

Note de recherches

LA LEISHMANIOSE TEGUMENTAIRE EN GUYANE FRANCAISE : DISTRIBUTION GEOGRAPHIQUE ET POPULATION A RISQUE

I. Présentation

La leishmaniose en Guyane est une affection essentiellement cutanée (*Leishmania braziliensis guyanensis* à plus de 90%, coexistant avec *L. b. amazonensis* et *L. b. braziliensis*, seule leishmaniose cutanéomuqueuse du nouveau Monde), appartenant au groupe des leishmanioses cutanées forestières américaines, et qui se manifeste sous la forme d'une ulcération de la peau (exceptée *L.b. braziliensis*). La leishmaniose américaine est une zoonose, ce qui signifie que le cycle de la maladie se fait en règle générale entre les animaux. L'Homme n'intervient qu'accidentellement dans ce cycle, lorsque ses activités le mettent en contact avec le phlébotome (*Lutzomyia umbratilis* le plus fréquemment), insecte vecteur à activité nocturne ou crépusculaire, très abondant dans la voûte forestière. D'après les observations de Le Pont et Pajot sur le principal vecteur dans la département, celui-ci devient abondant au niveau du sol pendant une très courte période correspondant aux premières averses de la nouvelle saison des pluies; le reste de l'année, le phlébotome témoigne d'une faible activité en sous-bois. Le cycle de la leishmaniose en Guyane est donc saisonnier, avec un risque élevé de contamination pendant la seconde quinzaine de Novembre. D'autres travaux (Pajot et al. 1986) font remarquer que cette saisonnalité s'estompe en forêt anthropisée, où les récoltes maximales de vecteurs au niveau du sol ne se font plus aux intersaisons, pour être beaucoup plus régulière sur l'année. De plus, les auteurs notent que le risque de contamination est accru par tous les travaux qui dérangent le phlébotome au repos dans la végétation (abattage des arbres, débroussaillage,...).

II. Sources, méthodologie

Trois sources de données seront utilisées ici. Le service de dermatologie du Centre Hospitalier de Cayenne nous permet de disposer de données de morbidité fiables sur une période de vingt années. De plus, elles ont été enregistrées sur un fichier informatisé. Cependant, consultent majoritairement dans ce service les malades situés à l'intérieur de l'aire d'attraction géographique de l'hôpital. Il est donc indispensable de pouvoir compléter ces données.

ORSTOM Fonds Documentaire

- 4 OCT. 1993 N° 38.155 ex 1
Cote B

Une seconde source provient du service de santé des armées qui tient son propre fichier. Une partie des cas militaires a fait l'objet d'une consultation au service de dermatologie du Centre Hospitalier de Cayenne, et figure donc dans les deux fichiers. On peut cependant éviter les doubles-comptes en se référant à la profession du malade et en excluant les militaires des décomptes.

La troisième source est celle des dispensaires départementaux, qui, s'ils ne nous permettent pas d'avoir une perspective historique, dessinent une géographie plus complète de la maladie, de par leur localisation à l'intérieur du territoire, dans des zones rurales où les dispensaires sont le seul recours à la médecine occidentale. Cet éloignement favorise l'enregistrement de diagnostics cliniques de la maladie aux dépens du diagnostic biologique, utilisé au Centre Hospitalier de Cayenne et par les médecins militaires.

Des calculs d'incidence sont proposés dans ce travail, issus de travaux de collègues ou de nos propres travaux. Ils sont avant tout des indicateurs de tendance quant à l'évolution de la maladie dans le département. En effet, l'extrême perméabilité des frontières ne nous permet pas d'avoir des chiffres exacts de population. Ceci explique que la carte des cas de leishmaniose en 1988 (figure 1) n'utilise pas des taux mais des chiffres bruts. En effet, si à l'échelle du département, on peut se permettre de calculer un taux approximatif, on ne peut pas le faire au niveau des communes, car seules quelques unes d'entre elles sont très exposées à l'immigration clandestine : ce sont les communes limitrophes du Surinam (Apatou et Grand-Santi surtout, et Maripasoula dans une moindre mesure) et du Brésil (St-Georges de l'Oyapock), la répartition de la population par commune est présentée dans le tableau 1, placé à la fin de l'article.

III. Le pian-bois et la médecine traditionnelle

La leishmaniose cutanée est connue chez les créoles sous le nom de "pian-bois". La pharmacopée traditionnelle créole utilise *Jacaranda copaia*, appelée aussi bois-pian, comme remède contre la leishmaniose (feuilles en emplâtre). Cette plante est aussi connue des Galibi, amérindiens de la côte, qui l'emploient pour le même usage mais en extraient le suc qu'ils appliquent sur la plaie (Grenand et al. 1987). Les travaux récents de Sauvain (1990) confirment l'activité anti-leishmanienne de cet arbre, ainsi que celle de *Faramaea guyanensis*, appliquée par les amérindiens wayapi une fois brûlée sur les ulcères que produit la leishmaniose. De nombreuses autres plantes de la forêt guyanaise sont utilisées, comme *Diffenbachia seguine*, *Inga alba*, *Renealmia guianensis*, etc, mais leur activité anti-leishmanienne n'a pas, à ce jour, été reconnues scientifiquement. Cette abondance de remèdes traditionnels montre que la maladie est depuis longtemps identifiée par les diverses populations de Guyane.

IV. Zones de Contaminations

De 1939 à 1951, Floch et Sureau, de l'Institut Pasteur, ont décelé 83 cas cliniques, pour lesquels la présence de *Leishmania braziliensis* n'a été mise en évidence que 44 fois. Pour les années 1951 et 1952, les zones de contamination ont pu être définies : le village de Saint-Eliè, le placier Cécilon sur le fleuve Approuague, Saintes-Marie-les-Mines sur la rivière Comté, et sur la rivière Tampac, affluent de la rivière Camopi. Il s'agit dans tous les cas de sites forestiers.

Autant d'espaces qui ces dernières années encore ont fourni leur contingent de malades à l'hôpital de Cayenne. Nous constatons donc une pérennisation des foyers connus et l'apparition de nouvelles zones, dont on peut supposer qu'elles ne s'étaient pas révélées jusqu'alors faute de fréquentation humaine ou suite à un autre recours thérapeutique de la population.

En ce qui concerne l'année 1988 pour laquelle nous avons cartographié la quasi-totalité des cas (carte n°1), on enregistre très peu de leishmanioses au-dessous de l'isohyète 2250mm. Comme nous allons le voir, la seule pluviosité n'explique pas cette répartition : l'intensité des contacts homme/forêt joue bien évidemment un rôle majeur.

V. Le cas particulier de la commune de Cacao

Le village de Cacao a été l'objet d'un programme de lutte contre la leishmaniose mené conjointement par l'Institut Pasteur et l'ORSTOM. Ce village a attiré l'attention des chercheurs par une incidence particulièrement élevée de la leishmaniose, soit pour 1979/80 (en saison leishmanienne, soit d'Octobre à Septembre) un taux de 4,5%, tandis que le reste du département ne dépassait pas 0,21%. Ce bourg est peuplé de 750 réfugiés H'mongs originaires du Laos, où la leishmaniose n'existe pas à l'état endémique, ce qui les rend particulièrement vulnérable à cette affection. Ceci est une première explication à ce taux particulièrement élevé. Une autre raison est la proximité de la forêt qui permettait une contamination intra-domiciliaire, en plus des modalités habituelles de transmission. Pour prévenir l'infection, la solution appliquée a été la destruction du lambeau forestier jouxtant le village, de manière à réduire l'exposition des villageois aux phlébotomes. L'année suivant ce déforestation a vu le nombre de cas divisé par trois (pour plus de détail sur ce programme, le lecteur pourra consulter les articles d'Esterre *et al*, 1986; Le Pont et Pajot, 1981; Chippaux *et al*, 1984). Mais en 1988, le dispensaire de Cacao déclare une incidence de 4,08 %. Doit-on alors crier à l'échec de cette politique? Il faut avant tout s'assurer que les diagnostics posés sont fiables, puis ensuite essayer de trouver dans quelles conditions les personnes ont été exposées au phlébotome.

Les diagnostics sont pour la plupart des cas des diagnostics cliniques. Les diagnostics biologiques ne sont pas demandés de manière systématique car il est

fréquent que la recherche soit négative, suite à un prélèvement défectueux, ou du fait de la rareté des leishmanies sur l'ulcération, tandis que le malade réagit favorablement au traitement. La fréquence de la maladie a habitué le personnel médical à diagnostiquer une leishmaniose avec un faible risque d'erreur semble-t-il. Les cas difficiles sont dirigés sur le Centre Hospitalier de Cayenne. En 1988, un seul habitant de Cacao a consulté le service de dermato-vénérologie de Cayenne. Sur 31 cas observés à Cacao, 24 examens biologiques ont été demandés, dont 12 résultats seulement sont revenus positifs. Dans ces conditions, on pourrait procéder à de nouveaux prélèvements sur le malade, ce qui est fait quasi-uniquement en cas de récurrence, ce prélèvement n'étant pas systématiquement pratiqué à nouveau lorsque l'évolution de l'ulcération est favorable.

Années leishmaniennes	Cacao		Incidence brute en %	
	Population	Nombre de cas recensés	Cacao	Guyane
1978/79	550	17	3,09	0,26
1979/80	596	27	4,53	0,21
1980/81	605	37	6,12	0,31
1981/82	674	18	2,67	0,25
1982/83	710	20	2,82	0,21
1983/84	780	7	0,9	0,15
1984/85	<i>775</i>	?	?	?
1985/86	<i>769</i>	?	?	?
1986/87	<i>764</i>	4	<i>0,52</i>	?
1987/88	<i>758</i>	31	<i>4,06</i>	<i>0,44</i>
1988/89	752	9	1,16	?

tableau 2 : Incidence de la leishmaniose de 1978 à 1989 en Guyane française

NB : les chiffres en italiques sont estimés. Les données de 1978 à 1984 sont tirées du travail d'Esterre et al, 1986.

En comparaison des années précédentes et suivantes, nous remarquons que 1987/88 est une année exceptionnellement riche en leishmaniose, tant à Cacao que dans le reste du département. Pour ce village, l'augmentation a été très importante car une grande parcelle de forêt a été abattue suite à l'installation d'une nouvelle famille h'mong quelques kilomètres avant l'entrée du village. Cinq cas ont été décomptés dans la famille même, mais on peut penser que d'autres personnes ont été contaminées dans ce lieu car de nombreuses familles du village ont aidé à la déforestation. De même, 3 cas semblent être imputable au défrichage de nouveaux abattis. Parmi les autres cas : une personne résidant en forêt, et deux habitants de Cacao qui sont domiciliés à moins de 100 m. d'un lambeau forestier. Pour ces derniers, la question se pose de savoir si la contamination a été intra-domiciliaire ou forestière, puisque la famille concernée travaille aussi fréquemment en forêt. La question se pose d'autant plus qu'en 1985/86 un enfant domicilié sur cette zone a été contaminé, ainsi qu'un adulte en 1986/87, et enfin un adulte en 1988/89.

VI. L'année 1988

L'année 1988 est apparue particulièrement riche en cas dans le département.

Les nouveaux consultants au service de dermato-vénérologie du Centre Hospitalier de Cayenne ont été 176 (nous ne comptons pas ici les militaires car ils sont déjà recensés par les services de santé des armées), chiffre en augmentation depuis 1985 (quadruplement du nombre des malades civils).

Les habitants de l'intérieur de la région, qui ont consultés dans les dispensaires départementaux, sont au nombre de 187 (il s'agit ici d'un diagnostic clinique et non biologique; en effet, les diagnostics biologiques ne sont pas toujours adressés dans de bonnes conditions au Laboratoire Départemental, et, d'autre part, il est parfois nécessaire d'analyser plusieurs prélèvements avant de mettre en évidence la présence de leishmanies, alors que le médecin de secteur ne procède le plus souvent qu'à un seul prélèvement).

Les militaires de leur côté annoncent le chiffre impressionnant de 320 cas, dont 239 seulement pour lesquels les fiches ont pu être retrouvées. Si nous n'utilisons que ce dernier chiffre, cela nous amène à un nombre total de cas pour l'année 1988 de 602 cas.

D'où résulte un taux d'incidence pour 1988 de 5,3 pour mille (le dénominateur est le chiffre issu du recensement de la population de 1990), alors que les taux d'incidence au début des années 1980 tournaient autour de 2,5 à 3,1 pour mille.

Qui sont-ces malades? Que font-ils en forêt?

Le fichier informatisé du service de dermato-vénérologie du Centre Hospitalier de Cayenne nous permet de répondre partiellement à cette interrogation, en ce qui concerne les consultants de ce service en 1988, au nombre de 319.

En 1988, la majorité des malades sont des militaires (pour beaucoup appelés du contingent) ayant contracté la maladie lors de missions en forêt. Alors que jusqu'en 1987, ceux-ci ne représentaient qu'environ 20% des cas enregistrés au service de dermato-vénérologie, les cas militaires atteignent brusquement 45% en 1988 pour retomber à 24% en 1989.

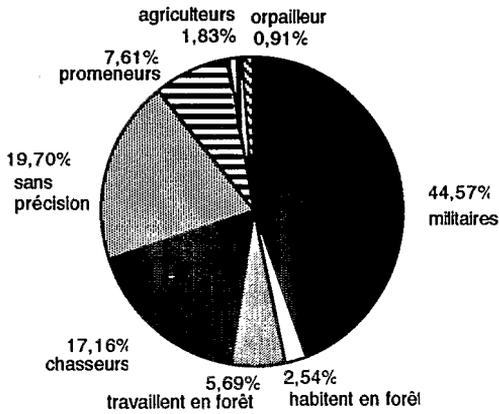
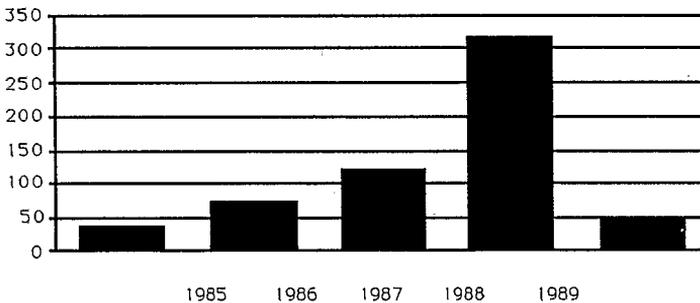


Figure 3 : Causes du séjour en forêt pour les malades soignés au service de dermato-vénérologie du Centre Hospitalier de Cayenne en 1988.

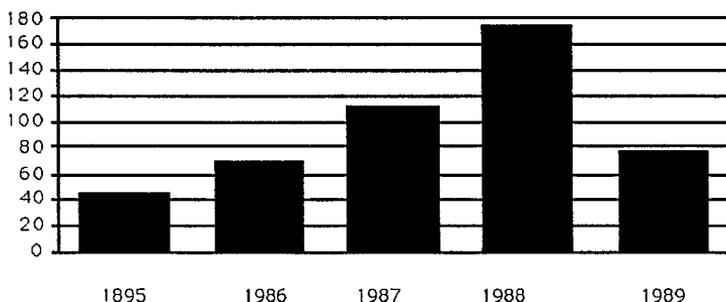
Cet accroissement est dû en partie au report des militaires s'adressant habituellement à l'institut Pasteur, qui ne fait plus d'analyse de lames depuis Juillet 1987. Mais ce fort accroissement s'observe aussi dans les statistiques militaires, comme l'illustre le graphique ci-dessous :



Graphique 1 : les cas de leishmaniose diagnostiqués chez les militaires de 1985 à 1989

De 39 cas en 1985, nous atteignons un maximum en 1988 avec 320 cas annoncés, pour retomber brutalement en 1989 à 45 cas. Cette croissance ne correspond pas à une augmentation du nombre des missions en forêt.

L'augmentation des cas est donc ressentie dans les deux principaux services médicaux concernés par cette pathologie, c'est-à-dire le service de dermatovénérologie du Centre Hospitalier de Cayenne et le service de santé des armées en Guyane.



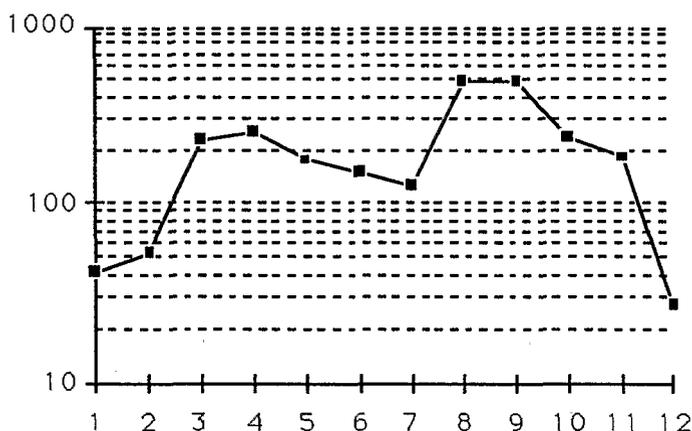
Graphique 2 : Cas de leishmaniose chez les civils consultant au Centre Hospitalier de Cayenne de 1985 à 1989

Nous ne disposons malheureusement pas de statistiques concernant les dispensaires ruraux avant 1988. Cependant, la tendance observée ci-dessus concerne aussi très probablement ces zones. Nous disposons par contre des données pour 1989, qui affichent un fléchissement par rapport à l'année précédente, puisque l'on ne décompte que 126 cas (contre 176 en 1988). La diminution enregistrée est moins sensible, et se fait très probablement le témoin de l'intensité du défrichement puisque les nombres élevés de cas s'enregistrent sur les communes accueillant des réfugiés surinamiens (nous ne possédons cependant pas de statistiques concernant St-Laurent, mais les communes les plus touchées sont Mana, Apatou et Grand Santi, trois des quatre communes accueillant des réfugiés).

L'autre groupe important des consultants enregistrés au service dermatovénérologie du Centre Hospitalier de Cayenne est formé par les chasseurs. La chasse de nuit est en effet très pratiquée en Guyane, tant par les amateurs que par les professionnels. Ils représentent un tiers des consultants au Centre Hospitalier pour la période 1984/1989, et dessinent leur aire de chasse par une ceinture de contamination tout autour de la zone urbaine cayennaise. L'importance du groupe des chasseurs témoigne aussi de la grande pratique de cette activité, tant au sein de

la communauté guyanaise que de la communauté immigrée. L'abondance du gibier, la rareté de l'élevage et les habitudes culinaires expliquent la fréquence de cette activité dans le département, en aucun cas comparable à ce qu'elle est en métropole.

Une hypothèse pourrait expliquer cette recrudescence de la maladie : l'année 1988 a été une année exceptionnelle en ce qui concerne la pluviosité. En effet, si le total annuel est très proche de la moyenne, la répartition saisonnière des pluies s'est éloignée de la normale.



Graphique 3 : Pluies mensuelles moyennes à partir de 12 stations sélectionnés, de octobre 1987 (noté 1) à septembre 1988 (noté 12).

Les mois habituellement très pluvieux de Janvier à Avril ont été légèrement en-deçà de la moyenne, tandis que les mois de saison sèche ont été marqués par une pluviométrie bien supérieure à la moyenne.

Or, d'après les observations faites en Guyane française sur les comportements des vecteurs (Le Pont et Pajot, 1980; Pajot, Chippaux, Geoffroy et Dedet, 1986), ceux-ci seraient particulièrement agressifs et présents au niveau du sol dans les périodes de retour des pluies. Ainsi, si l'année pluviométrique se caractérise par d'incessantes alternances pluies/soleil, sans la coupure habituelle de la saison sèche, cela pourrait expliquer le nombre important de cas pour 1988. De plus, l'absence de saison sèche a évité la diminution saisonnière de la population qui se note habituellement chez le vecteur.

Ces remarques correspondent d'ailleurs avec les observations faites au sein du service hospitalier, où des cas de leishmanioses ont pu être observés sur un plus grand nombre de mois qu'à l'habitude.

La particularité de l'année 1988 ne se limite pas aux frontières de la Guyane puisque des données concernant l'état limitrophe de l'Amapa montre aussi une croissance du nombre de cas de leishmaniose tégumentaire de 1986 à 1988 puis une légère chute en 1989. Ces observations corroborent celles faites en Guyane et favoriseraient l'hypothèse d'une évolution cyclique de la population des phlébotome, du protozoaire ou de l'un des réservoirs.

VII. Aires de recrutement des malades

La superposition des cas enregistrés au Centre Hospitalier de Cayenne en 1988 à ceux émanant des différents dispensaires départementaux nous permet d'obtenir un document très complet (figure 2), où aucune zone ne semble totalement indemne.

Sur la carte sont mis en évidence les recours préférentiels pour chaque zone, recours dicté principalement par le lieu de résidence. Prenons les cas des Centres de Santé d'Apatou, Grand-Santi, Maripasoula, St-Georges, Cacao et Mana (incluant les postes d'Acarouany et Awala). Les malades dépendant de ces centres ont un recours quasi-exclusif au dispensaire. Ceci s'explique par la proximité du dispensaire qui est aussi le seul recours médical si l'on ne considère que la médecine occidentale. De plus, la gratuité de ce recours est non négligeable lorsque l'on sait que la population de ces zones rurales a un niveau de vie inférieure à la moyenne du département. Cette gratuité, alliée à la proximité et à une grande disponibilité des médecins, provoque dans certaines zones un net recul de la médecine traditionnelle. Les populations résidentes expriment d'ailleurs elles même leur regret d'avoir perdu une partie des connaissances de leurs ascendants, tout en reconnaissant que le recours au dispensaire est plus facile lorsqu'il est proche. Pour illustrer ce propos, citons un jeune homme de Maripasoula qui explique que lorsqu'on est malade et que l'on fait appel à la pharmacopée traditionnelle, il faut se procurer soi-même les plantes nécessaires ou faire appel à un proche, ce qui implique soit une surcharge de travail, soit une dette envers une tierce-personne. Par contre, se rendre au dispensaire ne procure pas une charge supplémentaire de travail et n'implique en rien le réseau de relation du malade puisque les employés sont des salariés. De plus, le service est gratuit, ce qui n'aurait pas été le cas du praticien traditionnel.

Les chiffres élevés observés à la frontière surinamienne sont indirectement liés aux événements politiques qui destabilisent depuis maintenant 4 ans le Surinam. En effet, comme le souligne le Recensement Général Agricole de 1988, les défrichements sur la rive française du fleuve frontière du Maroni ont battu des records, puisque la surface d'abattis a augmenté, de 1981 à 1988, sur la commune d'Apatou, de 1700% (pendant que la population était multipliée par quatre). Une étude des cas enregistrés d'avril 1987 à mars 1988 (Bourgarel, 1989) sur cette commune a montré que 80% des leishmanioses s'observaient chez des Surinamiens réfugiés. En effet, étant dans la quasi-impossibilité de cultiver côté

Surinam, bon nombre de Surinamiens résidant dans la zone troublée par les combats sont depuis quatre ans tenus de défricher la rive guyanaise.

Lorsque les réfugiés viennent grossir des villages pré-existants, les habitants, qui ont depuis longtemps accaparé les terres les plus proches du village, cèdent aux nouveaux arrivants des terres éloignées, le plus souvent à déforester totalement, d'où un risque de mise en contact élevé avec le vecteur, dont le biotope est la forêt primaire. Lorsque les réfugiés créent leur propre village, la mise en contact avec le phlébotome est encore plus inévitable (Remarque : de même qu'en 1988, la commune d'Apatou a la plus forte incidence de toutes les communes rurales du département pour l'année 1989).

Ce défrichage intense s'observe aussi sur la commune de Grand-Santi (toujours pour la période de 1981 à 1988) où la croissance des abattis est de 600%, pour tomber à 110% à Maripasoula. On notera que le nombre de cas enregistrés augmente avec la croissance des terres cultivées.

Par opposition aux ruraux qui forment la clientèle des dispensaires, les consultants du Centre Hospitalier de Cayenne seraient plutôt des gens de passages sur ces zones, comme nous le confirme le tableau suivant, qui concerne les cas de l'année 1988 :

Principales zones de contamination	militaire	travailleur forestier	orpailleur	agriculteur	réside en forêt	chasseur	promenade
Bois Martin	26						
Montsinéry				2		22	2
Régina	30	2				1	1
Saül	23				1		
Sinnamary	8	4	1	1			8
St-Elie	14	2			2	1	1
Roura					1	2	1

Tableau 3 : activité des malades sur les principales zones de contamination pour les cas localisés en 1988 et traités par le service de dermato-vénérologie du Centre Hospitalier de Cayenne.

Nous avons donc à faire à deux groupes très différents quand aux causes de leur présence en forêt, pour lesquels très peu ou pas de double compte sont possibles.

En 1988, les militaires apportent la plus grande contribution des consultants au Centre Hospitalier de Cayenne, localisés sur quatre zones, qui sont autant de lieux de mission en forêt (Régina, Saül, St-Elje et Bois Martin, poste d'observation militaire à la frontière surinamienne créée suite au conflit surinamien qui agite principalement la partie Est cette jeune nation).

Les chasseurs sont plutôt concentrés sur la commune de Montsinéry, pour laquelle ils apportent la principale contribution.

La commune de Sinnamary, quant à elle, fait la part belle aux promeneurs, ce qui s'explique peut-être par la forte présence d'Européens à Kourou, toute proche. Il faut cependant remarquer que ce bourg présente une répartition plus équilibrée concernant le type d'activité des personnes ayant contracté la maladie.

La faible représentation des agriculteurs et des personnes déclarant habiter en forêt s'explique par le fort recours au centre de santé ruraux, comme nous l'avons expliqué plus haut.

VIII. Conclusion

D'après les cartes dressées à l'aide du fichier du service de dermatovénérologie du Centre Hospitalier de Cayenne et des relevés épidémiologiques des dispensaires départementaux de la D.A.S.S.-Guyane, nous remarquons la distribution quasi-ubiquitaire de la leishmaniose tégumentaire en Guyane française. Cependant, plus le contact est étroit entre l'homme et la forêt, plus la leishmaniose se manifeste : cette maladie est donc la marque de l'intensité de l'activité humaine sur ou dans la forêt, donc un élément de mesure de l'intégration du milieu dans les activités d'une société.

On note par exemple une rareté des cas sur la zone littorale, où la forêt primaire fait place à la mangrove ou la savane, voire à une forêt secondaire fortement anthropisée. L'intégration de la forêt dans les activités des résidents de la côte peut être alors évaluée comme faible. La chasse est l'une des raisons pour laquelle certains se rendent régulièrement en forêt, mais la présence de commerçants bien achalandés et de congélateurs de plus en plus nombreux place celle-ci au rang des activités de loisirs. Seule, la création d'un nouvel abattis, tous les deux ans environ, amène les résidents du littoral dans la forêt. Mais ceux-ci y sont de moins en moins nombreux, le travail de l'abattis n'ayant jamais été socialement valorisant en Guyane, car longtemps associé à l'esclavage. Depuis 1946, année de la départementalisation, les Guyanais aspirent au fonctionariat. Les données du Recensement Général Agricole font apparaître un nombre d'hectares d'abattis en diminution dans 4 communes du littoral (Kourou, Matoury, Rémire-Montjoly, Sinnamary), un chiffre en stagnation pour 2 communes (Iracoubo, Mana) et une augmentation notable pour une commune (Macouria).

Les résidents de la côte sont peu tournés vers la mer, comportement très probablement lié à la présence de la mangrove littorale qui en "ferme" la plupart des accès. Ainsi, la zone littorale, où réside plus de 90% de la population guyanaise, apparaît comme une zone à faible risque, grâce aux effets conjugués de la déforestation et du fonctionnariat.

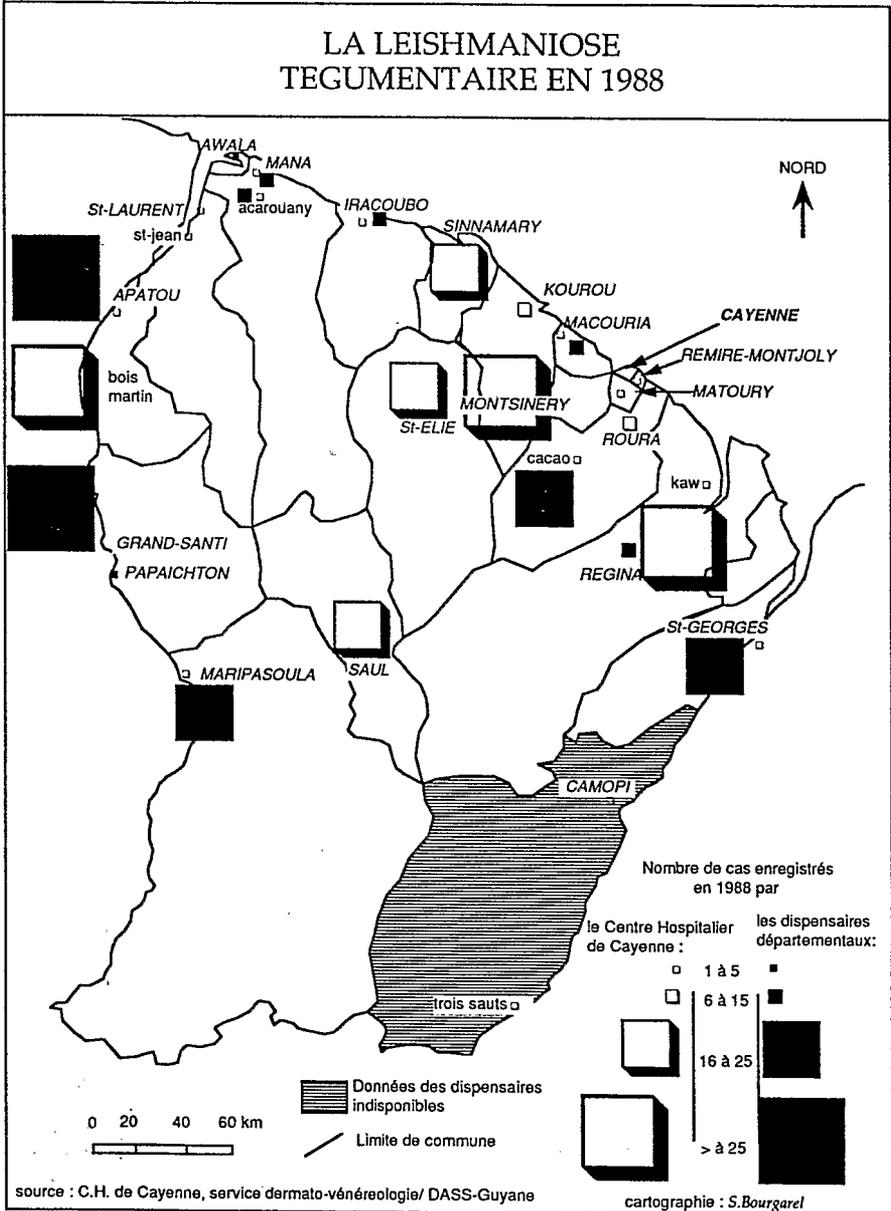
Parmi les populations exposées, on notera l'importante contribution des militaires, qui représentent la plus forte proportion des consultations au service de dermato-vénérologie du Centre Hospitalier de Cayenne. Les statistiques militaires font apparaître une spectaculaire diminution des cas en 1989. Certains attribuent cette tendance à l'application de mesures prophylactiques simples : arrêt du travail à cinq heures l'après-midi, de façon à être habillés de vêtements couvrants à la tombée de la nuit et aspersion de répulsifs sur les parties du corps non couvertes.

Bien qu'aucune statistique ne le précise, les principaux consultants des dispensaires départementaux sont très probablement des agriculteurs (cultures vivrières ou commerciales). Ces personnes, qui bénéficient quasi-systématiquement de l'Aide Médicale Gratuite, ne sont pas concernées par la prise en charge de cette maladie par la Sécurité Sociale au titre de maladie professionnelle, comme cela est le cas pour les ouvriers forestiers par exemple. Il n'en demeure pas moins qu'elle est, dans la réalité des faits pour ces travailleurs, spécialisés pour leur majorité (à l'exception des H'mongs de Javouhey et Cacao) dans une production vivrière, une maladie professionnelle à part entière.

Sophie BOURGAREL
Géographie de la Santé, ORSTOM,
BP 165, 97323 Cayenne cedex,
Guyane

Mes remerciements vont aux Drs R. Pradinaud et D. Sainte-Marie, Service de Dermato-Vénérologie du Centre Hospitalier de Cayenne pour avoir mis à disposition les données et participé à la relecture du manuscrit et à F. Le Pont, entomologiste à l'ORSTOM pour les corrections apportées au manuscrit, ainsi qu'à G. Servans, interne.

carte 1



Nom de la commune	Population 1990
Apatou	2451
Awala	630
Camopi	748
Cayenne	41067
Grand Santi	2536
Iracoubo	1578
Kourou	13873
Macouria	2069
Mana	4945
Maripasoula	1748
Matoury	10152
Montsinery	500
Remire-Montjoly	11701
Roura/Cacao	1315
Regina	528
Saint-Elie	123
Saint-Georges	1523
St-Laurent du Maroni	13616
Saül	63
Sinnamary	3431

Tableau 1 : Population communale en Guyane en 1990, d'après l'INSEE

Bibliographie

ALEXANDRE D.Y., DEDET J.P., ESTERRE P.

1987 "La leishmaniose en Guyane française. 7. Caractéristiques structurales de quelques sites de contamination humaine en forêt". *Cahiers ORSTOM série Entomologie Médicale et Parasitologie*, vol. XXV, n°2, pp. 101-109

BOURGAREL S.

1989 *Etude comparative de la morbidité enregistrée au dispensaire dans deux communes de Guyane*, Mémoire de D.E.A. en géographie de la santé, Montpellier III.

CHIPPAUX J.P., PAJOT F.X., BARBIER D.

1984 "La leishmaniose en Guyane française. 5. Note complémentaire sur l'écologie du vecteur dans le village forestier de Cacao". *Cahiers ORSTOM, série Entomologie Médicale et Parasitologie*, vol. XXII, n°3, pp. 213-218

DEDET J.P.

1990 "Cutaneous leishmaniasis in french Guiana : a review". *Am. J. Trop. Med. Hyg.*, 43, n° 1, pp. 25-28

ESTERRE P., CHIPPAUX J.P., LEFAIT J.F., DEDET J.P.

1986 "Evaluation d'un programme de lutte contre la leishmaniose cutanée dans un village forestier de Guyane française". Genève, *Bulletin de l'O.M.S.* n°64, pp. 559-565

FLOCH H. et SUREAU P.

1952 *Quelques considérations sur le "Pian-Bois" (leishmaniose forestière américaine)*. Archives de l'Institut Pasteur de la Guyane et du Territoire de l'Inini, Novembre

GRENAND P., MORETTI C., JACQUEMIN H.

1987 *Pharmacopées traditionnelles en Guyane*, Coll. Mémoires ORSTOM n°108, ORSTOM, Paris.

LE PONT F., PAJOT F.X.

1980 "La leishmaniose en Guyane française. 1. Etude de l'écologie et du taux d'infection naturelle du vecteur *Lutzomyia (Nyssomyia) umbratilis* Ward et Fraiha, 1977 en saison sèche. Considérations épidémiologiques", *Cahiers ORSTOM, série Entomologie Médicale et Parasitologie*, vol. XVIII, n°4, Paris, pp. 359-382

LE PONT F., PAJOT F.X.

1981 "La leishmaniose en Guyane française. 2. Modalités de la transmission dans un village forestier : Cacao", *Cahiers ORSTOM, série Entomologie Médicale et Parasitologie*, vol. XIX, pp. 223-231

PAJOT F.X., CHIPPAUX J.P., GEOFFROY B., DEDET J.P.

1986 "La leishmaniose en Guyane française. 6. Fluctuations saisonnières de la densité et du taux d'infection naturelle de *Lutzomyia (Nyssomyia) umbratilis* Ward et Fraiha, 1977 en forêt dégradée", *Cahiers ORSTOM série Entomologie Médicale et Parasitologie*, vol. XXIV, n°3, Paris, pp. 191-198

SAUVAIN M.

1990 *Etude des plantes anti-parasitaires du plateau des Guyanes en Amazonie : anti-paludiques et anti-leishmaniennes*, Thèse n°119 de sciences pharmaceutiques, Paris-Sud.