



Ministère de la santé - Direction de la santé

BISES

Bulletin d'informations sanitaires, épidémiologiques et statistiques

SOMMAIRE

- Page 1 : Editorial
- Page 2 : Surveillance et prévention de l'infection à VIH en Polynésie française
- Page 5 : POD 2010 : Bilan de la 9^{ème} campagne de lutte contre la filariose en Polynésie française
- Page 9 : Brèves
- Page 10 : Contacts

EDITORIAL

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), plus de 33 millions de personnes vivent avec le VIH. En 2008, dans la région Pacifique, 29 629 cas de personnes vivant avec le VIH ont été notifiés, 5 162 nouveaux diagnostics de séropositivité ayant été établis. C'est en Papouasie-Nouvelle-Guinée que la proportion de cas est la plus élevée (28 294 cas notifiés).

Dans notre région, les rapports sexuels non protégés constituent le mode de transmission du VIH le plus courant. Le nombre de jeunes séropositifs augmente de façon régulière, et les jeunes femmes sont infectées plus tôt que les jeunes hommes. La commission Sida du Pacifique a en outre indiqué que la riposte au sida dans la région sera plus fructueuse si elle se concentre sur les rapports sexuels non protégés et d'autres comportements à haut risque plutôt que sur des groupes de population. Comme les relations familiales et les liens fondés sur la religion sont très forts et très importants dans la région Pacifique, tout espoir de réussite dans le domaine de la lutte contre l'épidémie repose sur l'intégration d'actions contre le VIH au sein de ces structures. En outre, pour intensifier la riposte, le rapport suggère de faire participer davantage les personnes vivant avec le VIH à l'élaboration des politiques et à l'exécution des programmes.

L'OMS souhaite que la journée mondiale du sida du 1^{er} décembre soit l'occasion pour les partenaires publics et privés de donner des informations sur la situation concernant la pandémie et de promouvoir la prévention, le traitement et la prise en charge du VIH/sida, dans les pays à forte prévalence, mais aussi ailleurs.

Si l'épidémie de VIH/Sida reste contrôlée pour l'instant en Polynésie française, la maladie est bien présente, avec encore 9 nouveaux cas déclarés et 4 décès en 2009, et un total d'environ 135 personnes vivant actuellement avec le VIH/Sida sur le territoire. La transmission de l'infection par le VIH en Polynésie est aujourd'hui le fait d'une contamination sexuelle quasi-exclusive. Elle concerne donc potentiellement une large part de la population. Cela doit nous amener à envisager le dépistage de cette maladie sous l'angle plus large de la prévention des infections sexuellement transmissibles, telles que l'hépatite B, la syphilis, la gonococcie ou les infections à chlamydia, avec le risque de stérilité associé. Cette activité pourrait alors être développée au sein de centres intégrés, d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST).

Surveillance et prévention de l'infection à VIH en Polynésie française Bilan au 31 décembre 2009

E. Daudens¹, E. Frogier¹, HP Mallet¹, JM Ségalin², V. Rodière², L. Nguyen Ngoc², G. Soubiran³
¹Bureau de veille sanitaire, Direction de la Santé, ²Bureau des pathologies infectieuses, Direction de la santé,
³Centre Hospitalier de la Polynésie française, service de médecine interne

1. Introduction

La déclaration anonyme des cas de patients séropositifs au VIH et des cas de Sida est obligatoire en Polynésie française depuis 1993 (délibération n° 90-67 AT du 14 juin 1990, confirmée par la délibération n° 93-11 7 AT du 4 novembre 1993).

La surveillance des cas d'infection par le VIH est effective depuis 1985. Elle permet de connaître le nombre et les caractéristiques épidémiologiques des personnes séropositives afin d'améliorer leur prise en charge médico-sociale et de mieux orienter la politique de lutte contre cette maladie.

Le recueil, l'exploitation et l'analyse des données sont effectués par le Bureau de veille sanitaire et le Bureau des pathologies infectieuses, à la Direction de la Santé. L'analyse présentée ici porte sur les cas d'infection à VIH et de SIDA enregistrés jusqu'au 31 décembre 2009.

2. Matériel et méthodes

L'ensemble des déclarations de patients séropositifs au VIH et des cas de Sida ont été réalisés en 2009 par les deux médecins spécialistes du VIH en Polynésie : le Dr Lam Nguyen Ngoc, à la consultation spécialisée de l'Institut Louis Malardé (CIE, ILM) et le Dr Gilles Soubiran à la consultation de médecine interne du Centre Hospitalier de Polynésie française (CHPf).

La surveillance est basée sur la transmission de ces fiches de déclaration des cas et sur un recueil actif complémentaire par le bureau de veille sanitaire auprès des médecins et des laboratoires.

Les cas sont définis comme toute personne résidente ou ayant résidé pendant plus de 6 mois en Polynésie française et présentant une sérologie positive confirmée vis-à-vis du VIH. Le diagnostic du Sida repose sur la définition OMS, établie en septembre 1982 puis révisée en janvier 1993. Cette définition est basée sur l'apparition de pathologies dites opportunistes, révélatrices d'une atteinte importante des défenses immunitaires.

Les nouveaux cas sont définis comme les cas diagnostiqués pour la première fois au cours de l'année, quelque soit le lieu de diagnostic initial. Les cas déclarés sont les cas nouvellement enregistrés en Polynésie française au cours de l'année, quelque soit le lieu de diagnostic initial.

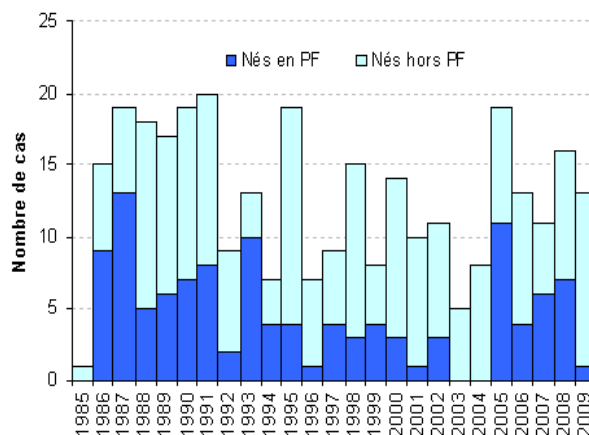
3. Résultats

Cas enregistrés et lieu de naissance

Depuis 1985 et jusqu'au 31 décembre 2009, 324 cas d'infection à VIH ont été enregistrés au total. Parmi ces cas, 66 patients (20,4 %) ont atteint le stade Sida au cours de leur infection.

Sur l'ensemble des cas enregistrés, 116 cas (35,8 %) sont nés en Polynésie française (figure 1).

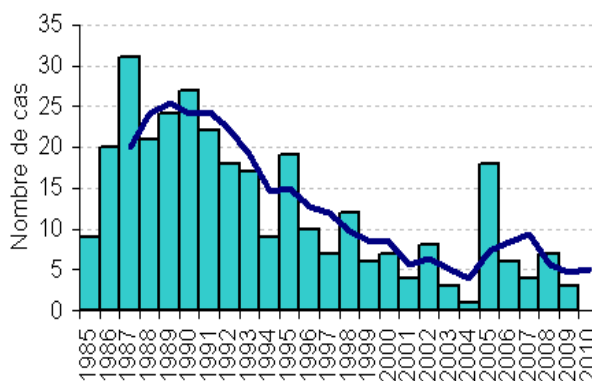
Figure 1 : Cas d'infection à VIH par année de déclaration et lieu de naissance – Polynésie française, 1985-2009



La distribution des cas selon l'année de déclaration montre une stagnation de la progression de l'épidémie. Selon la date de découverte de la séropositivité, la tendance générale est à la baisse, avec cependant une reprise de la transmission depuis 2005 (figure 2).

Figure 2 : Cas d'infection à VIH par année de découverte de séropositivité - Polynésie française, 1985-2009

En 2009, 12 cas ont été déclarés et pris en charge. Un



seul cas est né en Polynésie française. Parmi ces déclarations, trois seulement sont des nouveaux cas dont le diagnostic a été posé pour la première fois en 2009 (deux femmes lors d'un bilan de grossesse et 1 conjoint de cas VIH déjà suivi). Les autres cas avaient eu un diagnostic plus ancien porté en dehors de Polynésie.

Au total, en 2009, ce sont 135 personnes qui sont connues et suivies pour une infection au VIH/Sida en Polynésie française

Lieu de résidence

Une grande majorité des cas déclarés depuis 1985 réside ou résidait à Tahiti (83 %). Les autres lieux de résidence des patients sont Moorea et l'archipel des Iles sous le vent (12%), mais les Marquises, Australes et Tuamotu Gambier sont également concernés. Parmi les 12 cas déclarés en 2009, six patients résident à Tahiti.

Age et sexe

Sur l'ensemble des cas déclarés depuis 1985, les trois quarts avaient entre 20 et 39 ans à la date de leur 1^{ère} sérologie positive. L'âge moyen à la date de 1^{ère} séropositivité est de 32 ans chez les hommes et de 26 ans chez les femmes.

L'âge moyen au moment du diagnostic a tendance à augmenter au cours du temps, de 25 ans en 1984 à 33 ans en 2008, sans que cela semble lié à un retard au diagnostic (pas d'augmentation des diagnostics faits au stade de SIDA). Les hommes sont plus touchés par l'infection que les femmes (environ 71 % d'hommes), et ce de façon constante au cours du temps.

En 2009, parmi les 12 cas déclarés, 8 étaient des hommes et 4 des femmes, 2 avaient entre 25 et 29 ans, 5 entre 35 et 44 ans et 5 avaient plus de 50 ans.

Mode de contamination et motif de dépistage

L'analyse globale du mode probable de contamination montre une prédominance de la contamination par voie sexuelle (voie hétérosexuelle ou homo/bisexuelle). Depuis 2000, la transmission hétérosexuelle est devenue le mode de contamination le plus fréquent et concerne plus de la moitié des cas (51,5%) (tableau 1). La proportion des contaminations par rapports homo/bisexuels ainsi que celles par transfusion et usage de drogues injectables ont diminué au cours du temps.

La majorité des cas contaminés par transfusion sanguine (14 cas sur 16) ont été diagnostiqués avant 1990 (les 2 cas découverts après 1995 correspondent à un diagnostic tardif de la séropositivité, chez des personnes ayant été transfusées dans les années 80).

Tableau 1: Evolution de la répartition des cas d'infection à VIH selon le mode de contamination, Pf, 1985-2009

Mode de contamination	Période de découverte de la séropositivité		
	1985-90 (n=107)	1990-99 (n=151)	2000-09 (n=66)
Homo / bisexuel	40,2 %	40,4 %	37,9 %
Hétérosexuel	27,1 %	39,7 %	51,5 %
Drogue IV	16,8 %	8,6 %	1,5 %
Transfusé	13,1 %	0,6 %	1,5 %
Materno-fœtale	1,9 %	6,0 %	0,0 %
Autre (AES)	0,9 %	2,0 %	0,0 %
Inconnu	0,0 %	2,7 %	7,6 %

Le dépistage semble de plus en plus motivé par l'inquiétude des patients face à des signes cliniques (tableau 2).

Tableau 2: Evolution de la répartition des cas d'infection à VIH selon le motif de dépistage, Pf 1985-2009

Dépistage	Période de découverte de la séropositivité		
	1985-90 (n=107)	1990-99 (n=151)	2000-09 (n=66)
Prise de risque (N=86)	23,4 %	27,2 %	30,3 %
Signes cliniques (n=39)	5,6 %	8,0 %	31,8 %
Grossesse (n=16)	1,9 %	4,6 %	10,6 %
Autre (n=33)	6,5 %	6,6 %	24,2 %
Inconnu (n=150)	62,6 %	53,6 %	3,1 %

Le nombre de sérologies positives retrouvées dans le cadre des suivis de grossesse est en augmentation (7 cas depuis 2000).

Lieu et mode de contamination

Parmi les 248 cas pour lesquels le lieu de contamination est connu, 93 (37,5 %) ont contracté le VIH en Polynésie française. Cette proportion est en augmentation ces dernières années avec 51,7% des cas contaminés en Pf depuis 2000, 62,5% depuis 2005 et 4 cas sur 5 en 2008-2009.

Le mode de contamination en fonction du lieu est connu chez 247 cas (tableau 3). La transmission sexuelle est le mode de contamination quasi exclusif pour les cas contaminés en Polynésie française. Les contaminations par usage de drogues injectables et par transfusion sanguine ont eu lieu exclusivement hors Polynésie française.

Tableau 3: Répartition des cas d'infection à VIH selon le lieu de contamination et le groupe de transmission, Pf, 1985-2009

Mode de contamination	Lieu de contamination	
	Hors PF (n=155 ; 62,5 %)	PF (n=93 ; 37,5%)
Homo/bisexuel	33,5 %	49,5 %
Drogue IV	17,4 %	0,0 %
Hétérosexuel	33,5 %	40,9 %
Materno-fœtal	1,9 %	6,4 %
Transfusé	0,9 %	0,0 %
Autre	1,3 %	7,5 %

Suivi des patients

Parmi les 135 patients actuellement suivis en Polynésie française, 34 (28 %) sont au stade de SIDA avéré (1 cas supplémentaire en 2009), et 106 patients (86,8%) bénéficient d'un traitement antirétroviral. Le taux de succès thérapeutique parmi ces patients est de 78%, similaire à celui rapporté en France (75%). Plus que de la qualité technique de la prise en charge, il dépend essentiellement de l'éducation thérapeutique des patients qui peut être réalisée.

Parmi les 324 cas déclarés connus depuis 1985, 72 sont décédés, 110 ont quitté le pays et 7 sont perdus de vue. En 2009, 4 personnes (4 hommes) sont décédées du VIH/Sida.

4. Promotion du préservatif

Pour faciliter l'accès aux préservatifs, la Direction de la Santé a initié l'installation de distributeurs automatiques, dans les lieux publics et lieux de nuit à Tahiti et dans les îles éloignées en partenariat avec une société de distribution automatique. Ces distributeurs permettent l'achat de la boîte de 3 préservatifs au prix de 100 FCP. Actuellement, 49 distributeurs de préservatifs fonctionnent dans des lycées et collèges, à l'Université de Polynésie française, dans des bars, des boîtes de nuit, des restaurants, des stations services, des structures de santé et divers lieux publics (aéroports, marchés, mairies, port autonome, locaux de la CPS...); 42 appareils sont installés à Tahiti et 7 dans les îles (Moorea, Raiatea, Bora Bora, Tubuai...).

En 2009, 8 distributeurs ont été retirés pour cause de détérioration du matériel ou de vandalisme.

Les structures de la Direction de la Santé, le CHPF et les infirmeries scolaires assurent également une distribution gratuite de préservatifs. Depuis 2 ans, de petits stocks de préservatifs sont déposés dans certains

commerces de Moorea et de Tahiti Iiti, à disposition gratuite des usagers.

Enfin, les préservatifs sont en vente libre dans toutes les officines pharmaceutiques et certaines grandes surfaces commerciales.

Les deux associations de lutte contre le sida, « Agir contre le sida » (ACS) et « Te Torea » (Club de Prévention) participent, elles aussi à la promotion du préservatif et à la prévention des pratiques à risque notamment lors de la « Journée mondiale du sida » et de la « Soirée aux chandelles ». On observe une augmentation croissante de la demande de la part de ces associations pour des manifestations autres tout au long de l'année.

Au total en 2009, environ 336 000 préservatifs ont été distribués par la Direction de la Santé et ces deux associations.

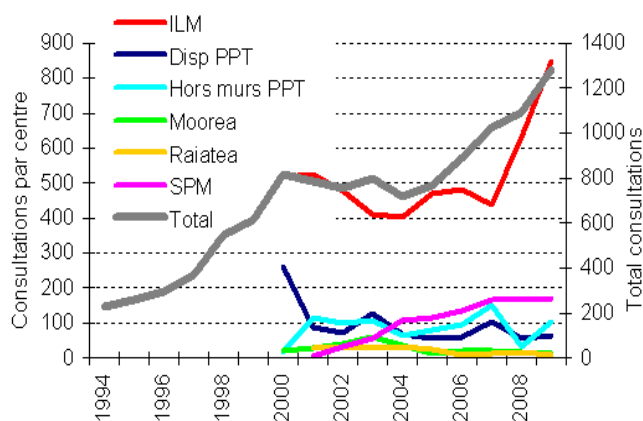
5. Dépistage

En février 1994, la Direction de la Santé a mis en place un dispositif de dépistage anonyme et gratuit de l'infection à VIH afin d'encourager une démarche libre, volontaire et responsable, éléments essentiels de la politique de prévention de cette infection.

Depuis 2005, il existe 9 CDAG en Polynésie française (5 à Tahiti, 1 à Taravao, 1 à Raiatea, 1 à Moorea, 1 à Taiohae). Des dépistages hors les murs sont également proposés ponctuellement à Tahiti, dans des lieux publics.

Le nombre global de CDAG est en augmentation depuis quelques années, principalement du fait de la consultation spécialisée du CIE de l'ILM (figure 3).

Figure 3. Activité de CDAG en Pf, 1994-2009



En 2009, 1 283 consultations au total ont ainsi été réalisées dans ces centres (tableau 4).

Par ailleurs, les quatre laboratoires de Polynésie française ont réalisé en 2009 plus de 12 500 sérologies, soit près de 10 fois plus que le nombre de dépistages réalisés dans le cadre des CDAG. Parmi elles, trois ont abouti à un diagnostic de séropositivité pour le VIH en 2009.

Tableau 4 : nombre de consultations par structure, Pf, 2009

CDAG	Nombre de consultations	%
CIE de l'Institut Louis Malardé	849	66,2 %
Service de Protection Maternelle	170	13,3 %
Dépistage hors les murs	104	8,1 %
Dispensaire de Papeete	65	5,1 %
CDAG Taiohae	49	3,8 %
Fare Tama Hau	13	1 %
CDAG Moorea	11	0,9 %
CDAG de Raiatea	9	0,7 %
Service d'Hygiène Scolaire	8	0,6 %
CDAG Taravao	3	0,2 %
Inconnu	2	0,2 %
Total	1 283	100 %

En 2009, les femmes ont consulté un peu plus souvent que les hommes (52,1 %). La moyenne d'âge des consultants était de 27 ans, plus faible chez les femmes que chez les hommes (75 % des femmes consultant ayant moins de 30 ans, versus 28 % chez les hommes). La proportion de consultants nés et résidents en Pf est de 69,4 %. La moitié a déjà réalisé au moins un dépistage antérieurement. Aucune consultation de CDAG n'a entraîné de diagnostic de séropositivité en 2009.

Dans 60 % des cas, la consultation répond à un simple désir de connaissance de son statut, un antécédent de prise de risque n'intervenant dans la motivation de dépistage que dans 35,8 % des cas.

La majorité des consultants sont hétérosexuels (86,1 %). Plus d'un tiers des consultants (37,2 %) ont eu plus d'1 partenaire dans les 3 derniers mois, et un quart n'utilisent jamais de préservatifs (mais autant l'utilisent systématiquement). Les autres modes de transmission sont peu fréquents (prostitution 2,3 %, toxicomanie : 0,3 %, transfusion sanguine : 2,7 %).

Enfin, 7 % des consultants rapportent des antécédents d'infections sexuellement transmissibles.

6. Conclusion

L'épidémie de VIH-Sida en Polynésie française reste contenue, avec une prévalence globale d'environ 135 personnes vivant actuellement avec le VIH/Sida. Les hommes sont les plus touchés, ainsi que la tranche d'âge des 20 à 40 ans. Cependant, l'infection est bien implantée sur le territoire, avec 11 à 16 nouveaux cas de séropositivité déclarés par an depuis 2006, dont 3 à 6 diagnostics faits en Polynésie française, et l'ensemble des archipels étant touchés.

La transmission se fait essentiellement par voie sexuelle (et en majorité hétérosexuelle). Les contaminations semblent concerner d'abord les personnes nées hors de Polynésie française, et ont eu lieu le plus souvent à l'étranger.

La majorité des patients suivis est sous traitement anti-rétroviral (106), en succès thérapeutique à 78 %. Cependant, 4 personnes sont encore décédées du VIH/Sida en 2009.

L'activité de dépistage en CDAG est en augmentation en 2009 (1 283 consultations), et assurée en grande majorité (66,2 %) par la consultation spécialisée de l'ILM. L'âge de consultation, surtout chez les femmes, tend à diminuer. Cependant, cette population utilisatrice des CDAG ne semble pas regrouper les facteurs de risque classiques. Enfin, le taux de positivité des tests reste faible, de 0 % en CDAG et 0,02 % en dehors.

Même si des groupes plus à risque existent probablement (homosexuels, prostitués, ..), le VIH-sida concerne aujourd'hui l'ensemble de la population polynésienne. L'information et la promotion des méthodes de prévention doivent donc être dirigées vers le grand public. Le dépistage et le traitement des infections sexuellement transmissibles, l'utilisation du préservatif et le dépistage du VIH dans une démarche commune aux partenaires constituent les actions de prévention prioritaires. Ainsi la substitution des CDAG classiques par des centres d'information de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST) devrait être envisagée.

De plus, des messages rénovés doivent être diffusés pour la promotion des attitudes de prévention (usage du préservatif, dépistage), et l'offre de ces moyens doit être adaptée (disponibilité large des préservatifs et accès facilité au dépistage en CDAG ou hors les murs). L'offre de dépistage du VIH devrait être étendue à travers l'ensemble des structures de santé et des tests de dépistage rapide pourraient être utilisés lors de campagnes de dépistage (CDAG mobile).

Enfin, l'offre de soins pour les patients infectés doit être garantie dans sa permanence et sa qualité, en maintenant les deux consultations spécialisées, et intégrant l'ensemble des éléments facilitant une prise en charge optimale (disponibilité des examens de laboratoires, éducation thérapeutique, appui social,..).

POD 2010 : Bilan de la 9^{ème} campagne de lutte contre la filariose en Polynésie française

Jean-Marc Ségalin (1), Vahinetua Rodiere (1), Pauline Niva (2), Marina Faatuarai (3), Pierre Vanquin (3), Annie Mouchard-Rachet (1), Jean-Paul Pescheux (4), Matahaiarii Coulon (2), Maeva Veccella (2), Auguste Buluc (4), Henri-Pierre Mallet (4), Maire Tuheiava (5)

¹Bureau des programmes de pathologies infectieuses, Direction de la santé, ²Bureau d'assistance technique et méthodologique Direction de la Santé, ³Centre d'hygiène et de salubrité Direction de la Santé, ⁴Bureau de veille sanitaire Direction de la Santé, ⁵Département des programmes de prévention Direction de la Santé

Résumé

L'étude de prévalence réalisée en 2008 après 8 campagnes de distribution de masse, a montré une prévalence globale d'antigénémie filarienne de 11,3% dans la population polynésienne.

Pour répondre aux recommandations du groupe d'experts (OMS, Institut Louis Malardé, Direction de la santé), il a été décidé de changer de méthode de distribution des médicaments.

La première campagne d'administration supervisée des médicaments contre la filariose avec prise observée directe (ou POD) a eu lieu en mai 2010.

Aux systèmes de distribution « classiques » ont été ajoutés des modes de distribution basés sur la participation communautaire : distribution lors de regroupements de populations, distribution porte-à-porte, grâce à l'implication des communes, des associations et des confessions religieuses.

Au total, 183 725 doses ont été distribuées, soit une couverture globale de la population de 69%.

Les résultats sont hétérogènes si l'on considère les lieux et les modes de distribution. Le taux de couverture varie de 60,4% à 84,1% selon les archipels. Le développement de la distribution en porte-à-porte semble représenter le mode de distribution le mieux accepté par la population. Il devra être largement développé lors de la campagne 2011, à l'instar de ce que firent les « taote mariri », pour atteindre l'objectif de 85% de couverture médicamenteuse.

1. Contexte

La Polynésie française a adhéré au Programme d'élimination de la Filariose Lymphatique dans le Pacifique (PacELF) en 2000 (délibération du 28 octobre 1999 reconnaissant le programme de lutte contre la filariose comme une priorité de santé publique). Ce programme est basé sur des campagnes de distribution annuelles de diéthylcarbamazine (DEC) et d'albendazole (ALB) (Tableau 1) pendant une durée d'au moins 5 ans.

Tableau 1 : Posologies de DEC et d'ALB en fonction de l'âge et du poids

Age ou poids	DEC (6 mg/kg)	Albendazole
2-5 ans (maternelle)	100 mg	400 mg
6-11 ans (primaire)	200 mg	400 mg
12-16 ans (secondaire)	300 mg	400 mg
Adulte < 80 kg	400 mg	400 mg
Adulte ≥ 80 kg	600 mg	400 mg

Cette stratégie a été appliquée à partir de l'année 2000 à toute la population âgée de plus de 2 ans, hors femmes enceintes. L'objectif à atteindre est l'interruption de la transmission de la filariose lymphatique (FL). Elle est définie par un taux de prévalence de la microfilaire <1% dans la population générale à partir de l'âge de deux ans et < 0.1% chez les enfants de 6 ans. En 2008, après la huitième campagne de ce type, une enquête de prévalence globale a été menée afin d'estimer la

proportion de la population porteuse de filaires en Polynésie française. Le taux de prévalence standardisé d'antigénémie mesuré par des tests immunochromatographiques (ICT Test®) était de 11.3%. L'objectif n'est pas atteint.

Un groupe de travail constitué d'experts de l'OMS, de l'Institut Louis Malardé (ILM) et de la Direction de la santé (DS) s'est réuni au décours de cette enquête. Les résultats de leurs travaux ont contribué à la rédaction du plan de lutte 2009-2013 contre la FL en Polynésie française.

L'analyse des campagnes menées jusqu'en 2007 a permis de conclure que le taux de couverture médicamenteuse ne correspondait pas au taux d'ingestion réelle des médicaments.

Pour obtenir une prévalence d'antigénémie inférieure à 1% en population générale, il est nécessaire d'obtenir au minimum une couverture médicamenteuse de plus de 85% durant trois années consécutives. Le groupe d'experts a recommandé un changement de stratégie dans le mode de distribution et l'utilisation de l'administration supervisée pour obtenir un tel taux de couverture.

2. Méthodes

La campagne 2010 s'est donc déroulée sous l'emblème de la POD, ce qui signifie Prise Observée Directe. La neuvième campagne de distribution a eu lieu pendant les mois d'avril et de mai 2010. La journée phare s'est tenue le 6 mai 2010.

La logistique utilisée jusqu'en 2007 a dû être adaptée aux exigences de la POD, combinant la distribution en milieu scolaire, la distribution par les professionnels de santé et la distribution sur les stands organisée par la DS lors de la journée phare. Conformément aux recommandations du groupe de travail, la stratégie s'est appuyée sur la participation communautaire puisque la POD a été également réalisée dans les congrégations religieuses, les entreprises, les administrations. Enfin, la collaboration avec plusieurs communes a permis de tester sur le terrain la faisabilité de la distribution au porte-à-porte. Cette dernière méthode devrait être promue au cours des prochaines années car elle répond parfaitement aux exigences de la POD.

Le taux de couverture médicamenteuse a été calculé à partir du nombre de doses distribuées en POD au cours de la campagne. Les résultats présentés sont sous-évalués car un certain nombre de doses n'a pas été supervisé et donc non comptabilisé.

Les procédures ont fait l'objet d'une évaluation qualitative sur la base de questionnaires standardisés remis aux différents acteurs de santé publique. Les volontaires et bénévoles qui ont travaillé sur les stands de la zone urbaine de Tahiti, les pharmaciens, les élèves infirmiers et les représentants des entreprises collaborant à la POD ont été sollicités pour répondre à ces questionnaires.

Par ailleurs, des éléments de rétro information concernant la campagne ont été collectés grâce aux rapports d'activité des cellules de santé publique.

Une enquête d'évaluation post-campagne a été réalisée au mois de juillet 2010 par téléphone auprès d'un échantillon de 254 personnes représentatif de la population adulte polynésienne, en collaboration entre la direction de la Santé et un prestataire de service.

3. Résultats

Couverture médicamenteuse

Durant la campagne 2010, 183 725 doses ont été administrées sous supervision. Le taux de couverture global est de 68,9% et de 71,9% pour la population éligible (population globale sauf les femmes enceintes et les enfants de moins de deux ans).

Contrairement aux précédentes campagnes, la couverture médicamenteuse mesurée reflète l'ingestion réelle des médicaments.

Le taux de couverture par archipel (tableaux 2 et 3) montre une forte disparité. Après les Tuamotu-Gambier, c'est dans l'île de Tahiti que la distribution supervisée a été la plus difficile. Malgré la forte mobilisation communautaire, les taux de couverture de Tahiti n'ont pas atteint la moyenne du pays.

Tableau 2 : Répartition des doses POD par archipel en 2010.

Archipel	Doses administrées en 2010	Couverture de la population globale par archipel POD 2010 (en %)	Doses distribuées en 2007
Iles du Vent	136 009	68,0	208 364
ISLV	24 625	72,3	37 645
Marquises	7 478	84,1	9 896
T-G	10 483	60,4	17 164
Australes	5 130	79,2	5 717
Total	183 725	68,9	278 786

Tableau 3 : Activité POD et couverture médicamenteuse des Iles du Vent

Ile	Doses administrées en 2010	POD 2010 : Couverture médicamenteuse /population globale (en%)
Tahiti Nui	108 689	66,3
Tahiti Iti	12 039	63,2
Moorea	15 281	90,1
Total	136 009	68,0

Une distribution efficace en milieu scolaire

Il est reconnu que la distribution en milieu scolaire est un pilier de la lutte contre la FL en Polynésie française. L'organisation de la distribution de masse au sein d'une population « captive » est bien sûr plus aisée que dans d'autres milieux. Néanmoins, il faut saluer l'investissement des services de santé scolaire et des cellules de santé publique de l'ensemble des archipels qui ont coordonné cette action de grande ampleur. De même, l'ensemble du corps enseignant a participé, cette année encore, de façon très efficace, à la distribution des comprimés contre la filariose, sous couvert du Ministère de l'Éducation.

Le taux de couverture de la population scolaire est de 78,9% (tableau 4). Ce chiffre en baisse par rapport à 2007 doit être interprété avec prudence.

Deux points doivent être discutés : le choix de la période de distribution et le changement de mode de distribution.

La campagne 2010 s'est déroulée au cours des mois d'avril et de mai 2010. Or, on observe régulièrement une augmentation de l'absentéisme scolaire à partir des vacances de Pâques. Cela a eu un retentissement sur la couverture de la population scolaire en raison de la diminution de l'effectif présent au cours de la campagne.

Les écoles ont été depuis longtemps pionnières dans l'administration supervisée des médicaments contre la filariose. Mais jusqu'en 2007, cette stratégie concernait principalement les écoles maternelles, primaires et les collèges. En 2010, la supervision des prises a concerné toutes les classes y compris celles des lycées. Enfin, la comparaison est délicate en raison de la surestimation des médicaments réellement ingérés en 2007.

Tableau 4 : Taux de couverture déclarés de la population scolaire en 2007 et 2010

	Nombre de doses distribuées en milieu scolaire	Couverture de distribution en milieu scolaire (en %)
Avril 2007	75 375	94
Mai 2010	58 103	78,9

4. Discussion

Des modes de distribution qui doivent évoluer

Pour la première fois en 2010, l'administration supervisée a été généralisée. Les conséquences en termes de couverture médicamenteuse étaient attendues. On passait d'une distribution très large sans supervision assortie de difficultés d'évaluation à un mode de distribution supervisée permettant un décompte réel du nombre de doses ingérées. En termes de taux de couverture, la sanction est nette : de plus de 100% de distribution théorique en 2007 (qui est le reflet d'un certain nombre de «double-distributions», on est passé à moins de 70% de doses ingérées sous supervision.

Il y a plusieurs explications : la peur de l'intolérance aux médicaments, plus ou moins associée aux contraintes de temps et de lieu pour l'ingestion sont probablement en partie responsables de l'insuffisance de couverture observée en 2010.

Les modes de distribution classiquement utilisés ont été maintenus (Tableau 5). La POD a rendu la logistique plus lourde en raison de la nécessité d'avaler les doses sur place – ce qui implique la mise à disposition d'eau et de gobelets. Dans le cadre scolaire, l'utilisation des cantines a permis de gérer au mieux la logistique de distribution. Les pharmacies ont bénéficié pour la plupart d'entre elles de l'aide d'élèves infirmiers responsables de la POD au sein même des officines. Cette nouvelle organisation mérite d'être améliorée car elle présente l'avantage de soutenir les équipes des officines pour la POD en impliquant des personnels soignants en formation dans une action de santé publique. Les dispensaires ont tenu leur rôle de prévention sur l'ensemble du territoire de Pf. Des aménagements en termes d'horaires et d'attribution de personnels sont nécessaires pour répondre à la demande des personnes se présentant pour la POD. Quant aux stands, ils sont tenus régulièrement par des volontaires de la Direction de la Santé. Grâce à une bonne préparation logistique, l'administration supervisée

sur les stands s'est déroulée globalement dans de bonnes conditions.

Conformément aux recommandations du groupe de travail, d'autres modes de distribution ont été utilisés. Ils reposent en premier lieu sur la participation communautaire. La collaboration avec certaines communes pilotes a permis d'évaluer la faisabilité de la distribution à domicile. La préparation en amont par des référents de quartiers soutenus par les élus de la commune a permis la visite des quartiers dans de bonnes conditions. L'accueil de la population a été majoritairement favorable à cette pratique. En termes de confort pour la population, cette solution est idéale. Si des effets secondaires doivent se produire, ils surviendront en cours de soirée et ne pénaliseront pas la journée de travail.

Le partenariat avec le milieu confessionnel a porté ses fruits : la distribution au sein des congrégations religieuses a été menée dans de bonnes conditions grâce aux grandes capacités d'organisation de ces structures.

La distribution dans les entreprises a bénéficié à 2278 personnes. La logistique a été assurée par les personnels de la direction de la Santé constitués en équipes mobiles.

Tableau 5: Répartition du nombre de POD réalisées selon le mode de distribution

	Mode de distribution	N	%
1	Etablissements scolaires	64 374	35,0
2	Stands	29 365	16,0
3	Pharmacies	22 168	12,1
4	Porte-à-porte	21 282	11,6
5	Dispensaires	13 515	7,4
6	Autres	7 916	4,3
7	Congrégations religieuses	7 781	4,2
8	Infirmierie	5 560	3,0
9	Médecins libéraux	4 450	2,4
10	Entreprises	2 278	1,2
11	Armée	1 956	1,1
12	Administrations	1 162	0,6
13	Fonctionnaires état	624	0,3
14	Equipe mobile bus	583	0,3
15	Infirmiers libéraux	357	0,2
16	Médecins du travail	354	0,2
	Total général	183 725	100,0

Enquête d'évaluation post campagne

Réalisée en juillet 2010 par un prestataire, elle a consisté à interroger par téléphone 254 personnes représentatives de la population polynésienne recrutées selon la méthode des quotas. Les personnes interrogées étaient résidentes des îles du Vent.

Les conclusions de cette étude sont les suivantes :

80% des personnes interrogées ont déclaré avoir pris le traitement. Parmi celles-ci, près **d'une personne sur deux déclare avoir ressenti des effets secondaires** pour la majorité, sans gravité. Les effets secondaires indésirables ne sont pas le principal motif invoqué en cas de refus de prise du traitement (ce n'est le cas que pour 5 personnes sur 52).

Parmi les 20% d'individus n'ayant pas pris le traitement, seuls 19% ont invoqué un motif «contingent» : femmes enceintes, hors du territoire, suivi d'un autre traitement.

Les autres motifs sont le manque d'information et le défaut d'organisation de la campagne.

Cependant, l'organisation de la campagne a été globalement bien perçue : **90% des personnes ayant pris le traitement se déclarent satisfaites de cette organisation.**

Enfin, selon les conclusions de l'enquête, les personnes les moins satisfaites attendent une augmentation du nombre de points de distribution et une amélioration de la répartition des points de distribution dans les communes. Les conclusions de cette enquête sont à prendre avec prudence en raison de la méthode utilisée, de la taille de l'échantillon et de l'effet mémoire puisque l'enquête a été réalisée 2 mois après la fin de la campagne POD 2010.

5. Perspectives pour les prochaines campagnes : éléments d'orientation

Compte tenu des objectifs à atteindre, et de notre expérience, le choix d'une stratégie mixte s'impose, alliant distribution avec POD à domicile au porte à porte avec l'aide « d'ambassadeurs » et dans des stands situés dans des points stratégiques. Même si l'on veut tendre vers une distribution à domicile la plus large possible, la faisabilité dans certaines zones urbaines très peuplées est discutable. La possibilité de rattrapage dans des points de distribution adaptés doit être renforcée. L'adaptation de ces points de distribution aux exigences de la POD passe par l'extension du nombre de jours et le décalage des horaires vers la fin de la journée.

Quelle stratégie pour les années à venir ?

Les recommandations du groupe d'experts s'appuient sur les recommandations de PacELF. Le monitoring de ces campagnes passe par la surveillance de sites sentinelles (la prochaine échéance est prévue en octobre 2011) et par des études de prévalence globale, telle que celle réalisée en 2008. Si la Polynésie française réalise un taux de couverture de la population éligible > 85% pendant au moins trois années d'ici 2014, une nouvelle étude de prévalence globale pourra être organisée.

Si ces objectifs sont atteints (prévalence antigénique <1% en population générale et <0.1% chez les enfants de deux ans, il est prévu de passer à une stratégie ciblée sur les zones de transmission résiduelles assortie d'une surveillance appuyée pour les autres zones géographiques.

Dans le cas contraire, il faudra rediscuter la stratégie de lutte contre la filariose lymphatique en Pf.

Quels sont les autres aspects de la lutte contre la filariose lymphatique en Pf ?

La prise en charge des morbidités est un aspect fondamental dans le cadre du plan de lutte contre la FL. Les données de prévalence des formes cliniques ont été extrapolées à partir des résultats de l'enquête de 2008. Elles font état de 1300 patients qui seraient atteints de morbidités séquellaires de l'atteinte filarienne en Polynésie française. Le type d'atteinte et les localisations ne sont pas connus. Cette maladie n'est pas à déclaration obligatoire et ne fait pas l'objet d'une prise en charge au titre de l'ALD, cela explique en partie les difficultés d'évaluation de la prévalence. Le travail d'évaluation de ces morbidités ainsi que l'optimisation de leur prise en charge médico-sociale sera réalisée à partir de 2011.

Enfin, la FL est une maladie vectorielle et il ne faut pas occulter les aspects entomologiques de la lutte contre cette endémie. Malheureusement, les caractéristiques du principal vecteur, *Aedes polynesiensis*, rendent illusoire l'application d'une lutte antivectorielle classique basée sur la destruction des gîtes et/ou la pulvérisation d'insecticides pour la destruction des adultes. L'espoir de la lutte antivectorielle contre *Aedes Polynesiensis* repose sur des stratégies novatrices telles que celles développées par le laboratoire d'entomologie de l'Institut Malardé. Ces programmes de recherche appliquée sont en cours et ne pourront pas être utilisés à grande échelle à court terme. Ces travaux se font avec le soutien de la Direction de la Santé et notamment l'équipe de l'hôpital de Moorea qui apporte régulièrement un soutien logistique aux équipes de l'Institut Louis Malardé.

La gestion des effets secondaires indésirables

La DEC et l'albendazole sont des molécules actives qui entraînent parfois des effets secondaires indésirables. Ces effets sont de deux types, comme il est rappelé dans l'encadré n°1. Ces effets sont bénins dans la grande majorité des cas. La prise au décours d'un repas ou d'une collation permet d'améliorer la tolérance digestive.

Encadré n°1 : Caractéristiques pharmacocinétiques de l'albendazole et de la diéthylcarbamazine (DEC)

(Source : Giroud J-P et al. Pharmacologie clinique, bases de la thérapeutique, Expansion scientifique française, 1988 1732-35)

Albendazole

Ce produit est faiblement absorbé (<5%) après une administration orale. Le pic plasmatique est maximum au bout de 2h30. La demi-vie dans l'organisme est de 8,5 heures.

Les effets indésirables sont les suivants :

- signes digestifs hauts (douleur abdominale ou épigastrique, nausées, vomissements) et diarrhée.
- céphalées et étourdissements.
- des réactions d'hypersensibilité incluant une éruption, un prurit et une urticaire ont été très rarement rapportées.

DEC

Le pic plasmatique est maximum au bout de 3 heures, nul après 48 heures. La demi-vie est de 6 à 8 heures.

La DEC peut entraîner 2 types de réaction :

- une réponse pharmacologique dépendant de la dose: début 1 à 2 heures et persistant quelques heures occasionnant nausées, vomissements, céphalées, étourdissements.
- une réaction d'hypersensibilité liée à la destruction de microfilaires: réactions systémiques ou locales, débutant en quelques heures et pouvant durer plus de 3 jours: fièvre, céphalées, arthralgies, douleurs abdominales, nausées, vomissements, asthénie, réactions ganglionnaires.

Au total

Les deux médicaments se caractérisent par la possibilité de survenue de signes digestifs hauts, de céphalées et d'étourdissements. La demi-vie courte et l'élimination totale en 48 heures implique que les signes attribuables à ces traitements devraient débuter rapidement et au plus tard dans les 24 premières heures. Les effets liés à la destruction de microfilaires sont peu spécifiques, débutent également rapidement mais se caractérisent par une durée plus longue.

Les contre-indications sont rares. Elles sont rappelées avec les précautions d'emploi dans le tableau n°6.

Tableau 6 : DEC et ALBENDAZOLE : Contre-indications et précautions d'emploi.
(Source : Dictionnaire Vidal Zentel® et Notezine®)

	DEC	ALBENDAZOLE
Contre Indications	Grossesse Enfants de moins de deux ans Allergie au blé Hypersensibilité à l'un des constituants. Patients présentant une allergie au blé (autre que la maladie coeliaque). Galactosémie congénitale, syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en lactase.	Hypersensibilité à l'albendazole ou à l'un des composants. Femme enceinte Galactosémie congénitale, syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou déficit en lactase.
Précautions d'Emploi	Utiliser avec prudence en cas d'antécédents de convulsions Adapter les doses chez l'insuffisant rénal Prudence pour chez les conducteurs de véhicules et utilisateurs de machines : risque de somnolence.	

6. Conclusion

La lutte contre la FL en Polynésie française nécessite un changement de stratégie qui a été opéré en 2010. L'administration supervisée est plus complexe sur le plan logistique que la simple distribution des médicaments. Les résultats obtenus en 2010 pour la première POD rendent compte de ces difficultés opérationnelles.

La stratégie la plus adéquate semble être la distribution à domicile. Cette stratégie nécessite l'appui de nombreuses personnes qui doivent être recrutées dans les communautés de population. Cette participation communautaire initiée en 2010 devra être développée et mieux structurée pour la POD 2011.

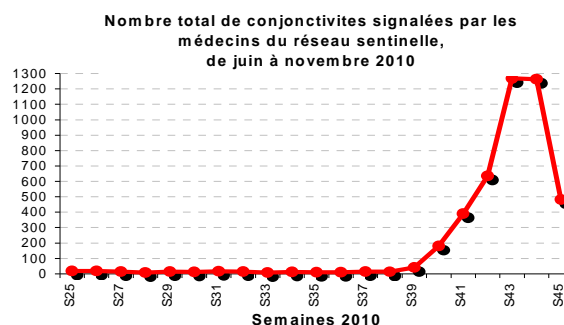
Remerciements :

Le Bureau des programmes de Pathologies infectieuses remercie chaleureusement tous les membres du comité de pilotage, l'ensemble des professionnels de santé qui ont participé à la campagne, les équipes scientifiques des laboratoires de parasitologie et d'entomologie de l'Institut Louis Malardé, l'équipe de la section entomologie du Centre d'hygiène et de salubrité publique, tous les partenaires institutionnels, associatifs, religieux, les entreprises privées qui ont participé à la POD, toutes les personnes qui ont donné de leur temps bénévolement dans l'ensemble des archipels de Polynésie française pour contribuer au bon déroulement de cette campagne.
En route pour la POD 2011 !

Brèves

Conjonctivite

Une épidémie de conjonctivite virale, probablement due à un adénovirus, a touché l'ensemble de la Polynésie à partir de la fin du mois de septembre. Le pic de l'épidémie a probablement été atteint début novembre, après 5 semaines de transmission intense dans l'ensemble de la population. Le nombre de patients ayant consulté pour conjonctivite virale, estimé d'après les données du réseau des médecins sentinelles, a dépassé les 40 000 cas. Cependant, si cette épidémie a bien entraîné une surcharge momentanée de l'offre de soins, très peu de complications ont été rapportées.



Calendrier vaccinal

Le nouveau calendrier vaccinal a fait l'objet d'un arrêté publié au JOF le 1^{er} avril 2010 (arrêté CM 0451).

Des tableaux présentent les schémas de vaccination, de la naissance à l'âge adulte, ainsi que les schémas de rattrapage qui permettent de répondre à toutes les situations qui se posent en pratique pour les praticiens vaccinateurs et leurs équipes.

Les principales modifications de fond portent sur :

- le vaccin BCG qui n'est plus obligatoire que chez les enfants de moins de trois mois (mais reste fortement recommandé jusqu'à 15 ans)
- le vaccin contre le pneumocoque heptavalent dont le schéma passe de quatre à trois injections sauf pour les enfants à risque particulier
- le schéma de vaccination par le ROR avec une dose à 10 mois et une deuxième dose à 15 mois.

NB : Le vaccin 7 valent contre le pneumocoque doit être remplacé par le vaccin 13 valent selon les modalités décrites dans le BEH n°14-15 de 2010 (http://www.invs.sante.fr/beh/2010/14_15/beh_14_15.pdf).

Pour les personnels de la Direction de la Santé, cette transition a fait l'objet d'une note de service.

Vaccination contre la grippe saisonnière

La campagne de vaccination a débuté au mois d'octobre 2010. Les modalités de distribution sont sensiblement les mêmes que les années précédentes. Le vaccin trivalent disponible a l'avantage de comporter une valence A H1N1^{pdm2009}. L'actualité récente dans les pays du Pacifique nous rappelle que ce virus circule encore puisqu'il a occasionné deux bouffées épidémiques en Nouvelle Zélande et en Australie au cours des deux derniers mois. Pensez à vacciner vos patients les plus fragiles contre la grippe.



Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit - 488 288

Est-ce qu'on peut attraper le sida en s'embrassant ?

"**NON!** Le VIH/sida ne s'attrape pas en s'embrassant, ni en se touchant ou en se caressant. On ne peut pas non plus l'attraper en serrant la main, en utilisant le même verre, en nageant en piscine, aux toilettes..."



Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit - 488 288

Est-ce que les homosexuels attrapent plus facilement le SIDA ?


"**NON!** Le risque est le même que l'on soit hétérosexuel ou homosexuel (quelle que soit la sexualité). Le VIH/sida peut se transmettre au cours de relations anales ou vaginales non protégées, qu'elles soient hétérosexuelles ou homosexuelles."



Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit - 488 288

Comment peut-on se protéger du VIH/sida et d'autres infections sexuellement transmissibles ?

"En utilisant un préservatif convenablement à chaque rapport sexuel. En étant fidèle (en n'ayant qu'un(e) seul(e) partenaire qui est aussi fidèle). En n'ayant pas de rapports sexuels. En recourant à des pratiques sexuelles moins risquées (baisers, étreintes, caresses)"



Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit - 488 288

Les moustiques peuvent-ils transmettre le virus du VIH/sida ?

"**NON!** Le VIH ne se transmet que de la manière suivante:

- en ayant des rapports non protégés (sans préservatif)
- si on utilise des lames de rasoir ou des aiguilles ayant déjà servi (tatouages, piercings ou injections)
- d'une mère séropositive à son enfant "

Direction de la santé

Coordonnateur du BISES : Elise Daudens, Bureau de veille sanitaire

Comité de rédaction : Solène Bertrand et Leslie Chant (Bureau des maladies liées aux modes de vie), Elise Daudens et Henri-Pierre Mallet (Bureau de veille sanitaire), Jean-Marc Segalin (Bureau des pathologies infectieuses), Maire Tuheiava (Département des programmes de prévention), Maeva Vecella (Bureau d'assistance technique et méthodologique), Laure Yen-Kai-Sun (Registre des cancers)

Mise en page : Thilda Tehaamoana, Bureau de veille sanitaire

Pour tous renseignements

Département des programmes de prévention : Tél. : 488 200 – Fax : 488 224

Bureau des maladies liées aux modes de vie : Tél. : 488 223 – Fax : 488 224

Bureau des pathologies infectieuses : Tél. : 488 215 – Fax : 488 212 – bppi@sante.gov.pf

Bureau d'assistance technique et méthodologique : Tél. : 488 221 – Fax : 488 224

Registre des cancers : Tél. : 488 203

Bureau de veille sanitaire : Tél. : 488 202 - Fax : 48.82.12 – veille@sante.gov.pf

Structure de gestion des cancers gynécologiques : Tel. : 488 250 – Fax : 488 217