



Profil sociodémographique des personnes vivant avec des infirmités liées à la lèpre au Kongo-Central, République Démocratique du Congo
Socio-demographic profiles of people living with leprosy-related disabilities in Kongo-Central, Democratic Republic of Congo

Camille Bavenga Bavenga¹, Laure Stella Ghoma Linguissi²

Auteur correspondant

Camille Bavenga Bavenga

Courriel : camillebavenga@gmail.com

Université de Kinshasa, Faculté de Médecine,
République Démocratique du Congo

Summary

Context and objective. Leprosy is a major problem in the Democratic Republic of Congo (DRC), ranked 5th in the world and 1st in Africa for leprosy endemic. The objective of this study was to describe the socio-demographic profiles of people affected by leprosy-related disabilities in Kongo-Central, focusing on age, gender, socio-economic status, access to care and stigma. *Methods.* We conducted a retrospective study in Kongo-Central province, using data from 2010 to 2020. The population included persons registered in the monitoring registers, with specific inclusion and non-inclusion criteria. Variables of interest included socio-demographic profiles and forms of leprosy. *Results.* Of 748 patients, 23% had degree 2 disabilities. An annual decrease in leprosy and infirmity was observed. A slight male predominance (57.87%) was noted with an average age of 50 ± 18.82 years and an age range between 50 and 75 years. Women were more likely to have a paucibacillary form (19.25%). The spatial distribution of disabilities showed more affected areas, highlighting the impact of poverty, isolation and ignorance. *Conclusion.* The study highlights significant disparities and underlines the need for continuous measures to prevent and effectively treat this persistent disease.

Keywords: Sociodemographic profiles, leprosy, Disabilities, Kongo central

Received: December 14th, 2023

Accepted: October 10th, 2024

<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v18i1.10>

1. Université de Kinshasa, Faculté de Médecine, République Démocratique du Congo
2. Institut National de Recherche en Science de la Santé, Avenue de l'Auberge/Cité Scientifique Ex-ORSTOM, Château d'eau, République du Congo.

Résumé

Contexte et objectif. La lèpre est un problème majeur en RDC, classée 5ème mondiale et 1ère en Afrique pour l'endémie lépreuse. La présente étude avait pour objectif de décrire les profils sociodémographiques des personnes touchées par des infirmités liées à la lèpre dans le Kongo Central, mettant l'accent sur l'âge, le genre, le statut socio-économique, l'accès aux soins et la stigmatisation. *Méthodes.* Par une approche rétrospective, les registres de suivi des patients de la province du Kongo Central, entre 2010 et 2020, ont été colligés. Les variables d'intérêt comprenaient les profils sociodémographiques et les formes de lèpre. *Résultats.* Sur 748 lépreux enregistrés, 23% présentaient des infirmités de degré 2. Une diminution annuelle des cas de lèpre et d'infirmités était observée, avec une légère prédominance masculine (57,87 %), avec un âge moyen de $50 \pm 18,82$ ans principalement entre 50 et 75 ans. Les femmes étaient plus susceptibles d'avoir une forme paucibacillaire (19,25 %). La répartition spatiale des infirmités montrait des zones plus touchées, soulignant l'impact de la pauvreté, de l'isolement et de l'ignorance. *Conclusion.* L'étude met en lumière des disparités significatives et souligne la nécessité de mesures continues pour prévenir et traiter efficacement cette maladie persistante.

Mots-clés : Profils sociodémographiques, lèpre, Infirmités, Kongo central

Reçu le 14 décembre 2023

Accepté le 10 octobre 2024

<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v18i1.10>



Introduction

La lèpre est une maladie infectieuse chronique qui affecte principalement les populations pauvres et vulnérables (1). La lèpre, également connue sous le nom de maladie de Hansen, est une maladie infectieuse chronique ancienne qui demeure un problème majeur dans le monde aujourd'hui. Elle infecte plus de 200 000 personnes chaque année, touchant particulièrement les populations défavorisées et les sections les plus vulnérables de la société dans les pays en développement (2). Malgré les efforts déployés en République Démocratique du Congo (RDC), la lèpre reste un problème majeur de santé publique. La RDC est classée 5^{ème} au niveau mondial et 1^{ère} en Afrique pour l'endémie lépreuse. La lèpre se propage principalement par les gouttelettes provenant des différentes humeurs biologiques d'une personne non traitée (3). Le contact prolongé et fréquent avec une personne atteinte de la lèpre non traitée est généralement nécessaire pour contracter la maladie.

La lèpre affecte la peau et les nerfs périphériques, pouvant entraîner des lésions osseuses, cutanéonerveuses avec déficiences motrices (visage, mains, pieds, ...), ainsi que des incapacités et l'exclusion sociale (4). Cependant, la lèpre n'est pas transmise par un contact occasionnel, comme se serrer la main, se faire un câlin, partager des repas ou s'asseoir à côté de quelqu'un. De plus, la maladie ne se propage pas pendant la grossesse à l'enfant à naître ou par contact sexuel. Il est important de noter que le patient cesse de transmettre la maladie, lorsqu'il commence le traitement.

En RDC, la lèpre persiste en tant que problème de santé publique malgré les efforts de lutte contre la maladie (5). Classée au 5^{ème} rang mondial et occupant la première position en Afrique en termes d'endémie lépreuse en 2020, la RDC a enregistré une prévalence de 4,6 cas par millions d'habitants touchés par des infirmités liées à la lèpre (6). Les infirmités liées à la lèpre sont des lésions nerveuses parfois irréversibles dues à la réaction immunologique de l'organisme contre les *Mycobacterium leprae* (7). Elles ont un fort impact psychologique, économique et social pouvant induire une importante stigmatisation (8).

La lèpre, une maladie infectieuse millénaire, continue de susciter des préoccupations majeures en termes de santé publique au Kongo Central l'une des provinces de la RDC. Une étude récente menée dans la province voisine du Kasai a mis en

évidence les impacts psychologiques et sociaux considérables de la lèpre et d'autres maladies tropicales négligées de la peau, soulignant les obstacles à l'emploi, à l'éducation et à l'intégration sociale auxquels font face les personnes touchées (9). Ces résultats soulignent la nécessité d'une approche globale pour améliorer la qualité de vie et le bien-être des populations affectées par la lèpre dans l'ensemble de la région. De plus, la stigmatisation et la discrimination dont elles sont souvent victimes ont des répercussions profondes sur leur santé mentale et leur qualité de vie (9). De plus, l'accès limité aux services de soutien psychosocial aggrave encore leur situation de vulnérabilité (10). Les recherches de Somer P *et al.* (8) ont examiné les aspects psychosociaux de la lèpre, mettant en évidence les répercussions psychologiques et émotionnelles sur les personnes atteintes.

Dans cette perspective, cette étude s'engage à décrire les profils sociodémographiques des personnes touchées par la lèpre dans le Kongo Central. En mettant l'accent sur des éléments tels que l'âge, le genre, le statut socio-économique, l'accès aux soins de santé et l'influence de la stigmatisation sociale, nous chercherons à fournir une vision holistique des défis auxquels cette population spécifique est confrontée. Cette compréhension approfondie est essentielle pour guider les politiques de santé publique, les interventions médicales et les programmes sociaux visant à améliorer la qualité de vie de cette population vulnérable en RDC. Ainsi, cette étude contribuera à l'enrichissement des connaissances sur la lèpre et ouvrira la voie à des solutions plus ciblées et efficaces pour atténuer son impact sur les individus et les communautés dans la province du Kongo Central de 2010 à 2020, en mettant en lumière les divers facteurs qui influent sur leur vie.

Méthodes

Cadre de l'étude

La présente étude s'est déroulée dans la Province du Kongo Central, une entité de la RDV, caractérisée par une superficie de 53 920 km² et une population de 4 122 819 habitants. La province, accessible depuis la capitale Kinshasa par divers moyens de transport, est constituée de 31 zones de santé dotées de 28 hôpitaux de référence et deux coordinations dédiées à la lutte contre la lèpre et la tuberculose. Limitée par des frontières internationales et des cours d'eau, elle jouit d'un climat marqué par des saisons sèches et humides, traversée par le fleuve Congo sur une



longueur significative. Sur le plan socioéconomique, la province est parmi les plus dynamiques du pays, avec une économie diversifiée basée sur l'agriculture, l'industrie, et des ressources minières et hydrauliques abondantes.

Type et durée de l'étude

Il s'agissait d'une série des cas documentaires. La collecte des données s'est déroulée du 01 août au 15 octobre 2023, ciblant la coordination provinciale de lutte contre la tuberculose et la lèpre ainsi que les 21 zones de santé de la province du Kongo Central.

Population d'étude et échantillon

La population cible inclut toutes les personnes enregistrées dans les registres de suivi de 2010 à 2020, souffrant de la lèpre dans la Province du Kongo Central. Les critères d'inclusion ont englobé les personnes atteintes de lèpre enregistrées pendant cette période, tandis que les critères de non inclusion ont concerné les malades non-inscrits ou avec des informations incomplètes. L'échantillon a été sélectionné de manière exhaustive à partir des registres existants.

Variables d'intérêt

Les variables d'intérêt comprennent les profils sociodémographiques des personnes vivant avec des infirmités liées à la lèpre, avec un accent particulier sur l'âge et le genre. Des variables liées à la classification de la lèpre, telles que les formes paucibacillaires et multibacillaires, ont également été examinées.

Définitions opérationnelles

La lèpre ou maladie de Hansen est une maladie infectieuse chronique due à *Mycobacterium leprae*, une bactérie proche de l'agent responsable de la tuberculose, identifiée par le Norvégien Gerhard Armauer Hansen en 1873 (11). La classification des patients atteints de lèpre en multibacillaires et paucibacillaires détermine la durée de leur traitement (12). Cette classification fait surtout appel à des critères cliniques dans le but de mieux standardiser et réglementer la thérapeutique. Les formes de lèpre sont classées en deux catégories (1).

La lèpre paucibacillaire est la forme la plus bénigne, caractérisée par une faible charge bactérienne et peu de lésions cutanées. Elle se présente généralement avec jusqu'à 5 lésions cutanées et/ou l'atteinte d'un nerf périphérique. La forme tuberculoïde de la lèpre relève de la catégorie paucibacillaire et est considérée comme la forme la plus bénigne de la maladie. Elle se

caractérise par des lésions cutanées bien définies, hypopigmentées et anesthésiques (engourdis), ainsi qu'une atteinte nerveuse, conduisant souvent à des lésions et à une perte de fonction nerveuse.

Les formes multibacillaires de la lèpre sont des formes plus graves de la maladie, caractérisées par une charge bactérienne élevée et un plus grand nombre de lésions cutanées. Elles peuvent présenter plus de cinq lésions cutanées et/ou affecter plus d'un nerf périphérique. Les formes multibacillaires de la lèpre nécessitent généralement un traitement antibiotique plus intensif, souvent sous forme de thérapie multidrogue, pour contrôler l'infection et prévenir les complications.

Les incapacités ou infirmités liées à la lèpre est une atteinte de certains nerfs périphériques (névrite) entraînant souvent des conséquences psychosociales dévastatrices et sont classifiées de la manière suivante (13-14):

Pieds et mains :

degré 0 : absence d'anesthésie, pas de déformation ni de lésion visible

degré 1 : anesthésie, mais pas de déformation ou de lésion visible

degré 2 : présence d'une déformation ou d'une lésion visible

Yeux :

degré 0 : absence de problèmes oculaires imputables à la lèpre, aucun signe de perte d'acuité visuelle

degré 1 : présence de problèmes oculaires imputables à la lèpre, mais aucune baisse corrélative d'acuité (acuité au moins égale à 6/60 : le sujet peut compter les doigts à 6 mètres)

degré 2 : forte baisse de l'acuité visuelle (acuité inférieure à 6/60 : le sujet ne peut pas compter les doigts à 6 mètres)

Le statut socio-économique est un concept complexe et multidimensionnel qui englobe à la fois des caractéristiques objectives indépendantes (telles que le revenu ou l'éducation) et les évaluations subjectives des individus quant à leur position dans l'échelle socio-économique (15).

Procédure et technique de collecte des données

La collecte des données s'est effectuée à travers une revue documentaire, des entretiens avec les acteurs de la lutte contre la lèpre, des interviews semi-structurées avec les patients utilisant les applications Kobocollect et Kobotoolbox.

Les données, issues des registres, des entretiens et des interviews, ont été organisées en trois bases distinctes à l'aide du logiciel Excel. La première base concerne les données des registres pour tous les malades avec lèpre, la deuxième comprend les



données des entretiens avec les acteurs des zones de santé, et la dernière concerne les interviews avec les patients. Pour l'analyse quantitative, les données ont été saisies avec Excel et transmises au logiciel R pour les analyses. Les profils sociodémographiques des personnes vivant avec des infirmités liées à la lèpre ont été examinés en termes d'âge et de genre, avec des tests statistiques appropriés tels que le test χ^2 pour établir des associations significatives.

Considérations éthiques

Des interviews ont été réalisées avec le consentement écrit des participants, garantissant la confidentialité des informations. Une attestation de recherche a été obtenue avant la collecte des données sur le terrain, assurant le respect des normes éthiques. Les principes éthiques ont été rigoureusement suivis tout au long de l'étude.

Résultats

Les analyses des données ont porté sur 748 malades de la lèpre, dont 178 présentaient des infirmités de degré 2, représentant ainsi une proportion de 23%. La figure 2, présente les courbes des cumuls annuels des cas de lèpre et des infirmités de degré 2 entre 2010 et 2020. Il ressort de cette figure une diminution de notification annuelle du nombre des cas de lèpre et des infirmités liées à la lèpre passant de 95 en 2010 à 41 en 2020 pour la lèpre en générale de 25 à 14 en 2020 pour les infirmités de degré 2 afin de 45 en 2010 à 21 en 2020 pour les Infirmité de degré 1. Les cumuls annuels des cas de lèpre et des infirmités de degré 2 entre 2010 et 2020 sont illustrés dans la figure 1.

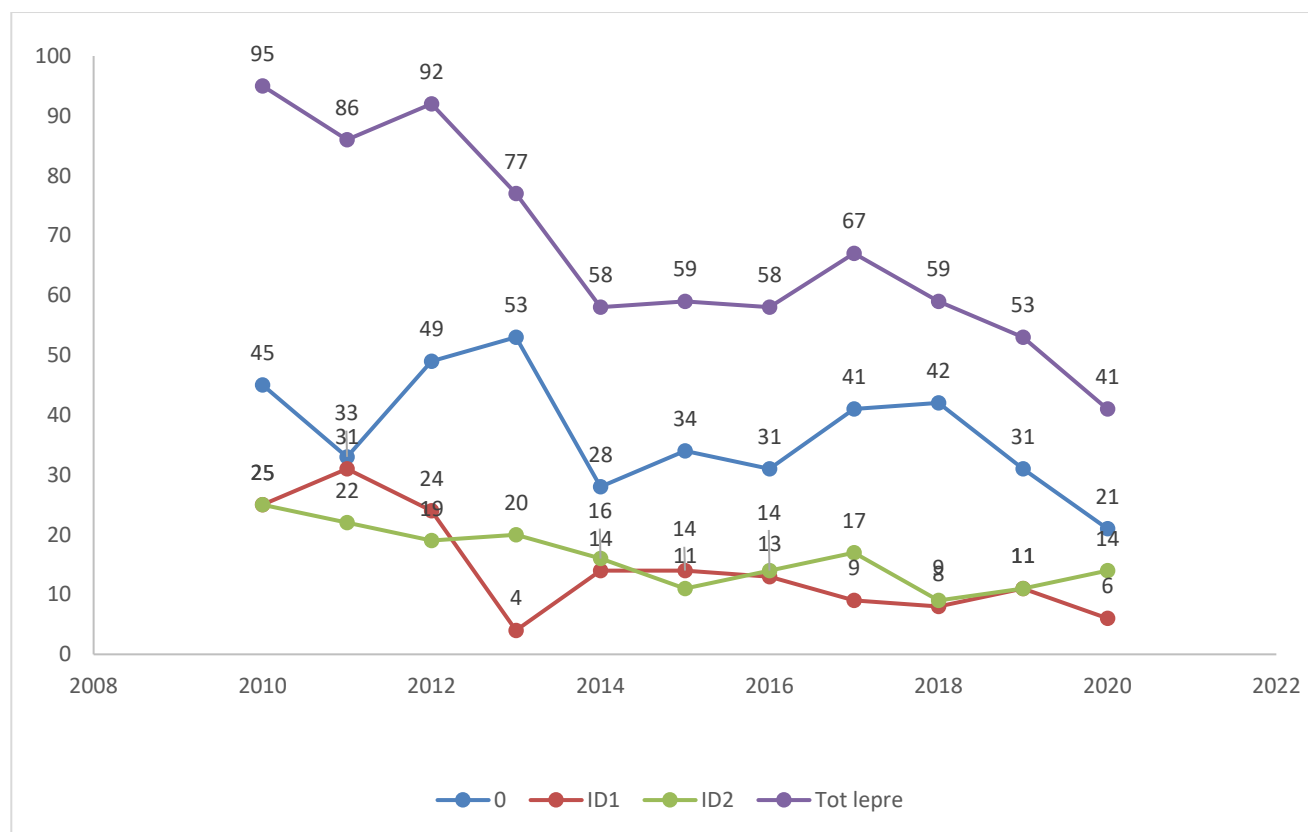


Figure 1. Evolution annuelle des ID2 par rapport au nombre des cas de lèpre au Kongo Central
La figure 1 illustrant les cumuls annuels des cas de lèpre et des infirmités de degré 2 entre 2010 et

2020 montre une diminution annuelle du nombre de cas notifiés.
Les données sociodémographiques des lépreux de l'étude sont consignées dans le tableau 1.



Tableau 1. Analyse descriptive des données socio démographiques des malades avec la lèpre au Kongo central

Variable		Effectifs	%
Sexe	F	75	42,13
	M	103	57,87
		Effectifs	%
Tranche d'âge	≤ 25	17	9,55
	≥ 75	11	6,18
	25 - 50	70	39,33
	50 - 75	80	44,94

Selon le tableau 1, les hommes étaient plus représentés que les femmes (57,87% contre 42,13%), avec un âge moyen des malades de 50 ± 18,82 ans. La répartition des malades selon le sexe montre une légère prédominance masculine (57,87 %). La répartition des malades selon la tranche d'âge montre une concentration dans la tranche d'âge 50-75 ans (44,94 %). Le type de lèpre le plus fréquent était la lèpre lépromateuse. La durée

moyenne de la maladie était de 5 ans. Les infirmités les plus fréquentes étaient les neuropathies périphériques des membres supérieurs et inférieurs. Le délai moyen de diagnostic était de 3 ans. Le délai moyen de traitement était de 2 ans. La comparaison des caractéristiques des personnes vivant avec la lèpre selon le degré d'infirmité est donnée dans le tableau 2.

Tableau 2I. Comparaison des caractéristiques sociodémographiques des personnes vivant avec la lèpre selon le degré d'infirmité

		Degré d'infirmité						
		0		1		2		p
		n	%	n	%	n	%	
Sexe	F	214	57,37	84	22,52	75	20,11	0,0476
	M	195	52	77	20,53	103	27,47	
Tranche d'âge		0		1		2		p
		n	%	n	%	n	%	
	≤ 25	124	72,09	31	18,02	17	9,88	0
	25 – 50	160	53,8	67	22,56	70	23,57	
50 – 75	113	45,75	54	21,86	80	32,39		
> 75	12	37,5	9	28,13	11	34,38		

Le résultat de l'analyse du tableau 2 indique qu'il y a une association entre le sexe et le degré d'infirmité, mais faiblement significative le chi-carré est de 6,08 avec 2 degrés de liberté et une probabilité de p= 0,04. Les hommes sont plus susceptibles d'avoir un degré d'infirmité de 2 (27,47%) que les femmes (20,11%). Par ailleurs l'âge présente une association très significative le

chi-carré est de 39,96 avec 6 degrés de liberté et la probabilité est de p 0,0001. Les malades de la tranche d'âge 25-50 ans sont plus susceptibles d'avoir un degré d'infirmité de 1 (67) que les malades des autres tranches d'âge. Les résultats du tableau 3, comparant les effectifs de malades selon la tranche d'âge et la forme de la lèpre ne montre pas une différence significative (p=0,318).



Tableau 3. Répartition des individus selon leur profil épidémiologique et clinique de la lèpre, selon le sexe et l'âge dans la Province du Kongo Central

Variables sociodémographiques		Formes de lèpre selon la classification de l'OMS				p
		Formes paucibacillaires		Formes multibacillaires		
		n	%	n	%	
Sexe	F	72	19,25	302	80,75	0,073
	M	59	15,69	317	84,13	
P						
Tranche d'âge	≤25	115	66,86	57	33,14	0,3187
		253	40,87	46	15,38	
	25-50					
	50-75	220	89,07	27	10,93	
	>75	31	96,88	1	3,13	

Toutes les tranches d'âge semblent majoritairement atteintes par la forme tuberculoïde (peaucibacillaire) avec une prédominance entre 25 et 50 ans meme constat

pour le sexe et la forme de la lèpre (p=0,073). Le tableau 4 décrit le profil épidémiologique et clinique de la lèpre, selon le sexe et l'âge.

Tableau II. Répartition des individus selon leur profil épidémiologique et clinique de la lèpre, selon le sexe et l'âge dans la Province du Kongo Central

Variables sociodémographiques		Formes de lèpre selon la classification de l'OMS			
		Tuberculoïdes		Lépromateuses	
		N	%	n	%
Sexe	F	3	4	72	96
	M	0	0	103	58,86
Tranche d'âge	≤25	16	94,12	1	5,88
	25-50	70	100	0	0
	50-75	78	97,5	2	2,5
	>75	11	100	0	0

Le tableau 4 présente la comparaison des effectifs des malades selon le sexe et la forme de la lèpre montrant une prédominance des formes lépromateuses dans les deux sexes avec une prédominance féminine (96 %); et des formes tuberculoïdes à tous les âges avec un pic élevé entre 25-50 ans (100 %) et à plus de 75 ans (100%).

Profils épidémiologiques des infirmités liées à la lèpre en termes de répartition spatiale et

temporelle des cas dans la Province du Kongo Central

La figure 2 présente la répartition des infirmités liées à la lèpre et montre que les zones de santé de Seke Banza, Kangu, Inga avaient plus notifié des cas au cours de la période d'étude. La différence entre les zones de santé est statistiquement significative (p < 0,05).

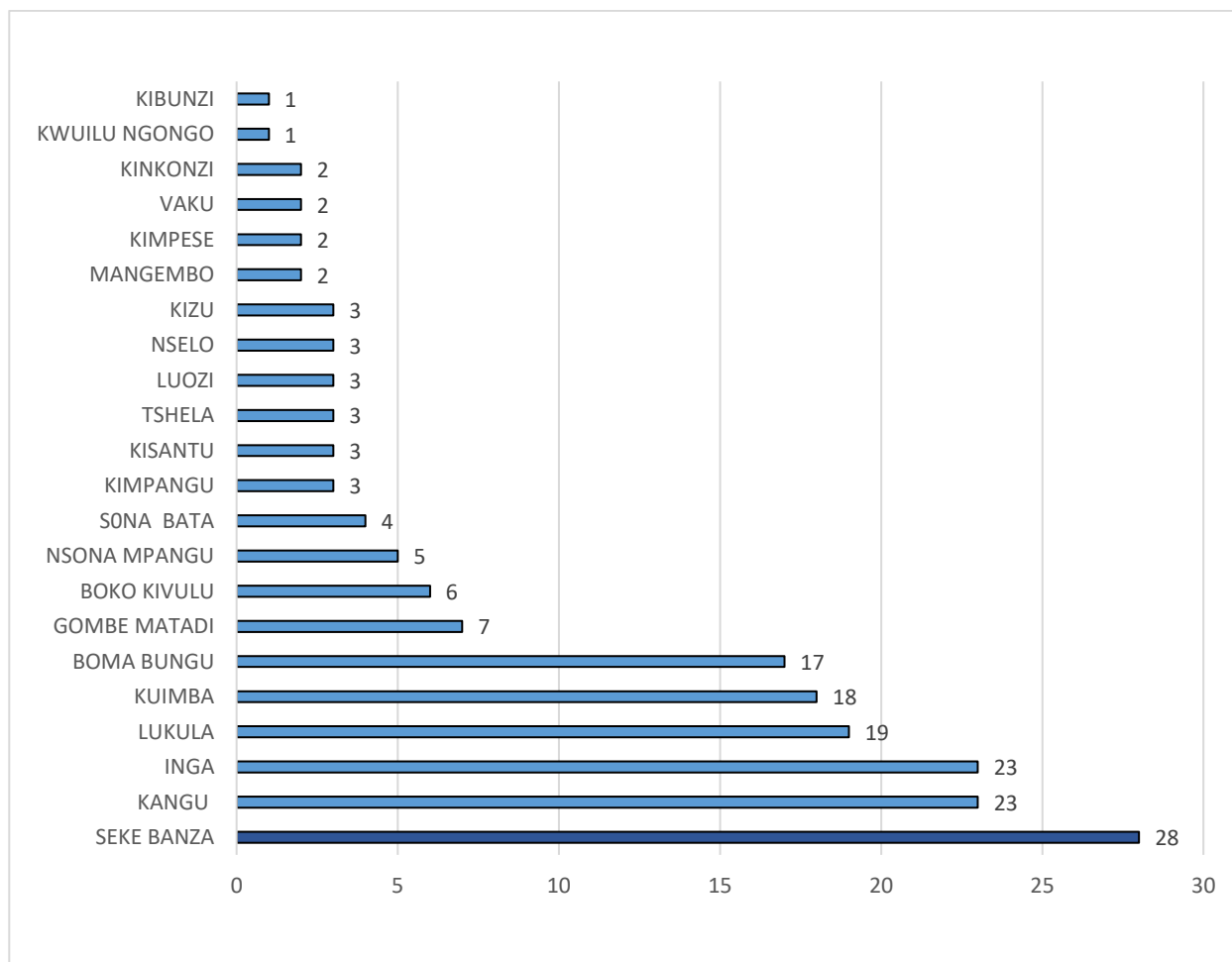


Figure 2. Distribution des infirmités liées à la lèpre avec ID2 par Zone de santé

La distribution de la proportion des infirmités de degré 2 par rapport aux cas de lèpre notifiés de 2010 à 2020, 18 zones de santé avaient notifié plus de 10% des cas d'infirmité.

Discussion

L'étude documentaire menée au Kongo Central entre 2010 et 2020 a fourni des informations détaillées sur les profils sociodémographiques des personnes souffrant d'infirmités liées à la lèpre. Les résultats montrent que la lèpre reste un défi de santé, bien que sa prévalence ait diminué au fil des années. Tels sont le cas dans plusieurs pays, où l'on note une diminution considérable de la lèpre Nigéria (16), Rwanda (17), Cameroun (18). La répartition des malades selon le sexe montre une légère prédominance masculine (57,87 %). Cette prédominance est observée dans la plupart des pays africains, tels que Nigeria (19), le Burkina-Faso (20), Cameroun (21). Elle pouvait être due à des facteurs socioculturels, tels que la discrimination des femmes et la moindre prise en charge des soins de santé par les femmes. Ce qui était beaucoup plus élevé que l'âge moyen trouvé

dans l'étude de Wang *et al.* menée en Chine (22). Cette distribution met en lumière la diversité d'âge des personnes touchées. La répartition des malades selon la tranche d'âge montre une concentration dans la tranche d'âge 50-75 ans (44,94 %), ce qui est différent du résultat trouvé dans l'étude menée par Kalita *et al.* (23), en milieu hospitalier, où la tranche d'âge prédominant était entre 31–50 ans. Cette concentration est due au fait que la lèpre est une maladie chronique qui évolue lentement. Les malades sont donc plus susceptibles d'être diagnostiqués et traités dans la tranche d'âge 50-75 ans, lorsque les symptômes sont plus visibles. Cette prédominance pourrait aussi et surtout s'expliquer par le diagnostic tardif causé par la latence du *Mycobacterium leprae*. Ces résultats sont supérieurs à ceux révélés dans une étude menée au Togo en 2017 par Koussake Kombate *et al.* qui avaient trouvé un âge de 41 ans (24), mais inférieurs aux résultats de Abakar *et al.* observés au Tchad entre les années 2015-2019 (25). Le type de lèpre le plus fréquent était la lèpre lépromateuse. La lèpre lépromateuse a apparu la



plus importante dans l'étude menée par Cruz *et al.* (26). Les infirmités les plus fréquentes étaient de type 0 selon la classification de l'OMS.

Les données présentées dans le tableau 2 montrent que les femmes et les malades de la tranche d'âge 25-50 ans sont plus susceptibles d'avoir un degré d'infirmité de 2. Cette différence pourrait être due à un diagnostic tardif de la maladie chez ce type de populations, comme l'a révélé l'étude menée par Urgesa *et al.* (27).

Les données présentées dans le tableau 3 montrent qu'il n'y a aucune différence statistiquement significative entre les hommes et les femmes selon les formes de lèpre ($p=0,073$). Toutes les tranches d'âge semblent majoritairement atteintes par la forme tuberculoïde (peaucibacillaire) avec une prédominance entre 25 et 50 ans

Cette observation est cohérente avec les connaissances actuelles sur l'épidémiologie de la lèpre. En effet, la lèpre est une maladie qui se transmet par contact étroit avec une personne infectée. Elle est plus fréquente dans les populations à faible revenu, où les conditions de vie sont précaires et où le contact étroit est plus probable. Les jeunes adultes sont plus susceptibles d'être exposés à la lèpre car ils sont plus actifs et ont plus de contacts sociaux. Ils sont également plus susceptibles de vivre dans des conditions de pauvreté. Ces résultats se rapprochent de ceux trouvés par Victor S *et al.* en 2022 au Bénin avec une prédominance de la tranche d'âge de plus de 35 ans mais pas de différence significative entre le sexe (28). Le tableau 4 présente la comparaison des effectifs des malades selon le sexe et la forme de la lèpre montrant une prédominance des formes lépromateuses dans les deux sexes avec une prédominance féminine (96 %) ; et des formes tuberculoïdes à tous les âges avec un pic élevé entre 25-50 ans (100%) et à plus de 75 ans (100%). Ces différences pourraient être dues à un diagnostic tardif de la maladie chez ces populations. La forme pauci bacillaire ou tuberculoïde est plus fréquente que la forme multi bacillaire ou lépromateuse. Cette observation est également cohérente avec les connaissances actuelles sur l'épidémiologie de la lèpre décrite dans la littérature (29). La tuberculoïde est plus bénigne que la lépromateuse et elle est plus facile à traiter (30). Elle est également plus fréquente dans les populations à faible revenu, où l'accès aux soins est plus limité (31).

La tendance générale confirme que la lèpre affecte davantage les hommes que les femmes, avec un ratio de 1,37 homme pour une femme. Cela

pourrait être dû aux défis rencontrés par les femmes pour accéder aux services de dépistage, de diagnostic et de traitement, soulignant la nécessité de surmonter les barrières culturelles et socio-économiques, qui peuvent tous contribuer à la prévalence la plus élevée de la lèpre chez les hommes dans ces zones d'étude. Il est possible que les hommes soient plus susceptibles de contracter la lèpre que les femmes. Cela pourrait être dû à des différences dans le système immunitaire ou à d'autres facteurs biologiques. Les hommes sont plus susceptibles que les femmes de travailler dans des conditions où ils sont exposés au bacille de la lèpre, telles que les travaux forestiers ou agricoles. Ils sont également plus susceptibles de vivre dans des zones où la lèpre est plus répandue. Enfin, les hommes peuvent être moins susceptibles que les femmes de consulter un médecin pour des symptômes de lèpre. Cela pourrait être dû à des facteurs culturels, tels que la stigmatisation et la discrimination associées à la maladie. Ces résultats sont plus élevés que les résultats de Aline (32) qui avait trouvé 1,1/1 hommes pour une femme mais contraire à celle de Eliana Amorim de Souza *et al.* 2014 (33) qui avaient trouvé plus des femmes que des hommes soit un sexe ratio de 1,03 femmes pour un homme.

La prédominance des infirmités liées à la lèpre dans les zones de Seke banza, Kangu et Inga en RDC pourrait s'expliquer par plusieurs facteurs, notamment la pauvreté, l'isolement et l'ignorance. Les populations des zones de Seke banza, Kangu et Inga sont généralement pauvres, ce qui pouvait les rendre plus vulnérables à la lèpre. En effet, la pauvreté entraîne une mauvaise alimentation, un manque d'hygiène et un accès limité aux soins de santé, ce qui favorise la propagation de la maladie. Les zones de Seke banza, Kangu et Inga sont situées dans des zones reculées et isolées, ce qui rend difficile l'accès aux soins de santé. Les personnes atteintes de lèpre peuvent donc passer des années sans être diagnostiquées et traitées, ce qui augmente le risque de complications et d'infirmités. Des études antérieures ont aussi révélé que le risque de complications et d'infirmités augmente avec le retard de diagnostic (25-26). Les populations des zones de Seke banza, Kangu et Inga sont souvent ignorantes de la lèpre et de ses conséquences. Cela pourrait entraîner un retard dans la consultation médicale et une mauvaise observance du traitement, ce qui pouvait augmenter le risque de complications et d'infirmités.



Forces et limites de l'étude

Forces de l'étude

La présente étude a inclus une population cible représentative de toutes les personnes enregistrées dans les registres de suivi de 2010 à 2020, offrant ainsi une vue exhaustive des profils sociodémographiques des personnes touchées par la lèpre dans la Province du Kongo Central. L'utilisation d'une approche transversale mixte qualitative et quantitative renforce la compréhension approfondie des profils sociodémographiques. Cette approche complète offre une vision plus holistique des différents aspects de la lèpre dans la région. La collecte de données a été réalisée à travers une revue documentaire, des entretiens avec les acteurs de la lutte contre la lèpre, et des interviews semi-structurées avec les patients utilisant des applications spécialisées. Cette diversification des méthodes contribue à la robustesse des résultats. L'analyse des données quantitatives a été effectuée en utilisant des tests statistiques appropriés, renforçant ainsi la validité des résultats et des associations identifiées.

Limites de l'étude

L'étude s'appuie sur des données rétrospectives, ce qui pourrait entraîner des lacunes dans la collecte d'informations et des incertitudes liées à la qualité des données existantes. La sélection des participants à partir des registres existants pourrait introduire un biais, notamment si certains groupes de patients étaient sous-représentés ou exclus des registres. Les résultats de l'étude dépendent fortement de la qualité des données existantes dans les registres de suivi, et des biais potentiels liés à l'enregistrement des cas. Les résultats de l'étude sont spécifiques à la Province du Kongo Central en RDC, et ne peuvent être généralisés à d'autres régions. Bien que l'étude mentionne l'influence de la stigmatisation sociale, elle pourrait nécessiter une exploration plus approfondie, notamment en intégrant des données qualitatives pour comprendre les expériences individuelles.

Conclusion

L'étude approfondie des profils sociodémographiques des personnes vivant avec des infirmités liées à la lèpre au Kongo Central offre des perspectives cruciales pour améliorer la prise en charge de cette maladie. Bien que la lèpre ait été éliminée en tant que problème de santé publique, la persistance des cas d'infirmité souligne la nécessité d'une attention continue. Les résultats mettent en évidence des disparités

significatives liées à l'âge, au genre et à l'accès aux services de santé. Il s'avère impérieux de mener des actions sur la sensibilisation, l'éducation et l'équité d'accès aux soins visant à réduire ces disparités et à renforcer la prévention précoce.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Contribution des auteurs

CBB a participé à la conception de l'étude, à la rédaction et à la soumission du manuscrit. GLLS a contribué à l'analyse statistique, à la rédaction et à la soumission du manuscrit. Tous les auteurs ont approuvé la version finale et révisée du manuscrit.

Références

1. Alrehaili J. Leprosy Classification, Clinical Features, Epidemiology, and Host Immunological Responses: Failure of Eradication in 2023. *Cureus*. 2023;**15** (9):e44767.
2. Borah Slater K. A Current Perspective on Leprosy (Hansen's Disease). In: Christodoulides M, éditeur. *Vaccines for Neglected Pathogens: Strategies, Achievements and Challenges* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2023 [consulté le 30 mars 2024]. p. 29-46. Disponible sur: https://link.springer.com/10.1007/978-3-031-24355-4_3
3. Stetzenbach LD. Airborne Infectious Microorganisms. In: *Encyclopedia of Microbiology* [Internet]. Elsevier; 2009 [cité 30 mars 2024]. p. 175-82. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9780123739445001772>
4. Lastória JC, Abreu MAMMD. Leprosy: review of the epidemiological, clinical, and etiopathogenic aspects - Part 1. *An Bras Dermatol*. 2014;**89** (2):205-218.
5. Milanga M, Kashala LO, Mbayo I, Yajima M, Yamada N. Brief Survey of Leprosy Situation in Congo: Sero-Epidemiologic Profile in Correlation with Some Emerging Viral Infections. *Jpn J Lepr*. 1999;**68**(2):109-116.
6. Organisation Mondiale de la santé. Vers zéro lèpre. Stratégie mondiale de Lutte contre la lèpre (Maladie de Hansen) 2021–2030 [Internet]. [consulté 3 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789290228509>



7. Molyneux DH, Savioli L, Engels D. Neglected tropical diseases: progress towards addressing the chronic pandemic. *The Lancet*. 2017;**389** (10066):312-325.
8. Somar P, Waltz M, van Brakel W. The impact of leprosy on the mental wellbeing of leprosy-affected persons and their family members – a systematic review. *Glob Ment Health*. 2020;**7**:e15.
9. Seekles ML, Kadima JK, Ding Y, Bulambo CB, Kim JJ, Kukola JK, *et al*. Mental health, stigma and the quality of life of people affected by neglected tropical diseases of the skin in Kasai Province, Democratic Republic of the Congo: a sex-disaggregated analysis. *Int Health*. 2023;**15** (Supplement 3):iii28-36.
10. Agarwal A, Nayak PK, Van Brakel WH, Van Wijk R, Jain A, Broekkamp H, *et al*. Impact of basic psychological support on stigma and mental well-being of people with disabilities due to leprosy and lymphatic filariasis: a proof-of-concept study. *Int Health*. 2023;**15** (Supplement 3):iii59-69.
11. Feldman WH. Gerhard Henrik Armauer Hansen. What did he see and when? *Int J Lepr*. 1965;**33** (3):.
12. Parkash O. Classification of leprosy into multibacillary and paucibacillary groups: an analysis. *FEMS Immunol Med Microbiol*. 2009;**55** (1):1-5.
13. Aubry PP. Lèpre ou maladie de Hansen, Centre René Labusquière, Institut de MédecineTropicale , Mise à jour le 02/12/2022: 3-4.
14. Keita M, Sow IS, Soumah MM, Diané B, Kaba MS, Tounkara TM, *et al*. Les infirmités liées à la lèpre dans les sites de prise en charge de la ville de Conakry. *Ann Dermatol Vénérologie*. 2015;**142** (12):S612-13.
15. Broer M, Bai Y, Fonseca F. A Review of the Literature on Socioeconomic Status and Educational Achievement. In: *Socioeconomic Inequality and Educational Outcomes* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2019 [cité 29 mars 2024]. p. 7-17. (IEA Research for Education; vol. 5). Disponible sur: https://link.springer.com/10.1007/978-3-030-11991-1_2
16. Daniel OJ, Adejumo OA, Oritogun KS, Omosebi O, Kuye J, Akang G. Spatial distribution of leprosy in Nigeria. *Lepr Rev*. 2016;**87** (4):476-485.
17. Uwimana I, Bizimungu N, Ingabire F, Mukamukwiye E, Sharangabo O, Ngabonziza SC, *et al*. Trends in leprosy case detection in Rwanda, 1995-2011: analysis of 17 years of laboratory data. *Afr J Lab Med*. 2017;**6** (1):426.
18. Tabah EN, Nsagha DS, Bissek ACZK, Bratschi MW, Njamnshi TN, Plushke G, *et al*. The Burden of Leprosy in Cameroon: Fifteen Years into the Post-elimination Era. Johnson C, éditeur. *PLoS Negl Trop Dis*. 2016;**10** (10):e0005012.
19. Peters ES, Eshiet AL. Male-female (sex) differences in leprosy patients in South Eastern Nigeria: females present late for diagnosis and treatment and have higher rates of deformity. *Lepr Rev*. 2002;**73** (3):262-267.
20. Martos-Casado G, Gil-González D, Vives-Cases C. Gender perspective in leprosy programs: A critical literature review. *Lepr Rev*. 2020;**91**(4):300-313.
21. Mvogo CE, Bella-Hiag AL, Ellong A, Achu JH, Nkeng PF. Ocular complications of leprosy in Cameroon. *Acta Ophthalmol Scand*. 2001;**79** (1):31-33.
22. Wang X, Lin X, Zhao P, Chen L, Zheng D, Yang B. 21-year trend of new leprosy cases in Guangdong, China: An analysis of surveillance data from 2000 to 2020. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2023;**89**:894-896.
23. Kalita J, Nag V, Yedale K. Spectrum of leprosy among suspected cases attending a teaching hospital in Western Rajasthan, India. *J Fam Med Prim Care*. 2020;**9** (6):2781.
24. Kombate K, Teclessou JN, Saka B, Tabe-Djato GL, Akakpo AS, Mouhari-Toure A, *et al*. Leprosy in Togo: retrospective study of 2630 cases over 15 years. *Our Dermatol Online*. 2017;**8** (1):10-14.
25. Kabo AK, Kaman K, Doungous DM, Ouedraogo L, Abakar M, Godreuil S, *et al*. Epidémiologie de la lèpre au Tchad de 2015 à 2019. *Pan Afr Med J*. 2022;**41**:120.
26. Cruz VA, Albuquerque CPD, Guimarães MFBDR, Dionello CDF, Ribeiro SLE, Souza VAD, *et al*. New insights at the



- interface between leprosy and immune-mediated rheumatic diseases. *Front Med.* 2023;**10**:1239775.
27. Urgesa K, De Bruijne ND, Bobosha K, Seyoum B, Mihret A, Geda B, *et al.* Prolonged delays in leprosy case detection in a leprosy hot spot setting in Eastern Ethiopia. Converse PJ, éditeur. *PLoS Negl Trop Dis.* 2022;**16** (9):e0010695.
 28. Bouchab BM, Yanago PK, Barry D, Maham MH, Traore AMK, Kane EM, *et al.* Etude des facteurs associés au dépistage tardif de la lèpre au Bénin. *Med Trop Sante Int* 2023; **3** (2)- PMC [Internet]. [consulté le 28 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9223314/>
 29. Gaschignard J, Grant AV, Thuc NV, Orlova M, Cobat A, Huong NT, *et al.* Pauci- and Multibacillary Leprosy: Two Distinct, Genetically Neglected Diseases. Johnson C, éditeur. *PLoS Negl Trop Dis.* 2016;**10** (5):e0004345.
 30. Le Phat H, Philippeaux S, Mccollins T, Besong C, Kellar A, Klapper VG, *et al.* Pathogenesis, Clinical Considerations, and Treatments: A Narrative Review on Leprosy. *Cureus* [Internet]. 5 déc 2023 [cité 29 mars 2024]; Disponible sur: <https://www.cureus.com/articles/209572-pathogenesis-clinical-considerations-and-treatments-a-narrative-review-on-leprosy>
 31. Pescarini JM, Strina A, Nery JS, Skalinski LM, Andrade KVFD, Penna MLF, *et al.* Socioeconomic risk markers of leprosy in high-burden countries: A systematic review and meta-analysis. Steinmann P, éditeur. *PLoS Negl Trop Dis.* 2018;**12** (7):e0006622.
 32. Tavares AMR. Epidemiological profile of leprosy in the state of Mato Grosso: descriptive study. *Einstein Sao Paulo Braz.* 2021;**19**:eAO5622.
 33. Amorim de Souza E, Fuentes Ferreira A, Heukelbach J, Nzundu Boigny R, Alencar CH, Novaes Ramos A. Epidemiology and Spatiotemporal Patterns of Leprosy Detection in the State of Bahia, Brazilian Northeast Region, 2001–2014. *Trop Med Infect Dis.* 2018;**3** (3):79.
 34. Gómez L, Rivera A, Vidal Y, Bilbao J, Kasang C, Parisi S, *et al.* Factors associated with the delay of diagnosis of leprosy in north-eastern Colombia: a quantitative analysis. *Trop Med Int Health.* 2018;**23** (2):193-198.
 35. Nicholls PG, Chhina N, Bro AK, Barkataki P, Kumar R, Withington SG, *et al.* Factors contributing to delay in diagnosis and start of treatment of leprosy: analysis of help-seeking narratives in northern Bangladesh and in West Bengal, India. *Lepr Rev.* 2005;**76** (1):35-47.

Voici comment citer cet article : Bavenga CB, Linguissi LSG. Profils sociodémographiques des personnes vivant avec des infirmités liées à la lèpre au Kongo Central. *Ann Afr Med* 2024; **18** (1): e5838-e5848. <https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v18i1.10>