



Ministère de la santé - Direction de la santé

# BISES

## Bulletin d'informations sanitaires, épidémiologiques et statistiques

### Sommaire

Page 1 :	Les pratiques addictives des jeunes Polynésiens
Page 4 :	La lèpre dans le Pacifique et en Polynésie française
Page 6 :	Toxi-infections alimentaires collectives et diarrhées bactériennes : bilan 2010

**Editorial** La santé publique est vivante. Ce numéro du BISES en est la démonstration.

La santé publique a vocation à s'occuper de populations particulièrement vulnérables ou de problèmes de santé publique. Si les premiers ne sont pas trop difficiles à définir (les enfants, les femmes enceintes, les personnes âgées, ...), il n'en est pas de même pour les seconds. A partir de quel moment, une pathologie ou une situation doit-elle être érigée en « problème de santé publique » et mérite-elle dès lors une approche et une prise en charge particulière ? Une autre difficulté porte sur la nécessaire adaptation de la prise en charge en fonction de l'évolution de la situation. Dans tous les cas, la connaissance et l'analyse de la situation sont les premières étapes de la démarche de santé publique.

C'est l'objet de ce numéro qui se penche d'abord sur la situation des conduites addictives des adolescents scolarisés polynésiens. Tous les dix ans, la Direction de la santé fait le point sur ce sujet. Cette fois, c'est plus de 4 000 d'entre eux qui ont été interrogés, en partenariat avec l'INPES et avec la pleine et entière participation des représentants de l'Education. Nous nous attendions à constater une aggravation, mais celle-ci présente des caractéristiques qui nous ouvrent des pistes pour une prise en charge mieux ciblée.

Le deuxième article pose la question de l'évolution des modalités de prise en charge de ce qui fut un important problème de santé publique : la lèpre, dont l'incidence a bien diminué, mais qui n'a pas disparu. Cette évolution entraîne une moins bonne connaissance de la pathologie et donc un risque accru de retard au diagnostic.

Le dernier article, enfin, s'intéresse à un sujet qui pourrait bien devenir « un problème de santé publique » : les Tiac (toxi-infections alimentaires collectives) dont l'incidence et parfois la gravité ne sont pas négligeables. Ce bilan impose une étude approfondie du sujet.

Bonne lecture.

*Dominique MARGHEM*  
Directeur de la santé

## Les pratiques addictives des jeunes Polynésiens

MF.Brugiroux<sup>1</sup>, F.Beck<sup>2</sup>, N.Cerf<sup>3</sup>, R.Guignard<sup>2</sup>, L.Renou<sup>4</sup>, JB.Richard<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centre de consultations spécialisées en alcoologie et toxicomanie, Direction de la santé - <sup>2</sup>Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France) - <sup>3</sup>Département des programmes de prévention, Direction de la santé - <sup>4</sup>Observatoire de la santé, Direction de la santé

### 1. Introduction

La consommation de substances psychoactives par les jeunes est l'une des préoccupations majeures de santé publique en Polynésie française. Afin d'y répondre par des éléments objectifs, le Ministère et la Direction de la santé polynésiens et l'Inpes ont élaboré, dans le cadre d'une convention de partenariat, l'Enquête sur les Conduites Addictives des Adolescents Polynésiens (ECAAP). Menée en milieu scolaire, elle permet de dresser un bilan épidémiologique et sociologique de la situation afin de connaître la prévalence de la consommation des substances psychoactives (licites et illicites), les âges de début de consommation, de mesurer l'évolution de ces indicateurs depuis la

précédente enquête menée en 1999 [2] et de les comparer avec la situation observée en France métropolitaine à 15-16 ans. Par ailleurs, cette étude permet d'identifier certaines caractéristiques liées à ces pratiques et d'évaluer les connaissances et représentations des jeunes sur les drogues dans le but de tirer des conclusions en termes d'actions de prévention à entreprendre.

L'enquête ECAAP a été réalisée sur l'ensemble de la Polynésie et a concerné les élèves scolarisés des classes de 6ème à la Terminale. Elle a été coordonnée par la Direction de la santé, avec l'aide des infirmiers scolaires, et s'est déroulée d'avril à juin 2009. L'enquête a été réalisée sur un échantillon de près de 4 100 élèves,

répartis dans 229 classes et 61 établissements des 5 archipels du Pays, représentatif de l'ensemble de la population scolarisée du secondaire en Polynésie française.

**2. La vie des adolescents : leurs joies, leurs peines et leurs besoins**

D'une manière générale, les adolescents polynésiens aiment l'école même si leur taux d'absentéisme est important. Leurs joies viennent de la famille et de leurs amis et leurs préoccupations portent comme tous les jeunes de leur âge sur l'orientation scolaire, le choix d'un métier et les relations avec les autres jeunes. Leurs loisirs tournent principalement autour du sport et de la musique. La pratique des jeux vidéo et surfer sur Internet ne viennent qu'en 3<sup>ième</sup> place de leurs activités favorites.

Ils mettent l'accent sur leurs désirs d'information en matière de santé (sexualité, alimentation...) et expriment clairement leurs besoins sur des thèmes peu évoqués dans les enquêtes précédentes : avoir confiance en soi (28%), gérer le stress (21%), faire face à l'influence des autres (11%).

Ces thèmes font écho aux résultats obtenus avec l'exploration de l'état anxio-dépressif dont souffrent certains adolescents et particulièrement les adolescentes en Polynésie (27% déclarent présenter les symptômes d'une dépression modérée ou patente) (tableau 1).

**Tableau 1 : Prévalence de la dépression chez les jeunes Polynésiens, selon le sexe, en 2009**

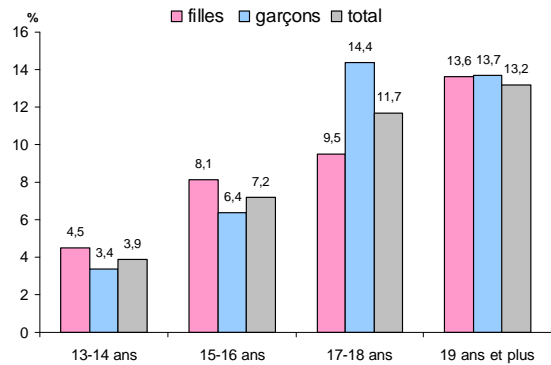
	Garçons	Filles	Total
Modérée	17,4%	25,8%	21,6%
Patente	4,1%	6,9%	5,5%
Modérée ou patente	21,5%	32,7%	27,1%

Parmi les 13 ans et plus, les liens avec les usages de substances psychoactives semblent très forts, que ce soit pour le tabac (41% des fumeurs quotidiens présentent des signes de dépression contre seulement 25% des non fumeurs), le paka (42% des usagers à problème de paka présentent des signes de dépression contre 27% des non usagers ou de ceux qui en ont un usage simple) ou encore les boissons alcoolisées (44% des buveurs réguliers présentent des signes de dépression contre 26% des jeunes n'ayant pas bu au cours du mois).

**3. Boissons alcoolisées : des usages à risque fréquents concernant autant les filles que les garçons**

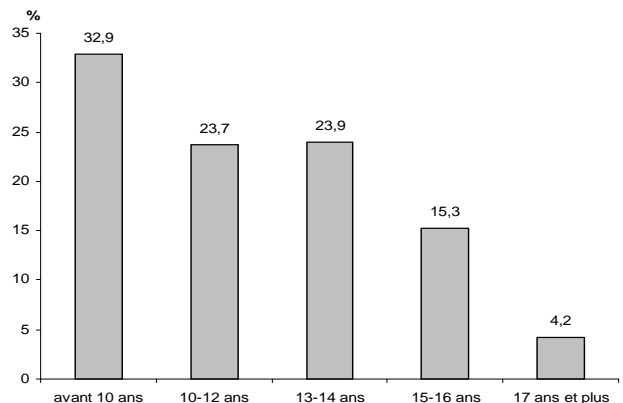
L'usage régulier d'alcool (au moins 10 fois au cours des 30 derniers jours) concerne 7% des jeunes Polynésiens. Quasi-inexistant avant 13 ans, il concerne 4% des 13-14 ans, 7% des 15-16 ans et plus d'un jeune sur dix parmi les 17-18 ans (figure 1).

**Figure 1 : Usage régulier d'alcool chez les adolescents Polynésiens, par tranche d'âge et sexe, en 2009**



On note une consommation de boissons alcoolisées plus importante dans les classes d'enseignement professionnel et de moindres consommations pour les jeunes des îles sous le vent et des archipels éloignés. L'âge du premier verre s'avère très jeune puisque un tiers des consommateurs l'a bu avant l'âge de 10 ans et la moitié avant l'âge de 13 ans.

**Figure 2 : Age au premier verre des jeunes Polynésiens, par tranche d'âge, en 2009**



L'expérimentation de l'ivresse augmente également avec l'âge, concernant 8% des 10-12 ans pour atteindre plus des trois quarts des jeunes au-delà de 19 ans.

Par rapport à 1999, le taux d'expérimentation d'alcool et de l'ivresse s'avère plus élevé quelle que soit la classe d'âge, avec en particulier une hausse assez nette de l'expérimentation de boissons alcoolisées parmi les plus jeunes (notamment les 10-11 ans). Au global, 32% des élèves avaient déjà été ivres en 1999, contre 44% en 2009 (figure 3).

**Tableau 2 : Evolution de l'expérimentation de l'alcool et de l'ivresse en 1999 et 2009, selon l'âge (en %)**

	Expérimentation de l'alcool		Expérimentation de l'ivresse	
	1999	2009	1999	2009
10-11 ans	28,0	37,2	6,0	10,5
12-13 ans	35,0	46,2	11,0	12,0
14-15 ans	63,0	73,4	30,0	38,9
16-17 ans	76,0	87,9	64,0	61,4
18-19 ans	85,0	92,2	70,0	74,0

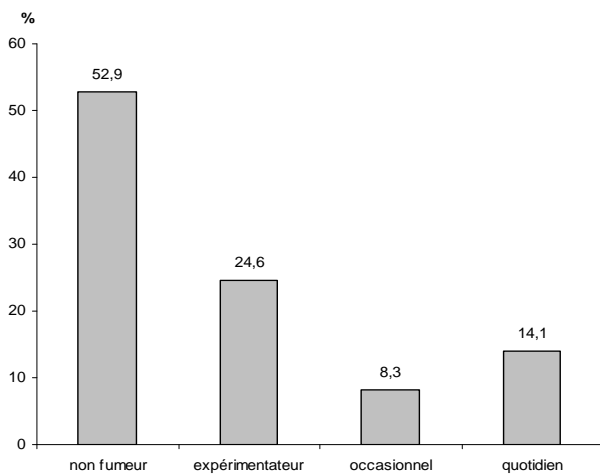
Les boissons alcoolisées les plus consommées par les jeunes Polynésiens sont les alcools forts ( 38,7%), la bière (38,6%) et les cocktails ( 37%) (y compris les punches), chacune de ces boissons ayant été consommée par presque quatre adolescents sur dix au cours du dernier mois. A 15-16 ans, les jeunes Polynésiens semblent

finalement consommer moins fréquemment de boissons alcoolisées qu'en métropole, mais de manière plus excessive et avec peu de distinction entre les sexes. L'expérimentation de l'ivresse apparaît plutôt plus fréquente en Polynésie, essentiellement parmi les filles (57% contre 45% en métropole). Il en va de même pour les épisodes d'alcoolisation importante : 47% en Polynésie contre 34% en métropole pour les filles). Globalement, l'usage régulier d'alcool apparaît lié à l'intensité dépressive ainsi qu'à l'absentéisme et à une scolarité marquée par des difficultés.

**4. Un tabagisme très présent, en particulier chez les filles**

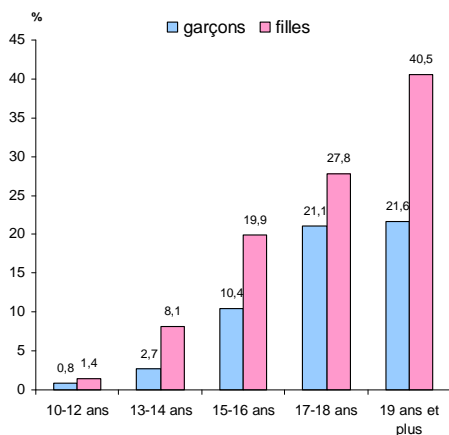
La moitié des jeunes polynésiens scolarisés n'ont jamais fumé de tabac (figure 3).

**Figure 3 : Statut tabagique des jeunes Polynésiens en 2009**



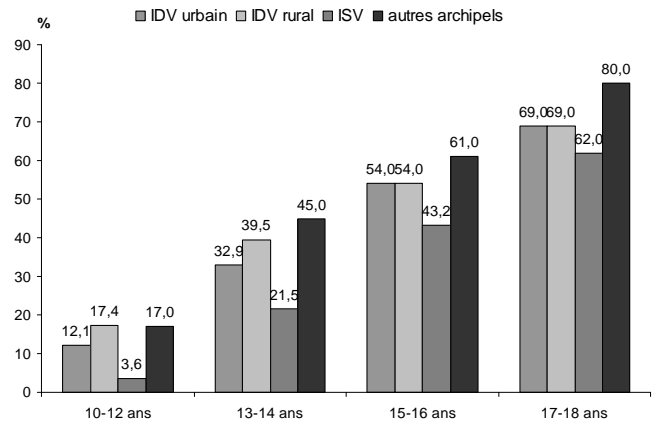
En 2009, l'usage quotidien de tabac concerne 14,1% des jeunes Polynésiens, les filles (18,3%) nettement plus que les garçons (9,8%), constituant de ce fait une cible à privilégier en matière de prévention primaire du tabagisme (figure 4). Un usage occasionnel (moins d'une cigarette par jour) est observé pour 6,1% des garçons et 10,6% des filles, soit 8,3% des adolescents.

**Figure 4 : Usage quotidien de tabac chez les adolescents Polynésiens, par tranche d'âge et sexe, en 2009**



On note une expérimentation de tabac plus fréquente dans les classes d'enseignement professionnel par rapport à l'enseignement général, mais une différence significative en fonction de la zone géographique avec un niveau de tabagisme toujours plus faible quelque soit l'âge dans les îles sous le vent (figure 5).

**Figure 5 : Expérimentation du tabac chez les jeunes Polynésiens, par strate, en 2009**



Le niveau de tabagisme apparaît en hausse par rapport à 1999, puisque si 17% des adolescents présentaient un usage occasionnel, ils n'étaient que 5% à déclarer fumer quotidiennement en 1999 (figure 6). Il en va de même en ce qui concerne le pourcentage de fumeurs ayant commencé avant l'âge de 12 ans. Ils étaient 33% en 1999 contre 50% en 2009. Et ce malgré le fait que la représentation du tabac en tant que drogue (70% en 1999, 72% en 2009) ainsi que la perception du danger du tabac (91,0% en 1998, 92,4% en 2009) soient restées identiques entre les deux enquêtes.

**Figure 6 : Evolution de la consommation de tabac entre 1999 et 2009**



A 15-16 ans, le tabagisme apparaît légèrement inférieur en Polynésie française, avec 15% de fumeurs quotidiens contre 17% en France métropolitaine. Mais alors que la consommation de tabac chez les jeunes garçons polynésiens s'avère bien inférieure à celle observée en métropole, les filles ont un niveau de consommation légèrement supérieur et également très supérieur à celui des garçons.

Comme cela a pu être observé en France, l'intensité dépressive ainsi qu'une mauvaise moyenne scolaire apparaissent également très liées à l'expérimentation de tabac à 15-16 ans. L'usage quotidien, étudié à partir de 15 ans, apparaît toujours fortement lié au sexe et à l'absentéisme et s'avère beaucoup moins fréquent dans la filière générale.

Comparés au tabagisme des territoires américains du Pacifique, l'expérimentation et l'usage récent de tabac se situent à un niveau intermédiaire en Pf et la très forte différenciation de consommation selon le sexe est une spécificité polynésienne puisqu'elle ne s'observe pas ailleurs.

## 5. Le cannabis (paka) très présent dans le quotidien des jeunes Polynésiens

Au global, l'expérimentation de paka concerne 29% des jeunes Polynésiens, soit un tiers des garçons (33%) et un peu plus d'un quart des filles (26%). Il existe un écart entre garçons et filles pour l'ensemble des indicateurs de consommations observés : usage actuel (23% des garçons et 18% des filles), usage récent (16% versus 10%), usage régulier (6% versus 2%). Par ailleurs, selon le CAST, échelle de repérage de l'usage problématique de cannabis, 13% des garçons et 9% des filles présenteraient un usage « à risque » de paka, tandis que respectivement 4% et 3% seraient déjà dans un usage problématique de ce produit. L'usage à problème comme celui de l'alcool concerne plus souvent les adolescents des classes d'enseignement professionnel (à 17-18 ans) et moins les élèves des Iles-sous-le-Vent. Ces usages apparaissent en hausse par rapport à 1999, puisque l'expérimentation de paka est passée de 24% à 29% en dix ans.

**Tableau 3 : Evolution de l'expérimentation de paka entre 1999 et 2009, selon l'âge (en %)**

Classe d'âge	Expérimentation de paka	
	1999	2009
12-13 ans	8,0%	7,5%
14-15 ans	20,0%	23,5%
16-17 ans	38,0%	42,4%
18-19 ans	49,0%	50,2%
<b>Total</b>	<b>24,0%</b>	<b>29,3%</b>

A 15-16 ans, un tiers des adolescents polynésiens (34%) a déjà fumé du paka et un quart en a fumé au cours de l'année (26%). Ces niveaux apparaissent légèrement supérieurs à ceux observés en France métropolitaine (respectivement 31% et 24%), tout comme l'usage problématique (3,6% contre 3% en France), en particulier chez les filles. Comparée aux territoires américains du Pacifique, la Polynésie française se situe à un niveau proche de celui de l'île de Guam, inférieur à celui des îles de Palau et des Mariannes du Nord, où le cannabis s'avère très diffusé, mais nettement au-dessus de ceux qui apparaissent très peu concernés (la république des îles Marshall et les Samoa occidentales).

Comme cela est également observé en France métropolitaine, l'usage occasionnel du paka se révèle particulièrement lié aux opportunités de contact avec ce produit. En revanche, le basculement vers un usage problématique apparaît plus lié au niveau anxio-dépressif.

## 6. Les autres drogues rarement expérimentées

Les niveaux d'expérimentation des drogues illicites autres que le paka apparaissent bien inférieurs à ceux observés pour ce dernier. Mis à part le kava, dont l'expérimentation concerne 3% des jeunes Polynésiens, aucun autre produit n'a été essayé par plus de 2% d'entre eux. Les plus expérimentés sont ensuite les produits à inhaler type colles ou solvants (1,9%), les amphétamines (1,7%) et la cocaïne (1,6%), tous les autres produits n'ayant été expérimentés que par moins de 1% des jeunes Polynésiens. A la différence de ce qui est observé en France métropolitaine, les écarts entre garçons et filles apparaissent souvent inexistantes. La seule exception est le kava, substance dont l'expérimentation semble être une pratique particulièrement

masculine. Lorsqu'elle a lieu, la rencontre avec ces drogues se fait majoritairement après 16 ans. Elles apparaissent nettement moins expérimentées en Polynésie française qu'en France ou dans les territoires américains du Pacifique. Par ailleurs, leur expérimentation est associée à l'absentéisme scolaire et au niveau de dépression. Elle concerne de manière plus importante les jeunes habitant dans les zones urbaines des Iles du vent. La consommation de kava semble très peu liée aux facteurs sociodémographiques ou scolaires, à la différence des autres produits.

## 7. Conclusion

Les résultats de cette enquête rejoignent pour beaucoup les constats des professionnels de terrain côtoyant les adolescents polynésiens. Ils montrent que l'usage de produits psychotropes a augmenté en dix ans, marqué par une hausse plus forte chez les filles, en particulier pour la consommation d'alcool. Une certaine baisse de l'âge d'entrée dans les consommations (voir l'ouvrage pour le détail) fait également écho aux observations de terrain, laissant supposer une banalisation de ces pratiques malgré une bonne connaissance des risques encourus. Ce point est important car la précocité du premier usage d'un produit est un facteur favorisant la poursuite de la consommation et l'installation d'un usage problématique. Face à la constatation de l'augmentation de la consommation de tabac, d'alcool et de paka par les adolescentes polynésiennes en dix ans, il apparaît que le niveau de connaissances sur les risques ne fait pas défaut et que les messages de prévention véhiculés depuis plusieurs années ont été entendus. Mais ils se heurtent, dans cette société aux pratiques bien ancrées de consommation associée à la fête, à la disponibilité des produits et au fait que l'alcool et le cannabis apparaissent souvent comme le seul moyen de supporter les difficultés de la vie.

Il est important, avant de se lancer dans des actions ciblant les filles, de les écouter pour mieux comprendre ce qui les pousse à vouloir consommer comme les garçons : place dans la société mal définie, moyen de s'imposer ou de se faire respecter, stress plus important ?

Dans le cadre du programme de lutte contre l'alcool et la toxicomanie de 2009, plusieurs pistes peuvent être préconisées afin d'endiguer la hausse de la consommation. Face aux demandes des élèves en matière d'information sur l'amélioration de la confiance en soi ou sur la gestion du stress, nos résultats confirment la nécessité de mettre en place le programme basé sur le développement des compétences personnelles et sociales pour une prévention plus large des déviations. Apprendre à gérer ses émotions et ses frustrations dès la petite enfance constitue en effet un moyen efficace d'aider les jeunes à ne pas basculer dans un usage à risque dans un pays où la honte de parler de soi et de ce que l'on ressent est parfois très forte. Des actions allant dans ce sens ont d'ailleurs été inscrites dans le programme de lutte contre l'alcool et la toxicomanie 2009-2013.

## 8. Références :

- [1] Beck F., Brugiroux M.-F., Cerf N. (dir.), Les conduites addictives des adolescents polynésiens. Enquête ECAAP 2009. Saint-Denis : Inpes, collection Études santé, 2010 : 200 p.
- [2] Brugiroux M.-F. Les jeunes et la drogue : enquête CAP chez les jeunes scolarisés de 10 à 20 ans en Polynésie française. Papeete : ministère de la Santé, direction de la Santé, mars 2000 : 63 p.



## La lèpre dans le Pacifique et en Polynésie française

NG.Nguyen<sup>1</sup>, HP.Mallet<sup>2</sup>, JM.Segalin<sup>3</sup>, C.Lagarde<sup>1</sup>, A.Buluc<sup>2</sup>, E.Daudens<sup>2</sup>, M.Tuheiva<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Centre de consultations spécialisées en maladies infectieuses tropicales, Direction de la Santé - <sup>2</sup>Bureau de veille sanitaire, Direction de la santé - <sup>3</sup>Bureau des programmes de pathologies infectieuses, Département des programmes de prévention, Direction de la santé - <sup>4</sup>Département des programmes de prévention, Direction de la santé

### 1. Introduction

La lèpre, due à *Mycobacterium leprae*, est une infection bactérienne à transmission interhumaine. C'est une maladie neurologique dont les premiers signes d'appel sont cutanés. Sur le plan physiopathologique, l'infiltration des cellules de Schwann par *M. leprae* est à l'origine de la destruction des nerfs périphériques dont l'importance détermine le pronostic fonctionnel du patient.

En 2009, 213 036 cas de lèpre ont été déclarés dans le monde, dont 4,6% dans les pays insulaires du Pacifique. Le continent asiatique est le plus touché avec 120 689 cas (56,6%), localisés surtout en Inde ; le continent américain arrivé en deuxième position avec 47 069 cas (22,1%), principalement au Brésil, puis vient l'Afrique avec 30 557 cas (14,3%). Le taux de détection de nouveaux cas a diminué ces dernières années sauf en Méditerranée orientale. Entre 2008 et 2009, cette baisse a été de 3,4% dans le monde.

Dans la région du Pacifique occidental, compte tenu de la petite taille des populations concernées, le seuil d'élimination de la lèpre est défini par une prévalence inférieure à 1 cas pour 10 000 habitants ou moins de 10 cas annuels pour les pays de moins de 100 000 habitants. Selon les critères de l'OMS, la lèpre est éliminée en tant que problème de Santé publique dans les pays insulaires du Pacifique occidental (tableau 1).

**Tableau 1 : Principaux indicateurs épidémiologiques de la lèpre au niveau régional (WPR) en 2008 et 2009**

Année	2008	2009
Nombre de cas traités	8174	9754
Prévalence /10.000 habitants	0,046	0,055
Nouveaux cas détectés (NCD)	5898	5859
NCD / 100.000	0,336	0,333
% multi bacillaire	69%	82%
% infirmité de grade II	10,3%	10,1%
% Enfants < 15 ans	5,6%	7,2%

En 2008, seuls 3 pays du Pacifique n'avaient pas encore atteint le seuil d'élimination défini par l'OMS : Etats fédérés de la Micronésie (14,7/10 000), Kiribati (9,07/10 000) et les îles Marshall (8,57/10 000).

### 2. Epidémiologie de la lèpre en Polynésie française

En Polynésie française (Pf), la lèpre est une maladie à déclaration obligatoire (arrêté ministériel du 7 février 1911). Historiquement, elle aurait été présente avant l'arrivée des Européens, probablement importée par les migrations successives lors du peuplement des îles du Pacifique en provenance d'Asie. Appelée « oovi » en tahitien ou « kovi » en marquisien, la lèpre a souvent provoqué une réaction de rejet des malades par la société, en Polynésie comme ailleurs, qui se traduisait par des mesures d'exclusion. A partir du XIX siècle, des léproseries ont été construites en Pf, à Hiva Oa (Marquises), Reao (Tuamotu) et à Tahiti (Motu Uta puis Orofara). La dernière léproserie située à Orofara, a été fermée en 1976. En Pf, l'endémie lépreuse est stable depuis plus de 15 ans.

Fin décembre 2010, le nombre de nouveaux cas détectés était de 6 personnes, soit une incidence de 2,2 / 100 000 habitants, et une prévalence de 0,67 / 10 000 habitants. De fait, en Pf, la lèpre est au dessous du seuil d'élimination fixé par l'OMS depuis 1991 (tableau 2 et figure 1).

**Tableau 2 : Indicateurs de l'endémie lépreuse en Polynésie française de 2005 à 2010**

	Population	Nombre de cas en traitement	Prévalence p. 10.000	Nombre de nouveaux cas	Incidence NCD p. 100 000	% MB <sup>1</sup>	% Infirmités <sup>2</sup>	% Enfants <sup>3</sup>
2005	251 000	16	0,63	10	3,95	50	0,00	0
2006	260 000	15	0,58	8	3,08	37,50	12,50	0
2007	260 000	13	0,50	3	1,15	33,30	33,30	0
2008	263 000	6	0,23	5	1,90	40	20	20
2009	264 000	10	0,38	9	3,4	78	0	11
2010	267 000*	18	0,67	6	2,25	50	0	0

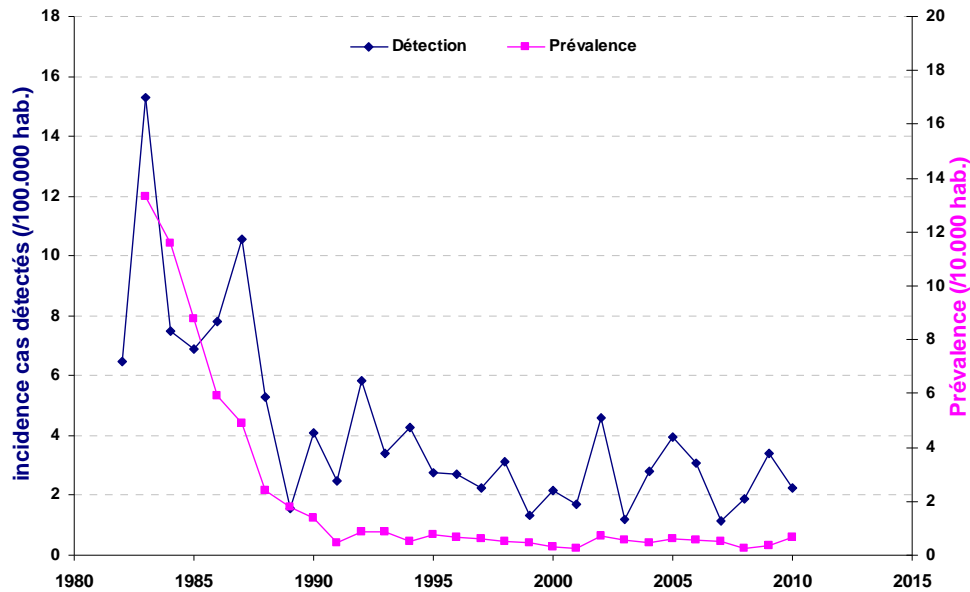
1.Proportion de malades multibacillaires

2.Proportion de malades porteurs d'infirmités de grade 2 (atteinte fonctionnelle avancée)

3.Proportion de malades âgés de moins de 15 ans

(\*) Estimation de l'Institut de la Statistique de la Polynésie française pour 2010

Figure 1: Prévalence et incidence de nouveaux cas de lèpre détectés en Polynésie française (1983-2010)



### 3. Prise en charge de la lèpre en Polynésie française

La lèpre couvre un large spectre clinique allant du pôle tuberculoïde au pôle lépromateux (avec un plus grand potentiel de transmission interhumaine), en passant par les stades intermédiaires qui font sa richesse sémiologique. Pour des besoins opérationnelles, l'OMS a simplifié la classification clinique avec seulement 2 formes : (i) la forme paucibacillaire, peu contagieuse, lorsque le patient présente 5 lésions cutanées ou moins, et (ii) la forme multibacillaire, plus contagieuse, avec plus de 5 lésions cutanées. Maladie curable depuis l'avènement des antibiotiques, le traitement standard de la lèpre est actuellement basé sur une polychimiothérapie combinant rifampicine, dapsonne et clofazimine. Elle permet une guérison bactériologique en 6 mois pour les formes paucibacillaires, et en 1 à 2 ans pour les formes multibacillaires. Instaurée depuis 1982 en Pf., ce traitement a permis de « blanchir » (=guérir) les patients souffrant de cette infection. En Juin 1998, l'OMS recommandait de raccourcir le traitement des cas multibacillaires à 1 an. Cette modification était surtout motivée par des impératifs programmatiques. Néanmoins, le schéma thérapeutique classique a été maintenu en Pf compte tenu de l'incertitude du taux de rechute avec le schéma raccourci. Outre cette polychimiothérapie, la prise en charge des patients est aussi basée sur les mesures de rééducation fonctionnelle et/ou chirurgicales, si celles-ci sont possibles pour réduire les handicaps fonctionnels, lorsque le diagnostic est tardif, et les séquelles neurologiques déjà constituées. Enfin, la possible survenue de réactions immunitaires, susceptibles d'endommager les nerfs et d'aggraver le pronostic fonctionnel, nécessite une gestion rapide par des traitements anti-inflammatoires adéquats. Ces réactions peuvent survenir pendant la polychimiothérapie, et parfois bien après la fin de celle-ci.

Les activités de lutte contre la lèpre en Pf ont été menées par l'ancien service des endémies et ses avatars successifs, à l'Institut Louis Malardé. En octobre 2010, l'Institut Malardé ayant choisi de renoncer à ses missions de soins, cette activité a été transférée à la Direction de la santé, au centre de consultations spécialisées en maladies infectieuses et tropicales (CCSMIT).

La stratégie de lutte repose sur la détection précoce et le traitement des patients. La détection active généralisée au

début du programme est devenue progressivement passive lorsque la lèpre est devenue hypo endémique. Par contre, le dépistage actif des sujets contacts dans l'entourage des patients est toujours recommandé. L'objectif est de maintenir la prévalence au-dessous du seuil d'élimination pour tenter de stopper la transmission et de prévenir les infirmités.

La lèpre est inscrite sur la liste des affections de longue durée de la Caisse de Prévoyance Sociale. Sa prise en charge financière ne pose donc pas de problème, sauf pour certains points particuliers (apport vitaminique, lunettes, topiques cutanées, ...). Par contre, la prise en charge des dépistages de sujets contacts est encore problématique.

La collaboration avec les structures sanitaires publiques ou privées, surtout au niveau périphérique, est plus que jamais nécessaire étant donné les moyens limités actuels. Cependant les missions de terrain avec le personnel entraîné sont parfois incontournables : elles ont pour objectifs de (i) grouper les dépistages des sujets contacts (gain de temps et optimisation des enquêtes), et (ii) d'entretenir les connaissances théoriques et techniques du personnel de santé périphérique sur la lèpre. La rareté relative de cette affection rend son diagnostic difficile pour le personnel médical et paramédical et justifie le maintien de la vigilance du personnel soignant. Avec en moyenne 5 à 10 nouveaux cas par an un soignant peut terminer sa carrière sans jamais voir un cas de lèpre dans sa vie professionnelle. Or, les retards diagnostiques et la survenue de complications neurologiques deviennent plus fréquents lorsque cette pathologie est rare. Pour cette raison, l'OMS, recommande de maintenir, au niveau national/territorial, une structure de référence pour la prise en charge de cette maladie pour laquelle de nouveaux cas continuent à survenir.

#### Bibliographie

- [1] Follereau Raoul. Tour du monde chez les lépreux. Flammarion 1953
- [2] Cartel JL et al. Lèpre dans les archipels de la Polynésie française de 1967 à 1987. Bull Soc Pathol Exot Filiales. (1988) 81(5):819-26.
- [3] Making progress towards leprosy elimination. Lancet (2006) Jan 28; 367 (9507): 276.
- [4] Second WHO Workshop on Sustaining Leprosy Services in the Pacific Islands Countries and Areas (Fiji) 10-12 May 2010.

# Toxi-infections alimentaires collectives et diarrhées bactériennes : bilan 2010

E.Daudens<sup>1</sup>, A.Rodrigues-Da-Costa<sup>1</sup>, HP.Mallet<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Bureau de veille sanitaire, Direction de la santé

## 1. Introduction

Une toxi-infection alimentaire collective (Tiac) est définie par la survenue d'« au moins deux cas groupés, d'une symptomatologie similaire, en général digestive, dont on peut rapporter la cause à une même origine alimentaire ».

## 2. Surveillance

Les laboratoires d'analyse de biologie médicale de Polynésie française (Pf) signalent au Bureau de veille sanitaire (BVS) les germes en cause dans des diarrhées bactériennes, mis en évidence sur des coprocultures. Les signalements se font également par les médecins hospitaliers et les services d'urgences, devant des cas groupés de patients présentant des syndromes dysentériques. Enfin, des collectivités peuvent avertir le BVS de cas groupés de diarrhées aiguës. Une investigation épidémiologique et alimentaire est alors mise en place autour de chaque cas déclaré, en collaboration avec le Centre d'hygiène et de salubrité publique (CHSP).

## 3. Résultats

En 2010, 109 résultats positifs de germes ont été adressés au BVS : 65 salmonelles, 43 shigelles et 1 campylobacter.

### • Tiac

12 épisodes de Tiac ont été investigués en 2010, versus 15 en 2009 et 7 en 2008. Ils ont concerné 140 malades, dont 33 confirmés biologiquement ; 219 personnes au total ont été exposées aux repas à risque ; 15 personnes ont été hospitalisées (taux d'hospitalisation = 10,7%) et aucun décès n'a été enregistré. Dans l'ensemble des foyers de Tiac, les populations les plus touchées étaient le plus souvent les enfants en bas âge (0-10 ans) et les personnes âgées (51 et plus).

Parmi les 12 Tiac, 7 ont eu lieu dans un cadre familial (58%), deux dans une colonie de vacances (17%), deux dans une communauté religieuse (17%) et une au sein d'une école (8%). Huit cas sont survenues à Tahiti, 1 à Raiatea, 1 à Moorea, 1 à Tikehau et 1 à Takaroa.

Les germes en cause identifiés par l'examen bactériologique étaient : des salmonelles dans 9 cas, des shigelles dans 1 cas et une association de *Staphylococcus aureus* et *Bacillus cereus* dans 1 cas.

Trois foyers de Tiac ont bénéficié d'analyses alimentaires sur des restes de repas. Parmi les 7 prélèvements réalisés, deux ont été positifs : 1 à *Salmonella typhimurium* (sur œufs), et 1 à staphylocoque doré et *Salmonella weltevreden* (sur salade russe et poulet).

D'après les résultats des investigations microbiologiques ou des interrogatoires des cas, les aliments contaminés étaient le plus souvent les œufs (50% des Tiac).

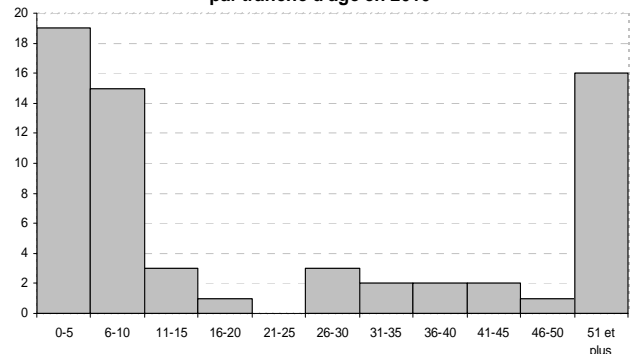
Les facteurs principaux à l'origine des Tiac, précisés lors des investigations, étaient :

- un délai important entre la préparation des aliments et leur consommation ou rupture de la chaîne du froid ou manque d'hygiène (58%) ;
- une contamination des oeufs (25%).

### • Salmonelles

En 2010, les laboratoires ont signalé 65 cas de salmonelloses (cas groupés et isolés confondus). Parmi eux, 45 ont été hospitalisés (69,2%). La moyenne d'âge des cas était de 26 ans. La moitié des cas était âgée de moins de 9 ans (minimum = 7 mois ; maximum = 96 ans) (figure 1).

Figure 1 : Répartition des cas confirmés de salmonelloses par tranche d'âge en 2010



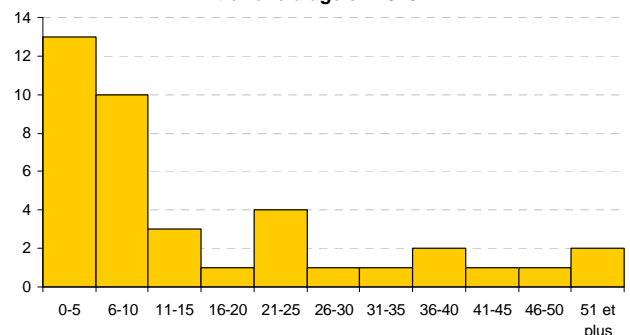
Ils résidaient pour 83% d'entre eux à Tahiti (54) et 11% à Moorea (7).

Sur les 65 souches de salmonelles, 23 souches (35,4%) ont pu être sérotypées : 9 *S. weltevreden*, 5 *S. typhimurium*, 4 *S. enteridis*, 4 monophasique et 1 *S. arizonae*.

### • Shigelles

En 2010, les laboratoires ont signalé 43 cas de shigelloses (cas groupés et isolés confondus), contre seulement 12 en 2009. Parmi eux, 25 ont été hospitalisés (58,1%). La moyenne d'âge des cas était de 17 ans et la moitié des cas était âgée de moins de 9 ans (minimum = 1 an ; maximum = 85 ans) (figure 2).

Figure 2 : Répartition des cas de shigellose par tranche d'âge en 2010



Ils résidaient pour 75% d'entre eux à Tahiti (30).

Parmi les 43 souches, 2 espèces ont été identifiées : *S. sonnei* (n=28) et *S. flexneri* (2).

## 4. Conclusion et discussion

Il existe une sous-déclaration des cas, ceux signalés étant généralement les cas hospitalisés. Cela entraîne un biais important dans la représentativité des germes identifiés à l'origine de ces intoxications, les résultats d'analyses

provenant essentiellement des coprocultures et très peu des prélèvements alimentaires. En effet, la sous-déclaration par les cliniciens et le délai important de la déclaration ne permettent pas de réaliser les prélèvements alimentaires permettant de rechercher les toxines et autres germes potentiellement présents dans les denrées alimentaires. Une sensibilisation sur la nécessité et l'intérêt de déclarer précocement et systématiquement les suspicions de Tiac devrait être faite, vers les professionnels de la santé mais également vers les responsables d'établissements de restauration collective et d'associations.

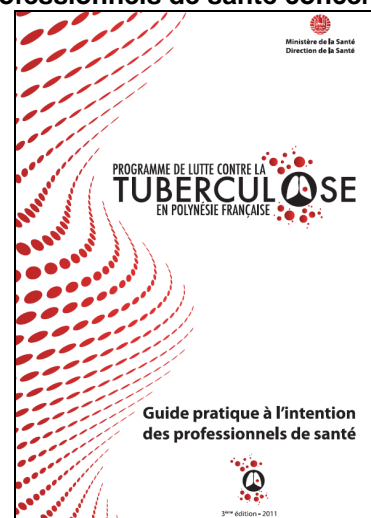
La contamination des aliments peut se faire par des personnes « porteurs sains », pendant la préparation des repas. Les viandes peuvent être contaminées en surface au moment de l'abattage par le contenu du tube digestif qui peut héberger des salmonelles. Les œufs sont souvent contaminés au niveau de la coquille par les fientes de la poule. Les végétaux peuvent être contaminés par l'utilisation de fertilisants, d'eaux contaminées ou de mauvaises pratiques de préparation.

Le Service du Développement Rural (SDR) est en charge du contrôle de la partie élevage. Il met en œuvre toutes les mesures nécessaires afin d'éviter des contaminations biologiques des animaux ou de lutter contre les germes présents les plus dangereux grâce à des moyens de prévention et de lutte adaptés à chaque type d'élevage. Un suivi méticuleux des règles d'hygiène doit être respecté lors des opérations d'abattage et de transformation des matières premières. Le maintien de la chaîne du froid lors du transport et du stockage doit être respecté. Un étiquetage obligatoire d'information des œufs issus d'élevages non indemnes de salmonelles pourrait être proposé.

Parmi les mesures d'hygiène, il est recommandé de se laver les mains après avoir manipulé des aliments à risques et de nettoyer son plan de travail. Les œufs doivent être stockés au frais après achat afin d'éviter une condensation sur la coquille qui les rendrait poreux et donc favoriserait la pénétration des micro-organismes.

Les préparations à base d'œufs sans cuisson doivent être réalisées uniquement avec des œufs extra-frais dont la coquille est visuellement propre, le plus près possible du moment de leur consommation et conservées au froid pendant 24 h maximum. Une consommation de viande est recommandée cuite à cœur, les restes doivent être mis au froid sans délai. Une campagne de communication sur les règles d'hygiène semble nécessaire afin de diminuer les risques de contaminations au sein des collectivités et en milieu familial.

**Le nouveau Guide pratique du programme de lutte contre la Tuberculose en Polynésie française, édition 2011, est sous presse. Il sera prochainement diffusé à tous les professionnels de santé concernés.**



## **BISES**

**Coordonnateur :** Elise Daudens, Bureau de veille sanitaire

**Maquette :** Elise Daudens, Bureau de veille sanitaire

**Mise en page :** Thilda Tehaamoana, Bureau de veille sanitaire

**Comité de lecture :** Solène Bertrand et Leslie Chant (BLMV), Elise Daudens et Henri-Pierre Mallet (BVS), Jean-Marc Segalin (BPPI), Laure Yen-Kai-Sun (RC), Maire Tuheiava (DPP), Lam Nguyen-Ngoc (CCSMIT), Maeva Veccella (BATM)

### **Pour tous renseignements**

**Département des programmes de prévention (DPP) :** Tél. : 488 200 – Fax : 488 224

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

**Bureau des programmes des pathologies infectieuses (BPPI) :** Tél. : 488 215 – Fax : 488 212 – [bpipi@sante.gov.pf](mailto:bpipi@sante.gov.pf)

**Bureau d'assistance technique et méthodologique (BATM) :** Tél. : 488 221 – Fax : 488 224

**Registre des cancers 5RC) :** Tél. : 488 203

**Structure de gestion du programme de dépistage des cancers gynécologiques (SG) :** Tel. : 488 250 – Fax : 488 217

**Bureau de veille sanitaire (BVS) :** Tél. : 488 202 - Fax : 48.82.12 – [veille@sante.gov.pf](mailto:veille@sante.gov.pf)

**Centre de consultations spécialisées en maladies infectieuses tropicales (CCSMIT) :** Tel : 54.32.42 – [nnlam@mail.pf](mailto:nnlam@mail.pf)

Ouvert du lundi au jeudi de 7h30 à 15h30, et le vendredi de 7h30 à 14h30. Présence du médecin les lundi, mercredi et vendredi. Situé au dispensaire des Tuamotu-Gambier de Papeete (derrière l'ancien hôpital Vaiami).