Source: OMS: http://www.who.int/lep

### I.2.4.1. Introduction

La lèpre est une maladie infectieuse chronique due à une mycobactérie, *Mycobactérium leprae* ou bacille de Hansen du nom du chercheur norvégien qui l'a découvert en 1873.

Si le diagnostic de maladie de Hansen est le plus souvent dermatologique, toute sa gravité tient à l'atteinte neurologique périphérique. Il existe un grand polymorphisme clinique, notamment cutané, directement dépendant du statut immunitaire du patient vis-à-vis du bacille. Ainsi l'on peut dégager deux principales formes cliniques, les formes paucibacillaires (PB), peu contagieuses, et les formes multibacillaires (MB) à partir desquelles se fait la transmission de la maladie. Il existe des formes borderline dont on sait qu'elles exposent à l'apparition de réactions réverses, notamment lors du traitement, et dont l'atteinte nerveuse fait toute la gravité. Dans la lèpre paucibacillaire, les lésions peuvent être maculeuses ou infiltrées. Elles sont toujours hypo ou anesthésiques (tact, chaleur, douleur), les névrites hypertrophiques sont au premier plan. Dans la lèpre multibacillaire, les lésions cutanéomuqueuses sont au premier plan, avec des macules. des papules ou des nodules infiltrés (lépromes), multiples, à disposition bilatérale et symétrique, notamment au visage et lobes des oreilles. Les lésions lépromateuses sont peu hypo-esthésiques, du moins au début, et les névrites hypertrophiques sont tardives.

Le traitement par les *sulfones\** a fait baisser progressivement l'incidence de la maladie.

La lèpre est une maladie à déclaration obligatoire (code 030 de la CIM 9), le registre de la lèpre couvre **36** années d'enregistrement, de 1983 à 2018 (et comporte **350** patients dont 229 hommes, 119 femmes et 2 non renseignés).

Le traitement utilisé en Nouvelle-Calédonie depuis 1983 suit les recommandations de l'OMS :

- Rifampicine, Dapsone et Clofazimine donnés quotidiennement pour les formes multibacillaires et poursuivis jusqu'à négativation des frottis.
- Rifampicine et Dapsone ou Rifampicine et Clofazimine en cas d'atteintes neurologiques importantes, donnés quotidiennement pour les formes paucibacillaires jusqu'à disparition des lésions cutanées.
- Le protocole ROM : Rifampicine, Ofloxacine, Minocycline en prise unique est préconisé dans les formes paucibacillaires avec atteinte cutanée unique. Sept patients ont pu en bénéficier (un en 2003, un en 2004, un en 2005, un en 2006, un en 2009 et deux en 2010).

Ce programme de polychimiothérapie anti-lépreuse (PCT) a permis de réduire la prévalence de la lèpre en Nouvelle-Calédonie et cette pathologie n'y est plus aujourd'hui un problème majeur de santé publique, bien que la détection de cas chez des enfants de moins de 15 ans prouve la persistance d'une transmission active sur le territoire.

### I.2.4.2. Incidence globale et nombre de cas

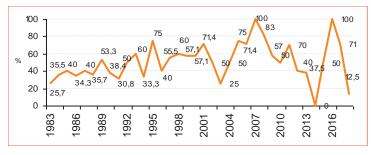


Evolution de l'incidence de la lèpre : taux pour 100 000

Sur les 10 dernières années, l'incidence oscille entre 0,37 et 3,92 cas pour 100 000 habitants. Cette fluctuation est liée au faible nombre de nouveaux cas annuels (entre 1 et 10). Une fraction de ces nouveaux cas est constituée de rechutes : 1 en 2011 (9,1%), 2 en 2012 (28,6%), 2 en 2013 (25%), 0 depuis 2014. Les rechutes de 2013 pouvaient être liées à une mauvaise observance du traitement (les souches de bacilles étaient sensibles aux anti lépreux). En revanche depuis 2014 ce sont de nouveaux cas démontrant la circulation de la maladie.

### I.2.4.3. Proportion des lépromateux

Le pourcentage de lépromateux correspond au nombre de nouveaux cas multibacillaires par rapport au nombre total de nouveaux cas. La proportion de nouveaux cas multibacillaires reste élevée (47% en moyenne au cours des 10 dernières années) permettant la pérennisation de la transmission. En 2016, 100% des cas étaient multibacillaires. En 2017, 71% des cas étaient multibacillaires, et 12,5% en 2018.



Evolution de la proportion de formes multibacillaires (%)

### I.2.4.4.Prévalence

Le taux de prévalence est le rapport à la population du nombre de malades nécessitant ou recevant un traitement. En sont exclus ceux qui reçoivent un traitement préventif, qui ont terminé leur traitement ou qui sont en simple observation, patients dits en observation sans traitement (EOST).

On observe une tendance à la baisse de la prévalence de 1986 à 2003. La chute plus nette du taux de prévalence en 1989 est due à l'exclusion dans le calcul des patients qui étaient sous Disulone® au long cours ; ces derniers ayant alors reçu la polychimiothérapie ou ayant été placés en observation sans traitement. Depuis 10 ans, le taux de prévalence oscille entre 0,11 et 0,53 pour 10 000.

<sup>\*:</sup> Sulfone : composé dont la molécule comporte deux radicaux carbonés reliés au groupement - SO<sub>2</sub>-. Certains sulfones sont employés dans le traitement de la lèpre.

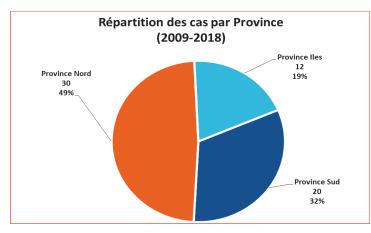
# La lèpre



Évolution de la prévalence de la lèpre

# I.2.4.5. Répartition par province de résidence

Au cours de la période 2009-2018, les 62 cas enregistrés sont répartis entre les provinces de la manière suivante :



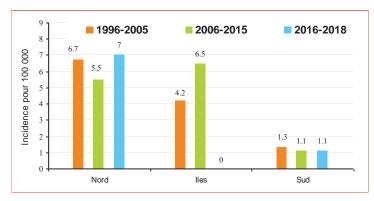
Répartition des cas par province (2009-2018)

### Depuis 1983, les communes les plus touchées sont :

- dans le Nord : Canala (39 cas), Koumac (21 cas), Belep (24 cas), avec persistance d'une transmission active dans ces 3 communes au cours des 5 dernières années;
- dans les lles : Maré (26 cas), Lifou (11 cas) et Ouvéa (12 cas), dont aucun cas enregistré au cours des 5 dernières années;
- dans le Sud : Nouméa (77 cas), La Foa (20 cas) et Yaté (11 cas). Ces 2 dernières communes n'avaient enregistré aucun nouveau cas depuis 2007, mais en 2015 un nouveau cas a été enregistré dans chacune de ces deux communes.

Etant donné la durée d'incubation de la maladie, il est souvent difficile de déterminer précisément le lieu de contamination. Certains patients classés "Nouméa" peuvent venir de « brousse » et vice versa en raison de la mobilité de la population. De plus l'extension des squats du Grand Nouméa pourrait compliquer l'élimination de foyers potentiels.

Concernant l'incidence, la province Nord et la province des lles sont les plus touchées.



Incidence moyenne pour 100 000 habitants par province de résidence

On peut constater sur la figure ci-dessus, un taux d'incidence moyen dans les provinces Nord et Sud stable durant ces 3 périodes. Aucun cas n'a été enregistré pour la dernière période dans les îles, mais les faibles valeurs enregistrées entrainent de forte variation de l'incidence.

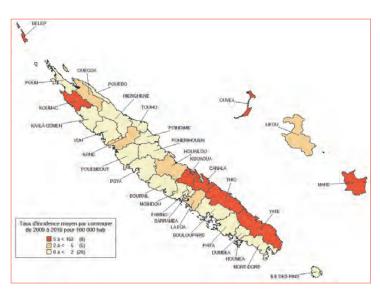
# I.2.4.6. Par commune : taux d'incidence pour 100 000 habitants

En raison du faible nombre de cas annuels, les données ont été regroupées sur une période de 10 ans.

Trois communes de la province Nord ont été particulièrement touchées au cours des 10 dernières années : Belep avec une incidence moyenne annuelle de 161,5/100 000, Canala (16,5/100 000) et Koumac (9,7/100 000).

Dans les lles Loyauté, Maré a l'incidence annuelle moyenne la plus élevée au cours des 10 dernières années avec 14,2 cas/100 000.

En province Sud, sur les 10 dernières années, seuls 5 cas sporadiques sont survenus hors ville de Nouméa.



Taux d'incidence par commune - 2009/2018 pour 100 000 habitants

### I.2.4.7. Caractéristiques des nouveaux cas

Depuis 1983, on relève une prédominance du sexe masculin (229 hommes pour 119 femmes, sex ratio H/F 1,92). Cette différence de répartition selon le sexe est aussi retrouvée dans la plupart des régions du monde.(Tableau 1, ci-dessous).

Tableau 1		Masculin			Féminin		Total				
Années	nb cas	moyenne annuelle	%	nb cas	moyenne annuelle	%	nb cas	moyenne annuelle	%		
1983-1987	73	14,6	62,4%	44	8,8	37,6%	117	23,4	100%		
1988-1992	53	10,6	77,9%	15	3	22,1%	68	13,6	100%		
1993-1997	28	5,6	68,3%	13	2,6	31,7%	41	8,2	100%		
1998-2002	14	2,8	50%	14	2,8	50%	28	5,6	100%		
2003-2007	14	2,8	56%	11	2,2	44%	25	5	100%		
2008-2012	26	5,2	72,2%	10	2	27,8%	36	6.1	100%		
2013-2017	17	3,4	68%	8	1,6	32%	25	5	100%		
2018	4	4	50%	4	4	50%	8	8	100%		
Total	229	6.4	65,8%	119	3,3	34,2%	348	9,7	100%		

Dans le tableau 2 en bas de page, on remarque que dans la tranche des 0-4 ans seulement 2 personnes sont affectées probablement en raison de la durée d'incubation de la maladie. Les personnes les plus touchées sont les 25-50 ans avec 36% des cas. Les moins de 16 ans représentent 23% du nombre total de malade. Cependant, on constate une augmentation du nombre de nouveaux cas dans cette tranche d'âge à partir de 2008.

On remarque la forte disparité ethnique depuis 1983, avec une augmentation régulière de la proportion de nouveaux cas d'origine mélanésienne (tableau 3 ci-dessous).

Tableau 3 :	Répartition par ethnie											
Années	Européen		Mélar	nésien	Autı	res	Total					
	nb cas	%	nb cas	%	nb cas	%	nb cas	%				
1983-1987	12	10,3%	96	82,1%	9	7,7%	117	100%				
1988-1992	12	17,6%	53	77,9%	3	4,4%	68	100%				
1993-1997	3	7,3%	35	85,4%	3	7,3%	41	100%				
1998-2002	1	3,6%	27	96,4%	0	0,0%	28	100%				
2003-2007	1	4,0%	22	88,0%	2	8,0%	25	100%				
2008-2012	1	2,8%	33	91,7%	2	5,6%	36	100%				
2013-2017	1	4%	23	92%	1	4%	25	100%				
2018	0	0,0%	8	100%	0	0,0%	8	100%				
Total	31	8,9%	297	85,3%	20	5,8%	348	100%				

Au total, même si la lèpre ne fait plus partie des maladies à forte incidence en Nouvelle-Calédonie, elle reste néanmoins présente avec moins de 10 nouveaux cas par an. Cette maladie touche plus fréquemment la population mélanésienne. Certaines communes de province Nord (Belep et Canala notamment) et l'île de Mare ont un taux d'incidence qui demeure élevé et dépasse le seuil d'endémicité de 10/100 000 de l'OMS.

# I.2.4.8. Le programme de lutte contre la lèpre en Nouvelle-Calédonie

Les patients hanséniens ou suspectés de l'être sont diagnostiqués, suivis et traités par le service de médecine interne et maladies infectieuses du CHT Gaston Bourret. Le service de santé publique de la DASS-NC se charge quant à lui de la partie épidémiologique (enquête autour des cas, recherche active de cas, formation des professionnels de santé, information de la population...). Le dépistage en Nouvelle-Calédonie est à la fois actif et passif :

- Actif: les contacts des nouveaux cas sont régulièrement suivis pendant une durée moyenne de 5 ans. Ils reçoivent une information sur cette maladie de manière à pouvoir dépister au plus tôt les premiers signes cliniques.
- Passif : une majorité des patients est adressée au CHT, soit par leur médecin traitant, soit par le médecin du dispensaire dont ils dépendent.

Une information sur la lèpre est assurée, par le service de santé publique de la DASS-NC en partenariat avec le service de médecine interne et maladies infectieuses, au personnel médical et para médical des dispensaires du Nord, du Sud et des lles Loyauté.

Pour chaque nouveau cas, outre l'examen clinique, sont réalisés une biopsie cutanée, des frottis bactériologiques, une consultation d'ophtalmologie et un électromyogramme des 4 membres. Pour les patients multibacillaires, une autre biopsie cutanée est adressée au Centre National de Référence des Mycobactéries et de la Résistance des Mycobactéries aux Antituberculeux, au CHU Pitié Salpêtrière pour des tests génotypiques de sensibilité à la Dapsone, à la Rifampicine et aux Quinolones.

Tableau 2	0-4 ans		0-4 ans 5-15 ans		16-24 ans		25-50 ans		"+ de 50 ans"		Total	
Années	nb cas	%	nb cas	%	nb cas	%	nb cas	%	nb cas	%	nb cas	%
1983-1987	0	0%	36	30,8%	20	17,1%	43	36,8%	18	15,4%	117	100%
1988-1992	0	0%	12	17,6%	14	20,6%	31	45,6%	11	16,2%	68	100%
1993-1997	0	0%	6	14,6%	6	14,6%	16	39,0%	13	31,7%	41	100%
1998-2002	0	0%	2	7,1%	4	14,3%	9	32,1%	13	46,4%	28	100%
2003-2007	0	0%	2	8%	6	24%	7	28,0%	10	40%	25	100%
2008-2012	1	2,3%	7	20,9%	5	13,9%	14	37.2%	9	25,6%	36	100%
2013-2017	1	4%	9	36%	3	12%	6	24%	6	24%	25	100%
2018	0	0%	4	50%	2	25%	0	0%	2	25%	8	100%
Total	2	0,57%	78	22,4%	60	17,2%	126	36,2%	82	23,6%	348	100%

## La lèpre

Des tests rapides pour évaluer la résistance à la Rifampicine y sont également pratiqués.

A noter deux rechutes lépromateuses parmi les cas de 2013 chez des patients âgés de 47 et 52 ans. Les souches de bacilles chez ces patients se sont avérées être sensibles aux anti-lépreux et ces rechutes sont probablement à rapporter à une mauvaise observance du traitement.

#### **COMMENTAIRES**

Depuis 1996, la prévalence de la maladie se maintient à un niveau inférieur au seuil d'endémicité fixé à 10 pour 100 000 habitants, sauf pour 3 communes de province Nord et l'une des lles Loyauté (Maré). Depuis 1991, au maximum 10 nouveaux patients sont détectés chaque année. Le nombre de nouveaux cas est globalement stationnaire, ce qui est la tendance dans les pays où cette maladie existe. Depuis une dizaine d'années, la moyenne annuelle du nombre de nouveaux cas est de 6,2. Le taux lissé à 3 ans qui est un indice plus fiable étant donné la petitesse des chiffres, est entre 1,3 et 3,2/100 000 habitants et par an. Le taux de détection annuel traduit beaucoup mieux la réalité épidémiologique que le taux de prévalence, dont la baisse spectaculaire depuis une vingtaine d'années a une valeur très relative en raison du raccourcissement de la durée des traitements

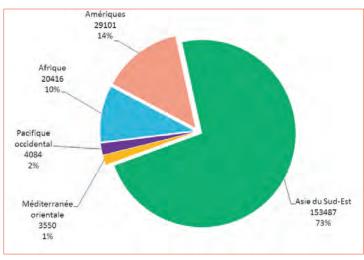
A noter toutefois la persistance de cas chez les enfants de moins de 16 ans, en moyenne 2 par an depuis 2008. La diminution du nombre de nouveaux cas dans la tranche d'âge inférieure à 16 ans est en général un bon indice de baisse de l'endémicité. Or, nous avons dépisté deux patients âgés de 7 et 13 ans en 2009, trois enfants de 4, 6 et 15 ans en 2010, une adolescente de 13 ans en 2011, deux enfants de 9 et 10 ans en 2012, deux enfants de 11 et 12 ans en 2013, deux enfants de 8 et 13 ans en 2015, deux enfants de 14 ans en 2016, quatre enfants de 3, 12, 13 et 17 ans en 2017 et quatre enfants de 9, 10, 10 et 13 ans en 2018. Cet état de fait témoigne de la persistance d'un « réservoir » de germes, d'où la nécessité de maintenir la vigilance, et même de renforcer localement le programme de lutte dans les 4 communes où le taux d'incidence dépasse la valeur du seuil d'endémicité de l'OMS.

Le décryptage du génome de *Mycobactérium leprae* a pu être réalisé, montrant qu'il est constitué d'un grand nombre de pseudo gènes, ce qui signifie que cette espèce bactérienne a perdu au cours de son évolution un grand nombre de gènes fonctionnels. Actuellement les voies d'exploitation sont essentiellement orientées vers la mise au point de tests immunologiques de diagnostic.

Récemment, des gènes de susceptibilité à la lèpre ont été découverts, qui permettent de mieux appréhender le niveau de résistance immunologique des patients vis-à-vis de *Mycobacterium leprae*. Ils pourraient permettre de percer le secret de la persistance de la lèpre dans de nombreuses régions du monde, malgré l'utilisation de traitements efficaces.

### I.2.4.9. La lèpre dans le monde (Source : OMS)

Les chiffres officiels montrent que près de 192 713 cas, résidant principalement en Asie et en Afrique, étaient enregistrés en 2017. Ce nombre a diminué de 65% au cours des 12 dernières années. Mais si le nombre de cas dépistés a été diminué de moitié entre 2002 et 2005 en à peine 4 ans, on observe depuis un ralentissement marqué de cette baisse.



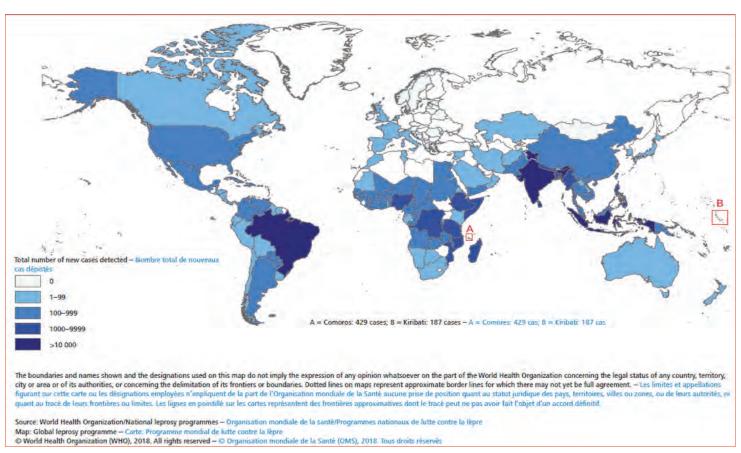
Répartition des nouveaux cas de lèpre par région de l'OMS (2017)

Régions de l'OMS	Nombre de nouveaux cas dépistés												
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Afrique	45 179	34 480	34 468	29 814	28 935	25 345	12 673	20 599	20 911	18 597	20 004	19 384	20 416
Amériques	41 952	47 612	42 135	41 891	40 474	37 740	36 832	36 178	33 084	33 789	28 806	27 356	29 101
Asie du Sud-est	201 635	174 118	171 576	167 505	166 115	156 254	160 132	166 445	155 385	154 834	156 118	163 095	153 487
Méditerranée orientale	3 133	3 261	4 091	3 938	4 029	4 080	4 346	4 235	1 680	2342	2 167	2 834	3 550
Pacifique occidental	7 137	6 190	5 868	5 859	5 243	5 055	5 092	5 400	4 596	4337	3 645	3 914	4 084
Total	299 036	265 661	258 132	249 007	244 796	228 474	219 075	232 857	215 656	213 899	210 758	217 968	210 671

Evolution du nombre de nouveaux de cas dépistés de 2005 à 2017

<b>D</b>	Nombre de nouveaux cas dépistés												
Pays	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017			
Bangladesh	5 249	5 239	3 848	3 970	3 688	3 141	3 622	3 976	3 000	3 754			
Brésil	38 914	37 610	34 894	33 955	33 303	31 044	31 064	26 395	25 218	26 875			
République démocratique du Congo	6 114	5 062	5 049	3 949	3 607	3 744	3 272	4 237	3 765	3 649			
Ethiopie	4 170	4 417	4 430	NR	3 776	4 374	3 758	3 970	3 692	3 114			
Inde	134 184	133 717	126 800	127 295	134 752	126 913	125 785	127 326	135 485	126 164			
Indonésie	17 441	17 260	17 012	20 023	18 994	16 856	17 025	17 202	16 826	15 910			
Madagascar	1 763	1 572	1 520	1 577	1 474	1 569	1 617	1 487	1 780	1 430			
Mozambique	1 313	1 191	1 207	1 097	758	NR	NR	1 335	1 289	1 926			
Myanmar	3 365	3 147	2 936	3 082	3 013	2 950	2 877	2 571	2 609	2 279			
Népal	4 708	4 394	3 118	3 184	3 492	3 225	3 046	2 751	3 054	3 215			
Nigéria	4 899	4 219	3 913	3 623	3 805	3 385	2 983	2 892	2 687	2 447			
Philippines	2 373	1 795	2 041	1 818	2 150	1 729	1 655	1 617	1 721	1 908			
Sri Lanka	1 979	1 875	2 027	2 178	2 191	1 990	2 157	1 977	1 832	1 877			
République-Unie de Tanzanie	3 276	2 654	2 349	2 288	2 528	2 005	1 947	2 256	2 047	1 936			
Total (%)	235 132 (94,4)	229 309 (93,7)	214 577 (93,9)	210 973 (93,1)	222 079 (95,4)	206 159 (95,6)	204 282 (95,5)	202 777 (96,2)	208 491 (95,6)	199 713 (94,8)			
Total mondial	249 007	244 796	228 474	226 626	232 857	215 656	213 899	210 758	217 972	210 671			

Nouveaux cas de lèpre dépistés : incidence dans les pays ayant déclaré plus de 1 000 nouveaux cas par an de 2008 à 2017 (source OMS)



Répartition géographique des nouveaux cas de lèpre en 2017

# La lèpre