

QUELQUES REFLEXIONS (*)

Michel Lechat

1) Existe-t-il des sources d'infection autres que les malades multi-bacillaires ?

Si de nouveaux cas continuent à apparaître, faudra-t-il en venir à supposer que les patients cliniques non traités ne constituent pas la seule source d'infection et que les personnes atteintes d' **affection sub-clinique** pourraient elles aussi contribuer à la transmission ?

Ou bien, se laissant emporter par l' imagination, peut-on envisager l' intervention d' un **réservoir extra-humain** : animal, végétal, aquatique ou « dans le sol » insoupçonné jusqu' à présent, sur le modèle d' autres bactéries ?

Une telle hypothèse, s'il s'avérait nécessaire de la mettre à l' épreuve, ouvrirait un champ de recherches inattendu et fascinant pour les microbiologistes.

2) La prévalence est-elle un bon indicateur de l'élimination de la lèpre ?

On peut se demander pourquoi la prévalence (soit le nombre total de malades) a été choisi comme indicateur et comme cible du programme d' élimination . En effet, faute jusqu' à ce jour d' avoir pu déceler l' infection sub-clinique, l' objectif final de la lutte contre la lèpre étant l' interruption de sa transmission, c' est l' **incidence**, à savoir le taux d' apparition de nouveaux cas cliniques, qui devrait être l' indicateur de choix du contrôle de cette transmission.

La raison de ce choix, à première vue inhabituel, est simple. En effet, suite à la longue période séparant l' infection par le bacille de la lèpre de l' apparition de la maladie clinique, les taux d' incidence ne sont disponibles qu' avec un retard de plusieurs années. Par contre, la mesure de la prévalence est immédiate.

Mais en dépit de la chute spectaculaire de la prévalence, le **nombre de nouveaux cas** recensés chaque année, nouveaux et anciens cas confondus, ne présente **pas de déclin marqué** . Environ 750 000 malades ont été détectés en 1999 . Ce chiffre comprend à la fois des nouveaux cas (incidence) et des cas anciens ayant jusqu' ici échappé au dépistage (prévalence résiduelle) . Une telle situation révèle l' existence d' un **réservoir de cas occultes ou cachés**.

On peut se demander, dès lors, dans quelle mesure la **prévalence** en tant qu' indicateur de l' élimination ne devrait pas être **complétée ou remplacée par le taux de détection** reflétant plus étroitement les besoins opérationnels actuels. Alors qu' elle atteint dans bien des pays des taux proches ou mêmes inférieurs à l' objectif fixé pour l' « élimination », elle a perdu de sa signification car ses variations sont désormais sans rapport avec la dimension du **réservoir** infectieux, celui-ci s' exprimant alors mieux en **nombre absolu** de malades plutôt qu' en taux.

(encart)

Effets pervers

L'utilisation de la prévalence comporte également un autre désavantage. C'est fort bien de fixer des cibles, des délais et un taux de prévalence minimum à atteindre avant l'échéance d'une « date butoir », mais cette pratique peut devenir un véritable **piège** !

En effet, une prévalence de **0.99 pour 10 000** dans une population de **100 millions** sanctionnera le **succès** (puisque l'élimination de la lèpre comme problème de santé publique est ainsi atteinte), **alors qu'il reste 9 900 malades** à traiter. Par contre, un pays voisin, ne comptant que **100 000 habitants**, aura **échoué** s'il y reste encore **11 malades** soit 1 au dessus du seuil fatidique de 1/10 000 !

La compétitivité aidant, on aura tendance à concentrer les efforts sur ce dernier pays et à négliger le premier.

Tout est affaire de dénominateur. Les cibles quantifiées, objet de prédilection des gestionnaires modernes, ont des effets pervers dont il est bon d'être prévenus !

Au fur et à mesure que le dépistage, avec ses variantes, campagnes appuyées ou projets spéciaux, ratisse les anciens cas, la prévalence en vient à ne plus représenter que des cas d'apparition relativement récente. Elle se rapproche de l'incidence annuelle (ou lui est inférieure) lorsque le traitement est d'une durée inférieure à 1 an . **C'est donc désormais l'incidence** (estimée à partir du taux de détection) **qu'il s'agit de surveiller.**

3) A propos du déclin annoncé de la lèpre.

Le moment est arrivé de vérifier le postulat central de la stratégie d'élimination qui veut, qu'une fois la lèpre devenue maladie rare, la transmission se ralentit, tant et si bien qu'elle finit par disparaître, comme cela fut observé dans une série de pays, bien avant l'avènement des traitements modernes.

Peut-on cependant assimiler un déclin en quelque sorte naturel, du à des facteurs que nous ignorons, et qui s'est étalé sur des décennies, sinon sur des siècles, avec un déclin provoqué et brutal lié à la PCT ?

(encart)

Comment expliquer le déclin de la lèpre en Europe à la fin du Moyen-Age ?

On a invoqué de multiples raisons :

- la peste qui aurait frappé sélectivement les individus génétiquement prédisposés.
- l'amélioration des conditions socio-économiques et de l'hygiène.
- la ségrégation des malades.

Aucune de ces explications n'est documentée.

Une autre hypothèse invoque la diffusion de la **tuberculose** : il existe des relations immunitaires étroites entre les 2 affections. Par ailleurs, il a été démontré que le BCG conférait une protection significative contre la lèpre.

4) A propos du slogan de l'OMS (« élimination comme problème de santé publique en l'an 2000 »).

L'OMS n'a pas annoncé la « disparition » de la lèpre. Elle a déterminé un objectif chiffré, comme **but vers lequel tendre**. Cela fait partie du langage de notre époque. Il faut s'en accommoder. C'est rassurant pour certains, c'est utile, cela mobilise les énergies et les ressources !

C'est aussi sujet à bien des malentendus et les pièges ne manquent pas. Considérons cet objectif comme un **jalon** à atteindre et à dépasser. Quant au reste, l'échéance de l'« an 2000 », cela fait partie de la mythologie du millénaire. Au delà des statistiques il y a les individus ! On continuera au-delà et on s'y prépare

(*) texte résumé et adapté d'une communication faite à la séance du 24 avril 1999 de l'Académie Royale de Médecine de Belgique.