



Bilan du programme de lutte contre la tuberculose en Polynésie française, 1998-2001

B. Hubert, M. Veccella, H. Vergeaud, P. Biarez,

Groupe d'Intervention en épidémiologie de terrain (GITE), Direction de la santé, Tahiti

Avec la collaboration de : M.-O. Blondey, L. Nguyen, B. Leray, Institut Louis Malardé ;

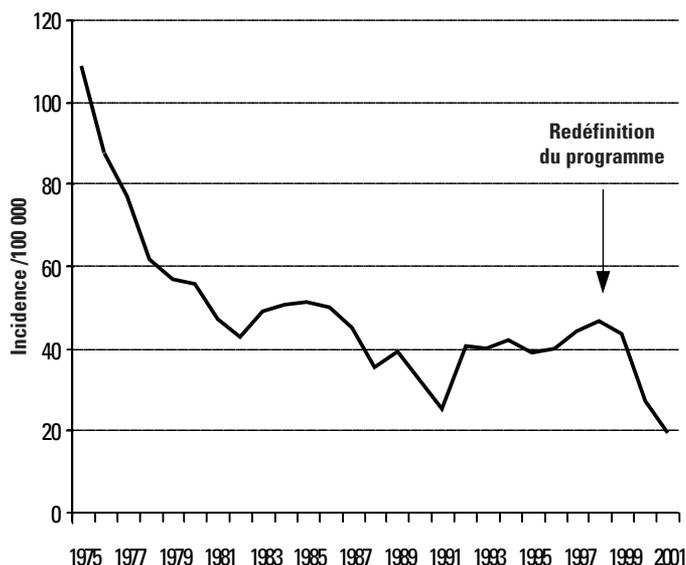
R. Chansin, E. Parrat, J. Pasche, M.-P. de Bartz, M. Levy, Centre hospitalier territorial, cellules de santé publique des circonscriptions médicales, hôpitaux de Moorea, Taravao, Uturoa et Taiohae, médecins des dispensaires et des cliniques Paofai et Cardella

La Polynésie française est constituée de 118 îles regroupées en cinq archipels (Société, Tuamotu, Gambier, Marquises et Australes) dispersés sur 5 millions de km² (surface de l'Europe). La population était de 235 000 habitants en 2001, dont 86 % résidant dans l'archipel de la Société. Ce territoire d'outre-mer est autonome dans le domaine de la santé.

Après une forte décroissance jusqu'au début des années 1980, l'incidence de la tuberculose en Polynésie française s'est maintenue pendant près de 20 ans à un taux moyen de 40 cas pour 100 000 habitants (figure 1).

Figure 1

Évolution de l'incidence annuelle de la tuberculose en Polynésie française de 1975 à 2001



Pour remédier à cette situation, la lutte contre la tuberculose a été réorganisée en juin 1998 avec une coordination accrue des différents acteurs publics et privés. Les principales actions mises en œuvre ont été a) la standardisation des pratiques de diagnostic, traitement et chimioprophylaxie [1], b) la supervision directe par une tierce personne de l'observance du traitement antituberculeux, c) l'optimisation des enquêtes de dépistage autour d'un cas, selon un protocole adapté des recommandations métropolitaines [2].

Au terme de quatre années d'application de ce nouveau programme, un bilan s'imposait pour mesurer les progrès réalisés.

MODALITÉS DE SURVEILLANCE

Définition et déclaration des cas : les critères de déclaration et de définition du statut bactériologique sont identiques à ceux utilisés en métropole. Depuis 1998, la surveillance de la tuberculose est complétée par une recherche active des cas avec une visite hebdomadaire, par des infirmiers, dans les services susceptibles d'accueillir des patients tuberculeux (85 % des cas sont initialement hospitalisés, les 15 % restants ont leur traitement initié en ambulatoire par l'unique pneumologue privé ou par l'Institut Malardé). Les informations sur les cas signalés par les médecins sont recueillies ou complétées par les infirmiers coordinateurs du programme.

Résultats bactériologiques : le recueil des informations bactériologiques est réalisé systématiquement tous les trimestres auprès des laboratoires de bactériologie. Dans la mesure où la surveillance à partir des laboratoires n'a pas permis d'identifier de cas non déclarés par les cliniciens, la surveillance peut être considérée comme exhaustive.

Suivi thérapeutique des patients : l'observance thérapeutique a été évaluée à partir d'un carnet de suivi de traitement remis systématiquement à chaque patient.

Enquêtes autour des cas : les bilans des investigations ont été fournis par les cellules de santé publique qui assurent les enquêtes en liaison avec les dispensaires. Les chimioprophylaxies mises en route à la suite des enquêtes font l'objet d'une fiche spécifique.

L'analyse des données de surveillance a porté sur les années 1998 à 2001, en dehors des informations cliniques et des résultats des enquêtes qui sont encore incomplets pour l'année 2001.

CARACTÉRISTIQUES ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET CLINIQUES

Incidence

L'incidence de la tuberculose en Polynésie française a été divisée par 2,4 entre 1998 (104 cas, 46/100 000) et 2001 (45 cas, 19/100 000) (figure 1).

La baisse d'incidence la plus importante a concerné les enfants de moins de 5 ans avec une diminution de 80 % du nombre de cas entre 1998-1999 et 2000-2001.

Sur les 310 cas de tuberculose déclarés entre 1998 et 2001, 296 cas (95 %) sont originaires de Polynésie française. L'incidence moyenne annuelle de la tuberculose est plus élevée chez les personnes nées sur le territoire (35/100 000) que chez les personnes nées hors du territoire (18/100 000).

Caractéristiques cliniques

En 2000, 86 % des cas présentaient une localisation pulmonaire isolée (60 %) ou associée (26 %) à une localisation extra-pulmonaire. La confirmation bactériologique par culture a été obtenue pour 76 % des cas en 2000 et l'examen microscopique était positif dans 58 % des localisations pulmonaires.

Les rechutes (définies par une tuberculose antérieurement traitée) ont fortement diminué entre 1998 (14 %) et 2001 (7 %). Cette diminution a concerné principalement les rechutes chez des cas traités au cours des deux années précédant cette rechute (6 cas en 1998 et 1 cas en 2001).

Depuis 1998, un seul patient présentait une infection VIH antérieurement connue et aucune nouvelle infection n'a été dépistée. La co-infection tuberculose-VIH représente en Polynésie 0,3 % des cas de tuberculose (1998-2001).

Parmi les 188 souches de *M. tuberculosis* identifiées entre 1998 et 2000, 3 (1,6 %) étaient résistantes à l'isoniazide et 3 (1,6 %) à la streptomycine. Aucune souche ne présentait de multirésistance.

Supervision du traitement

En 2000, 75 % des cas ont eu plus de la moitié de leurs prises quotidiennes médicamenteuses observées par un tiers. Cette proportion est plus élevée (80 %) pendant la période initiale de quadrithérapie. La supervision du traitement a été assurée dans la moitié des cas par un professionnel de santé et dans l'autre moitié par un membre de la famille.

Le taux de complétude du traitement chez les malades est en augmentation de 83 % en 1998 à 97 % en 2000. Le nombre de patients décédés pendant le traitement est en forte diminution de 8 en 1998 à 1 en 2000.

ENQUÊTES AUTOUR DES CAS

En trois ans, les enquêtes ont permis d'identifier 29 cas de tuberculose-maladie et 108 personnes nécessitant une chimioprophylaxie pour infection tuberculeuse ou risque élevé d'infection.

Les enquêtes de dépistage, avec une stratégie basée sur la nature du contact avec le cas, ont permis d'identifier une tuberculose chez 2 % des contacts étroits et 0,2 % des contacts réguliers (tableau 1).

Tableau 1

Résultats des 160 enquêtes dans l'entourage des cas selon la nature du contact avec le cas initial (1998-2000)

Nature du contact avec le cas initial	Nombre de personnes investiguées	Nombre de tuberculoses-maladies dépistées	Nombre de chimioprophylaxies (infection ou risque d'infection)
Contact étroit	1 347	28 (2,1 %)	98 (7 %)
Contact régulier	599	1 (0,2 %)	7 (1 %)
Contact occasionnel	404	0 (0,0 %)	3 (0,7 %)
Total	2 350	29 (1,2 %)	108 (4,6 %)

108 personnes ont bénéficié d'une chimioprophylaxie (pour infection ou risque élevé d'infection) à la suite des enquêtes de dépistage.

Ces chimioprophylaxies ont été prescrites dans un contexte de contact étroit (93 %) avec le cas index dont 71 % présentaient des BAAR (bacille acido-alcool résistant) à l'examen microscopique de l'expectoration.

Les indications des chimioprophylaxies ont été : un virage des réactions tuberculiques (10 %), une IDR > 15 mm (31 %) ou un jeune âge, en principe < 5 ans (59 %).

Les protocoles de traitement ont été les suivants : isoniazide pendant 6 mois pour 2 cas ou association d'isoniazide et de rifampicine pendant 3 à 6 mois (la règle étant 3 mois) pour les 103 autres cas.

DISCUSSION

Après vingt ans de stagnation, la décroissance de l'incidence de la tuberculose en Polynésie française est importante, dépassant les objectifs initialement attendus d'une diminution de 10 % par an. Cette évolution a été plus marquée chez les enfants de moins de cinq ans, bon indicateur d'une diminution de la transmission, et s'accompagne d'une diminution des rechutes et des décès. La fréquence de la résistance des BK aux antituberculeux reste très faible. Cependant, l'incidence en 2001 est encore près du double de l'incidence métropolitaine [3].

Il serait toutefois étonnant que la décroissance de l'incidence se poursuive au même rythme et on ne peut pas exclure au cours des années à venir des phénomènes de fluctuation liés au petit nombre de cas (avec 45 cas, une réduction annuelle de 10 % correspond à une diminution de 4 cas par an).

Il est intéressant d'examiner les raisons pour lesquelles l'application d'une stratégie pourtant classique a permis d'obtenir des résultats aussi rapides.

Plusieurs éléments extrinsèques au programme ont constitué des conditions favorables :

- une population jeune (avec seulement 6 % de la population ayant plus de soixante ans, contre 20 % en métropole), avec pour corollaire un faible réservoir de personnes âgées antérieurement infectées ;
- l'absence de migrants en provenance de zone de forte endémie de tuberculose ;
- une faible prévalence de l'infection à VIH (0,06 % chez les adultes de 15-45 ans, contre 0,44 % en métropole) ;
- une faible marginalisation des jeunes et l'absence de toxicomanie IV.

Les particularités du programme qui nous paraissent avoir été déterminantes ont été les suivantes :

Organisation générale et coordination

L'intrication étroite entre surveillance active et coordination du suivi des patients a permis de disposer en permanence d'indicateurs d'évaluation pour réaliser des ajustements du programme.

Des réunions mensuelles de coordination avec les pédiatres, pneumologues et médecins de dispensaire ont permis de discuter collectivement des problèmes de diagnostic et de suivi de traitement ainsi que des résultats des enquêtes.

Suivi du traitement des patients

L'instauration d'une « consultation de santé publique » au cours de l'hospitalisation a permis d'expliquer au patient sa maladie et les enjeux du traitement et d'organiser immédiatement le suivi thérapeutique et l'enquête dans l'entourage.

L'utilisation de carnets spécifiques (prise supervisée de traitement, résultats des examens complémentaires et des visites médicales) a facilité la transmission d'informations entre les intervenants (médecins, infirmières et famille).

L'implication des infirmiers libéraux dans le suivi à domicile de l'observance a été une alternative efficace lorsqu'une tierce personne fiable n'a pu être identifiée dans le milieu familial.

Enquêtes de dépistage

Les résultats des enquêtes confirment, s'il en était encore besoin, l'intérêt de la stratégie de dépistage progressive et concentrique [2].

La réalisation des enquêtes à domicile a permis de mieux identifier les contacts familiaux souvent imprécis et surtout très mobiles en Polynésie.

Les chimioprophylaxies ont probablement contribué à réduire l'incidence chez les enfants de moins de cinq ans.

En conclusion, le programme a initialement bénéficié d'une forte motivation entretenue par les bons résultats. Mais du fait de l'épidémiologie particulière de la tuberculose, il faudra encore de longues années de persévérance pour réduire l'incidence à un niveau acceptable.

RÉFÉRENCES

- [1] Direction de la Santé - Papeete. Programme de lutte contre la tuberculose en Polynésie française. Février 2001. 22 pages.
- [2] Schwoebel V, Hubert B, Desenclos JC. Quel dépistage conduire auprès des personnes en contact avec un cas de tuberculose ? *Méd. Mal. Infect.* 1995 ; 25, HS : 377-83.
- [3] B. Decludt, C. Campese. Les cas de tuberculose déclarés en France en 2000. *BEH* 16-17/2002 : 68-70.