



Estimer les effectifs d'enfants en situation de handicap, en extrapolant à partir de travaux scientifiques.

En Guyane, le système de santé souffre de la rareté de certains professionnels de santé. Par ricochet, la situation des enfants en situation de handicap est impactée. La difficulté d'accès au dépistage et au diagnostic amène très probablement à sous-estimer les effectifs d'enfants en situation de handicap, comme le suggèrent beaucoup des chiffres figurant sur le site HandiDonnées Guyane.

C'est pourquoi **procéder à des estimations par extrapolations de résultats scientifiques obtenus dans d'autres territoires apparait comme un compromis acceptable**. Même si les territoires d'où sont issus les travaux utilisés dans les pages suivantes sont très différents de la Guyane, les estimations produites ici permettront d'évaluer le nombre d'enfants qu'on pourrait s'attendre à trouver en Guyane, dans des conditions d'accès au diagnostic et dépistage « standard » (mais dans un environnement socio-économique et géographique différent).

Les handicaps sévères repérés par le Registre des Handicaps de l'Enfant en Isère et Savoie – RHEOP

Le Registre des Handicaps de l'Enfant et Observatoire Périnatal (RHEOP) décrit les enfants ayant une ou des déficiences **sévères** domiciliés en Isère et Savoie, l'année de leur 8 ans. « *Pour être inclus dans le registre, l'enfant doit présenter l'une des 3 conditions suivantes :*

-Soit être porteur d'au moins une déficience sévère :

- ✓ motrice : déficience motrice progressive, anomalies congénitales du système nerveux central, autres déficiences locomotrices. Seules les déficiences nécessitant un appareillage et/ou une rééducation continue sont enregistrées.
- ✓ trouble du spectre autistique (TSA) : autisme typique, syndrome d'Asperger et autres TSA, correspondant respectivement aux codes diagnostiques F84.0, F84.5, et F84.1, F84.3, F84.8, F84.9, de la Classification Internationale des Maladies version 10.
- ✓ intellectuelle : retard mental sévère (QI < 50 ou retard mental moyen, grave ou profond)

- ✓ *sensorielle* : déficience auditive (perte auditive bilatérale > 70 décibels avant correction), ou visuelle (acuité visuelle du meilleur œil < 3/10 après correction)

-Soit avoir une Trisomie 21, avec ou sans déficience intellectuelle sévère

-Soit présenter une paralysie cérébrale, quelle que soit la sévérité ».

Les enfants et leurs déficiences sont repérés à partir de plusieurs sources, comme les dossiers médicaux des MDPH, les services de pédiatrie, les CAMSP, les hôpitaux de jour, les Départements d'Information Médicale.... Les déficiences mesurées par un registre ne font pas à elles seules le handicap, mais peuvent être à l'origine d'une limitation d'activité ou d'une restriction de participation. Ce registre existe depuis plus de vingt années, ce qui lui permet de produire des estimations fiables de la prévalence. Le taux de prévalence est une mesure de l'état de santé d'une population à un instant donné. Pour un handicap donné, ce taux est calculé en divisant le nombre de cas présents à un temps T dans une population par cette population totale, et exprimé ici pour mille jeunes de 0 à 19 ans.

Sur le site HandiDonnées Guyane, les taux de prévalence observés par ce registre en Isère et Savoie sur les enfants l'année de leur 8 ans sont appliqués aux enfants de 0 à 19 ans de la Guyane. Ils sont utilisés afin de donner un ordre de grandeur. En effet, les observations faites par ce registre reflètent la situation d'une zone géographique limitée et ne sont pas forcément représentatifs de la population guyanaise.

Le RHEOP montre qu'un peu moins de **15** enfants sur mille sont atteints de déficiences sévères, parmi les enfants des générations nées en 2012 et 2013 en Isère ou en Savoie. Si on applique ce taux de prévalence aux jeunes de 0 à 19 ans de Guyane, on extrapole que plus de **1800 enfants** pourraient être atteints d'un handicap sévère sur le territoire.

Extrapolation : nombre d'enfants avec déficience sévère en Guyane en 2022

Taux de prévalence de la déficience sévère pour mille enfants, observé par le RHEOP	Estimation du nombre d'enfants (0-19 ans) en Guyane (par application du taux observé à la population de 2022)
14,8	1805

Source : RHEOP générations 2012 et 2013 ; Insee estimation population 2022

Ce taux de prévalence du handicap sévère en Isère et en Savoie, qui était de 10,8 pour mille enfants en 2018, a beaucoup augmenté, conséquence de la croissance du taux de prévalence des TSA, passé de 5,8‰ en 2018, à 9,4‰ en 2022.

Répartition géographique

Si on applique ce même taux de prévalence dans les communautés de communes (tableau ci-dessous), on s'aperçoit que les effectifs estimés d'enfants avec handicap sévère que l'on pourrait s'attendre à trouver sont très proches entre les communautés de communes du Centre Littoral et de l'Ouest¹. Pourtant, la très grande majorité des structures d'accompagnement médico-sociales sont implantées sur l'île de Cayenne, et restent rares dans l'Ouest.

¹ Les données de population par âge et communauté de communes ne sont disponibles que pour 2020 au moment de la rédaction.

Extrapolation : nombre d'enfants avec handicap sévère en Guyane par communauté de communes en 2020

Communauté de communes (EPCI)	Estimation du nombre d'enfants de 0 à 19 ans avec handicap sévères, par extrapolation du taux de prévalence
Centre Littoral	836
Ouest	712
Savanes	181
Est	53

Sources : RHEOP générations 2012 et 2013, Insee recensement 2020

Répartition par type de troubles

Dans le tableau ci-dessous, les données sont présentées par catégories de déficiences sévères. Les troubles du spectre autistique, qui pourraient concerner presque 1200 jeunes de Guyane, sont devenus, en quelques années, les plus fréquents dans l'hexagone, devant les déficiences motrices et intellectuelles sévères.

Extrapolation : nombre d'enfants avec déficience sévère en Guyane par type de déficience-2022

Type de déficiences sévères	Taux de prévalence pour 1000 enfants observé par le RHEOP (sur les générations 2012-2013)	Estimation du nombre d'enfants (0-19 ans) qu'on pourrait s'attendre à trouver en Guyane
Troubles du spectre autistique -TSA	9,6	1171
<i>dont TSA spécifié</i>	4,4	537
<i>dont TSA non spécifié</i>	5,2	634
Déficiences motrices	3,2	390
<i>dont paralysie cérébrale/IMC</i>	1,7	207
Déficiences intellectuelles sévères	2,6	317
<i>dont trisomie 21</i>	0,1	12
Déficiences auditives sévères	0,6	76
Déficiences visuelles sévères	0,5	60

Source : RHEOP générations nées en 2012 et 2013, estimation de population Insee 2022

Attention, dans ce tableau, un même enfant peut être compté dans plusieurs catégories, s'il est porteur de plusieurs déficiences différentes. Ainsi, la somme des effectifs ne doit pas être calculée, car elle n'a pas de signification.

Répartition par sexe

Les garçons sont plus souvent touchés par la déficience sévère. Selon le RHEOP, « *au début des années 1990, les rapports de prévalence garçons/filles étaient proches de 1. Ce rapport a ensuite nettement augmenté pour les TSA, avec un rapport garçons/filles de 4,8 pour la génération 2012. Il est pour les 3 autres types de déficiences proche de 1 (1,3 pour les déficiences intellectuelles, 1,1 pour les déficiences motrices et 1,0 pour les déficiences sensorielles).* »

Le Registre des Handicaps de l'Enfant 973 – RHE973

Depuis quelques années se met en place un Registre des Handicaps de l'Enfant en Guyane, le RHE973. Comme le RHEOP, il repère les enfants dans l'année de leurs 8 ans, diagnostiqués avec un handicap sévère, selon les mêmes critères que le RHEOP, pour pouvoir s'y comparer. Il utilise comme sources la Maison Départementale des Personnes Handicapées et le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information. En 2022, le RHE973 a analysé les premiers résultats sur la génération née en 2013.

1ers résultats du RHE973: la génération née en 2013²

Le taux de prévalence calculé par le RHE973 atteint **8,9 enfants pour 1000 enfants** de 8 ans vivant en Guyane en 2021, **pour qui au moins un handicap sévère a été diagnostiqué**, quand celui observé en Isère et Savoie est de 14,8 ‰, ou encore en Haute-Garonne, de 14,2‰.

Comment expliquer cet écart, alors que la Guyane semble accumuler les facteurs de risques de handicap ?

-Certaines déficiences semblent encore très mal repérées ou diagnostiquées, comme les Troubles du Spectre Autistique, pour lesquels le RHE973 n'a décompté que 2,9 enfants pour mille en Guyane, quand en Isère et Savoie, ces troubles touchent plus de 9 enfants sur mille.

Par contre, les paralysies cérébrales ou les déficiences sensorielles affichent des taux équivalents à ceux des 2 départements hexagonaux.

-Par ailleurs, on sait qu'en Guyane, le repérage est rendu difficile par de nombreux obstacles pour accéder aux soins, ce qui freine les diagnostics.

En Guyane, selon le RHE973, le sex-ratio est de 1,8 garçon en situation de handicap pour 1 fille.

La déficience intellectuelle

La déficience intellectuelle se définit par un déficit de l'intelligence et du comportement adaptatif.

Trois critères précisent cette définition :

- Un quotient intellectuel inférieur à 70³
- Une performance du comportement adaptatif d'environ deux écarts-types sous la moyenne
- Une apparition des troubles avant 18 ans.

² Ces 1ers résultats sont calculés à partir d'un petit effectif d'enfants : ils sont 58 à avoir été inclus dans le registre. C'est pourquoi ces résultats sont fournis à titre indicatif, mais devront être consolidés par au moins 2 autres années d'observations. Ils sont issus du rapport : RHE973. Elargissement d'un registre des troubles autistiques (TSA) de l'enfant vers un registre des handicaps de l'enfant et estimation de la prévalence dans la génération de 8 ans. 2023. 27p

³ Soit un quotient intellectuel inférieur à la moyenne de la population d'environ deux écarts-types (le QI moyen est coté par convention à 100 et l'écart type à 15). Ce QI est alors inférieur à 70.

La classification classique de la déficience intellectuelle a, jusqu'à récemment, classé la sévérité de la déficience selon le score aux tests de QI. Un retard mental léger correspondait à un QI compris entre 55 et 70 ; un retard mental moyen entre 40 et 55 ; grave, entre 25 et 40 ; profond, inférieur à 25.

En 2013, cette classification basée sur le Quotient Intellectuel a été complétée d'une description des comportements (tableau ci-dessous) qui correspondent aussi à des intensités de soutien.

Critères de gravité de la déficience intellectuelle d'après le DSM-V

Gravité	Domaine conceptuel	Domaine social	Domaine pratique
Léger	La personne a une manière plus pragmatique de résoudre des problèmes et de trouver des solutions que ses pairs du même âge...	La personne a une compréhension limitée du risque dans les situations sociales ; a un jugement social immature pour son âge...	La personne occupe souvent un emploi exigeant moins d'habiletés conceptuelles...
Modéré	D'ordinaire, la personne a des compétences académiques de niveau primaire et une intervention est requise pour toute utilisation de ces compétences dans la vie professionnelle et personnelle...	Les amitiés avec les pairs tout-venant souffrent souvent des limitations vécues par la personne au chapitre des communications et des habiletés sociales...	Présence, chez une minorité importante, de comportements mésadaptés à l'origine de problèmes de fonctionnement social...
Grave	La personne a généralement une compréhension limitée du langage écrit ou de concepts faisant appel aux nombres, quantités, au temps et à l'argent...	Le langage parlé est relativement limité sur le plan du vocabulaire et de la grammaire...	La personne a besoin d'aide pour toutes les activités de la vie quotidienne, y compris pour prendre ses repas, s'habiller, se laver et utiliser les toilettes...
Profond	La personne peut utiliser quelques objets dans un but précis (prendre soin de soi, se divertir...). Des problèmes de contrôle de la motricité empêchent souvent un usage fonctionnel...	La personne peut comprendre des instructions et des gestes simples...	La personne dépend des autres pour tous les aspects de ses soins physiques quotidiens, pour sa santé et pour sa sécurité, quoiqu'elle puisse participer à certaines de ces activités...

Source : expertise collective Inserm 2017

Les garçons sont jusqu'à 2 fois plus concernés par cette déficience que les filles. On repère sur le chromosome X plus de 100 gènes liés à la déficience intellectuelle. Or, les garçons ne possèdent qu'un chromosome X, empêchant le processus de recombinaisons.

Mesurer de la déficience intellectuelle

La déficience intellectuelle rassemble à la fois un déficit de l'intelligence **et** un déficit du comportement adaptatif.

- Le test de QI WISC est l'outil le plus utilisé pour mesurer le déficit de l'intelligence. Il est traduit et adapté dans la plupart des pays développés, permettant des comparaisons internationales.

Il mesure la compréhension verbale, la mémoire de travail, la fluidité du raisonnement, la vitesse de traitement de l'information et les capacités visuospatiales. Les scores obtenus pour chacun de ces cinq domaines, s'ils sont homogènes, permettent de calculer un QI total et d'orienter la prise en charge. S'ils sont hétérogènes, les scores doivent être exploités séparément.

- Vineland II est la seule échelle psychométrique du comportement adaptatif actuellement validée en France. Cette échelle mesure l'autonomie personnelle et permet de calculer un score dans quatre domaines testés : la communication, la socialisation, la motricité et l'autonomie dans la vie quotidienne. Cet outil peut être utilisé par toute personne ayant reçu une formation, et pas uniquement, comme le WISC V, par un psychologue. Ce test peut donc être régulièrement actualisé pour mesurer l'évolution des situations individuelles.

Quelques estimations de la fréquence de la déficience intellectuelle

La prévalence de la **déficience intellectuelle sévère** (telle que définie par le RHEOP, soit un QI inférieur à 50) a été estimée par le registre RHEOP à 2,6 pour 1000 à l'âge de 8 ans. Si on applique ce taux à la Guyane, on peut s'attendre à trouver **317 jeunes concernés**.

Pour les **déficiences intellectuelles légères**, il est important de pouvoir mesurer à la fois les capacités intellectuelles mais aussi adaptatives. En 2004, une telle étude⁴ évalue à 10 pour 1000 le nombre de personnes concernées par la déficience intellectuelle légère. Cela représenterait en Guyane un peu plus de **1220 jeunes** de 0 à 19 ans.

Évolution des taux de prévalence des troubles du spectre de l'autisme (TSA)

Selon le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM5), le Trouble du spectre de l'autisme (TSA) est caractérisé par :

- Un « déficit persistant de la communication et des interactions sociales observés dans les contextes variés » et
- Le « caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités ».

Ces vingt dernières années, on assiste à une forte croissance des taux de prévalence du trouble du spectre autistique (TSA), anciennement appelés Troubles envahissants du développement.

⁴ Whitaker S. 2004. Hidden learning disabilities. British Journal of Learning Disabilities. 32(3):139-143.

En 2019, l'épidémiologiste E. Fombonne fait un bilan de 61 études publiées depuis 2000, et calcule un taux moyen de prévalence des TSA de 6,9‰⁵, soit 1 enfant sur 145. Le tableau ci-dessous applique ce taux à la population des 0-19 ans des communautés de communes de Guyane. Ainsi, on peut extrapoler qu'en 2020, un peu plus de 800 enfants étaient susceptibles d'être concernés en Guyane par un trouble du spectre autistique.

Extrapolation : nombre d'enfants avec troubles du spectre de l'autisme en Guyane par communauté de communes, selon Fombonne 2019

Zone géographique	Nombre de jeunes de 0 à 19 ans avec TSA qu'on pourrait s'attendre à trouver
Taux pour mille enfants	6,9 ‰
Centre littoral	390
Ouest guyanais	332
Savanes	84
Est Guyanais	25

Source : Fombonne 2019, estimation de population Insee 2020

Dès 2011, ce même E. Fombonne, avait souligné que les estimations de prévalence augmentaient fortement dans des publications récentes. Pour cet épidémiologiste, la variation des estimations de la prévalence serait due à une large gamme de facteurs, parmi lesquels :

- Evolution de la définition de cas, de l'autisme vers un spectre de troubles plus large
- Substitution de diagnostic, de la déficience mentale vers les troubles du spectre autistique
- Variabilité de la méthodologie des études.

En 2018, la possibilité d'une surestimation des travaux des Centers for Diseases Control états-uniens (comme d'autres travaux) est questionnée. Les méthodologies choisies pourraient induire cette surestimation. En 2019, l'équipe de L. Mottron, de l'université de Montréal, met à jour une diminution constante de la différence entre les personnes qui reçoivent un diagnostic d'autisme et le reste de la population⁶, l'élargissement des critères diagnostic permettant un diagnostic sur la base de signes de moins en moins marqués.

Ce qui est observé dans l'hexagone : accroissement des diagnostics

Le RHEOP avait constaté, pour les générations nées entre 2006 et 2010 en Isère et Haute-Savoie, un taux de prévalence des troubles du spectre de l'autisme de 5,8 cas pour mille enfants (dont 2,3 concernés par un autisme spécifié, qui rassemble l'autisme infantile, l'autisme atypique et le syndrome d'Asperger).

⁵ Épidémiologie de l'autisme: où en sommes-nous? É. Fombonne, J. Myers, A. Chavez, A. Presmanes Hill, K. Zuckerman- « Enfance » n°2019-1- Presses Universitaires de France.p13-47

⁶ Rødgaard E, Jensen K, Vergnes J, Soulières I, Mottron L. Temporal Changes in Effect Sizes of Studies Comparing Individuals With and Without Autism: A Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. Published online August 21, 2019. doi:10.1001/jamapsychiatry.2019.1956

Pour les générations nées entre 2012 et 2013, ce taux est bien supérieur, et atteint **9,6 enfants pour 1000**, comme détaillé ci-dessous et déjà vu plus haut.

Extrapolation : nombre d'enfants avec troubles du spectre de l'autisme en Guyane à partir des observations du RHEOP

	Taux pour mille enfants selon observation dans les générations 2012 à 2013	Estimation du nombre de jeunes de 0 à 19 ans qu'on pourrait s'attendre à trouver en Guyane
Toutes formes de troubles du spectre de l'autisme –TSA–	9,6	1171
dont TSA spécifié (autisme infantile, autisme atypique, syndrome d'Asperger)	4,4	537
dont TSA non spécifié	5,2	634

Source : RHEOP, Estimation de population Insee 2022

Ce qui est observé en Guyane : un reflet de la capacité à diagnostiquer

En Guyane, l'estimation de la prévalence des TSA calculée par le Registre des Handicaps de Guyane est basée sur les diagnostics établis dans la génération 2013. Le registre a pu calculer un taux de 2,9 cas diagnostiqués pour mille enfants de 8 ans⁷.

Cette estimation est probablement inférieure à la prévalence réelle des TSA dans les générations étudiées, notamment à cause des difficultés de repérage et d'accès au diagnostic. En Guyane, il est fréquent que ce diagnostic se fasse tardivement, après l'âge de 8 ans.

Dans une étude précédente, réalisée par ce registre sur les enfants avec TSA des générations 2005-2011, il apparaissait que la communauté de communes de l'Ouest était une zone très probablement la plus sous-diagnostiquée de Guyane.

L'amélioration des capacités diagnostiques sur tout le territoire guyanais pourrait améliorer le repérage et donc la prévalence des TSA du territoire. En effet, en Guyane, la prévalence des déficiences intellectuelles (4,9‰) est supérieure à celle des TSA, ce qui n'est plus le cas dans l'hexagone, où la situation est inverse. Il est probable qu'une partie des diagnostics de déficience intellectuelle puisse être des cas de TSA non diagnostiqués.

⁷ RHE973. Elargissement d'un registre des troubles autistiques (TSA) de l'enfant vers un registre des handicaps de l'enfant et estimation de la prévalence dans la génération de 8 ans. 2023. 27p

Saturnisme et intoxication au mercure

L'étude Guya-Plomb sur le saturnisme chez les 0–6 ans

Selon l'Assurance maladie, « l'absorption de plomb est grave pour [les enfants] et surtout avant l'âge de six ans : le corps de l'enfant est en pleine croissance et absorbe le plomb plus facilement. Même de faibles doses absorbées sur une période prolongée peuvent provoquer des retards intellectuels et physiques irréversibles : troubles du langage, du comportement, troubles des apprentissages, ralentissement de la croissance, difficultés motrices, baisse modérée de l'acuité auditive ».

Extraits choisis de l'étude Guya-plomb, de Santé Publique France, publiée en 2020⁸ :

« À la suite de l'identification d'un cluster de saturnisme dans l'ouest de la Guyane en 2011 et de la mise en place d'un plan de lutte contre le saturnisme par l'Agence régionale de santé, Santé publique France a été saisie pour réaliser une étude d'imprégnation au plomb des enfants de 1 à 6 ans, visant à connaître la prévalence du saturnisme et à en identifier les déterminants. L'enquête s'est déroulée en 2015-2016 dans les trois hôpitaux du département ainsi que dans les centres délocalisés de prévention et de soins en territoires isolés. (...) »

L'échantillon est composé des enfants âgés de 1 à 6 ans résidant en Guyane vus en consultation dans les services d'urgences ou de pédiatrie des trois CH de Guyane ou ayant consulté dans un CDPS sur la période d'étude. La proposition d'inclusion a été faite uniquement aux enfants pour lesquels un prélèvement [sanguin] était prévu dans le cadre des soins (...). Ont été exclus les enfants suivis pour bilan ou traitement de saturnisme. (...) 590 enfants ont été inclus [une plombémie a été réalisée avec l'accord des familles, assortie d'un questionnaire] avec la répartition par établissement suivante : CH de Cayenne 48%, CH de l'Ouest guyanais 27%, CH de Kourou 15%, CDPS du Maroni 5% et CDPS de l'Oyapock 5%.(...)

Cette première étude d'imprégnation au plomb en Guyane chez les enfants âgés de 1 à 6 ans en 2015-2016 estime la prévalence du saturnisme à 20,1%, (IC95%: [15,9-24,6]), soit **7 160 enfants** [5665-8766] ayant une plombémie supérieure à 50 µg/L en Guyane. Cette prévalence est **13 fois plus élevée** que celle retrouvée dans l'enquête Saturn-Inf en 2008-2009 réalisée en métropole, estimée à 1,5% chez les enfants âgés de 6 mois à 6 ans.(...)

L'étude des déterminants de la plombémie a été réalisée (...). Ainsi, les principaux facteurs de risque de la plombémie chez les enfants âgés de 1 à 6 ans en Guyane sont le fait :

- de résider sur les fleuves,
- de passer 7 heures ou plus dehors par jour,
- de consommer du couac et du wassaï ou d'être un gros consommateur de riz.

Ces résultats sont cohérents avec ceux des enquêtes environnementales effectuées depuis 2011 et les différentes mesures effectuées dans les sols et aliments. Ils suggèrent une exposition multifactorielle

⁸ Andrieu A. et al. Imprégnation par le plomb des enfants de 1 à 6 ans en Guyane, 2015-2016. Bull Epidemiol Hebd. 2020 (36 - 37):722-30

essentiellement alimentaire, aggravée ponctuellement par une contamination des sols de cultures vivrières. (...) une relation s'établirait entre le plomb se trouvant dans les sols cultivés en abattis-brûlis (notamment sous forme de plombs de chasse) et certains tubercules de manioc, voire d'autres plantes (...). [Ces résultats] sont à compléter par d'autres études (...) permettant de tracer les sources de ce métal, dans les différents compartiments alimentaires ou certains comportements (chasse, pêche), ainsi que son transfert des sols aux plantes, dans une perspective de réduction des risques d'exposition au plomb de la population. »

L'intoxication au mercure en Guyane

De nombreuses études ont mesuré le niveau d'intoxication des populations au mercure, mais les résultats n'ont pas donné lieu à une estimation de la population susceptible d'être touchée.

Selon l'OMS, l'exposition in utero mais aussi pendant l'enfance, peut se traduire par l'apparition de troubles du développement neurologique. La mémoire, l'attention, le langage, la motricité fine et la vision dans l'espace peuvent être affectés chez des enfants ayant été exposés au méthyle mercure avant la naissance.

Les activités d'orpaillage sont la principale cause de la diffusion du mercure dans les eaux de rivières. Selon le site de Santé publique France, « *la contamination des populations humaines repose sur la consommation des produits de la pêche, plus précisément des poissons carnivores et piscivores. Ils accumulent de fortes concentrations de mercure, supérieures à la norme définie par l'Organisation mondiale de la santé (...)* ».

Santé publique France a procédé en 2010 à une revue des travaux scientifiques réalisés entre 1994 et 2005 pour conclure : « *Les enquêtes menées, en particulier chez les Amérindiens, ont confirmé que l'exposition au mercure est bien liée à une alimentation riche en poissons dont certaines espèces sont fortement contaminées (...). Les populations amérindiennes du Haut-Maroni ou du Haut-Oyapock sont parmi celles qui présentent un risque d'exposition élevé, dans la mesure où leurs conditions de vie les amènent à recourir de manière privilégiée à la consommation de poissons pêchés dans les fleuves (...). Toutefois, si les niveaux d'imprégnation mercurielle sont en dessous des concentrations pour lesquelles des anomalies neurologiques cliniquement observables ont été rapportées au Japon (...), les tests neurologiques pratiqués en 1998 sur la population amérindienne du Haut-Maroni ont montré qu'à ces niveaux d'exposition, il existait des signes modérés d'altération du développement neurologique ou neuropsychologique (capacités de raisonnement et d'organisation visuo-spatiale, motricité).* »

Une étude de 2019 chez les femmes enceintes du Haut Maroni⁹ montre que l'imprégnation au plomb est plus forte chez les femmes vivant dans les écarts (petits villages éloignés du bourg, plus fréquemment proches de l'autosubsistance), comparativement aux bourgs, qui sont dotés de commerces alimentaires permettant probablement une variété dans l'alimentation. Les messages de prévention semblent être entendus par les femmes enceintes, qui diminuent leur consommation de poisson, principal vecteur dans cette intoxication.

⁹ Pignoux R, Gourves PY, Sow M, Maury-Brachet R. Imprégnation mercurielle des femmes enceintes de Guyane (Haut Maroni) : étude et prévention, Toxicologie Analytique et Clinique · Mars 2019