

LA LÈPRE A MAYOTTE

Situation en 2003 et perspectives de la lutte anti-lépreuse

*Georges Yves de Carsalade, A. Achirafi et Jeremy Saget **

Mayotte est une île française de l'archipel des Comores, située dans l'Océan Indien, à 300 km de Madagascar et à 1500 km de la Réunion. D'une superficie de 374 km², sa population est estimée à 170 000 habitants en 2003.

C'est le seul territoire français où l'élimination de la lèpre en 2005 ne sera certainement pas atteinte. La prévalence était de 5.72, 5.21, 4.68 pour 10 000, respectivement en 2000, 2001, 2002. Un contexte épidémiologique régional très défavorable (prévalence élevée de la lèpre à Madagascar et dans l'archipel des Comores, surtout Anjouan, île la plus proche), des conditions socio-économiques très difficiles pour une partie de la population mais aussi des moyens faibles donnés à la lutte anti-lépreuse expliquent ces chiffres. La dernière enquête épidémiologique date de 1999 et a porté sur la période 1990 à 1998 (1). Il nous a donc paru intéressant de faire un bref point sur la situation épidémiologique mais aussi et surtout sur les moyens de lutte en cours et à venir pour 2 raisons : l'année 2005 avait été déclarée comme année butoir par l'OMS pour l'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique ; grâce à l'aide d'un étudiant en médecine qui a décidé de faire sa thèse sur le dépistage intra-domiciliaire actif, nous avons pu évaluer notre mode de dépistage familial.

Matériel et Méthodes

Le service de lutte antilépreuse se compose d'un infirmier léprologue, deux jours par semaine et d'un médecin référent, un jour par semaine. Ce service s'occupe du dépistage passif, du suivi pendant et après le traitement de tous les malades de l'île, ainsi que la sensibilisation de tous les acteurs de santé au problème de la lèpre. Le système sanitaire de l'île s'appuie essentiellement sur 19 dispensaires publics (un peu plus de un par commune), d'un centre hospitalier et d'une dizaine de médecins privés.

En raison d'un brassage de population important avec les îles voisines, l'origine des patients a été précisée : ont été considérés comme autochtones les patients nés et vivant principalement à Mayotte et comme non autochtones les patients immigrés d'une île voisine.

Tous les patients ont eu leur diagnostic confirmé par une biopsie avec histologie d'une lésion et d'un lobule de l'oreille, sur lesquelles ont été pratiquées un frottis pour évaluer l'index bacillaire. Les patients sont suivis au moins une fois par mois durant le traitement (et beaucoup plus fréquemment s'il y a une réaction reverse ou un érythème noueux), les absents sont systématiquement recherchés. Vu notre faible effectif, nous n'avons jamais organisé des dépistages à domicile, mais nous montrions systématiquement et régulièrement aux patients des photos de cas de lèpre en leur demandant de regarder si aucune personne de leur entourage n'avait des lésions suspectes afin de nous les amener au moindre doute et nous les incitions à nous amener en consultation les membres de leur famille. Depuis le début des années 90, le protocole de traitement est celui de l'OMS légèrement modifié : les multibacillaires bénéficient de 24 mois de traitement et la dose journalière de Clofazimine est de 100mg au lieu de 50mg.

Situation de la lèpre à Mayotte

Le nombre de cas autochtones détectés tous les ans est relativement stable depuis 1990, avec un minimum de 11 en 1994 et un maximum de 23 en 1999. Le nombre de cas autochtones dépistés en 2003 (jusqu'au 31 octobre) est artificiellement élevé (30) car il inclut 14 patients dépistés lors d'enquêtes intra-domiciliaires. Cette dernière année, le nombre de cas non autochtones est de 22.

Le nombre de patients non autochtones fluctuent, en grande partie, au gré des problèmes économiques des autres îles.

Tableau de la répartition des patients en autochtone/non autochtone

Année	9 0	9 1	9 2	9 3	9 4	9 5	9 6	9 7	9 8	9 9	0 0	0 1	0 2	03*	
Autochtone	1 4	1 8	2 5	1 3	1 1	1 7	1 6	1 5	1 3	1 3	2 8	1 4	1 1	2 1	30**
Non Autochtone	4	9	5	5	7	1 9	1 4	2 0	1 4	3 1	3 7	3 7	1 7	22	
Non Connu	1		4	4	1	4	1			1					
Total	1 9	2 7	3 4	2 2	1 9	4 0	3 1	3 5	2 7	5 5	5 5	5 1	3 8	52	

* à la date de fin octobre

** comprenant 16 patients dépistés passivement et 14 dépistages familiaux actifs.

Sur 453 cas détectés entre 1990 et 2002, 88 patients avaient moins de 15 ans soit 19 %. Nous avons montré en 1998 (1) qu'il y avait plus d'enfants de moins de 15 ans chez les autochtones (33 %) que chez les non autochtones (13,5 %) (p<0,001). La proportion d'enfants reste stable d'année en année, ce qui prouve que la transmission est active sur l'île.

Tableau de la répartition des patients en fonction de l'âge

Année	9 0	9 1	9 2	9 3	9 4	9 5	9 6	9 7	9 8	9 9	0 0	0 1	0 2	03*
Moins de 15 ans	3	5	1 2	5	3	4	8	8	4	9	1 0	6	1 1	17**
Entre 15 et 45 ans	1 0	1 0	1 5	1 4	8	2 2	1 8	2 0	1 6	3 7	3 3	2 9	2 1	27
Supérieur à 45 ans	6	1 2	7	3	8	1 4	5	7	7	9	1 2	1 6	6	8
Total	1 9	2 7	3 4	2 2	1 9	4 0	3 1	3 5	2 7	5 5	5 5	5 1	3 8	52

* à la date de fin octobre 2003

** dont 10 dépistages familiaux actifs

La répartition MB/PB est restée stable depuis 1990 aux alentours de 40 % / 60 % sans différence significative entre patients autochtones et non autochtones (1).

Le pourcentage d'invalidités de degré 2 au moment du diagnostic est resté stable depuis 2000 aux alentours de 7 %.

Depuis 1990, environ un quart de nos cas sont des cas familiaux dont la plupart sont amenés par leur famille à un stade le plus souvent précoce.

La répartition de la lèpre est hétérogène, 4 communes sur 17 étant beaucoup plus touchées que le reste de l'île.

Nos actions de sensibilisation se sont traduites, ces dernières années essentiellement, par des diaporamas répétés tous les ans aux acteurs de santé en exercice (médecins, infirmiers, infirmiers scolaires, animateurs de santé) mais aussi à ceux en formation (aides-soignant, auxiliaires de puériculture, infirmiers).

Propositions d'actions

Malgré le nombre important de cas familiaux (le plus souvent précoces) référés par leur propre famille, la proportion importante d'enfants de moins de 15 ans (19 %), le pourcentage de degré d'invalidité de degré 2 (7 %) au moment du diagnostic et le nombre constant de nouveaux cas annuels nous faisaient suspecter un nombre important de cas « cachés ».

Deux actions nous semblaient utiles à mettre en place : un dépistage intra-domiciliaire actif de toute les familles ; une campagne d'élimination de la lèpre dans les communes hyperendémiques.

Le dépistage intradomiciliaire actif.

Un contact intra-domiciliaire a été défini comme étant une personne habitant sous le même toit au moment du diagnostic du cas index.

Notre population se divise schématiquement en deux : les patients autochtones, population stable, vivant en famille, changeant rarement d'adresse et relativement facile à trouver ; une population non autochtone très mouvante (il n'est pas rare que durant les deux ans de traitement le patient ait changé plusieurs fois d'adresse), avec des membres de la famille très souvent restés à l'étranger, difficiles à retrouver, peu connus au sein même du quartier où ils habitent.

Dans ces conditions pour évaluer correctement l'efficacité de notre incitation familiale au dépistage et, vu les faiblesses de nos effectifs, nous avons proposé à un étudiant en médecine, passionné par le sujet, de faire sa thèse sur l'élaboration puis la mise en place d'un protocole de dépistage de toutes les familles de patients autochtones (population stable permettant de faire une étude fiable) diagnostiqués depuis 1997 et d'en tirer des conclusions par rapport aux pratiques des autres services de lutte antilépreuse (état des lieux des modalités de dépistage actif intra-domiciliaire à travers le monde, fréquence la plus rentable...). En fonction des résultats, il est prévu d'élargir dans un second temps aux familles non autochtones le dépistage intradomiciliaire.

Campagne d'élimination de la lèpre

Dans les 4 communes hyperendémiques de l'île (taux de détection moyen sur les 5 dernières années entre 70 et 200 /100 000 habitants/an), nous proposons un dépistage systématique des enfants de 10-12 ans en milieu scolaire, une sensibilisation de la population directement par des diaporamas, des réunions publiques, une campagne d'information radiophonique et indirectement via les différentes associations (sportives, religieuses, de femmes...). Puis, suivant les résultats, de cette enquête d'élargir aux communes où le taux de détection est supérieur à 50 / 100 000 habitants / an.

Résultats des actions

Dépistage actif intra-domiciliaire des familles autochtones.

A l'heure actuelle, 72 familles autochtones (sur 92) ont eu un dépistage actif intra-domiciliaire. Dans ces 72 familles, 96 cas familiaux avaient été dépistés passivement depuis 1997. 330 contacts intra domiciliaires ont été colligés. Malgré de nombreux passages à domicile, seulement 261 (79,1 %) ont pu être examinés.

Nous avons diagnostiqué 14 cas de lèpre. Dix ont moins de 15 ans, 3 ont entre 15 et 21 ans et le dernier a 43 ans. Aucun ne présentait d'invalidité de degré 1 ou 2. Huit avaient une seule lésion dont 6 une macule, sans bordure, sans hypoesthésie de moins de 1cm de diamètre. Treize patients étaient paucibacillaires et le seul multibacillaire (IB 3+) ne présentait qu'une macule de moins de 1 cm de diamètre.

Campagne d'élimination de la lèpre

Dans le passé, nous avons proposé déjà à 2 reprises la mise en place d'une campagne d'élimination de la lèpre dans les communes hyperendémiques. Bien que dans les 2 cas notre proposition ait été acceptée avec enthousiasme, nous n'avons jamais pu la mettre en place, faute de temps libéré pour cette action, d'autorisations administratives, de renforcement de l'équipe même temporaire.

En conclusion

Les premiers résultats du dépistage intradomiciliaire confirment ce que nous suspicions, c'est-à-dire le nombre important de cas cachés, même si ceux-là rentrent dans la définition de lèpre précoce.

A l'aube de 2005, la lèpre à Mayotte est loin d'être éliminée en tant que problème de santé publique. Si l'on veut y arriver, des moyens supplémentaires doivent être attribués à la lutte anti-lépreuse, pour augmenter son activité préventive.

Références

1- de Carsalade G Y., Achirafi A. et Flageul B. La Maladie de Hansen dans la collectivité de Mayotte (Océan indien): Etude rétrospective de 1990 à 1998. Acta Leprolol., 1999, 11, n° 4 : 133-137

* Direction des Affaires Sanitaires et Sociales
Mamoutzou Mayotte