



Ministère de la santé - Direction de la santé

BISES

Bulletin d'informations sanitaires, épidémiologiques et statistiques

Sommaire

- Page 1 : Evaluation de la couverture vaccinale en milieu scolaire en Polynésie française, 2011-2012
- Page 2 : La tuberculose en Polynésie française – Le point en 2012
- Page 4 : Bilan de la surveillance de la leptospirose en Polynésie française, 2006-2012

Evaluation de la couverture vaccinale en milieu scolaire en Polynésie française, 2011-2012

JM. Ségalin¹, L. Renou²¹Bureau des Programmes de Pathologies Infectieuses, Direction de la santé, ²Consultante en santé publique

1. Introduction

En Polynésie française (Pf), la vaccination est organisée par la Direction de la santé (DS). Les vaccins sont administrés gratuitement dans les structures publiques. La plupart des vaccins sont obligatoires pour l'inscription à l'école. Chaque enfant scolarisé a un dossier médico-scolaire dans lequel sont consignés les vaccins administrés dans le cadre de la santé scolaire.

2. Méthode

L'objectif général de cette enquête était de mesurer la couverture vaccinale (CV) des enfants scolarisés au cours de l'année 2011-2012 en Pf.

Les sources de données étaient les carnets médico-scolaires. L'enquête s'est déroulée de juin à septembre 2012. Elle concernait les élèves de section des petits (SP), de cours élémentaire 1^{ère} année (CE1), et de 6^{ème}. Les résultats ont été comparés avec la dernière enquête de CV réalisée en 2007.

3. Résultats

L'enquête a concerné **13 787 élèves** (taux d'exhaustivité 98,3%).

Elèves de SP

La CV des enfants scolarisés en SP était supérieure à 95% pour le BCG, le vaccin contre l'hépatite B, le ROR et le vaccin DTCPHib. La CV du Pn13 était de 93,8%, avec une disparité entre les archipels.

Elèves de CE1

La CV des élèves de CE1 était supérieure à 95% pour tous les vaccins sauf pour le Pn13. L'analyse des taux de CV par archipel montre que cet objectif était atteint dans tous les archipels pour tous les vaccins sauf le 2^{ème} rappel dTP.

Elèves de 6^{ème}

La CV des élèves de 6^{ème} était supérieure à 95% pour tous les vaccins, sauf pour le 3^{ème} rappel DTCP avec, là aussi, une disparité géographique notable.

Evolution de la CV entre 2007 et 2012

En classe de SP, entre 2007 et 2012, la CV du BCG a baissé alors que les CV du vaccin contre l'hépatite B et du vaccin DTCPHib ont augmenté. La CV du vaccin ROR est passée de 78,3% à 97,8% en 5 ans.

En CE1, entre 2007 et 2012, la CV du BCG est restée stable. Les CV du vaccin contre l'hépatite B et du vaccin DTCPHib ont augmenté.

4. Discussion - Conclusion

La mauvaise qualité du remplissage des carnets médico-scolaires par certains professionnels de santé a été source de confusion entre les différents vaccins. L'insuffisance de CV du Pn 13 dans la classe de SP s'explique par l'introduction récente de ce vaccin en Pf.

Dans les classes de CE₁ et de 6^{ème} l'insuffisance de CV pour le 2^{ème} rappel dTP et le 3^{ème} rappel DTCP était liée au manque d'effectifs médicaux et paramédicaux de certaines îles, source de retard dans les campagnes de vaccination. Ces retards sont rattrapés dans les classes supérieures. C'est pourquoi la prochaine enquête devrait concerner les classes de section des moyens, de CE₂ et de 5^{ème}.

La CV des enfants scolarisés en Pf atteint l'objectif de 95% pour la plupart des vaccins. Ces résultats confirment l'efficacité de la mise en œuvre des recommandations et sont liés au caractère obligatoire des vaccinations. L'outil de recueil doit être amélioré, et la méthodologie des prochaines enquêtes doit évoluer.

Interventions proposées pour l'amélioration de la CV :

- Maintenir l'obligation vaccinale
- Revoir l'outil de recueil des vaccinations dans le carnet médico-scolaire
- Lors de la prochaine enquête, mesurer la CV dans les classes de section des moyens, de CE₂ et de 5^{ème}

Rapport complet disponible à l'adresse suivante :

<http://www.hygiene-publique.gov.pf/spip.php?article136>

La tuberculose en Polynésie française – Le point en 2012

HP. Mallet¹, JP. Pescheux¹, NL. Nguyen², JM. Segalin³

¹Bureau de veille sanitaire, Direction de la santé – ² Centre de Consultations Spécialisées en Maladies Infectieuses et Tropicales, Direction de la santé – ³ Bureau des programmes de pathologies infectieuses, Direction de la santé

1. Introduction

La tuberculose reste une des premières causes de morbidité et de mortalité dans le monde malgré une diminution récente de l'incidence globale estimée par l'OMS (125/100 000 habitants). Dans les Etats Insulaires du Pacifique (hors Papouasie Nouvelle-Guinée), les niveaux d'incidence se situent entre 8 et 25/100 000 hab. En France, l'incidence est de 8/100 000 hab. au niveau national mais de 16 en Ile-de-France.

En Polynésie française (Pf), la tuberculose est encore présente sur l'ensemble du territoire, malgré sa décroissance continue depuis la moitié du siècle dernier. En 1998, la réorganisation du programme de lutte contre la tuberculose a permis de réduire cette incidence, elle s'établit autour de 20/100 000 hab. pour ces 5 dernières années.

L'objectif de cet article est de décrire les caractéristiques épidémiologiques récentes de la tuberculose, ainsi que les modalités de prise en charge des cas et de leur entourage en Pf entre 1998 et 2012.

2. Méthodes

Définitions des cas de tuberculose

Un cas de tuberculose probable est défini comme une personne présentant des signes cliniques ou radiologiques compatibles avec une tuberculose et traitée par au moins trois médicaments antituberculeux. Ont été exclues les personnes ayant fait l'objet d'un simple traitement "d'épreuve" ainsi que les infections à mycobactérie atypique.

Un cas de tuberculose est confirmé si une mycobactérie du complexe *Mycobacterium tuberculosis* a été identifiée dans au moins une culture. Un cas est dit à examen direct positif (EM+) si au moins 2 prélèvements (expectorations, tubages gastriques ou produit de broncho-aspiration) sont positifs à l'examen microscopique des expectorations, tubages gastriques ou produit de broncho-aspiration, ou un seul prélèvement positif mais avec une image radiologique évocatrice d'une tuberculose pulmonaire.

Un cas d'infection latente est défini par un résultat positif de l'intra-dermo réaction à la tuberculine (IDR) ou d'un test de dosage d'interféron gamma.

Modalités de surveillance et de suivi des cas

Les données proviennent de la surveillance de la tuberculose basée sur les déclarations volontaires des médecins des hôpitaux, cliniques privées et libéraux, complétée par une recherche active des cas réalisée dans les services hospitaliers susceptibles d'accueillir des patients tuberculeux.

Les nouveaux cas de tuberculose sont enregistrés au Bureau de veille sanitaire (BVS) de la Direction de la santé, à partir d'une fiche de déclaration.

Les informations bactériologiques sont récupérées auprès des laboratoires du Centre Hospitalier de Pf (CHPf) et à l'Institut Louis Malardé (ILM). Les souches des nouveaux cas sont systématiquement adressées à un laboratoire de référence en France pour les tests de sensibilité.

La prise en charge médicale des cas est assurée par les médecins pneumologues hospitaliers, le médecin du

Centre de Consultations Spécialisé en Maladies Infectieuses et Tropicales (CCSMIT) et les médecins des dispensaires et centres médicaux.

Le programme de lutte, en particulier les enquêtes autour des cas, est coordonné par le BVS, en lien avec les cellules de promotion de la santé, les dispensaires et centres médicaux, les services de médecine scolaire et de médecine du travail. Ce programme a été réactualisé et un guide pratique ré-édité en 2011.

L'analyse des cohortes et de leur suivi est réalisée par le BVS, avec les logiciels Excel®, Access®, EpiInfo®

3. Résultats

Depuis 1998, suite à la redéfinition du programme de lutte contre la tuberculose, l'incidence de la tuberculose est passée de 104 cas à 52 cas en 2012 (19,4/100 000 hab.). Cependant, cette baisse semble s'être interrompue ces 5 dernières années (Figure 1).

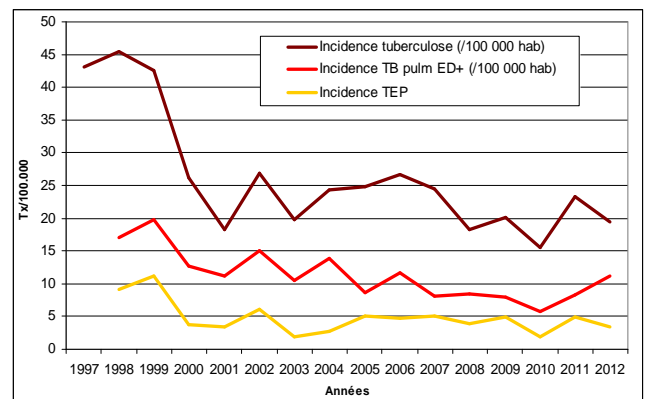


Figure 1 : Incidence de la tuberculose pour l'ensemble des cas, les formes pulmonaires à examen direct positif (ED+) et les formes extra-pulmonaires (ETP), 1997 - 2012, Pf

Sexe et âge

Les femmes sont aussi souvent atteintes que les hommes (sex ratio de 1 en moyenne sur les 10 dernières années, de 0,79 en 2012). Le nombre de cas dans la population âgée de plus de 25 ans a tendance à décroître alors qu'il reste globalement stable chez les moins de 25 ans et semble même en augmentation chez les 15-24 ans (Figure 2).

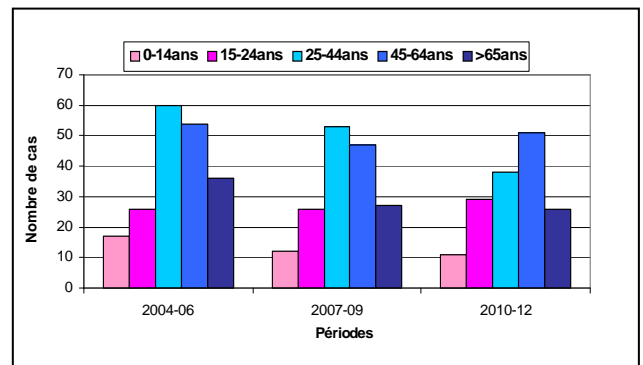


Figure 2 : Nombre de cas de tuberculose par groupe d'âges et par période, 2004 - 2012, Pf

Origine géographique

Dans la dernière décennie, les cas se concentrent essentiellement à Tahiti (68% à Tahiti Nui, 9% à Tahiti Iiti), Moorea (6%) et Iles Sous Le Vent (9%).

Caractéristiques cliniques et bactériologiques

Les tuberculoses avec localisation pulmonaire (isolée ou associée à une localisation extra-pulmonaire) représentent plus de 80% des cas sur la dernière décennie. Les formes extra-pulmonaires sont essentiellement pleurales (33%), ganglionnaires (30%), osseuses (12%) et viscérales (8%). Les tuberculoses miliaires et laryngées ne sont pas rares (respectivement 6% et 3% des formes extra-pulmonaires). En 2012, parmi les 52 cas traités, 34 avaient une culture positive à *M. tuberculosis* (dont 26 avec un EM+), 5 avaient une histologie évocatrice et 13 n'étaient pas confirmés par la bactériologie, ni par l'histologie.

Entre 2000 et 2012, 6 souches de *M. tuberculosis* ont présenté une mono-résistance et 1 cas une poly-résistance. Aucun cas de multi-résistance n'a été identifié. En 2012, aucune résistance n'a été relevée sur 39 antibiogrammes réalisés. Une seule co-infection par le VIH avait été diagnostiquée, en 2011.

Prise en charge et suivi des cas de tuberculose

En 2012, 38 patients (73%) ont été hospitalisés pour leur prise en charge initiale, en majorité au CHPf (29 patients). Les 14 autres cas étaient des formes pulmonaires ou associées, à examen direct négatif, sauf dans 3 cas. Leur prise en charge initiale a été faite en ambulatoire au CHPf (7 cas), au CCSMIT (3 cas), par pneumologue libéral (3 cas) et en Centre Médical (1 cas). Le nombre de cas hospitalisés pour leur prise en charge initiale est en ré-augmentation ces dernières années (Figure 3).

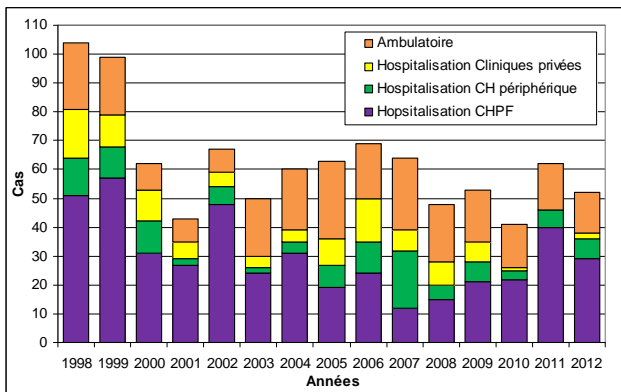


Figure 3 : Mode de prise en charge initiale et lieux d'hospitalisation des cas de tuberculose, 1998 - 2012, Pf

La supervision de la prise médicamenteuse quotidienne en 2012 est assurée par la famille pour 39 patients, et par une infirmière à domicile pour 9 cas (9 en 2011, 3 en 2010, 9 en 2009, 7 en 2008 et en 2007). Les rechutes (6 cas) représentent 12% du total des cas en 2012, taux constant depuis 1998. La majorité de ces rechutes survient au-delà de 5 ans, voire de 10 ans, et sont probablement liés à une ré-infection.

Le taux de traitement complet pour la cohorte 2011 est de 87%, avec 5% de décès et 6% d'abandons ou perdus de vue (Figure 4).

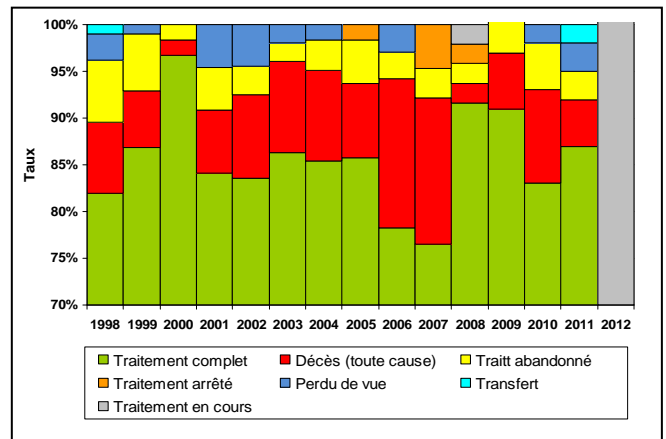


Figure 4 : Issues de traitement des cas de tuberculose traités, 1998 - 2012, Pf

Enquêtes autour des cas

Une enquête de dépistage est déclenchée systématiquement autour de tout cas de tuberculose, et depuis 2012 selon le nouveau protocole décrit dans le guide pratique 2011. En fonction de la contagiosité du cas et des risques individuels, le dépistage recherchera des cas de tuberculoses maladie secondaires ou cas source (TM) et des infections tuberculeuses latentes (ITL). Un traitement préventif par rifampicine et isoniazide pendant 3 mois est systématiquement envisagé pour les infections chez les enfants de moins de 15 ans.

Le bilan des 125 enquêtes réalisées, de 2010 à 2012 et à ce jour, rapporte un nombre de sujets contact identifiés de 1 566 (soit une moyenne de 12,5 par cas investigué), dont 1 340 (85,5%) ont été dépistés au moins par un test IDR. Parmi ces derniers, 135 cas (10%) d'infection latente ont été diagnostiqués, dont 105 (77%) ayant débuté une chimioprophylaxie, et 9 tuberculoses maladie (0,7%) ont été découvertes (Figure 5).

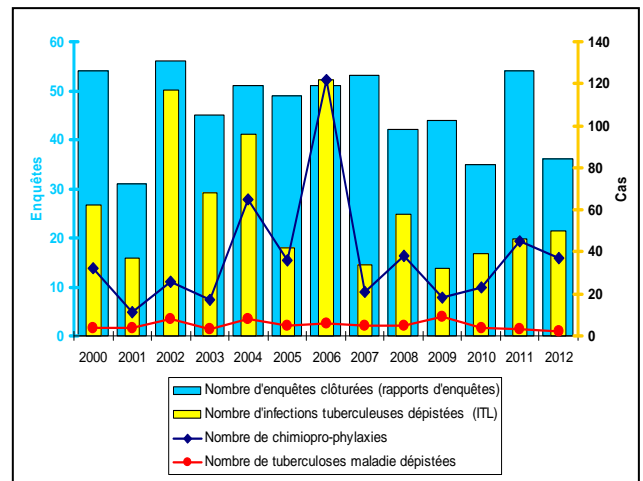


Figure 5 : Principaux résultats des enquêtes de dépistage, 1998 - 2012, Pf

4. Discussion

Le profil épidémiologique des cas se rapproche de celui des pays les plus développés, avec en particulier une moyenne d'âge plus élevée. Cependant, certaines caractéristiques témoignent d'une circulation encore active du bacille dans la population, en particulier dans certains milieux familiaux : les femmes sont autant touchées que les hommes, l'incidence chez les jeunes adultes reste élevée

et le taux de récurrence reste constamment élevé malgré un taux de succès thérapeutique supérieur à 80%.

L'apparition de souche multi-résistante a pour l'instant été évitée, et le bon rendement des enquêtes permet maintenant un traitement plus large des formes latentes, en plus du dépistage des nouveaux cas.

Ces caractéristiques de la tuberculose en Pf sont liées au mode de vie, avec en particulier une forte proportion de cohabitation, et à l'isolement du Pays.

Une étude épidémiologique et moléculaire des souches est en cours pour tenter de mieux comprendre la transmission de la maladie dans la population et d'identifier d'éventuels groupes ou foyers géographiques à risque auxquels un dépistage ciblé pourrait être proposé. Pour cela, les moyens techniques, radiographie et tests de dépistage sanguins, doivent être rendus disponibles, physiquement et financièrement.

Bilan de la surveillance de la leptospirose en Polynésie française 2006-2012

AL. Berry¹, HP. Mallet¹, JP. Pescheux¹

¹Bureau de veille sanitaire, Direction de la santé

1. Introduction

La leptospirose est une maladie causée par la bactérie *Leptospira interrogans*, espèce composée de 23 sérogroupes. Elle atteint l'homme par contamination directe par contact avec des animaux infectés, ou indirecte par contact avec des eaux ou d'autres produits souillés par les urines des animaux infectés. L'incubation de la maladie dure en moyenne 10 jours. De nombreuses formes cliniques sont décrites, néanmoins, les symptômes les plus courants sont la fièvre et les céphalées et la complication la plus fréquente l'atteinte rénale. La létalité peut atteindre 5% des cas. Le diagnostic biologique se fait par diagnostic direct en recherchant le génome bactérien dans les 5 premiers jours de la maladie (par *Polymerase chain reaction*, ou PCR), et par diagnostic indirect au-delà du 5^{ème} jour en mettant en évidence des anticorps de type IgM.

En Polynésie française (Pf), la leptospirose est une pathologie infectieuse endémique majeure, soumise à une surveillance spécifique. Les hôtes vecteurs principaux sont les cochons et les rats.

L'objectif de cet article est de décrire la cohorte de cas de leptospirose survenus en Pf entre le 1^{er} janvier 2006 et le 31 décembre 2012, en termes de temps, lieu, personne, et facteurs de risque.

2. Matériels et méthodes

• Surveillance

Une surveillance spécifique de la leptospirose est organisée depuis 2006 par le Bureau de veille sanitaire (BVS) de la Direction de la santé (DS). Elle a été renforcée en 2009 par la mise en place d'un réseau de laboratoires et par le recueil actif des cas hospitalisés lors de visites régulières au Centre hospitalier de la Pf (CHPf). Les données proviennent à la fois des fiches de déclaration remplies par les médecins, essentiellement hospitaliers, devant tout cas évocateur de leptospirose et, d'autre part, des données des laboratoires de l'Institut Louis Malardé (ILM) et du CHPf. Une investigation par téléphone est réalisée par le BVS autour de chaque cas afin de recueillir des données cliniques, biologiques et épidémiologiques. Les facteurs de risque d'exposition sont recherchés. Une enquête complémentaire par entretien en face-à-face avec le patient, à l'hôpital ou au domicile, est réalisée si nécessaire.

• Définition de cas

* Cas confirmé : clinique évocatrice ET PCR positive ou séroconversion IgM.

* Cas probable : clinique évocatrice ET sérologie IgM positive.

• Analyse

Les données saisies sous Epidata ont été analysées à l'aide du logiciel Epi Info® version 3.5.3.

3. Résultats

• Incidence

Le nombre de nouveaux cas confirmés et probables répertoriés est de 694 cas sur 7 ans, soit en moyenne 99 cas par an. L'incidence annuelle de la leptospirose varie donc pour cette période d'observation entre 30 et 49/100 000 habitants, sur la base du recensement de 2007 (Tableau 1).

Tableau 1 : Répartition des cas confirmés et probables de leptospirose par archipel en Pf, 2006-2012

| Archipel | Nombre de cas | | | | | | | | Total |
|----------------------------|---------------|-----------|-----------|------------|------------|-----------|------------|------------|-------|
| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | | |
| Iles du Vent | 52 | 61 | 53 | 44 | 91 | 65 | 58 | 424 | |
| Iles Sous Le Vent | 30 | 23 | 21 | 25 | 32 | 20 | 38 | 189 | |
| Marquises | 4 | 0 | 1 | 0 | 3 | 3 | 3 | 14 | |
| Australes | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | |
| Tuamotu-Gambier | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | |
| Non précisé | 9 | 10 | 4 | 34 | 1 | 1 | 2 | 61 | |
| Polynésie française | 99 | 96 | 79 | 103 | 127 | 89 | 101 | 694 | |

• Répartition temporo-spatiale

L'incidence annuelle moyenne est plus importante aux Iles-sous-le-vent, (80/100 000 hab.), aux Iles du Vent (31/100 000 hab.) et aux Marquises (22/100 000 hab.). Les archipels des Australes et Tuamotu-Gambier restent relativement épargnés avec en moyenne moins de 4 cas par an pour 100 000 habitants. Les taux d'incidence sont relativement stables dans le temps sauf dans l'archipel des Iles-sous-le-vent où l'incidence augmente (Figure 1).

Les îles comptabilisant le plus de cas sont Tahiti (54,0% des cas), Raiatea (12,0%), Moorea (7,1%), Huahine (7,1%) et Tahaa (5,8%).

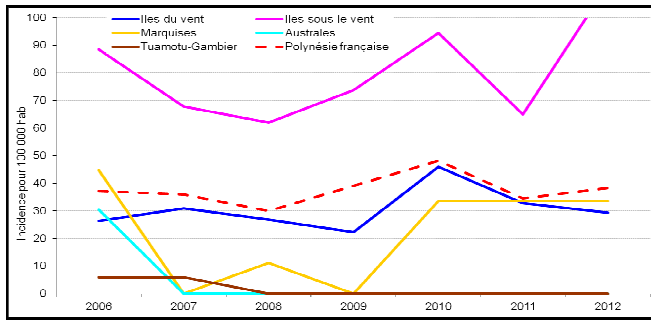


Figure 1 : Evolution de l'incidence pour 100 000 habitants de la leptospirose en Pf, 2006-2012

Les cas sont diagnostiqués tout au long de l'année avec, en moyenne, une diminution marquée pendant la saison sèche d'août à novembre et des pics plus fréquents en fin de saison pluvieuse (Figure 2). En 2010, une épidémie est survenue en mars suite à un épisode pluvieux post-cyclonique intense.

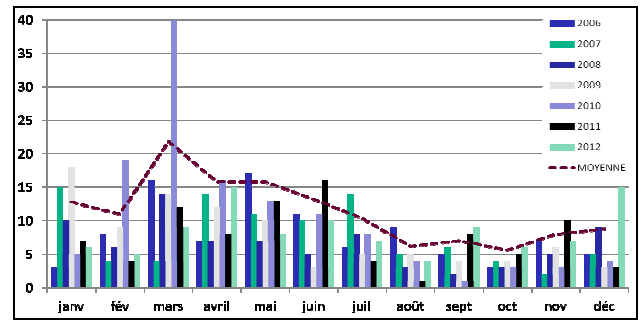


Figure 2 : Répartition des cas confirmés de leptospirose par mois en Pf, 2006-2012

• **Caractéristiques démographiques**

Les caractéristiques de sexe et d'âge des cas sont présentées dans le tableau 2.

Tableau 2 : Caractéristiques démographiques et données d'hospitalisation et de décès des cas confirmés de leptospirose en Pf, 2006-2012

| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | Total |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|---------|
| Nombre total de cas | 98 | 95 | 79 | 103 | 127 | 91 | 101 | 694 |
| Données démographiques | | | | | | | | |
| Homme / Femme | 78/20 | 79/16 | 68/11 | 75/28 | 96/31 | 71/20 | 70/31 | 537/157 |
| Sex ratio | 3,9 | 4,9 | 6,2 | 2,7 | 3,1 | 3,6 | 2,3 | 3,4 |
| Répartition par classe d'âge (%) | | | | | | | | |
| 5-9 ans | 1,0 | 2,1 | 2,5 | 1,0 | 0,8 | 2,2 | 2,0 | 2,4 |
| 10-19 ans | 16,3 | 24,2 | 22,8 | 23,3 | 18,3 | 16,5 | 20,8 | 18,9 |
| 20-29 ans | 29,6 | 24,2 | 22,8 | 18,5 | 29,4 | 22,0 | 30,7 | 25,6 |
| 30-39 ans | 17,3 | 12,6 | 13,9 | 24,3 | 15,1 | 18,7 | 18,8 | 17,6 |
| 40-59 ans | 28,6 | 25,3 | 25,3 | 23,3 | 26,2 | 29,7 | 24,8 | 25,9 |
| >60 ans | 6,1 | 11,6 | 12,7 | 9,7 | 10,3 | 11,0 | 3,0 | 9,2 |
| Moyenne (ans) | 34,2 | 33,3 | 34,3 | 34,7 | 34,4 | 36,3 | 31,6 | 34,1 |
| Ecart type (ans) | 15,0 | 17,4 | 18,7 | 17,1 | 16,4 | 18,0 | 14,4 | 17,0 |
| Données d'hospitalisation | | | | | | | | |
| Cas confirmés et probables hospitalisés | 54 | 68 | 61 | 81 | 103 | 63 | 59 | 489 |
| Cas confirmés et probables ayant séjourné en réanimation | 14 | 29 | 18 | 18 | 21 | 25 | 23 | 148 |
| Nombre de décès | 4 | 3 | 1 | 1 | 3 | 2 | 3 | 17 |
| Létalité (% de décès attribuables à la leptospirose parmi les cas confirmés et probables) | 4,1 | 3,2 | 1,3 | 1,0 | 2,4 | 2,2 | 3,0 | 2,4 |

• **Prise en charge et caractéristiques cliniques**

Les données d'hospitalisation et de décès sont présentées dans le tableau 2. De 2006 à 2012, 489 cas ont nécessité une hospitalisation soit 71% de la totalité des cas investigués, dont 148 (23%) en service de réanimation. Aucune différence significative de répartition de sexe et d'âge n'est retrouvée entre les patients hospitalisés et ceux qui ne le sont pas.

Au total, de 2006 à 2012, 17 personnes sont décédées de leptospirose, soit une létalité de 2,4%.

Parmi les 694 cas confirmés et probables enregistrés de 2006 à 2012 et dont les signes cliniques ont pu être renseignés (67% des cas), les symptômes les plus fréquents étaient la fièvre, les myalgies, les céphalées, une atteinte rénale et un ictère (Tableau 3).

Tableau 3 : Fréquence (%) des signes cliniques parmi les cas de leptospirose investigués en Pf, 2007-2012

| Signes cliniques | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | Total |
|----------------------|------|------|------|------|------|------|-------|
| Fièvre | 57 | 62 | 100 | 100 | 100 | 97 | 84 |
| Céphalées | 49 | 47 | 87 | 97 | 70 | 95 | 66 |
| Myalgies | 45 | 39 | 90 | 99 | 76 | 90 | 68 |
| Atteinte rénale | 32 | 37 | 60 | 94 | 46 | 41 | 42 |
| Ictère | 24 | 25 | 44 | 98 | 41 | 46 | 36 |
| Signes hémorragiques | 22 | 23 | 26 | 82 | 21 | 2 | 21 |
| Atteinte oculaire | 18 | 20 | 47 | 59 | 31 | 13 | 22 |
| Atteinte pulmonaire | 22 | 15 | 29 | 56 | 13 | 31 | 20 |
| Syndrome méningé | 5 | 2 | 0 | 21 | 2 | 13 | 3 |

• **Facteurs d'exposition**

Les cas confirmés et probables ont été interrogés sur leur risque d'exposition au cours des trois semaines précédant l'apparition de la maladie : profession à risque, contacts avec de l'eau douce, etc. Les contacts avec les animaux comme les rats (26%) ou un animal domestique (chats 15% ou chiens 23%), ainsi que la marche pieds nus dans de l'eau douce ou de la boue (21%) reviennent fréquemment comme facteurs d'exposition déclarés. Ces contacts peuvent être liés à l'activité professionnelle comme chez les agriculteurs (18%) ou les éleveurs de porcs (6%), ou à des activités de loisirs ou « semi-loisirs » comme la baignade en eau de rivière (16%) et le jardinage (20%).

• **Sérogroupe**

Seuls 15% des cas ont pu être sérogroupés. Les deux sérogroupes dominants sont *icterohaemorrhagiae* (50,0%) et *australis* (32,6%), *canicola* restant minoritaire (6,7%). Les autres sérogroupes identifiés sont *ballum* (3,8%), *hebdomalis* (3,8%) et *weillii* (2,9%). Parmi les 17 décès enregistrés de 2006 à 2012, on retrouve *icterohaemorrhagiae* pour 4 d'entre eux, *australis* pour 2 et *canicola* pour 1 (Tableau 4).

Tableau 4 : Distribution des sérogroupes chez les cas confirmés et probables en Pf, 2006-2012

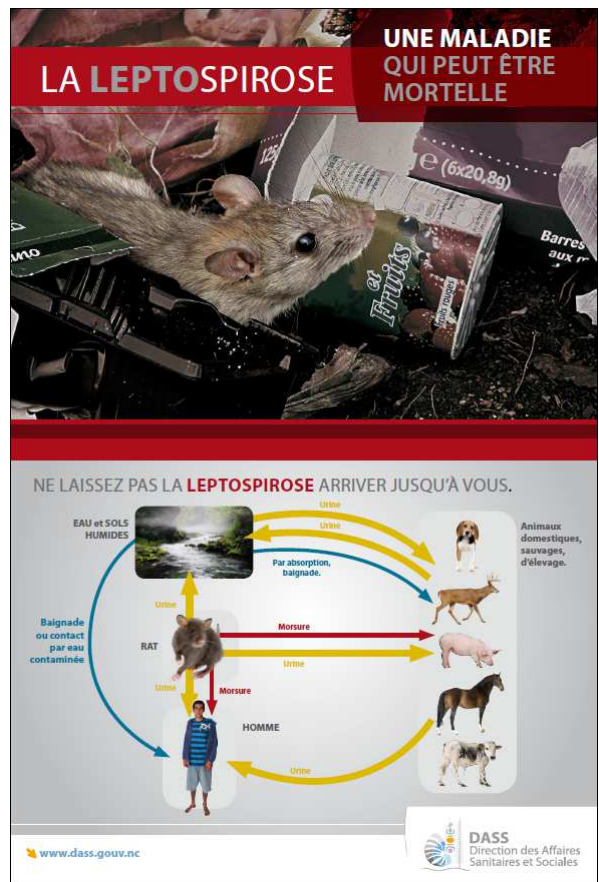
| Séro groupe | Nombre de cas et pourcentage (%) | | | | | | | Total (%) |
|-------------------------|----------------------------------|-----------|-----------|------------|------------|-----------|------------|--------------------|
| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | |
| Australis | 2 | 10 | 7 | 2 | 10 | 0 | 3 | 34 (4,9) |
| Ballum | 1 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 (0,6) |
| Canicola | 0 | 1 | 4 | 0 | 2 | 0 | 0 | 7 (1,0) |
| Hebdomalis | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 (0,6) |
| Icterohemoragiae | 8 | 11 | 5 | 2 | 21 | 0 | 5 | 52 (7,5) |
| Weii | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 3 (0,4) |
| Inconnu | 85 | 69 | 62 | 99 | 91 | 91 | 93 | 590 (85,0) |
| Total | 98 | 95 | 79 | 103 | 127 | 91 | 101 | 694 (100,0) |

4. Discussion et conclusion

Ce rapport montre que l'incidence moyenne annuelle des cas confirmés de leptospirose en Polynésie française au cours de la période 2006-2012 (39/100 000 hab.), est cent fois plus élevée qu'en France métropolitaine en 2009 (0,32/100 000 hab.). Elle est supérieure à celle observée en Guadeloupe en 2006 (22,5/100 000 hab.), et en Martinique et 2006 (14/100 000 hab.) ou à la Réunion en 2012 (9/100 000 hab.). En Nouvelle-Calédonie, l'incidence rapportée est un peu plus élevée, de 55/100 000 hab. en 2011. Le Pacifique reste donc une région à risque majeure pour la leptospirose.

La répartition géographique des cas montre que les îles hautes des archipels de la Société et des Marquises sont les principales touchées, en raison de leur géomorphologie (présence de vallées et rivières). Les facteurs d'exposition comportementaux retrouvés sont le contact direct et prolongé avec des eaux potentiellement infectées, comme celles des rivières en crue ou boueuse, et la présence de rats dans l'environnement.

Il est important de rappeler que des mesures de prévention et de protection individuelle existent : se protéger par le port de bottes et de gants lors d'une activité à risque (agriculture, jardinage, élevage, etc.), éviter de se baigner en eau douce lorsqu'on est porteur de plaies et limiter les contacts des muqueuses avec l'eau, lutter contre la prolifération de rongeurs dans l'environnement immédiat. Ces mesures sont en particulier à renforcer en période de pluie.



Merci à la DASS Nouvelle-Calédonie pour l'illustration

COMITE DE REDACTION

Bureau de Veille Sanitaire (BVS) : Tél. : 488 201 – veille@sante.gov.pf

Département des Programmes de Prévention (DPP) : Tél. : 488 200 – secretariat.dpp@sante.gov.pf

Centre de Consultations Spécialisé en Maladies Infectieuses et Tropicales (CCSMIT) : Tél. : 48 58 38 – ngoc-lam.nguyen@sante.gov.pf