

Situation sanitaire en Nouvelle - Calédonie

n°25

2006 - 2007



Les maladies transmissibles ou infectieuses : la lèpre



Principales structures de santé de la Nouvelle-Calédonie 2006 - 2007 *

Archipel des Belep



Belep

H Centres hospitaliers publics

C Cliniques privées

Structures de santé de compétence provinciale

□ Centres médicaux secondaires ou infirmeries

▲ Centres spécialisés

● Circonscriptions médicales et centres médico-sociaux



Centre de consultation familiale ▲	CHT Gaston Bourret H
Centre médical polyvalent ▲	CHT Magenta H
Centre médico-scolaire ▲	CHT Raoul Follereau H
Bureau d'éducation sanitaire ▲	CHT Col de la Pirogue H
Promotion de la santé ▲	CHS Albert Bousquet H
Centre médical Province des Iles □	

Centres de protection maternelle et infantile

Kaméré ●	Clinique de la Baie des citrons C
Montravel ●	Clinique de l'Anse Vata C
Saint-Quentin ●	Clinique Magnin C

* Les structures et le personnel de santé à la disposition de la population calédonienne sont détaillés dans le chapitre II : Les services de santé.



Source : rapport d'activité 2007 du Service de dermatologie du CHT Gaston Bourret (Docteur Maryse CROUZAT) OMS : <http://www.who.int/lep/resources/WER8225.pdf>

I.2.4.1. Introduction

La lèpre (ou maladie de Hansen) est une maladie infectieuse chronique due à un bacille acido-résistant (*mycobacterium leprae*, anciennement bacille de Hansen), transmise par contact direct, prolongé et intime. Elle débute par une tache rouge insensible au toucher et peut évoluer sous des formes diverses : taches rouges ou dépigmentées, nodules plus ou moins infiltrés à tendance ulcéralive, compliqués tardivement de mutilations (surtout au visage et aux extrémités), troubles de la sensibilité. On définit, selon les symptômes cliniques, plusieurs types de lèpre, sur une échelle allant de la lèpre lépromateuse ou multibacillaire (MB) à la lèpre tuberculoïde ou paucibacillaire (PB). Entre les deux extrêmes se situe la lèpre borderline lépromateuse et la lèpre borderline tuberculoïde. Le traitement par les sulfones* 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 25 années, de 1983 à 2007 et contient 279 enregistrements, dont 182 hommes et 97 femmes.

Le traitement utilisé en Nouvelle-Calédonie depuis 1983 est le suivant :

- Rifampicine, Disulone et Clofazimine donnés quotidiennement pour les formes multibacillaires et poursuivis jusqu'à négativation des frottis.

- Rifampicine et Disulone 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 600 mg, Ofloxacine 400 mg, Minocycline 100 mg en prise unique est préconisé dans les formes paucibacillaires avec atteinte cutanée uniquement. Quatre patients ont pu en bénéficier (1 en 2003, 1 en 2004, 1 en 2005 et 1 en 2006).

Ce programme de polychimiothérapie anti-lépreuse (PCT) a permis de réduire la prévalence de la lèpre en Nouvelle-Calédonie et cette pathologie n'est plus aujourd'hui un problème majeur de santé publique.

* Sulfone n.m. CHIM. Composé dont la molécule comporte deux radicaux carbonés reliés au groupement -SO₂-. Certaines sulfones sont employées dans le traitement de la lèpre.

I.2.4.2. Incidence

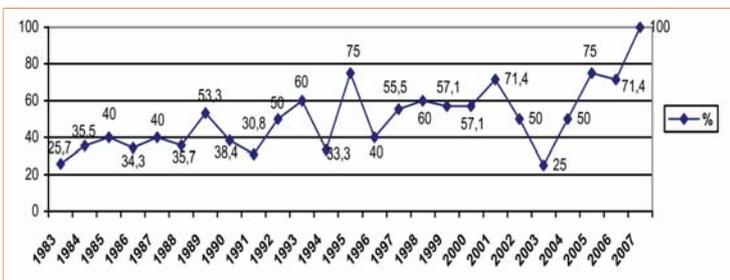
Une proportion importante de nouveaux cas est dépistée à un stade tardif de la maladie, alors même qu'elle évolue depuis plusieurs mois, voire plusieurs années.



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

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 est toujours très élevée, cause de pérennité de la maladie. En 2007, les deux nouveaux cas sont multibacillaires.

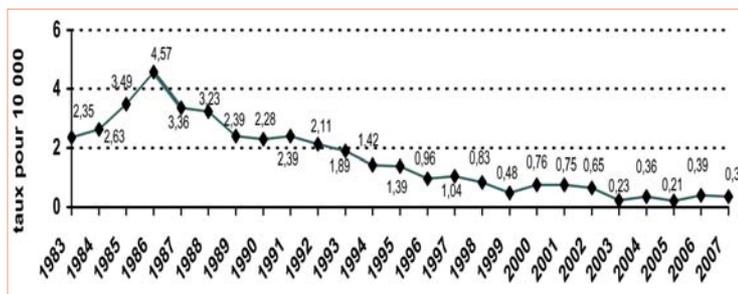


Evolution de la proportion de formes multibacillaires (%)

I.2.4.4. Prévalence

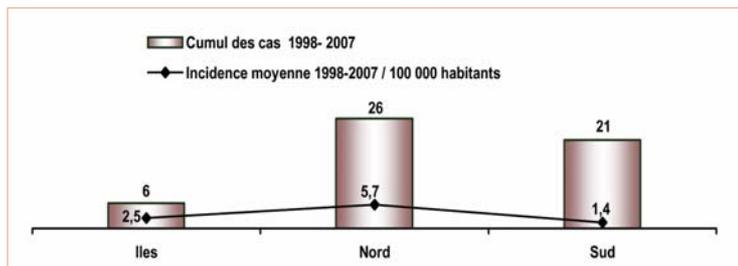
Le taux de prévalence est le rapport à la population du nombre de malades nécessitant ou recevant un traitement. En sont exclus ceux qui reçoivent un traitement préventif, qui ont terminé leur traitement ou qui sont en simple observation, patients dits en observation sans traitement (EOST).

On observe une tendance à la baisse de la prévalence depuis 1986. 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.



Evolution annuelle de la prévalence de la lèpre

I.2.4.5. Répartition par province de résidence



Il devient de plus en plus difficile de circonscrire les foyers de lèpre en raison de la mobilité de la population et

de l'apparition des squats dans les zones autour de Nouméa.

De plus, étant donné la durée d'incubation de la maladie, il est souvent difficile de déterminer précisément le lieu de contamination.

Certains patients classés "Nouméa" pourraient être classés "Brousse" et vice versa en raison de leur mobilité. On peut constater sur la figure ci-contre, la diminution importante du nombre de nouveaux cas par province au cours de la période 1983-1992, cette baisse se poursuit de manière moins nette à partir de 1993.

Au cours de la période 1983-2007, les 279 cas sont répartis entre les provinces de la manière suivante :

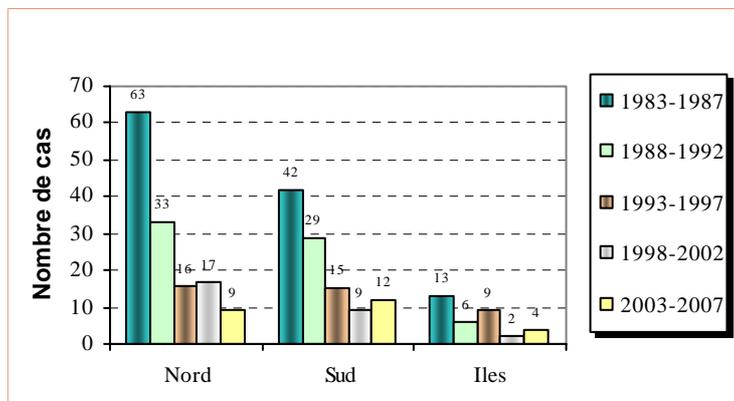
- 107 cas dans le Sud,
- 138 cas dans le Nord
- 34 cas dans les Iles.

Les communes les plus touchées sont :

- dans le Sud : Nouméa (61 cas), La Foa (19 cas) et Yaté (10) ;

- dans le Nord : Canala (33 cas), Pouébo (22 cas), Koumac-Belep (20 cas), Houaïlou (15 cas) et Poya-Népoui (15 cas) ;

- dans les Iles : Maré (17 cas), Lifou (9 cas) et Ouvéa (8 cas).



I.2.4.6. Caractéristiques des nouveaux cas (1983-2007)

Depuis 1983, on relève une prédominance du sexe masculin (voir tableau à droite : 182 hommes pour 97 femmes). Cette différence de répartition selon le sexe est aussi retrouvée dans la plupart des régions du monde.

Dans le tableau représenté dessous, on remarque que la tranche des 0-4 ans n'est pas affectée, probablement en raison de la durée d'incubation de la maladie. Cependant, 21% des cas ont moins de 16 ans, avec une chute du nombre de nouveaux cas pour cette tranche d'âge depuis les années 90. D'autre part, 38% des cas concernent les personnes âgées de 25 à 50 ans.

Années	Masculin		Féminin		Total	
	nb cas	%	nb cas	%	nb cas	%
1983-1987	73	62,4%	44	37,6%	117	100%
1988-1992	53	77,9%	15	22,1%	68	100%
1993-1997	28	68,3%	13	31,7%	41	100%
1998-2002	14	50,0%	14	50,0%	28	100%
2003-2007	14	56,0%	11	44,0%	25	100%
Total	182	65,2%	97	34,8%	279	100%

Années	0-4 ans		5-15 ans		16-24 ans		25-50 ans		"+ de 50 ans"		Total	
	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%
Total	0	0%	58	20,8%	50	17,9%	106	38%	65	23,3%	279	100%

On remarque la forte disparité ethnique depuis 1983, avec une augmentation régulière de la proportion de nouveaux cas d'origine mélanésienne.

Au total, même si la lèpre ne fait plus partie des maladies à forte incidence en Nouvelle-Calédonie, elle reste néanmoins présente avec quelques nouveaux cas par an.

Années	Européen		Mélanésien		Autres		Total	
	nb cas	%	nb cas	%	nb cas	%	nb cas	%
1983-1988	15	11%	107	82%	9	7%	131	100%
1989-1994	11	15%	58	79%	4	5%	73	100%
1995-2000	2	5%	37	90%	2	5%	41	100%
2001-2007	2	6%	31	91%	1	3%	34	100%
Total (%)	30	11%	233	84%	16	6%	279	100%

I.2.4.7. Le programme de lutte contre la lèpre en Nouvelle-Calédonie

Le programme de lutte contre la maladie de Hansen est intégré dans l'activité du service de dermatologie du CHT de Nouméa. Le dépistage en Nouvelle-Calédonie est essentiellement passif, la grande majorité des patients étant adressée au CHT, soit par leur médecin traitant, soit par le médecin du dispensaire dont ils dépendent.

Toutefois, les contacts des nouveaux cas multibacillaires sont régulièrement suivis pendant une durée moyenne de cinq ans. Ils reçoivent également une information sur cette maladie de manière à pouvoir dépister au plus tôt les premiers signes cliniques.

Une information sur la lèpre est assurée par l'équipe du Dispensaire Anti Hansénien au personnel médical et paramédical des dispensaires du Nord et des Iles 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 biopsie cutanée est adressée au Service de bactériologie de l'Hôpital de la Pitié-Salpêtrière pour inoculation à la souris et réalisation d'un antibiogramme.

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

COMMENTAIRES

La prévalence de la maladie se maintient inférieure au seuil d'endémicité de 1 pour 10000 habitants depuis 1996.

Depuis 1994, moins de 10 nouveaux patients sont détectés chaque année. Mais le nombre de nouveaux cas est globalement stationnaire depuis une dizaine d'années, ce qui est également observé dans le monde. Cet état de fait témoigne de la persistance d'un « réservoir » de germes.

La diminution du nombre de nouveaux cas dans la tranche d'âge inférieure à 16 ans est importante à considérer, allant dans le sens d'une baisse de l'endémicité. A noter toutefois en 2006, deux patients âgés de 10 et 16 ans. Le taux de détection annuelle 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.

Le décryptage du génome de *Mycobacterium 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.

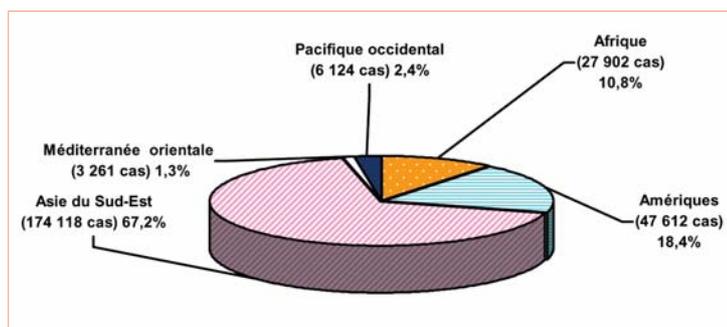
Récemment, des gènes de susceptibilité à la lèpre ont été découverts, qui permettent de mieux appréhender le niveau de résistance immunologique des patients vis à vis de *Mycobacterium leprae*. Ils pourraient permettre de percer le secret de la persistance de la lèpre dans de nombreuses régions du monde,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

I.2.4.8. La lèpre dans le monde (Source : OMS)

Le nombre de nouveaux cas détectés dans le monde en 2006 s'élevait à 259 017 cas ; ce nombre a diminué de 13,4% par rapport à 2005 (voir tableau ci-dessous).

Cette diminution résulte principalement de la baisse du nombre de nouveaux cas en Inde (367 143 cas en 2003 ; 260 063 cas en 2004 ; 169 709 en 2005, 139 252 en 2006 soit 17,9% de moins en une année).

En 2006, le nombre de cas en Inde représentait 53,7% du nombre de cas dans le monde.



Répartition des nouveaux cas de lèpre par région de l'OMS (2006)

Régions de l'OMS	Nombre de nouveaux cas dépistés					
	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Afrique	39 612	48 248	47 006	46 918	45 179	27 902
Amériques	42 830	39 939	52 435	52 662	41 952	47 612
Asie du Sud-est	668 658	520 632	405 147	298 603	201 635	174 118
Méditerranée orientale	4 758	4 665	3 940	3 392	3 133	3 261
Pacifique occidentale	7 404	7 154	6 190	6 216	7 137	6 124
Total	763 262	620 638	514 718	407 791	299 036	259 017

Evolution du nombre de nouveaux de cas dépistés de 2001 à 2006

Nouveaux cas - Population * dans 15 pays ayant déclaré >1000 cas nouveaux en 2006 par rapport à 1993, 2002, 2003, 2004 et 2005

Pays	1993	Pop 1993	2002	Pop 2002	2003	Pop 2003	2004	Pop 2004	2005	Pop 2005	2006	Pop 2006
Angola	339	9,5	4 272	12,7	2 933	13,1	2 109	13,3	1877	15,4	1 078	15,8
Bangladesh	6 943	113,9	9 844	133,6	8 712	146,7	8 242	141,3	7 882	144,2	6 280	146,6
Brésil	34 235	152	38 365	173,8	49 206	176,5	49 384	179,1	38 410	184,2	44 436	186,8
Chine	3 755	1178,5	1 646	1280,7	1 404	1288,7	1 499	1300,1	1 658	1303,7	1 506	1311,4
Rép.dém.du Congo	3 927	41,2	5 037	55,2	7 165	56,6	11 781	58,3	10369	60,8	8 257	62,7
Inde	456 000	897,4	473 658	1049,5	367 143	1068,6	260 063	1086,6	169709	1103,6	139 252	1121,8
Indonésie	12 638	187,6	12 377	217	14 641	220,5	16 549	218,7	19 695	221,9	17 682	225,5
Madagascar	740	13,3	5 482	16,9	5 104	17	3 710	17,5	2709	17,3	1 536	17,8
Mozambique	1 930	15,3	5 830	19,6	5 907	17,5	4 266	19,2	5371	19,4	3 637	19,9
Myanmar	12 018	43,5	7 386	49	3 808	49,5	3 748	50,1	3571	50,5	3 721	51
Népal	6 152	20,4	13 830	23,9	8 046	25,2	6 958	24,7	6150	25,4	4 235	26
Nigéria	4 381	95,1	5 078	129,9	4 799	133,9	5 276	137,3	5 024	131,5	3 544	134,5
Philippines	3 442	64,6	2 479	80	2 397	81,6	2 254	83,7	3130	84,8	2 517	86,3
Sri Lanka	944	17,8	2 214	18,9	1 925	19,3	1 995	19,6	1 924	19,7	1 993	19,9
Rép.de Tanzanie	2 731	27,8	6 497	37,2	5 279	35,4	5 190	36,1	4 237	36,5	3 450	37,9
Total des pays ci-dessus	550 175	2877,9	593 995	3297,9	488 469	3350,1	383 024	3385,6	281 716	3418,9	243 124	3463,9
% du total mondial	93%	53%	96%	53%	95%	53%	94%	53%	94%	53%	94%	53%
Total mondial	590 933	5506	620 638	6215	514 718	6314	407 791	6396	299 036	6477	259 017	6555

Nouveaux cas - Incidence pour 100 000 dans 15 pays ayant déclaré >1000 cas nouveaux en 2006 par rapport à 1993, 2002, 2003, 2004 et 2005

Pays	1993	Incid 1993	2002	Incid 2002	2003	Incid 2003	2004	Incid 2004	2005	Incid 2005	2006	Incid 2006
Angola	339	3,6	4 272	33,6	2 933	22,4	2 109	15,9	1877	12,2	1 078	6,8
Bangladesh	6 943	6,1	9 844	7,4	8 712	5,9	8 242	5,8	7882	5,5	6 280	4,3
Brésil	34 235	22,5	38 365	22,1	49 206	27,9	49 384	27,6	38410	20,9	44 436	23,8
Chine	3 755	0,3	1 646	0,1	1 404	0,1	1 499	0,1	1 658	0,1	1 506	0,1
Rép.dém.du Congo	3 927	9,5	5 037	9,1	7 165	12,7	11 781	20,2	10369	17,1	8 257	13,2
Inde	456 000	50,8	473 658	45,1	367 143	34,4	260 063	23,9	169709	15,4	139 252	12,4
Indonésie	12 638	6,7	12 377	5,7	14 641	6,6	16 549	7,6	19 695	8,9	17 682	7,8
Madagascar	740	5,6	5 482	32,4	5 104	30,0	3 710	21,2	2709	15,7	1 536	8,6
Mozambique	1 930	12,6	5 830	29,7	5 907	33,8	4 266	22,2	5371	27,7	3 637	18,3
Myanmar	12 018	27,6	7 386	15,1	3 808	7,7	3 748	7,5	3571	7,1	3 721	7,3
Népal	6 152	30,2	13 830	57,9	8 046	31,9	6 958	28,2	6150	24,2	4 235	16,3
Nigéria	4 381	4,6	5 078	3,9	4 799	3,6	5 276	3,8	5 024	3,8	3 544	2,6
Philippines	3 442	5,3	2 479	3,1	2 397	2,9	2 254	2,7	3130	3,7	2 517	2,9
Sri Lanka	944	5,3	2 214	11,7	1 925	10,0	1 995	10,2	1 924	9,8	1 993	10,0
Rép.de Tanzanie	2 731	9,8	6 497	17,5	5 279	14,9	5 190	14,4	4 237	11,6	3 450	9,1
Total des pays, incidence moyenne	550175	19,1	593995	18,0	488469	14,6	383024	11,3	281716	8,2	243124	7
% du total mondial	93%	-	96%	-	95%	-	94%	-	94%	-	94%	-
Total mondial	590 933	10,7	620 638	10	514 718	8,2	407 791	6,4	299 036	4,6	259 017	4

