

La tuberculose en Polynésie française

Rapport annuel 2017

I. Introduction

La tuberculose est une maladie infectieuse transmissible et non immunisante. Elle peut être pulmonaire, extra-pulmonaire (localisée aux ganglions, os, rein...) ou associant différentes localisations. Seules les formes pulmonaires de tuberculose maladie sont contagieuses. La contagiosité est plus importante en cas de positivité de l'examen microscopique direct des prélèvements (crachats, liquide gastrique ou produit d'aspiration bronchique), de présence de cavernes à la radiographie thoracique ou de toux chronique.

Les objectifs de ce rapport sont de décrire l'épidémiologie des cas de tuberculose diagnostiqués en Polynésie française (Pf) en 2017 et l'activité de la lutte anti-tuberculeuse qui en découle.

II. Méthode

Depuis plusieurs années, le Bureau de veille sanitaire (BVS) assume la coordination de la lutte contre la maladie, aidé par le Bureau des programmes de pathologies infectieuses (BPPI) et le Centre de consultations spécialisées en maladies infectieuses et tropicales (CCSMIT). Ce dernier, hérité du service clinique des investigations épidémiologiques (CIE), est le service clinique de référence sur cette pathologie et assume à ce titre une part importante des consultations de suivi des infections tuberculose latente (ITL) et des tuberculoses maladies (TM). Les modalités de prise en charge en Polynésie française sont décrites dans un guide destiné aux praticiens [1].

La tuberculose est une maladie à déclaration obligatoire. Les déclarations sont faites grâce à des formulaires stéréotypés. Elles sont transmises au BVS par les médecins cliniciens (hôpitaux, cliniques, dispensaires, libéraux...) ou les biologistes qui ont effectué le diagnostic.

Un infirmier est en charge de la coordination des enquêtes de dépistage autour des cas. Il travaille en partenariat avec les structures de la Direction de la santé ou la médecine du travail. Un interrogatoire du cas index permet de déterminer la liste des sujets contacts. Le dépistage consiste en un interrogatoire, une IDR et une radiographie pulmonaire. Un test sanguin spécifique de *Mycobacterium tuberculosis* (test in vitro de dépistage de l'infection tuberculeuse latente par détection de production d'interféron gamma ou TB-Quantiféron®) peut être demandé en complément. A l'issue des enquêtes, les contacts sont classés en négatif, infection tuberculeuse latente (avec ou sans chimioprophylaxie) ou tuberculose maladie. Tous doivent être surveillés pendant au moins 2 ans.

Les données sont saisies et exploitées sous Access®. Une analyse descriptive des cas et des contacts est effectuée dans ce rapport.

III. Résultats

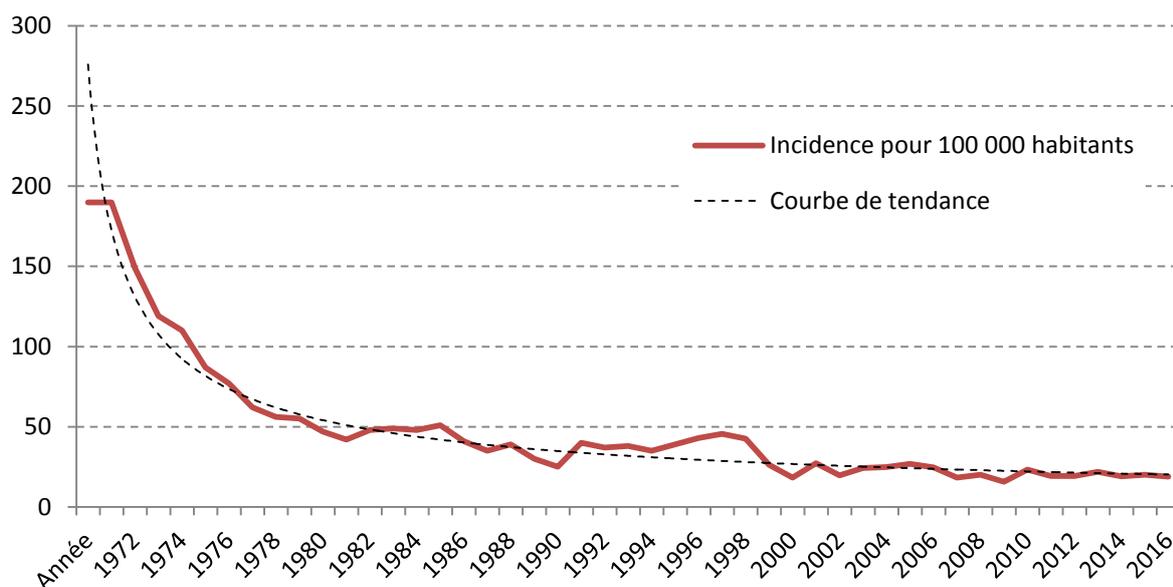
1. Description des cas

a. Incidence

En 2017, 53 nouveaux cas de tuberculose (19,2/100 000 habitants) ont été déclarés en Pf :

- 43 formes pulmonaires, dont 22 sont bacillifères (examen direct positif)
- 10 formes extra-pulmonaires.

Incidence de la tuberculose par année depuis 1970



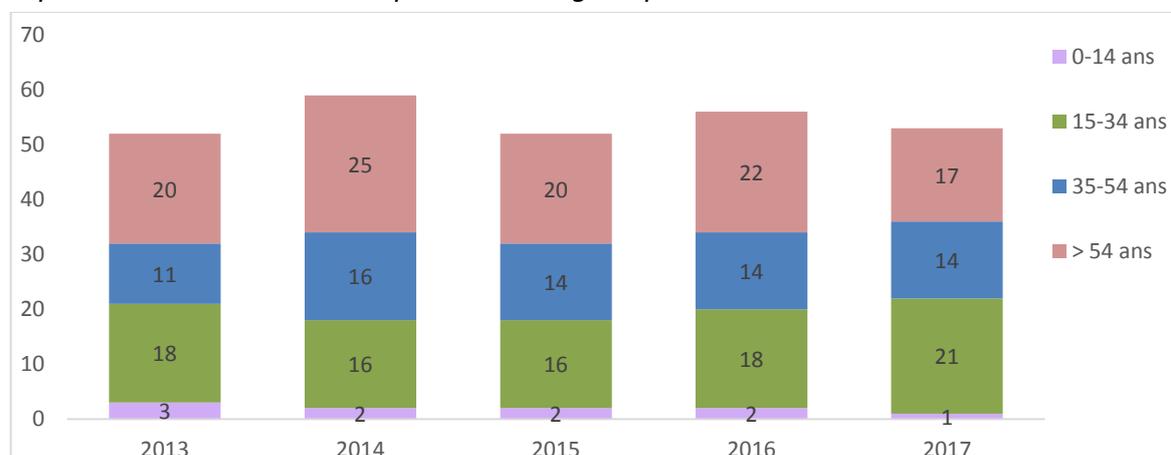
Incidence de la tuberculose par année depuis 2013

	2013	2014	2015	2016	2017
Nombre de nouveaux cas	52	59	52	56	53
Population (données de l'ISPF)	270 212	271 377	272 800	274 000	275 918
Incidence de la tuberculose (/100 000 hab)	19,2	21,7	19,1	20,4	19,2

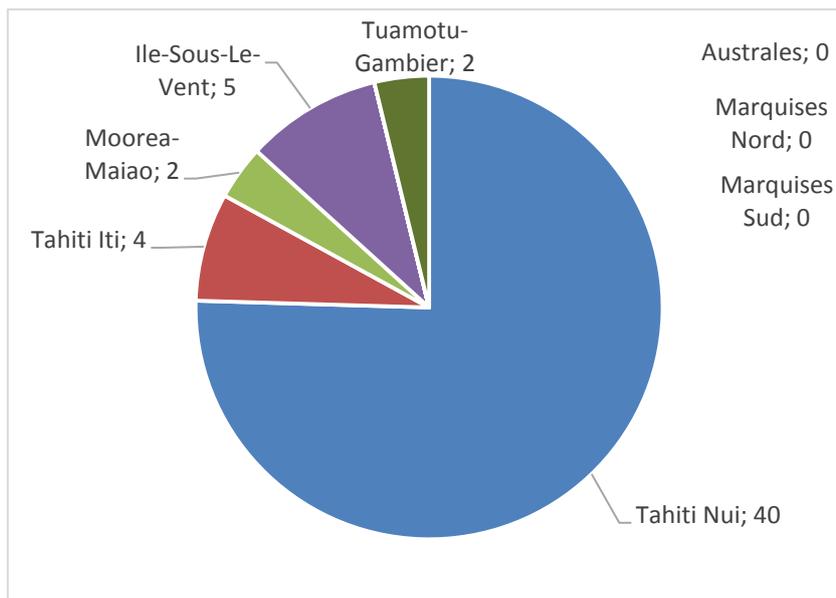
b. Caractéristiques démographiques

Toutes les tranches d'âge sont touchées mais les enfants de moins de 15 ans ne représentent que 2% des nouveaux cas de 2017. Parmi les 53 cas, 28 (53%) sont des femmes. La majorité (83%) des cas se situent à Tahiti. Parmi ces cas, 2/3 sont localisés dans les communes de Papeete, Mahina, Pajara et Faa'a. Aux Australes et aux Marquises, aucun cas n'a été déclaré au cours de l'année 2017. Dans ces archipels, les derniers cas remontent à 2012 (Australes, 2014 (Marquises Nord) et 2015 (Marquises Sud).

Répartition des nouveaux cas par classe d'âge et par année



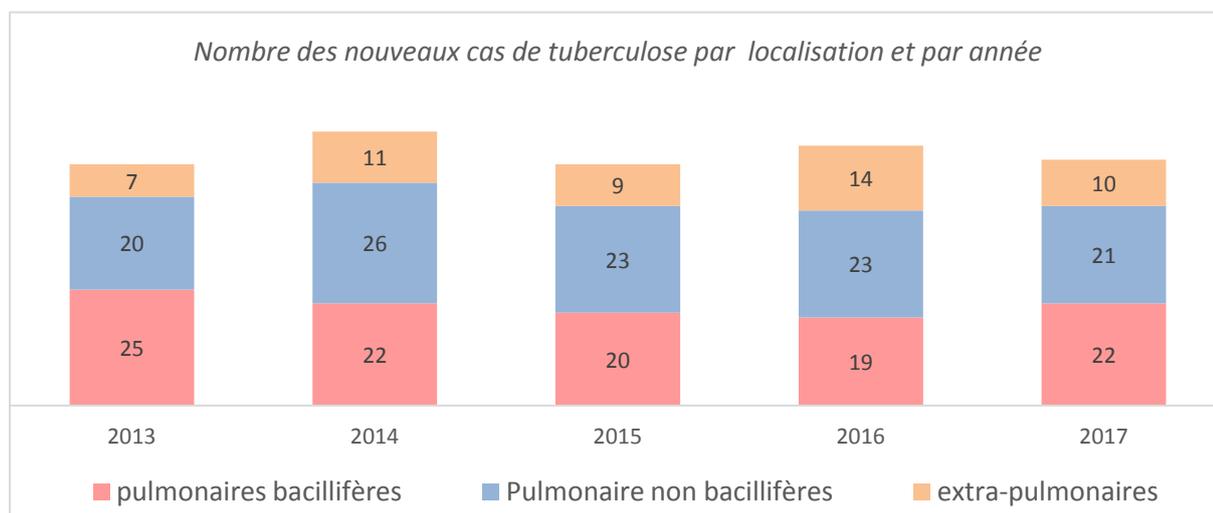
Répartition géographique des nouveaux cas, 2017



c. Caractéristiques cliniques

La majorité des tuberculoses sont pulmonaires, dont environ la moitié sont bacillifères. Le principal facteur de risque est l’environnement familial. La surpopulation des habitats précaires favorise la contamination et la re-contamination par les sujets contagieux. On observe en particulier une augmentation du nombre de cas à Mahina depuis 4 ans, liés épidémiologiquement à un foyer connu (31 cas de 2014 à 2017). Une recrudescence des cas est également notée dans la commune de Pirae (18 cas en 4 ans).

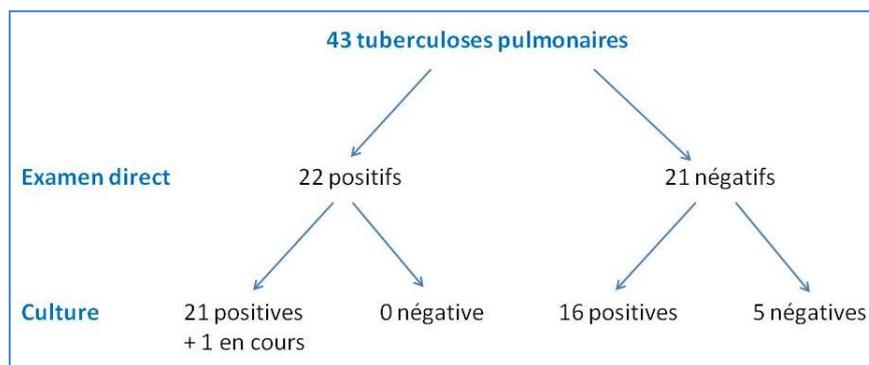
Nombre des nouveaux cas de tuberculose par localisation et par année



d. Caractéristiques microbiologiques

Depuis 2015, on note l’émergence de souches multirésistantes aux antibiotiques (résistance à la rifampicine et à l’isoniazide). L’ensemble de ces cas fait partie du même groupe familial de Mahina. Il a été montré qu’un cas de tuberculose bacillifère non traité pendant un an peut contaminer 10 à 15 personnes [2]. Or, on suspecte qu’un cas de tuberculose multirésistante de Mahina a persisté pendant un an avant son diagnostic et sa prise en charge.

Résultats des examens bactériologiques des tuberculoses pulmonaires, 2017



Cas de tuberculose multirésistante aux antibiotiques

Cas n°	Année	Récidive	Traitement	Suivi
1	2015	Oui	Identification MDR en fin de traitement	Décédé en cours de traitement
2	2016	Oui	Protocole OMS : 7 ATB	Traitement terminé
3	2016	Non	Identification MDR après la fin du traitement	En cours d'investigation
4	2017	Non	Traitement spécifique	En cours de traitement
5	2017	Oui	Traitement spécifique	En cours de traitement
6	2017	Oui	Traitement spécifique	En cours de traitement
7	2017	Non	Traitement spécifique	En cours de traitement

e. Traitement et évolution

A ce jour, 33 patients (60%) pris en charge en 2017 sont toujours en cours de traitement. Un traitement complet est un indicateur de résultat du programme. Cela ne prévient pas des rechutes ultérieures ou des recontaminations. Le nombre de rechutes en 2017 est le plus élevé depuis cinq ans. Les rechutes surviennent 1 à 20 ans après le traitement initial. En 2017, aucun décès dû uniquement à la tuberculose n'a été déploré.

Suivi des traitements de tuberculose maladie par année

		2013	2014	2015	2016	2017
Traitement en cours	N	0	0	0	0	30
	%	0%	0%	0%	0%	57%
Traitement complet	N	48	43	45	46	17
	%	92%	73%	87%	80%	32%
Traitement arrêté par le médecin	N	0	3	1	1	1
	%	0%	5%	2%	2%	2%
Traitement abandonné par le patient	N	2	2	0	2	1
	%	4%	3%	0%	4%	2%
Patient décédé	N	2	6	3	1	1
	%	4%	10%	6%	2%	2%
Perdus de vue	N	0	4	3	5	0
	%	0%	7%	6%	5%	0%
Transfert à l'étranger	N	0	1	0	1	1
	%	0%	2%	0%	2%	2%

Nombre de rechutes de tuberculose par année

	2013	2014	2015	2016	2017
1 an	1	0	3	1	4
2 ans	2	0	4	0	2
3 – 4 ans	0	1	0	0	1
5 – 9 ans	2	0	2	0	1
≥ 10 ans	4	2	0	2	4
Total	9	3	9	3	12

Décès associés à la tuberculose par année

	2013	2014	2015	2016	2017
Décès totaux	2	6	3	1	1
Létalité	4%	10%	6%	2%	2%
Décès directement liés à la tuberculose	2	3	0	1	0

f. Dispositif de déclaration

Le CHPf et le CCSMIT sont les deux structures qui déclarent le plus de cas chaque année (62%).

Répartition des nouveaux cas par source de déclaration

Déclarant	2013	2014	2015	2016	2017
CHPf	33	23	25	31	23
CCSMIT	3	7	8	9	10
Hôpital des Marquises Nord	-	-	2	-	-
Hôpital de Moorea	1	-	-	-	1
Hôpital de Taravao	1	2	3	-	1
Hôpital d'Uturoa et ISLV	1	1	-	4	3
Dispensaire de Faa'a	1	-	-	-	-
Dispensaire de Mahina	-	-	7	-	-
Dispensaire Mataiea	-	-	-	-	2
Dispensaire de Papeete	-	-	-	1	-
Cardella	1	5	2	-	-
Clinique Mamao	2	-	-	-	-
Paofai	1	5	1	3	3
Libéraux	7	15	4	7	10
Apurad	-	1	-	-	-
Métropole	1	-	-	-	-

Répartition des nouveaux cas par laboratoire responsable du diagnostic

	2013	2014	2015	2016	2017
Institut Louis Malardé	11	12	12	7	8
Laboratoire du CHPf	31	28	32	42	45
Total*	42	40	44	49	53

*Certains diagnostics sont portés sans résultat bactériologique.

2. Description des contacts

a. Synthèse des enquêtes de dépistage

En 2017, sur 44 enquêtes initiées, seules 14 ont été clôturées. En 2016, sur 274 contacts de cas bacillifères identifiés, seuls 15% ont eu un dépistage complet avec contrôle de l'IDR à 3 mois.

Nombre d'enquêtes, de personnes investiguées et de chimioprophylaxies

	2013	2014	2015	2016	2017 ¹
Enquêtes					
Nombre d'enquêtes initiées ²	42	49	38	48	44
Nombre d'enquêtes clôturées (rapports renvoyés au BVS) ³	35	43	32	24	14
Nombre de dossiers manquants	7	6	6	24	30
% enquêtes clôturées	83%	88%	84%	30%	27%
Sujets contacts					
Nombre de sujets contacts identifiés	378	539	831	525	586
Nombre moyen de sujets contact / enquête clôturée	10,8	12,5	25,0	21,8	41,8
Nombre de sujets contact dépistés (1 ^{er} dépistage complet) ⁴	183	314	554	289	375
% sujets contact dépistés / identifiés	48%	58%	67%	55%	64%
Infections tuberculeuses latentes ou suspectes (IDR ≥ 15 mm)					
Nombre	47	69	106	62	118
Pourcentage (par rapport au nombre de contacts dépistés)	26%	22%	19%	21%	31%
<hr/>					
Nombre de chimioprophylaxies	50	24	31	43	100
% d'ITL traitées	100%	35%	29%	69%	88%
Tuberculose maladie					
Nombre de tuberculoses maladie dépistées	12	3	9	6	6
% de tuberculoses maladies dépistées / sujet contact	4,5%	0,8%	1,2%	1,5%	0,2%

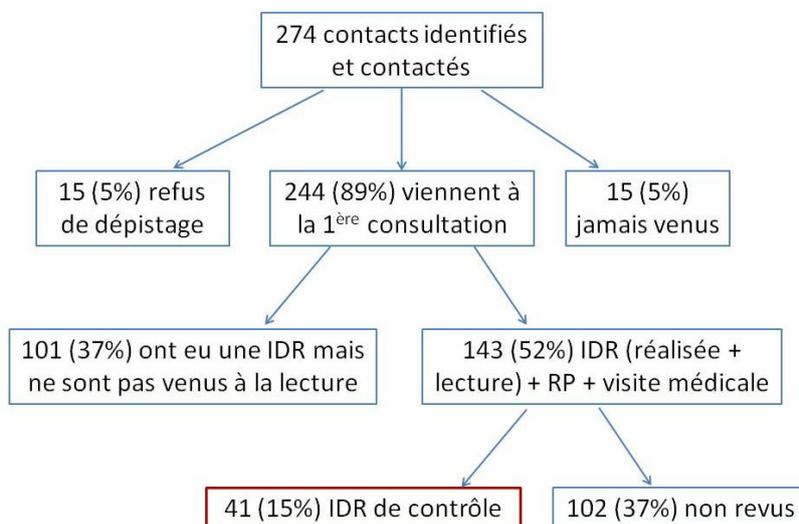
¹Hors enquête de quartier réalisée à Mahina

²Une enquête n'est initiée que si des contacts sont identifiés.

³Les enquêtes peuvent être longues, d'où le faible nombre de rapports renvoyés au BVS en 2016 et 2017.

⁴Les sujets dépistés faisant partie d'enquêtes non clôturées n'ont pas pu être comptabilisés dans le nombre de sujets contacts dépistés (l'information n'a pas encore été transmise au BVS).

Dépistage des contacts des cas bacillifères, 2016



b. Focus sur deux enquêtes

En février 2017, suite au diagnostic de tuberculose pulmonaire chez un professionnel, une enquête a été menée en milieu scolaire, dans une école maternelle, en partenariat avec le Centre de consultations spécialisées en hygiène et santé scolaire et la Direction de l'école. Un total de 83 enfants de 2 à 5 ans a été dépisté et une chimioprophylaxie leur a été proposée. Aucun cas de tuberculose maladie n'a été diagnostiqué.

En septembre 2017, un dépistage de grande ampleur (673 personnes dépistées) a été réalisé sur la commune de Mahina. Cette enquête n'est pas encore clôturée et fera l'objet d'un rapport spécifique.

3. Organisation de la lutte contre la tuberculose en Polynésie française

a. Actions de coordination et concertation

Depuis avril 2017, le BVS, le BPPI et le CCSMIT ont instauré des réunions régulières sur le thème de la tuberculose. Suivant l'ordre du jour ou les enquêtes en cours, d'autres professionnels participent à ces réunions, notamment de la Formation sanitaire de Tahiti Nui. Au total, 11 réunions ont eu lieu.

Une réunion élargie a également été organisée le 7 avril 2017 pour discuter de la stratégie de prise en charge de la tuberculose sur le territoire avec l'ensemble des partenaires. A cette occasion, un projet d'évolution du programme tuberculose avait été proposé. La stratégie globale de lutte contre la tuberculose est en effet à améliorer.

b. Appui technique et financier

Le logiciel utilisé pour saisir et traiter les données tuberculose est obsolète et inapproprié. De plus, par suspension des mises à jour de ce logiciel sur décision du Service de l'informatique, les requêtes pré-programmées ne peuvent plus être effectuées. Une demande d'acquisition du logiciel Damoc a été faite auprès de la Direction de la santé, puis du Service de l'informatique. Ce logiciel a été spécialement conçu pour gérer le suivi des cas et contacts de tuberculose. Il est également hébergeur de données de santé. Son utilisation permettrait une sécurisation des données, un gain de temps, une meilleure efficacité et la gestion des alertes. Le copil SI-Santé qui s'est tenu en octobre 2017 n'a pas retenu ce projet comme prioritaire. L'informatisation du programme tuberculose devient une urgence.

Une démarche a été initiée pour faire passer le TB-Quantiféron® et le GenExpert® à la nomenclature. En effet, le TB-Quantiféron® est déjà demandé lors de dépistages douteux. Quant au GenExpert, il permet d'obtenir un résultat diagnostique dans la journée et d'apporter des informations sur la résistance aux antibiotiques.

c. Communication

Des réunions d'informations sont effectuées avec les collectivités avant les dépistages. Elles sont faites systématiquement pour les collectivités d'enfants et à la demande du médecin du travail pour les enquêtes professionnelles.

Au cours de l'année 2017, sept interviews sur la tuberculose ont été réalisées avec les médias. Ces derniers semblaient parfois découvrir que cette tuberculose persiste depuis de nombreuses années en Polynésie française. A travers les médias, c'est toute la population qui est sensibilisée à cette question.

IV. Discussion et conclusion

L'objectif de l'OMS est de réduire le taux d'incidence, par rapport au taux de 2015, de 20% en 2020, 50% en 2025, 80% en 2030 et 90% en 2035 (Cf. rapport de mission OMS sur la tuberculose de Jean-Paul PESCHEUX et Dr Ngoc-Lam NGUYEN de novembre 2016). Or depuis 2013, le taux d'incidence en Polynésie française reste stable. De plus, l'émergence des cas de tuberculose multirésistante en 2015 a marqué un tournant majeur dans l'évolution de cette maladie. Elle est étroitement liée à l'incapacité à suivre correctement les patients. C'est un indicateur fort de la perte du contrôle de cette maladie sur le territoire.

Par comparaison, l'incidence de la tuberculose en Polynésie française est 2,7 fois plus élevée qu'en métropole ; elle est comparable à l'incidence de la Guyane et inférieure à celle de Mayotte.

Parmi les difficultés rencontrées, on peut citer entre autres une faible sensibilisation de la population à cette pathologie, une supervision du traitement par un tiers non systématique ou la dilution de la coordination des enquêtes au milieu de la surveillance et prise en charge de l'ensemble des maladies infectieuses. Une file active de plus de 50 patients annuels, *a fortiori* avec des cas multirésistants, nécessite qu'un médecin à mi-temps se consacre à la gestion rapprochée du suivi des cas et des enquêtes de dépistage, en plus d'un ETP IDE et un demi-ETP secrétaire³.

Une réunion de concertation organisée avec l'ensemble des partenaires concernés en février 2018 aura pour objectif de dégager des propositions d'amélioration.

Références

1. Programme de lutte contre la tuberculose en Polynésie française - Guide pratique à l'intention des professionnels de santé - Edition 2013
2. <http://www.inserm.fr/index.php/thematiques/immunologie-inflammation-infectiologie-et-microbiologie/dossiers-d-information/tuberculose>
3. Haut conseil de la santé publique. Enquête autour d'un cas de tuberculose. Recommandations pratiques. Octobre 2013.

Auteurs

M. Giard, M. JP. Pescheux, Mapotoeke (BVS), NL Nguyen, C. Lagarde (CCSMIT), JM Ségalin (BPPI)

Remerciements

Laboratoires : du Centre Hospitalier de Polynésie française (CHPf) et Institut Louis Malardé
Radiologues : notamment du CHPf et de la clinique Cardella
Pneumologues publics et privés
Pédiatres du CHPf
Dispensaires
Centres de consultations spécialisés : hygiène et santé scolaire et protection infantile
Médecins du travail
Médecins des prisons
Toutes les personnes impliquées dans l'enquête de quartier de Mahina (Cf. rapport spécifique)