

Situation et surveillance de la lèpre dans le monde, en France métropolitaine et d'outre-mer

3 juin 2009

Note rédigée avec l'aimable collaboration du Dr. Béatrice Flageul, Hôpital Saint-Louis, Paris

1. Introduction

La lèpre a connu un recul important et régulier dans toutes les régions du monde en quelques dizaines d'années. On estime en effet que la prévalence de la maladie dans le Monde a diminué de 90% entre 1985 et 2008, pour s'inscrire à moins de 213 000 cas « prévalents » (c'est-à-dire sous traitement) au début de l'année 2008. L'impulsion de l'OMS préconisant dès 1981 un programme d'action spécifique centré autour de l'accès gratuit et élargi aux poly-chimiothérapies antilépreuses¹ a contribué à ces progrès réguliers. Ils se poursuivent actuellement dans toutes les régions de l'OMS dans le cadre de sa « stratégie mondiale d'allègement de la charge hansénienne et de maintien des activités de lutte contre la lèpre (2006-2010) »².

Selon les recommandations de l'OMS³, les données recueillies pour la surveillance de l'élimination de la lèpre dans les pays endémiques devraient permettre d'évaluer la prévalence de la maladie (définie par le nombre de cas sous traitement antilépreux à un moment donné), la description des nouveaux cas (incidence, âge, sexe, forme de lèpre, degré de handicap...) et l'évaluation de l'accès à la multithérapie.

Malgré les progrès effectués, les données globales publiées annuellement par l'OMS⁴ montrent des disparités importantes entre les différentes régions de l'OMS. Si de nombreux pays ne déclarent plus que quelques cas sporadiques, au moins quatre pays de plus d'un million d'habitants n'ont toujours pas atteint début 2008 l'objectif d'élimination de la lèpre, défini par une prévalence de la maladie inférieure à un cas pour 10 000 habitants. Il s'agit du Brésil, du Liberia, du Népal et du Timor-Leste.

Par ailleurs, 254 525 nouveaux cas ont été dépistés en 2007 (-4% par rapport à 2006), dont 95% dans 17 pays. Chacun de ces pays rapporte encore plus de 1 000 nouveaux cas annuels. Ainsi l'atteinte d'un objectif « statistique » (prévalence < 1/10 000) n'empêche pas la persistance de foyers de transmission. C'est notamment le cas de l'Inde où la prévalence n'est que de 0,78 cas pour 10 000 habitants mais qui regroupe plus de la moitié des nouveaux cas mondiaux dépistés en 2007.

Si la tendance globale semble donc encourageante, certains mettent en cause la fiabilité des données épidémiologiques rapportées par l'OMS^{5,6}. Celles-ci correspondent aux données qui lui sont déclarées par les états membres, sur la base du volontariat. Les informations détaillées sur les politiques et les performances des systèmes de santé publique et de surveillance sont rarement disponibles, alors même que la variabilité des définitions de cas (notamment celles basées sur le nombre de lésions cutanées) et des protocoles thérapeutiques est manifeste. Ainsi l'évolution des chiffres rapportés d'une année à l'autre soulève nombre de questions et de commentaires^{6,7}. Ceux-ci appellent notamment à la prudence lors de l'interprétation de l'évolution de la prévalence (sur laquelle est basée la définition d'élimination). En effet, celle-ci repose sur le recensement des patients sous traitement antilépreux au premier janvier de chaque année ; la prévalence enregistrée est donc fonction de la durée du traitement. Rappelons par ailleurs que celle-ci dépend de la forme de la pathologie : généralement 24 mois pour la forme multibacillaire (contagieuse) et 6 mois pour la forme paucibacillaire. En ne recensant les cas qu'une fois par an, on ne prend pas en compte les nouveaux cas dépistés

lors du premier semestre de l'année précédente ayant bénéficié d'un traitement court de 6 mois. Ces cas correspondent néanmoins aux formes les moins contagieuses (paucibacillaires).

2. Données récentes (2007) : Situation mondiale (hors France)

Les données mondiales, déclarées par les états membres à l'OMS, font l'objet d'un rapport annuel disponible sur le site de l'OMS. Les données rapportées par l'OMS³ au 15 août 2008 sont détaillées ci-dessous. A noter que les données d'incidence étaient encore incomplètes dans deux pays endémiques : le Malawi et la Tanzanie.

Tableau 1. Lèpre : Prévalence en 2008 et nouveaux cas détectés en 2007 par région OMS (Europe exclue)⁴

Région de l'OMS	Prévalence, début 2008 Nombre (taux/10 000 habitants)	Nouveaux cas dépistés, 2007 Nombre (taux/10 000 habitants)
Afrique	30 055 (0,47)	31 037 (0,49)
Amériques	49 388 (0,96)	41 978 (0,82)
Asie du Sud-Est	120 967 (0,72)	171 552 (1,02)
Méditerranée orientale	4 240 (0,09)	4 091 (0,09)
Pacifique occidental	8 152 (0,05)	5 867 (0,03)
Total	212 802	254 525

Données sur la population tirées de Perspectives de la population mondiale: la révision de 2006, Vol. 1, tableau A20. New York, Division de la Population de l'Organisation des Nations Unies.

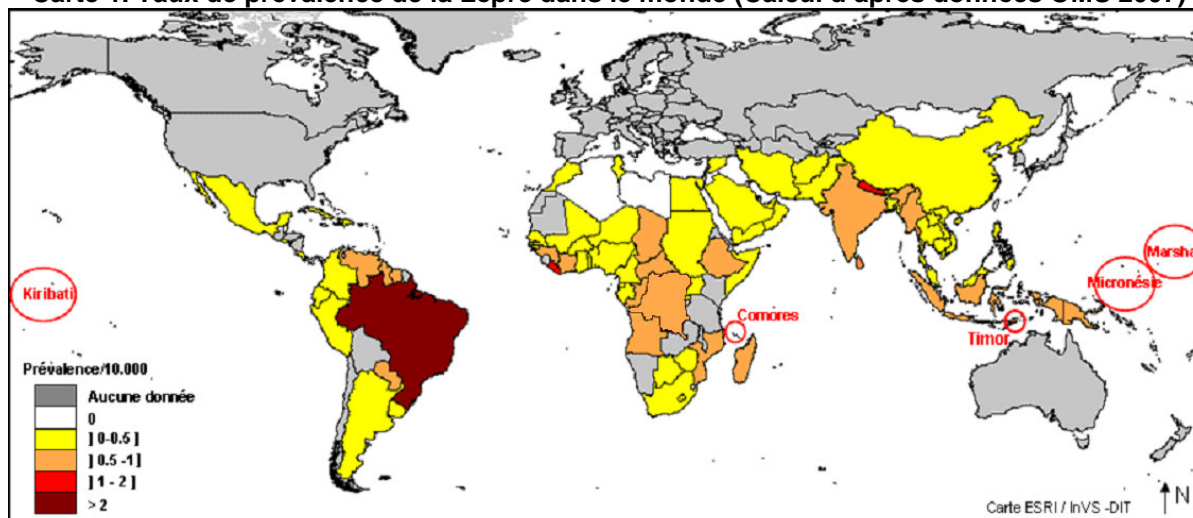
On peut constater que l'objectif d'élimination (prévalence < 1 /10 000) est atteint dans toutes les régions de l'OMS. Cependant, quatre pays de plus d'un million d'habitants n'avaient pas atteint cet objectif au premier janvier 2008. Il s'agissait du Brésil (prévalence = 2,39 /10 000, soit 45 847 cas), du Liberia (prévalence = 1,78 /10 000, soit 667 cas), du Népal (prévalence = 1,18 /10 000, soit 3 329 cas) et du Timor Leste (prévalence = 1,13 /10 000, soit 131 cas). Ces prévalences ont été calculées à partir des cas déclarés à l'OMS en 2007 et des effectifs de population rapportés par l'Organisation des Nations Unies (2007). Les efforts de lutte contre la lèpre se poursuivent en République Démocratique du Congo, où la prévalence est très proche de 1 /10 000.

Il faut également noter que certains micro-états d'Océanie présentent des prévalences supérieures au seuil d'élimination, comme les îles Marshall (10,5/10 000, soit 62 cas), la Micronésie (7,84 /10 000, soit 87 cas) et Kiribati (2,84 /10 000, soit 27 cas).

La situation des Comores est abordée dans le chapitre 3.2.4. (cf. p.5)

Les taux de prévalence pour l'année 2007 sont illustrés sur la carte ci-dessous.

Carte 1. Taux de prévalence de la Lèpre dans le monde (Calcul d'après données OMS 2007)



3. Données récentes (2007) : Situation épidémiologique sur le territoire français

Les autorités françaises, à l'instar de nombreux Etats non endémiques, ne déclarent aucun cas de lèpre à l'OMS depuis de nombreuses années. Des cas autochtones sont cependant diagnostiqués, notamment en Guyane et à Mayotte. A noter que la Collectivité d'Outre Mer de Wallis et Futuna et les Pays d'Outre Mer autonomes sur le plan sanitaire (Nouvelle-Calédonie et Polynésie Française) communiquent leur situation épidémiologique à l'OMS. En l'absence de système de surveillance spécifique et régulier, on ignore le nombre exact de patients atteints sur le territoire français. Seuls quelques acteurs sensibilisés, des médecins cliniciens, surtout dermatologues ou infectiologues, et des épidémiologistes, en particulier dans les territoires français ultramarins, exercent une surveillance continue sur des territoires limités et mènent des études ponctuelles.

L'Association des Léprologues de Langue Française (ALLF), associée à la société française de dermatologie, produit un Bulletin semestriel sur la lèpre dans le monde. S'appuyant sur un réseau de collaborateurs « informels » francophones, ce bulletin fait régulièrement état des données épidémiologiques ultramarines.

D'après ces rapports, le nombre de cas prévalents pour l'ensemble des territoires ultramarins était estimé fin 2006 à 150 patients et fin 2007 à 180 patients (cf. Tableaux 2 et Figure 1). Seule Mayotte présentait une prévalence supérieure à 1 /10 000 (6,2 /10 000 en 2007).

Plusieurs facteurs amènent à proposer un recensement plus régulier et spécifique des patients : les zones d'ombre épidémiologiques, la proximité géographique et culturelle de certains territoires français avec des pays où la maladie est largement présente, le caractère clinique polymorphe de cette maladie dont l'incubation peut aller jusqu'à près de vingt ans. Ce recensement irait de pair avec la poursuite de la sensibilisation des professionnels de santé et des populations identifiées à risque. Sans surveillance régulière et à long terme, plusieurs risques non négligeables sont à noter, notamment la persistance d'un cycle de transmission à bas bruit et l'incapacité d'observer une éventuelle réémergence de cette pathologie sur le territoire français, en particulier outre-mer.

3.1. France métropolitaine

En raison de l'absence de système de déclaration ou de recensement actif de cas, l'incidence de la lèpre en France métropolitaine n'est pas connue. Il est donc difficile dans la situation actuelle de détecter de façon précoce un cycle de transmission autochtone en métropole. En outre, on ne dispose pas d'étude épidémiologique récente sur les cas importés en métropole. Une étude réalisée entre 1995 et 1998 estimait la prévalence de la maladie à 0,013 /10 000 et l'incidence moyenne à 18 nouveaux cas par an (IC_{95%} = [16-20])⁸. Depuis, les cliniciens n'ont pas rapporté d'augmentation du nombre de patients consultant dans les services accueillant les patients lépreux. Les nouveaux cas sont dépistés et pris en charge dans des services de dermatologie ou de maladies infectieuses et tropicales de CHU (principalement Paris, mais également Marseille, Bordeaux, Brest). La quasi-totalité des cas est dépistée chez des étrangers migrants, en particulier issus d'Afrique du Nord ou d'Afrique Noire ou encore chez des français d'outre-mer⁸. Plus exceptionnellement (1 à 2 cas/an) de nouveaux cas de lèpre sont dépistés chez des français ayant séjourné en pays d'endémie ou chez des Européens du Sud (Portugal).

3.2. Territoires ultramarins

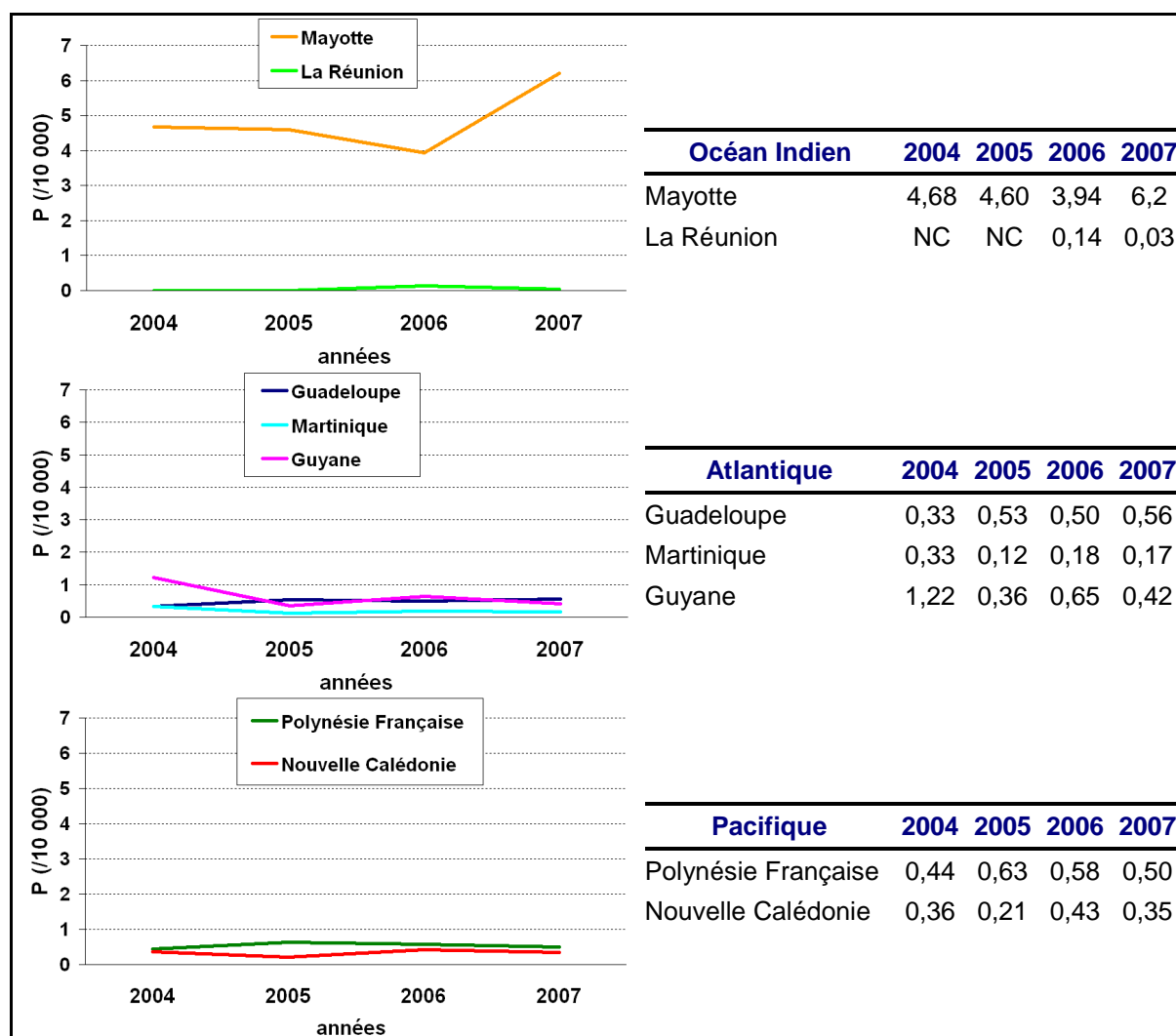
Les territoires d'outre-mer rassemblent depuis de nombreuses années la majorité des nouveaux cas recensés pour la France, témoignant de la poursuite d'un cycle de transmission locale. Le petit nombre de structures de santé spécialisées dans la prise en charge des malades ou dans le dépistage (existence de service de lutte anti-hansénienne souvent associés aux services de lutte contre la tuberculose) facilite la réalisation d'études ponctuelles.

Les données les plus récentes (2007) relatives à la situation de la lèpre et l'évolution de la prévalence de la lèpre entre 2004 et 2007 dans les territoires ultramarins sont présentées ci-après (tableau 2 et figure 1). Le taux de détection correspond au rapport du nombre de nouveaux cas détectés sur une période de temps (ici un an) par l'effectif de la population.

Tableau 2. Prévalence et taux de détection de la lèpre dans les principales entités territoriales françaises d'outre-mer⁹.

Territoire	Population	Nouveaux cas détectés 2007	Enfants < 15 ans	Taux de détection (/10 000)	En traitement au 31/12/2007	Taux de prévalence (/10 000)
Mayotte	187 000	68	NC	3,64	117	6,20
La Réunion	763 000	1	0	0,01	2	0,03
Guadeloupe	447 000	5	0	0,11	25	0,56
Martinique	398 000	1	0	0,03	7	0,17
Guyane	190 000	8	NC	0,42	8	0,42
Polynésie Française	252 000	3	0	0,12	13	0,50
Nouvelle Calédonie	231 000	2	1	0,09	8	0,35
Total	2 468 000	88		0,36	180	0,73

Figure 1. Evolution de la prévalence de la lèpre (taux pour 10 000) entre 2004 et 2007 dans les entités territoriales françaises d'outre-mer (source : bulletins de l'ALLF)



3.2.1. Mayotte (carte 2)

L'île est une zone endémique si l'on se réfère à la définition OMS. La prévalence s'inscrivait à 6,2 /10 000 en 2007 (population estimée : 187 000 habitants).

Entre 1999 et 2005, 342 nouveaux cas y ont été détectés (soit une incidence moyenne de 49 cas par an). Parmi ces cas, 56% étaient importés, détectés chez des migrants (principalement Comoriens) et 44% étaient des cas autochtones ; 19% avaient moins de 15 ans au dépistage.

La situation épidémiologique à Mayotte a fait l'objet d'études publiées dans le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH) en 1999¹⁰ et 2006¹¹. Ces deux études conduites à 7 ans d'intervalle ont permis de suivre l'évolution de la situation épidémique sur l'île. Elles ont mis en évidence l'existence d'une proportion élevée de formes multibacillaires (43%) et d'un pourcentage important d'enfants de moins de 15 ans parmi les cas autochtones (28%) en faveur d'un niveau de transmission toujours élevé de la maladie. De plus, un taux de détection annuel plus élevé a été retrouvé dans l'étude de 2006, comparativement à celle de 1999.

Notons par ailleurs que le taux de prévalence rapporté annuellement par l'OMS aux Comores pose un problème d'interprétation : au numérateur, le nombre de cas est celui rapporté par la République des Comores (trois îles : Grande Comore, Anjouan, Mohéli), alors que le dénominateur inclut aussi la population de Mayotte. La prévalence en République des Comores est donc sous-estimée. Calculée à partir d'un effectif de population corrigé, elle s'élève à 1,07 /10 000 (donc plus faible qu'à Mayotte).

3.2.2. La Réunion

La situation y est très mal documentée ; un nouveau cas et 11 patients sous traitement (dont on ignore les caractéristiques) ont été rapportés en 2006.

3.2.3. Guadeloupe et Martinique

La situation en Guadeloupe entre 1985 et 1998 a fait l'objet d'une communication dans le BEH¹³. On notait alors une amélioration progressive de la situation puisque le nombre annuel de nouveaux cas dépistés était passé de 31 cas en 1985 à 7 en 1998. Cette tendance s'est confirmée depuis (5 nouveaux cas en 2007⁹) mais la proportion de formes multibacillaires (80%) est en faveur de la poursuite d'une transmission active de la maladie.

En 2006, ces deux départements ont rapporté 4 nouveaux cas chacun. En 2007, 5 nouveaux cas en Guadeloupe et 1 en Martinique ont été notifiés. La situation semble plus préoccupante en Guadeloupe où 25 patients étaient en traitement fin 2007 (5 en Martinique)⁹. Les informations épidémiologiques relatives à ces cas ne sont pas disponibles, notamment la distinction entre cas autochtones et importés.

3.2.4. La Guyane (carte 3)

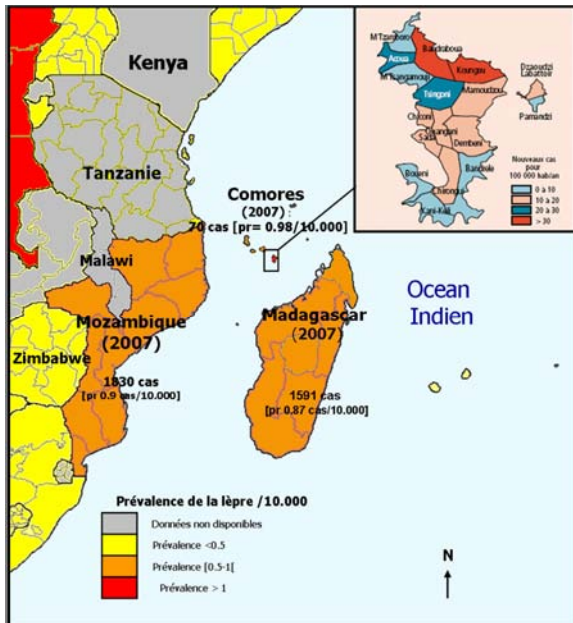
Si les données disponibles situent ce département en deçà du seuil d'élimination, on rapporte actuellement une vingtaine de nouveaux cas par an. Une étude récente¹² sur la période 1997-2006 a évalué l'incidence annuelle moyenne à 0,53 nouveaux cas /10 000 habitants ; 18 nouveaux cas ont été détectés en 2006. Une tendance à l'augmentation significative des cas détectés chez des migrants brésiliens a été notée.

La proximité immédiate du territoire guyanais, ainsi que ses nombreux échanges avec l'état brésilien qui rapportait à lui seul près de 46 000 cas prévalents de lèpre en 2007, le met dans une situation de recrudescence potentielle de la maladie.

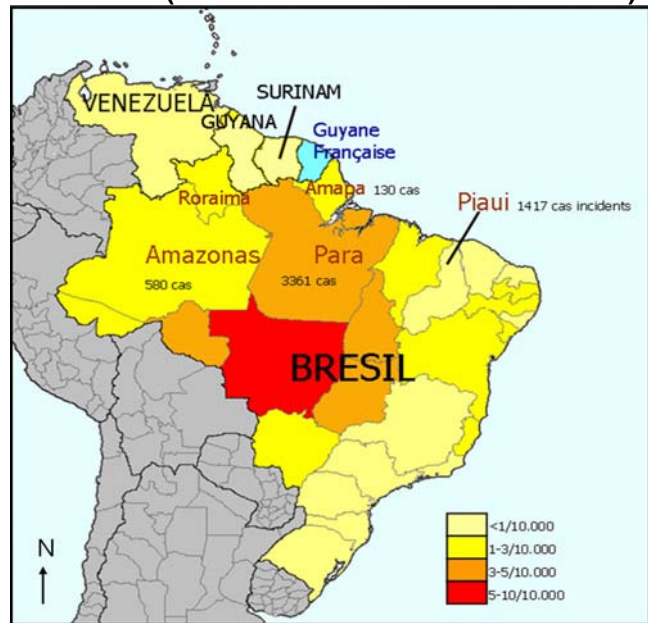
3.2.5. Wallis et Futuna

Un cas en 1996, un autre en 2004, et 3 cas en 2005 parmi la fratrie du cas identifié en 2004 ont été rapportés (source : JF Yvon, Agence de Santé des îles Wallis & Futuna), soit un taux de détection de l'ordre de 0,66/10 000 en 2004 et de 2/10 000 en 2005 (population estimée à 15 000 habitants en 2005).

Carte 2. Prévalence de la lèpre à Mayotte et dans les pays environnants (2007)^{4,11}



Carte 3. Prévalence de la lèpre dans les pays limitrophes de la Guyane française et les Etats Brésiliens (Source MoH Brésil 2004 / OMS 2007)



Les Pays d'Outre-Mer semblent moins directement concernés que Mayotte ou la Guyane. Autonomes sur le plan sanitaire, ces territoires déclarent directement leur nombre de cas à l'OMS.

3.2.6. Polynésie française

En Polynésie, la lutte anti-hansénienne est sous la responsabilité de l'Institut Louis Malardé (ILM) à Papeete et de son service de consultation et d'investigation épidémiologique. Une étude rétrospective¹⁴ des cas entre 1983 et 2002 avait noté une diminution de l'endémie lépreuse tout en insistant sur la poursuite d'une circulation à bas bruit. Des foyers actifs subsistaient dans l'archipel des Marquises Sud et des Gambier alors que le nombre de nouveaux cas à Tahiti semblait augmenter sur la fin de cette période. En 2006, 8 nouveaux cas ont été rapportés à l'OMS, et 3 en 2007.

3.2.7. Nouvelle Calédonie

En Nouvelle-Calédonie, le dispensaire anti-hansénien du centre hospitalier de Nouméa organise la lutte contre la lèpre¹⁵. L'évolution est suivie dans un registre et fait l'objet de rapports réguliers. Selon le dernier rapport disponible en 2007, la prévalence de la lèpre est passée sous le seuil d'élimination en 1997. Au total, 279 nouveaux cas ont été diagnostiqués entre 1983 et 2007, avec moins de 10 nouveaux cas annuels détectés ces dernières années. Cependant, nombre d'entre eux sont dépistés à un stade tardif. La population mélanésienne reste la plus exposée à la maladie.

4. Commentaires

L'accès élargi aux poly-chimiothérapies a permis une décroissance certaine, régulière et importante des nouveaux cas de lèpre détectés dans le monde, y compris en France.

La maladie devenant moins fréquente, les cliniciens médicaux et paramédicaux capables de diagnostiquer et de prendre en charge la maladie sont également devenus rares. Le diagnostic s'en retrouve plus difficile. A cela il faut ajouter une présentation polymorphes et de longs délais d'incubation.

Une sous-détection des cas liée à la diminution de la sensibilisation des acteurs de santé ou à la diminution de l'information des populations à risque est donc à craindre.

L'absence de système de surveillance spécifique, associée à la probable sous-détection, pose plusieurs problèmes :

- Premièrement, l'impossibilité d'évaluer l'atteinte de l'objectif, fixé par l'OMS, d'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique. Cette évaluation suppose en effet une estimation aussi précise que possible de la prévalence de la maladie.

- Deuxièmement, la France (métropolitaine et ultramarine) est vulnérable à une recrudescence de la maladie, que ce soit à partir de cas autochtones qui rechuteraient tardivement ou de patients migrants issus de pays d'endémie (ou de quasi endémie) avec lesquels les liens géographiques (Brésil, Comores...) ou culturels (Congo RDC, Côte d'Ivoire, Madagascar...) sont proches. Ainsi les données recueillies à Mayotte et en Guyane suggèrent que la situation ne s'améliore pas, contrairement à la situation dans le Pacifique. Compte tenu des mécanismes de diffusion de cette maladie, l'augmentation importante et brutale de l'incidence de la lèpre sur le territoire français paraît cependant un risque très limité.

Références

- (1) World Health Organization. Chemotherapy of Leprosy : Report of a WHO Study Group - WHO Technical Report Series No. 847. 847. 1-1-1994.
- (2) World Health Organization. World Health Organization Leprosy Elimination Project, Status Report 2003. 2004.
- (3) World Health Organization. Leprosy Elimination Monitoring – Guidelines for monitors 2000.
- (4) World Health Organization. Global leprosy situation, beginning of 2008. Weekly Epidemiological Record 2008; 2008(83):293-300.
<http://www.who.int/lep/resources/wer8333.pdf>
- (5) Bobin P. Faut-il douter de la fiabilité des statistiques lèpre dans certains pays? Bulletin de l'ALLF 2007;(21):6.
- (6) Talhari S. La lèpre: une maladie en voie de disparition? Bulletin de l'ALLF 2007; 21:4-5.
- (7) Fine PE. Leprosy: what is being "eliminated"? Bull World Health Organ 2007; 85(1):2.
- (8) Flageul B. Enquête épidémiologique sur la lèpre en France métropolitaine de 1995 à 1998. Ann Dermatol Venereol 2001; 128(1):17-20.
- (9) Détection et rechutes de la lèpre dans les DOM-TOM en 2007. Bulletin de l'ALLF 2008; (23):8.
- (10) De Carsalade G.Y., Achirafi A, Flageul B. La lèpre dans la collectivité territoriale de Mayotte. Bull Epidemiol Hebdomadaire 1999; 44:186-187.
- (11) De Carsalade G.Y., Achirafi A, Flageul B. Lèpre dans la collectivité territoriale de Mayotte en 2005. Bull Epidemiol Hebdomadaire 2006; 45:350-352.
- (12) Domergue V, Clyti E, Sainte-Marie D, Huber F, Marty C, Couppe P. La lèpre en Guyane française : étude rétrospective de 1997 à 2006. Med Trop (Mars) 2008; 68(1):33-37.
- (13) Frédéric M, Rastogi N. La lèpre en Guadeloupe de 1985 à 1998. Bull Epidemiol Hebdomadaire 2002; 32:157-159.
- (14) Cueille V. Etude épidémiologique de la lèpre en Polynésie française entre 1983 et 2002. Bulletin de l'ALLF 2005;(17):12-14.
- (15) Crouzat M. Situation sanitaire en Nouvelle Calédonie, 2006-2007. Les maladies transmissibles ou infectieuses: La lèpre. Direction des affaires sanitaires et sociales de Nouvelle Calédonie n°23, 2008.
http://www.dass.gouv.nc/portal/page/portal/dass/publications/sante_chiffres/situation_sanitaire_2007/