter à la consultation. C'est pourquoi le service d'éradication a institué l'équipe de contrôle, qui a pour tâche de dépister et de soigner tous les cas infectieux qui ont échappé au traitement. L'inspecteur de l'équipe de contrôle arrive dans une localité trois mois après le passage de l'équipe de traitement. Il y séjourne jusqu'à ce qu'il ne trouve plus aucun cas de pian infectieux.

Comme on l'a vu plus haut, le Service d'éradication du pian au début de la campagne n'avait aucune donnée précise sur le chiffre de la population d'Haïti. Le recensement national n'a commencé qu'en août 1950 et le premier dénombrement a été publié en novembre 1950. Grâce aux données du recensement national, le service a pu constater que, par la méthode de consultation journalière, 70% seulement des personnes des régions déjà visitées avaient bénéficié du traitement ; il a donc adopté, en octobre 1951, une nouvelle méthode dénommée « de maison en maison ». Cette nouvelle méthode obligeait le service à organiser deux sections : une section de cartographie et une section de traitement.

Les inspecteurs de la section de cartographie, sous la direction d'un inspecteur général, font une délimitation de toutes les sections rurales d'une commune. En même temps ils avisent les autorités civiles, militaires et religieuses de l'arrivée de l'équipe de traitement.

Au jour fixé par l'équipe de cartographie, l'inspecteur de l'équipe de traitement commence le travail dans la localité qui lui est assignée. Il est pourvu d'une carte détaillée de cette localité. Il y séjourne jusqu'à ce qu'il ait soigné tous les habitants de son secteur, qui comprend au moins 1.000 personnes. L'inspecteur passe de maison en maison. Il assigne à chaque maison un numéro d'ordre, il établit une fiche pour chaque personne et indique la dose de pénicilline injectée. Si un habitant de la maison est absent, l'inspecteur remplit la fiche de celui-ci selon les renseignements fournis par les autres habitants de la maison, en les priant d'aviser l'absent qu'il est à sa disposition à n'importe quel moment. L'inspecteur est forcé de travailler le soir et le dimanche, car il arrive souvent que les absents se présentent à ce moment-là. D'ailleurs, dans la majorité des cas, les absents sont des individus en bonne santé, qui se trouvaient aux champs ou au marché. Ils sont soignés comme « contacts ». Nous ne signalons même pas les cas de refus, qui sont très rares, tant est vif l'enthousiasme du paysan à se faire soigner. L'inspecteur passe dix à douze jours dans une localité, traitant 96 à 100 personnes par jour. La méthode est lente, elle est même fatigante, car les habitations sont éloignées les unes des autres. Cependant, elle présente de grands avantages :

- a) elle permet de soigner plus de 95% des personnes d'une localité ;
- b) elle met l'inspecteur en contact direct avec le paysan, qui peut ainsi profiter de ses conseils d'hygiène ;
- c) elle évite le gaspillage de la pénicilline (aucun sujet n'est soigné deux fois, ce qui arrivait souvent avec l'ancienne méthode).

Dose

En vue du diagnostic et du traitement systématique, le service d'éradication a réparti les personnes à soigner en deux grandes catégories :

- a) les malades (tous ceux qui présentent le pian infectieux, avec pianomes et lésions ouvertes (ulcères, plaies));
- b) les « contacts », c'est-à-dire ceux qui vivent en contact permanent avec les malades.

Comme les enfants sont assez souvent exposés à l'infection, ils sont tous soignés, de 0 à 16 ans. Les malades reçoivent 2 ml (600.000 unités) de pénicilline huileuse procainée avec 2% de monostéarate d'aluminium. Les contacts et les enfants jouissant d'une bonne santé reçoivent 1 ml (300.000 unités) de pénicilline.

Nos inspecteurs ont injecté, du 20 juillet 1950 au 31 octobre 1951, 991.480 ml à 642.238 personnes et du 27 octobre 1951 au 31 mai 1952, 542.693 ml à 358.999 personnes.

La question de l'efficacité de cette dose est traitée ailleurs par Levitan. ^e

Résultats

Le paysan haïtien est méfiant, hésitant. Il ne croit que les faits. Son enthousiasme à se faire soigner suffirait à prouver l'efficacité du traitement. Autrefois, les dispensaires ne désemplissaient pas. Aujourd'hui, les paysans attendent patiemment l'arrivée de l'inspecteur, et quand celui-ci doit s'absenter, ils parcourent plusieurs kilomètres pour le retrouver et bénéficier du traitement. Il est vrai que les résultats sont merveilleux. Au 3^e jour après le traitement, le malade sent une réelle détente; au 4^e jour, la dessiccation commence, pour être complète au 6^e ou 7^e jour. En moins de huit jours, les crabes humides sont entièrement desséchés; les douleurs ostéocopes disparaissent et les malades immobilisés depuis des années reprennent leurs activités.

Une fois achevé le traitement systématique dans le Département du Sud, la deuxième phase de la campagne a été abordée, soit l'établissement d'un système adéquat pour le dépistage des cas échappés aux premières investigations. L'Institut de Statistique, prié de préparer le plan d'une enquête par sondage dans ce département, a divisé ce dernier en plusieurs zones. Quelques localités dans chaque zone sont choisies au hasard. Un médecin aidé de deux inspecteurs y est envoyé. Le dépistage des malades est fait par les inspecteurs, qui envoient les cas suspects au médecin. Celui-ci procède à l'examen microscopique sur fond noir des sécrétions provenant des pianomes. Les fiches des malades sont expédiées à l'Institut de Statistique. Les résultats de l'enquête commencée au mois de mars 1952

^e Voir page 55.

sont rassemblés dans les tableaux I à XIII. Il faut noter que l'incidence du pian était très élevée dans les régions considérées.

Conclusion

D'après le recensement national, la population d'Haïti est surtout rurale (environ 87% de la population totale vit dans les campagnes); le pays est essentiellement agricole, et le pian n'atteint que la population rurale. Il constitue un véritable fléau pour la nation qui ne deviendra vraiment florissante que si le mal est éliminé. Le terme éradication employé ici ne signifie pas élimination complète du mal en un temps donné. En effet, il n'y a pas de méthode pratique pour traiter une population en un temps déterminé. Il n'y a pas non plus de traitement par injection unique susceptible de provoquer une guérison définitive. Le Service d'éradication est certain qu'après l'exécution du programme actuel, il restera de petits foyers d'infection un peu partout dans l'île; c'est pourquoi il est d'une importance capitale d'établir des centres de diagnostic et de traitement sur toute l'étendue de l'île, en des points stratégiques, car l'éradication au vrai sens du mot est le résultat d'un effort continu, une œuvre de longue haleine. Mais le remède existe, et le pian peut enfin être combattu avec succès.

ENQUÊTE SUR LA FRÉQUENCE DU PIAN DANS LE DÉPARTEMENT DU SUD DE HAÏTI

TABLEAU I. ZONE I — SECTION RURALE DÉSORMEAU

	Hommes	Femmes	Enfants	Total
Habitants	152	217	276	645
Personnes rencontrées	80	177	228	485
Infection diagnostiquée	—	1	1	2
Infection supposée	—	—	2	2
Traitement antérieur	—*	—*	—*	—*
Personnes absentes	72	40	48	160
Infection supposée	—	—	—	—
Traitement antérieur supposé	—	—	—	—

* Aucune information

TABLEAU II. ZONE I — SECTION RURALE BARIADELLE

	Hommes	Femmes	Enfants	Total
Habitants	213	217	145	575
Personnes rencontrées	165	185	125	475
Infection diagnostiquée	1	—	—	1
Infection supposée	1	1	3	5
Traitement antérieur	—*	—*	—*	—*
Personnes absentes	48	32	20	100
Infection supposée	—	—	—	—
Traitement antérieur supposé	—	—	—	—

* Aucune information

TABLEAU III. ZONE I — SECTION RURALE CHAMBELLAN

	Hommes	Femmes	Enfants	Total
Habitants	165	210	295	670
Personnes rencontrées	97	161	242	500
Infection diagnostiquée	—	—	—	—
Infection supposée	—	—	—	—
Traitement antérieur	84	149	198	431
Personnes absentes	68	49	53	170
Infection supposée	—	—	4	4
Traitement antérieur supposé	68	43	46	157

TABLEAU IV. ZONE I — SECTION RURALE BALIVERNE

	Hommes	Femmes	Enfants	Total
Habitants	192	223	369	784
Personnes rencontrées	72	145	277	494
Infection diagnostiquée	—	—	1	1
Infection supposée	—	3	4	7
Traitement antérieur	66	136	244	446
Personnes absentes	120	78	92	290
Infection supposée	—	—	—	—
Traitement antérieur supposé	117	77	88	282

TABLEAU V. ZONE I — VILLE DE BONBON

	Hommes	Femmes	Enfants	Total
Habitants	144	182	190	516
Personnes rencontrées	99	172	165	436
Infection diagnostiquée	—	—	—	—
Infection supposée	—	—	—	—
Traitement antérieur	90	156	132	378
Personnes absentes	45	10	25	80
Infection supposée	—	—	—	—
Traitement antérieur supposé	42	9	20	71

TABLEAU VI. ZONE I — VILLE DES ROSEAUX

	Hommes	Femmes	Enfants	Total
Habitants	115	142	171	428
Personnes rencontrées	75	122	163	360
Infection diagnostiquée	1	—	—	1
Infection supposée	—	1	2	3
Traitement antérieur	66	108	139	313
Personnes absentes	40	20	8	68
Infection supposée	—	—	—	—
Traitement antérieur supposé	37	15	8	60

TABLEAU VII. ZONE I — VILLE DES ABRICOTS

	Hommes	Femmes	Enfants	Total
Habitants	149	204	226	579
Personnes rencontrées	94	185	203	482
Infection diagnostiquée	—	—	—	—
Infection supposée	1	—	—	1
Traitement antérieur	94	175	185	454
Personnes absentes	55	19	23	97
Infection supposée	—	—	—	—
Traitement antérieur supposé	53	19	21	93

TABLEAU VIII. ZONE I — ANSE-DU-CLERC

	Hommes	Femmes	Enfants	Total
Habitants	158	171	273	602
Personnes rencontrées	95	139	242	476
Infection diagnostiquée	—	—	—	—
Infection supposée	1	—	1	2
Traitement antérieur	82	121	211	414
Personnes absentes	63	32	31	126
Infection supposée	—	—	—	—
Traitement antérieur supposé	60	29	28	117

TABLEAU IX. ZONE II — SECTION RURALE VÉRONE

	Hommes	Femmes	Enfants	Total
Habitants	173	212	305	690
Personnes rencontrées	93	180	289	562
Infection diagnostiquée	1	—	2	3
Infection supposée	—	—	—	—
Traitement antérieur	84	103	238	425
Personnes absentes	80	32	16	128
Infection supposée	1	—	1	—
Traitement antérieur supposé	74	32	15	121

TABLEAU X. ZONE II — SECTION RURALE RANDEL

	Hommes	Femmes	Enfants	Total
Habitants	156	195	279	630
Personnes rencontrées	110	173	264	547
Infection diagnostiquée	5	1	7	13
Infection supposée	1	—	—	1
Traitement antérieur	61	121	171	353
Personnes absentes	46	22	15	83
Infection supposée	—	—	—	—
Traitement antérieur supposé	37	15	15	67

TABLEAU XI. ZONE II — SECTION RURALE MELONNIÈRE

	Hommes	Femmes	Enfants	Total
Habitants	194	256	368	818
Personnes rencontrées	131	209	329	669
Infection diagnostiquée	2	2	2	6
Infection supposée	—	—	—	—
Traitement antérieur	77	91	130	298
Personnes absentes	63	47	39	149
Infection supposée	—	—	—	—
Traitement antérieur supposé	35	24	19	78

TABLEAU XII. ZONE II — SECTION RURALE SOLON

	Hommes	Femmes	Enfants	Total
Habitants	166	207	250	623
Personnes rencontrées	100	167	208	475
Infection diagnostiquée	2	—	1	3
Infection supposée	—	1	—	1
Traitement antérieur	34	68	86	188
Personnes absentes	66	40	42	148
Infection supposée	—	—	—	—
Traitement antérieur supposé	24	25	20	69

TABLEAU XIII. ZONE II — SECTION RURALE CARREFOUR CANOT

	Hommes	Femmes	Enfants	Total
Habitants	147	206	283	636
Personnes rencontrées	73	149	226	448
Infection diagnostiquée	2	4	2	8
Infection supposée	—	—	1	1
Traitement antérieur	45	81	110	236
Personnes absentes	74	57	57	188
Infection supposée	1	—	—	1
Traitement antérieur supposé	46	36	30	112

SUMMARY

The authors describe the activities of the Yaws Eradication Service which was initiated in Haiti in 1950 by the Haitian Government, with technical aid from the United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) and WHO. The anti-yaws campaign was to consist of three phases : diagnosis and treatment; detection of cases which were missed at the time of the first investigation; and the establishment of permanent clinics in regions of high endemicity. The third phase is still in the planning stage.

The Republic of Haiti, a very mountainous and wholly agricultural country, possesses no main roads. Its rural habitations are not grouped in villages but are widely scattered. In such circumstances, the first method of mass treatment, which consisted of holding consultations for one whole day in each locality, succeeded in reaching only 70% of the population. A second method was then tried : each "treatment unit" inspector, provided with a detailed map by the "cartography unit", made house-to-house visits, drew up records for every member of every household, and sought information on absent members. In this way, 95% of the population was reached.

Treatment consisted of a single injection of procaine penicillin in oil with 2% aluminium monostearate. Doses of 2 ml (600,000 units) were administered to all positive reactors, and of 1 ml (300,000 units) to all contacts and all healthy children. Excellent results were obtained : in one week, all open lesions were healed, which aroused the enthusiasm of the people.

In order to establish some kind of system for discovering cases which had eluded the first visit, the Yaws Eradication Service, beginning in March 1952, carried out a sampling survey in one of the Departments of Haiti. Thirteen tables give the results of the survey in as many localities.

RÉSUMÉ

Les auteurs décrivent les activités du Service d'éradication du pian, créé en Haïti, en 1950, par le Gouvernement haïtien avec l'aide technique du Fonds International de Secours à l'Enfance (FISE) et de l'OMS. La campagne anti-pianique devait comprendre trois phases : diagnostic et traitement, dépistage des cas ayant échappé à la première investigation, et installation de dispensaires permanents dans les régions de forte endémicité. Cette dernière phase est encore en projet.

La République de Haïti, fort montagneuse, uniquement agricole, est dépourvue de grandes routes. Les habitations rurales n'y sont pas groupées en villages, mais éloignées les unes des autres. Dans ces conditions, une première méthode pour le traitement en série, qui consistait à tenir consultation un jour entier dans chaque localité, ne réussit à toucher que 70% de la population. Une autre méthode fut alors essayée : chaque inspecteur de la « section de traitement », muni d'une carte détaillée, préparée par la « section de cartographie », se rendait lui-même de maison en maison, établissait une fiche pour chacun des habitants de la maison et s'enquêrait aussi des absents. On parvint ainsi à traiter 95% de la population.

Le traitement comprenait une seule injection de pénicilline huileuse procaïnée avec 2% de monostéarate d'aluminium. On administrait 2 ml (600.000 unités) à tous les pianiques, 1 ml (300.000 unités) à tous les sujets contacts et à tous les enfants en bonne santé. Les résultats ont été excellents : en une semaine, la dessiccation des pianomes était complète, ce qui a suscité l'enthousiasme des paysans.

En vue de préparer un système de dépistage des cas échappés à la première visite, le Service d'éradication a effectué ensuite, à partir de mars 1952, une enquête par sondages dans un département de Haïti. Des tableaux indiquent les résultats de l'enquête dans 13 localités.

The article provides a precise and detailed illustration of the way in which an effective anti-yaws (or antisyphilis) campaign may be carried out in a rural area with a scattered population.

L'article fournit un exemple précis et détaillé de la façon dont on peut organiser une campagne efficace contre le pian (ou la syphilis) dans une région rurale aux habitations dispersées.