

LA LÈPRE EN GUYANE FRANÇAISE : ÉTUDE RÉTROSPECTIVE DE 1997 À 2006

Domergue V., Clyti E., Sainte-Marie D., Huber F., Marty C., Couppié P.

Med Trop 2007; **68** : 33-37

RÉSUMÉ • La Guyane Française est limitrophe du Brésil, second pays au monde le plus touché par la lèpre. Nous avons réalisé une étude rétrospective des cas de lèpre diagnostiqués en Guyane de janvier 1997 à décembre 2006 afin de calculer le taux d'incidence de cette maladie et d'en déterminer les éventuelles particularités cliniques et épidémiologiques. Quatre vingt-dix nouveaux cas ont été dépistés sur la période, correspondant à une incidence moyenne de 0,53 cas/10 000 habitants/an, donc inférieure à 1/10 000. Selon les critères de l'Organisation Mondiale de la Santé, la lèpre ne constitue donc plus actuellement un problème majeur de santé publique en Guyane. Mais, si la lèpre autochtone est en régression, le nombre de cas brésiliens croît significativement ($p < 0,01$). Certains paramètres épidémiologiques s'en trouvent modifiés : prépondérance des formes multibacillaires et incidence élevée dans les zones d'orpaillage et l'Ouest du pays où le taux d'incidence est supérieur à 1 cas/10 000 habitants/an.

MOTS-CLÉS • Lèpre - Epidémiologie - Guyane Française - Amérique du Sud.

LEPROSY IN FRENCH GUYANA: A RETROSPECTIVE STUDY FROM 1997 TO 2006

ABSTRACT • French Guyana borders Brazil with the second highest number of cases of leprosy in the world. The purpose of this retrospective study of leprosy cases diagnosed in Guyana between January 1997 and December 2006 was to calculate the incidence of the disease and to identify any special clinical and epidemiological features. A total of 90 new cases were recorded during the study period for a mean incidence of 0.53 cases/10000 inhabitants/year. Since this incidence is below the 1/10,000 threshold defined by the World Health Organization, leprosy is no longer considered as a major public health issue in French Guyana. However it must be noted that while the number of "native leprosy" cases has declined, the number of Brazilian cases has increased ($p < 0.01$). Brazilian leprosy has different epidemiological features, i.e., dominance of multibacillary forms and high incidence in gold panning and western regions of the country where the incidence is over 1/10,000 inhabitants/year.

KEY-WORDS • Leprosy - Epidemiology - French Guyana - South America.

En 1991, l'Organisation Mondiale de la Santé fixait l'objectif d'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique à l'horizon 2000. Il s'agissait d'obtenir un taux de prévalence inférieur à 1 cas/10 000 habitants/an. Le but a été atteint au niveau mondial en 2000 mais, fin 2005, la lèpre restait endémique dans six pays, dont le Brésil. Avec une incidence et une prévalence en 2005 respectivement de 2,06 et 1,5 cas/10 000 hab/an, le Brésil est, en nombre de cas, le second pays le plus touché au monde après l'Inde (1).

La Guyane, pays limitrophe du Brésil et terre d'immigration dans cette région d'Amérique du Sud, est l'un des départements français d'Outre Mer recensant chaque année des cas de lèpre.

Nous avons réalisé une étude descriptive rétrospective des cas de lèpre diagnostiqués en Guyane Française de janvier 1997 à décembre 2006 afin de répondre aux questions suivantes :

- La lèpre constitue-t-elle aujourd'hui un problème de santé publique en Guyane ?

- Existe-t-il des particularités épidémiologiques et cliniques de la lèpre en Guyane ? Nous avons étudié l'incidence plutôt que la prévalence. Ce dernier indicateur dépend, en effet, de la durée des traitements qui a varié selon les époques. Il rend ainsi difficile les comparaisons entre périodes différentes sur un même territoire. Il est par ailleurs plus difficile à calculer.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Lieu de l'étude

La Guyane possède des frontières naturelles (fleuves Oyapock et Maroni) avec les pays voisins du Brésil et du Surinam.

• Travail du Service de dermatologie (V.D., Dermatologue ; E.C., D.S-M., Praticiens hospitaliers ; F.H., Chef de clinique assistant ; C.M., Dermatologue ; P.C., Professeur des universités, Praticien hospitalier, Chef du service) Centre hospitalier Andrée Rosemon de Cayenne, Guyane.

• Correspondance : P. COUPPIÉ, Service de dermatologie, Centre hospitalier Andrée Rosemon de Cayenne, BP 6006, 97306 Cayenne Cedex, Guyane.

• Courriel : chcdermato@wanadoo.fr

• Article reçu le 12/06/2007, définitivement accepté le 21/10/2007.

La population, estimée à 199 500 personnes en juillet 2006, présente un important rythme de croissance, conjonction d'un taux de natalité élevé et d'un solde migratoire largement excédentaire. Cette population regroupe autochtones (amérindiens, noirs-marrons ou bushinengués, créoles guyanais), métropolitains et immigrés (2). On compte parmi les immigrés récents un nombre important de clandestins, principalement originaires du Brésil, du Guyana, de Haïti et du Surinam. Le nombre d'orpailleurs clandestins est estimé entre 5 000 et 10 000 personnes.

Quatre-vingt-dix pour cent de la population se répartit sur le littoral et le système de santé oppose les zones à faible densité et accès difficile de l'intérieur du pays où les soins sont dispensés gratuitement dans des centres de médecine collective et les zones urbaines côtières disposant de structures hospitalières.

Disponibilité des données

Les dossiers des patients ayant été pris en charge entre janvier 1997 et décembre 2006 pour suspicion de lèpre par le dispensaire de lutte anti-hansénienne et/ou par le service de Dermatologie de l'hôpital de Cayenne ont été compulsés. Les données démographiques sont issues des statistiques de l'INSEE (3).

Patients : critères d'inclusion et d'exclusion

Le critère d'inclusion était un diagnostic de lèpre confirmé par examen histopathologique cutané et/ou par examen bactériologique de suc dermique ou de mucus nasal. Ont été inclus les patients présentant un antécédent de lèpre dans un pays autre que la Guyane et pour lesquels un nouveau traitement était débuté. Ces patients constituaient, en effet, des nouveaux cas pour la Guyane. Ont été exclus les patients en rechute ayant déjà été traités en Guyane.

Variables étudiées et analyse statistique

Données démographiques, anamnèse, examens cliniques et paracliniques initiaux, thérapeutique, suivi clinique, données de synthèse ont été recueillis.

Ces données ont été analysées statistiquement avec les logiciels EXCEL 2000 pour les calculs de moyennes et pourcentages et EPI INFO version 6 pour la réalisation de tests du Chi 2 et du test exact de Fischer.

RÉSULTATS

Quatre-vingt-dix nouveaux cas de lèpre ont été diagnostiqués en Guyane entre janvier 1997 et décembre 2006 (Fig. 1).

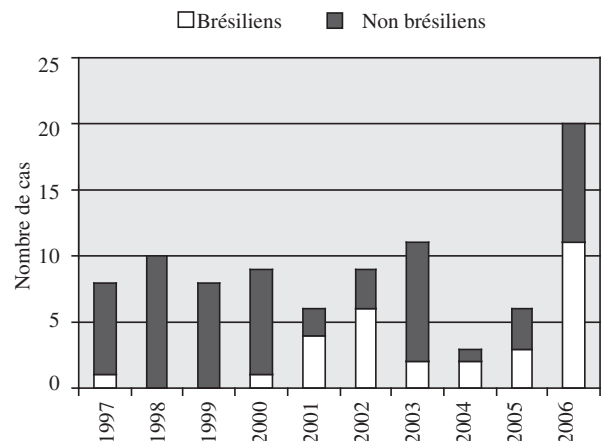


Figure 1 - Distribution des nouveaux cas de lèpre en Guyane de 1997 à 2006.

Incidence et données démographiques

Sur les dix années étudiées, le taux d'incidence moyen était de 0,53 cas/10 000 hab/an. Il était donc inférieur à 1; les extrêmes étant 0,16 et 1,05 (Fig. 2).

On comptait plus d'hommes atteints que de femmes avec un sex-ratio de 1,7.

L'âge moyen était de 36,8 ans pour l'ensemble des patients (extrêmes 9 et 87 ans). On notait 6,7% de moins de 16 ans.

La nationalité des patients (brésiliens *versus* non brésiliens) est représentée par la figure 1. La part relative des Brésiliens était en augmentation constante sur les dix années. Ils constituaient 33,3% des cas. Il s'agissait pour la plupart d'hommes, présentant une lèpre multibacillaire dans 70% des cas. Aucun amérindien n'a été dépisté dans notre série.

La comparaison, par un test du Chi 2, de l'origine des patients (brésiliens *versus* non brésiliens) sur les périodes 1997-2000 et 2001-2006, avec un pourcentage de Brésiliens respectivement de 5,7% et 51%, faisait apparaître une différence significative ($p < 0,01$).

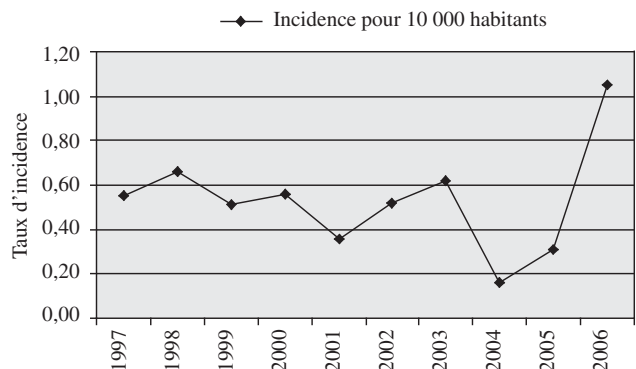


Figure 2 - Incidence de la lèpre en Guyane de 1997 à 2006 (nombre de cas/10 000 habitants/an).



Figure 3 - Répartition géographique des nouveaux cas de lèpre en Guyane de 1997 à 2006.

• **Résidence**

La figure 3 indique la répartition géographique des cas sur la décennie étudiée.

Le taux d'incidence était plus élevé dans l'ouest guyanais (région du fleuve Maroni) avec 1,06 cas/10 000 habitants/an que dans la région de Cayenne (0,32 cas/10 000 habitants/an).

• **Profession**

Cette donnée est peu exploitable car non renseignée dans 47,8% des cas. Cependant, depuis six ans, on note parmi les cas détectés, la présence grandissante d'orpailleurs d'origine brésilienne travaillant sur des sites clandestins souvent difficiles d'accès. Les orpailleurs représentaient 1 cas sur 5 en 2006.

Données cliniques

17,8% des patients avaient un antécédent personnel de lèpre.

18,9% des patients faisaient part d'un antécédent familial de lèpre.

L'ancienneté des signes est peu exploitable car non renseignée dans 33,3% des cas. 43,3% du total des patients étaient dépistés pour des lésions évoluant depuis moins d'un an mais 16,7% présentaient une maladie évolutive depuis un à trois ans et 10% depuis plus de trois ans.

33,3% des patients souffraient d'un déficit neurologique et 10% de mutilations de degré 2 au moment du dépistage. On comptait une forme nerveuse pure.

Les lèpres multibacillaires étaient majoritaires à 52,2%. On notait une tendance à l'augmentation de la part relative des multibacillaires depuis cinq ans (60% pour 2001-2006).

Les états réactionnels de type 1 représentaient 10% des cas. 11,1% des patients, correspondant à 21,3% des lèpres multibacillaires, ont présenté un état réactionnel de type 2.

Traitement et rechutes

57,8% des cas avaient reçu un traitement complet selon les critères de l'OMS.

Mais on notait 10% de patients non traités et 20% insuffisamment traités, principalement en relation avec les perdus de vue (22 perdus de vue, soit 24,4% du total des patients), correspondant majoritairement à une population immigrée.

La durée moyenne de traitement était de 10,2 mois pour les paucibacillaires et de 18,3 mois pour les multibacillaires. 15,5% du total des patients avaient reçu plus de 24 mois de traitement.

3,3% des cas ont présenté une rechute. Cette donnée est peu exploitable car le recul est court.

DISCUSSION

Incidence et données démographiques

La lèpre est apparue en Guyane avec l'arrivée des populations d'origine européenne et africaine. La dernière léproserie a été fermée il y a un peu plus de 25 ans.

La figure 4 illustre l'évolution du taux d'incidence annuel de la lèpre, taux calculé à partir des cas déclarés au dispensaire de lutte anti-hansénienne de Guyane entre 1954 et 1996, des données de notre étude pour la période 1997-

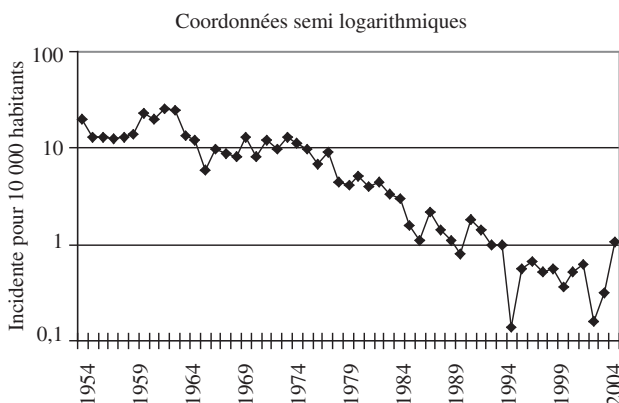


Figure 4 - Incidence de la lèpre en Guyane de 1954 à 2006 (nombre de nouveaux cas/10 000 habitants/an).

2006 et des statistiques démographiques fournies par l'INSEE (3). On constate que cet indicateur n'est durablement inférieur à 1 que depuis 1996 (4). L'incidence annuelle moyenne sur ces dix dernières années dans notre département est de 0,53 cas/10 000 hab. Pour comparaison, le taux d'incidence moyen guadeloupéen (5) était de 0,18 cas / 10 000 hab./an entre 1996 et 2001.

Soulignons toutefois un taux inquiétant de 1,05 cas / 10 000 hab. en 2006 en Guyane. Il semble que les cas non détectés les années précédentes l'aient été en 2006. En effet, le taux d'incidence est corrélé au nombre de tournées effectuées sur le terrain et à la présence effective ou non d'un médecin dans le service de lutte anti-hansénienne. Or, ce poste n'a été que partiellement occupé en 2004 et 2005. En revanche, depuis 2006, un médecin officie de nouveau de façon permanente. Les fluctuations de l'incidence sont donc fonction des capacités de détection. Ce chiffre en hausse pourrait toutefois également augurer d'une réémergence de la maladie.

Le groupe traditionnellement le plus touché par la lèpre en Guyane depuis les années 1940 est celui des noirs-marrons du Maroni, suivis par les créoles. La représentation des créoles est en nette diminution. Une donnée nouvelle est l'émergence de cas dans la population des Brésiliens qui constituent le groupe majoritaire depuis 2001.

La répartition géographique des cas (Fig. 3) met en évidence une incidence moyenne annuelle nettement supérieure dans l'Ouest guyanais (1,06 cas/10 000 habitants/an) où vivent essentiellement des populations noir-marrons et brésiliennes ainsi que dans les zones forestières d'orpaillage (principalement peuplées de Brésiliens) par rapport à l'agglomération de Cayenne (0,32 cas/10 000 habitants/an), région la plus dense du pays.

Aucun cas de lèpre n'a jamais été relevé en Guyane chez des Amérindiens. Ce fait est corroboré par les données de la littérature ; les éventuels cas de lèpre décrits chez des Amérindiens le sont chez des métis (6).

On comptait peu de moins de 16 ans : 6,7 % dans notre série alors que les enfants représentent 9,4 % des nouveaux cas annuels au niveau mondial et 8,2 % en Amérique (1). En 1994 et 1995, les moins de 16 ans représentaient plus de 20 % des nouveaux cas guyanais (4). La proportion élevée d'enfants est classiquement considérée comme le reflet d'une importante transmission de la maladie. Il semble, en effet, qu'en pays d'endémie, la lèpre se manifeste durant la première moitié de vie, la contamination se faisant dans le jeune âge alors qu'elle surviendrait plus tardivement en zone où la maladie est marginale. La faible part représentée par les enfants aujourd'hui en Guyane montre donc que la « lèpre autochtone » diminue. Les nouveaux patients dépistés sont essentiellement des immigrants jeunes hommes adultes. Cependant, les cas infantiles sont peut-être sous-estimés depuis que le dépistage systématique dans les écoles guyanaises a été interrompu en 1988.

Données d'anamnèse

18,9 % des patients faisaient part d'un antécédent familial de lèpre. Ce chiffre est légèrement inférieur à ceux de la littérature. Par exemple, les taux mahorais sur la période 1990-1998 (7) et guadeloupéen entre 1996 et 2001 (5) sont respectivement de 25,3 % et 25 %.

Il convient de noter la part non négligeable (17,8 %) de patients faisant état d'un antécédent personnel de lèpre dans un autre pays. Ces patients dépistés au Surinam ou au Brésil ne semblent pas avoir initialement bénéficié d'un traitement optimal, fait pouvant expliquer leur rechute en Guyane.

Données cliniques et traitement

Les hypothèses suivantes peuvent être avancées pour expliquer le retard au diagnostic :

- difficultés d'accès aux populations éloignées (immensité du territoire et voies d'accès principalement fluviales) ;
- irrégularité des tournées sur le terrain ;
- croyances locales et médecine traditionnelle retardant la consultation ;
- multiplicité des langues rendant l'information et la communication difficiles ;
- *turn over* important des agents des centres et postes de santé ; les médecins et infirmiers arrivant de Métropole n'ayant, le plus souvent, aucune expérience en léprologie.

Rappelons que l'intérêt d'un dépistage précoce réside dans le raccourcissement de la période de contagiosité et dans la prévention des infirmités.

D'ailleurs, 10 % des patients présentaient des mutilations de degré 2 au dépistage. Ce chiffre est comparable au taux mahorais de 12,6 % entre 1990 et 1998 (7) mais il est supérieur aux données mondiales qui recensaient, en 2005, 4,6 % d'incapacité de niveau 2 parmi les nouveaux cas (1). Ce pourcentage traduit des retards diagnostiques et la relative méconnaissance de la maladie par le personnel de santé.

Les lèpres multibacillaires étaient majoritaires à 52,2 % alors qu'elles ne représentaient que 26,7 % des nouveaux cas entre 1985 et 1995 (4). En France métropolitaine, les deux formes sont réparties de façon équivalente (8). Au Mali, comme dans l'ensemble de l'Afrique, les formes paucibacillaires prédominent nettement (9).

La tendance à l'augmentation de la part relative des multibacillaires en Guyane est plus forte depuis cinq ans, en lien avec la population malade brésilienne. Ces faits sont en accord avec les données OMS récentes concernant l'endémie lépreuse au Brésil (10) : des formes lépromateuses plus nombreuses ; une incidence de la lèpre plus importante dans le Nord et Nord-Est du Brésil, régions pauvres correspondant aux populations migrant en Guyane Française ; un problème de suivi du traitement dans le temps.

Malgré ces faits, il n'existe pas de politique commune régionale de lutte anti-hansénienne avec les pays limitrophes de la Guyane.

L'irrégularité du suivi pendant et après traitement peut s'expliquer par :

- des changements d'adresse fréquents, notamment parmi les orpailleurs, et l'importante mobilité des populations noirs-marrons du Maroni ;
- l'absence de lignes téléphoniques avec pour corollaire des difficultés de convocation des patients ;
- le fait que de nombreux patients ne se considèrent pas malades tant qu'ils ne développent pas d'atteinte nerveuse ;
- l'incompréhension par les patients de l'importance du suivi post-thérapeutique.

La durée moyenne de traitement en Guyane Française est nettement plus longue que les recommandations OMS. 15,5% des patients ont reçu plus de 24 mois de traitement, cette durée ayant pu être justifiée par une réponse lente au traitement ou par une observance irrégulière nécessitant la réintroduction d'une polychimiothérapie à plusieurs reprises.

Biais

Outre les biais classiques des études rétrospectives, soulignons les biais propres à la population étudiée ici : certains patients en situation irrégulière ne communiquent pas leur identité et leur résidence réelles ; la date de naissance peut être approximative dans la population noir-marron ; enfin, les chiffres INSEE de recensement de la population sont des estimations compte tenu de la part non négligeable d'immigrés clandestins vivant en Guyane.

CONCLUSION

A la question « la lèpre constitue-t-elle encore un problème majeur de santé publique en Guyane en 2006 ? », nous pouvons répondre par la négative en considérant les critères OMS. Les considérations suivantes viennent toutefois nuancer cette conclusion :

- il existe très probablement un défaut de dépistage par manque de suivi de l'effort sanitaire dans le temps ;
- les retards diagnostiques sont patents et le taux de mutilation non négligeable ;
- l'épidémiologie des cas de lèpre en Guyane se modifie depuis cinq ans et les conséquences de ces changements

pourraient avoir des répercussions sur le taux d'incidence des années à venir, 2006 ayant présenté un taux d'incidence élevé de 1,05 nouveau cas / 10 000 habitants.

La répartition des cas selon l'origine géographique permet notamment de parler d'une « lèpre autochtone » en diminution, tandis qu'une « lèpre d'immigration » se développe en relation avec un nombre croissant de malades brésiliens.

Cette évolution modifie à la fois les paramètres épidémiologiques et cliniques de la maladie :

- le sex-ratio tend à augmenter ;
- la distribution géographique change, comptant moins de cas relativement parmi les populations côtières tandis que les sites d'orpillage et l'ouest guyanais deviennent des foyers endémiques ;
- la prépondérance des lèpres multibacillaires, les plus contagieuses, les plus longues à traiter et pourvoyeuses de complications et de rechutes, s'accroît.

RÉFÉRENCES

- 1 - WHO - Global leprosy situation, 2006. *Wkly Epidemiol Rec* 2006; **81** : 309-16.
- 2 - MINISTÈRE DE L'OUTRE-MER - <http://www.outremer.gouv.fr/outremer/>. Consulté le 11 juin 2009.
- 3 - INSEE - http://www.insee.fr/fr/insee_regions/guyane/home/home_page.asp. Consulté le 11 juin 2007.
- 4 - BERRAMDANI L - La lèpre en Guyane Française. *Bull ALLF* 2001; **8** : 28-9.
- 5 - MULLER P, FREDERIC M, SALZER B, STROBEL M - Lèpre en Guadeloupe : maladie en déclin, délai diagnostique en hausse. *Ann Dermatol Venerol* 2003; **130** : 619-21.
- 6 - LAWRENCE DN, BODMER JG, BODMER WF - Distribution of HLA antigens in Ticuna Indians of Brazil: Results of typing a leprosy-affected family. *Tissue Antigens* 1980; **16** : 152-60.
- 7 - DE CARSALADE GY, ACHIRAFI A, FLAGEUL B - La lèpre dans la collectivité territoriale de Mayotte. Etude rétrospective de 1990 à 1998. *Acta Leprol* 1999; **11** : 133-7.
- 8 - FLAGEUL B - Enquête épidémiologique sur la lèpre en France métropolitaine de 1995 à 1998. *Ann Dermatol Venerol* 2001; **128** : 17-20.
- 9 - KEITA S, FAYE O, KONARE HD *et Coll* - Evaluation de la classification clinique des nouveaux cas de lèpre. *Ann Dermatol Venerol* 2003; **130** : 184-6.
- 10 - WHO - Action programme for the elimination of leprosy. Status report 2003. World Health Organization ed, Geneva, 2004, pp 11-3.