



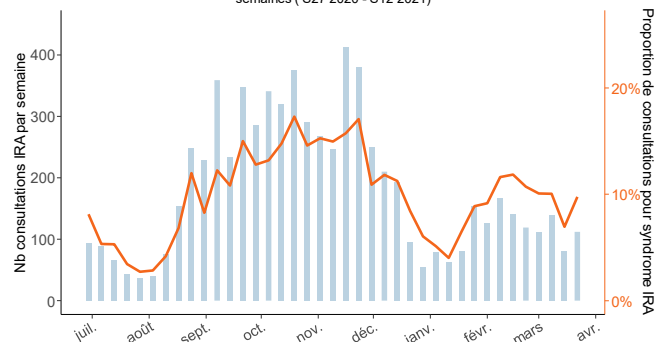
Ce bulletin est réalisé grâce aux données des médecins et infirmiers du réseau sentinelle, des structures de la direction de la santé (dispensaires, infirmeries, hôpitaux périphériques et CME), du Centre Hospitalier du Taaone, des laboratoires privés et public et du service des armées.

INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGÜES (IRA)

IRA : fièvre ou sensation de fièvre d'apparition brutale, signes respiratoires ou ORL, courbatures/myalgies, asthénie, céphalées

IRA ► 192 cas rapportés par les médecins sentinelles

Proportion de consultations pour syndrome IRA auprès des médecins du réseau sentinelle de Polynésie française par semaine semaines (S27 2020 - S12 2021)



La proportion de consultations pour IRA auprès des médecins du réseau sentinelle reste stable en S11 et S12 (6,9% et 9,7%).

Prévention des infections respiratoires aiguës

- Porter un masque en cas de toux.
- Se laver fréquemment les mains
- Utiliser des mouchoirs à usage unique, les jeter immédiatement dans une poubelle fermée puis se laver les mains.
- Limiter les contacts proches, maintenir une distance d'au moins 1 mètre avec les autres personnes
- Aération de l'espace de vie
- Les sujets fragiles (nourrissons, personnes âgées ou à risque, femmes enceintes) doivent éviter tout contact avec les personnes symptomatiques.

! COVID-19 : en complément de la vaccination, appliquer strictement les mesures barrières est pour se protéger, protéger ses proches et limiter la circulation du SARS-CoV-2 sur le fenua

Protocole de surveillance des IRA

Depuis septembre, 339 prélèvements ont été réalisés dans le cadre du protocole de surveillance des IRA.

Analyse réalisée	Résultat	Effectif	%
RT-PCR SARS-CoV-2	Positif	33	10,2
PCR multiplex	Positif	195	57,5
	Négatif	111	32,5
Total		339	100,0

Les résultats des dernières semaines montrent une circulation persistante de rhinovirus et de virus respiratoire syncytial (VRS).

DENGUE

Syndrome dengue-like : fièvre élevée ($\geq 38,5^\circ\text{C}$) d'apparition brutale ET syndrome algique (céphalées, arthralgies ou myalgies) ET absence de tout point d'appel infectieux (en particulier respiratoire)

⇒ Prescrire une RT-PCR (ou un test NS1) jusqu'à J7 du début des symptômes et une sérologie au-delà de cette période.

Cas confirmé : syndrome "dengue-like" confirmé virologiquement par un test diagnostic positif (RT-PCR / AgNS1)

Prévention de la dengue

Pathogène	SARS-CoV-2	Inf	ADV	HBoV	HRV	HEV	OC43	NL63	VRS
Semaine 36					3				
37	1				6		1		1
38					7				
39	5				1				
40	4				1				
41	2				2				
42	2				4				
43	5				4				1
44	4				4				
45	1				3				1
46	3				4				
47	1				3				
48		1			16	1		1	2
49		2			7				
50	1		2		14			1	2
51			1		6	1		1	1
52					4				2
53	1				2			1	1
54					5				1
55			1		7			1	3
56					6				4
57					8	1			4
58					3				1
59					3				3
60					1				
61					2				2
62					2				1
63					3				3
Total	33	4	5	3	124	3	1	5	33

- Virus SARS-CoV-2 mis en évidence dans au moins 1 prélèvement
- Autre virus mise en évidence dans au moins 1 prélèvement
- Absence de mise en évidence de pathogène

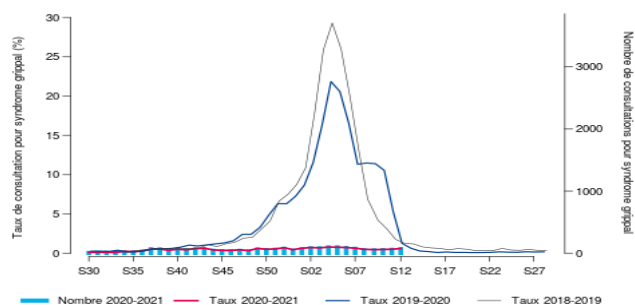
Virus influenza A/B (Inf), virus respiratoire syncytial (VRS), adénovirus (Adv), bocavirus 1/2/3/4(HBoV), coronavirus NL63 (NL63), coronavirus OC43 (OC43), human rhinovirus (HRV), enterovirus (HEV), Chlamydia pneumoniae (CP), Haemophilus influenzae (HI), Streptococcus pneumoniae (SP)

Agents pathogènes détectés par semaine dans le cadre du protocole de surveillance des IRA en Polynésie française, de S36-2020 à S10-2021

Absence de circulation du virus grippal ► aucune souche de virus influenza A/B détectée sur 19 demandes en S11/S12.

En métropole, Illustration de l'impact des mesures barrières

Les mesures barrières mises en places pour le SARS-CoV-2 semblent avoir permis d'éviter l'épidémie saisonnière de grippe en 2020-2021 (Santé publique France ; 21 mars 2021). La comparaison avec les courbes des années précédentes illustre ce constat (graphique ci-dessous).



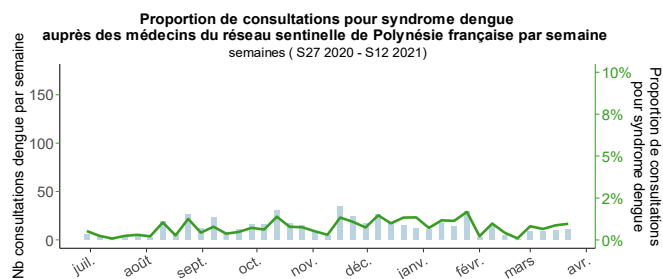
Evolution du nombre d'actes de SOS médecin ® et proportion d'activité pour grippe et syndrome grippal (comparaison saison 2018-2019, 2019-2020 et 2020-2021)

NB : une plus faible incidence des épidémies de GEA est aussi notée.

COVID-19

Informations disponibles sur le site de la Direction de la santé : <https://www.service-public.pf/dsp/covid-19>

Depuis la fin du deuxième trimestre 2020, la proportion de consultations pour syndrome dengue-like est faible. En 2021, ces consultations ne dépassent pas 2%.



Cas confirmés de dengue ► 0 sur 64 demandes (1 cas probable)

Depuis juillet 2020, la circulation du virus de la dengue est de faible intensité en Polynésie française.

LEPTOSPIROSE

Cas confirmés ► 9 sur 81 demandes

Prévention de la leptospirose

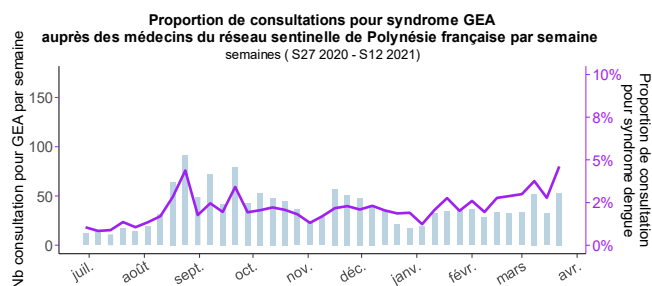
- Port de gants et de chaussures fermées/bottes lors des activités à risque (jardinage/ fa'a'apu, agriculture, pêche en eau douce)
- Evitez de se baigner en eau douce lorsqu'on est porteur de plaies et limiter les contacts des muqueuses avec l'eau
- Désinfection des plaies après exposition à risque
- Lutter contre les rongeurs, (gestion des déchets)

! Ces mesures sont à renforcer en période de fortes pluies

! Consulter sans délai un médecin en cas d'apparition des symptômes en signalant l'activité à risque pratiquée.

GASTROENTERITES (GEA) ET INTOXICATIONS ALIMENTAIRES

Toxi-infection alimentaire collective (TIAC) : survenue d'au moins 2 cas d'une symptomatologie similaire, en général gastro-intestinale, dont on peut rapporter la cause à une même origine alimentaire.



La proportion de consultations pour GEA auprès des médecins du réseau sentinelle reste faible, inférieure à 3% avec une très légère augmentation en S10 (3,9%).

AUTRE SIGNALEMENT

S11 ► Isolement de *Vibrio fluvialis*. (Patient admis au CHPF dans les suites d'une Evasan)

Rappel : Les vibrions, bactéries à Gram négatif, sont des hôtes naturels du milieu marin. On distingue les « vibrions cholériques » (isolats des sérogroupes O1 et O139 de l'espèce *Vibrio cholerae*) et les « vibrions non cholériques ». Parmi les 51 espèces connues dans le genre *Vibrio*, 12 sont considérées comme pathogènes pour l'Homme. Parmi elles, *Vibrio fluvialis*, espèce rarement isolée, est considéré comme un pathogène humain émergent.

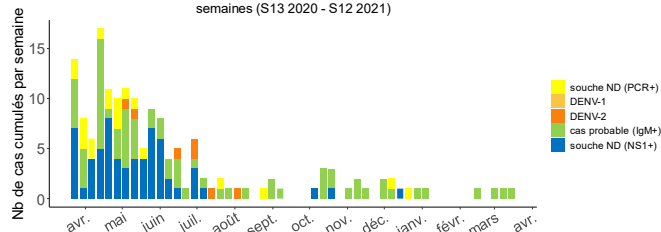
Les infections humaines provoquées par les vibrions non cholériques peuvent être classées en gastroentérites, en infections cutanées, en infections des tissus mous et septicémies, et en diverses autres infections extra-intestinales. Les patients atteints d'affections intercurrentes entraînant une immunodépression sont particulièrement exposés à des infections rapidement évolutives.

Les infections à vibrions non cholériques sont, dans la majorité des cas, associées à un contact avec la mer ou à une consommation de produits de la mer.

BUREAU DE VEILLE SANITAIRE

Dr Sabine Henry, Aurélie Vigouroux, Moerava Chiu, Hélène Laborde, Anaïs Fadat, Laurence Mataitai, Tahia Chanzi, Christophe Ricard
 Tel : 40 48 82 01
 Fax : 40 48 82 12
 E-mail : veille@sante.gov.pf
 Astreinte de veille sanitaire
 Tel : 87 70 65 02
 (Hors heures ouvrables)

Nombre de cas de dengue en Polynésie française par semaine, sur les 12 derniers mois (S13 2020 - S12 2021)



Surveillance zone Pacifique (DENV-1, DENV-2 et DENV-3)

Wallis et Futuna : DENV-2 (→)

Iles Marshall : DENV-3 (↘)

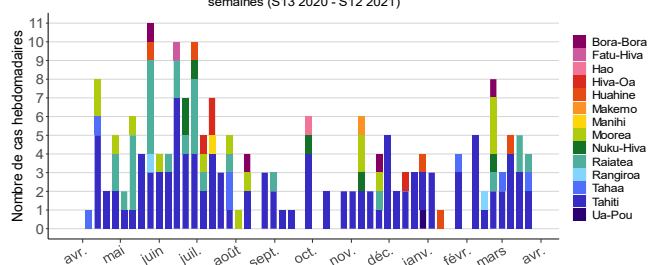
Iles Cook : DENV-2 (↗, phase épidémique depuis le 02/02/2021)

Fiji : DENV de sérotype inconnu (↗)

Nouvelle Calédonie : DENV-2 (↗)

Source : Pacific Community <https://www.spc.int>

Nombre de cas de leptospirose déclarés en Polynésie française par semaine et par localisation géographique (S13 2020 - S12 2021)



Nb de cas	S11	S12	Détail
Diarrhée /GEA	2	0	Signalement de Salmonella
Ciguatera	0	1	Signalement Hôpital Taravoa

Prévention des GEA et TIAC

- Lavage systématique des mains après passage aux toilettes, manipulation de terre ou d'objets souillés et avant manipulation des aliments.
- Nettoyage et désinfection quotidienne des toilettes et poignées de portes dans l'entourage d'un malade.
- Conserver les aliments frais à température inférieure à 4°C et consommer viandes hachées et volailles cuites à cœur.
- Les préparations à base d'œuf non cuits (mayonnaises, crèmes, pâtisseries) sont à maintenir à une température < 4°C et à consommer rapidement.

! En cas de diarrhées et/ou vomissements importants, réhydrater la personne et consulter un médecin.



RAPPELS SUR LA LÈPRE OU MALADIE DE HANSEN

La première mention connue de la lèpre remonte à 600 avant J-C. Présente dans les civilisations antiques en Chine, en Egypte et en Inde, elle a toujours été un fléau marqué par la stigmatisation et l'exclusion. Malgré l'existence d'un traitement efficace, des milliers de nouveaux cas sont recensés chaque année et cette maladie reste un problème de santé publique pour plusieurs pays d'Afrique, d'Asie et d'Amérique Latine

▪ Définition

La lèpre est une maladie infectieuse chronique d'origine bactérienne due à *Mycobacterium leprae*, ou bacille de Hansen (1873).

La lèpre atteint préférentiellement la peau, les muqueuses, le système nerveux périphérique, les yeux, et réalise en fonction de l'immunité cellulaire du sujet infecté différentes formes cliniques.

▪ Epidémiologie

L'OMS avait fixé l'élimination de la lèpre comme problème de santé publique en 2005, date à laquelle la prévalence devait être inférieure à 1/10 000 habitants dans tous les pays du monde.

Ainsi, la lèpre a été éliminée dans 108 des 122 pays où elle était considérée par l'OMS comme un problème de santé publique. Cependant, la maladie reste un problème majeur dans 14 pays d'Afrique, d'Asie et d'Amérique Latine. Six pays regroupent 83% de la prévalence mondiale et 88% des nouveaux cas annuels mondiaux : Inde, Brésil, Indonésie, Népal, République Démocratique du Congo, Mozambique. La lèpre reste endémique dans de nombreux autres pays (Angola, Madagascar, République Centrafricaine, Tanzanie, etc.). L'OMS estime qu'il existe aujourd'hui 2,8 millions de lépreux dans le monde.

Le tableau I illustre la prévalence de la lèpre en 2019.

TAB. I. Prévalence enregistrée de la lèpre (fin 2019) et nombre de nouveaux cas dépistés en 2019, par Région OMS

Région OMS	Nombre de cas enregistrés (Taux de prévalence pour 1000 000 habitants)	Nombre de nouveaux cas dépistés (Taux de dépistage de nouveaux cas/ 1000 000)
Afrique	22 695 (17,6)	20 205 (18)
Amériques	35 231 (34,7)	29 936 (29,5)
Méditerranée orientale	4 894 (6,7)	4 211 (5,8)
Asie du sud-est	109 956 (53,8)	143 787 (70,4)
Pacifique occidental	4 381 (2,3)	4 004 (2,1)
Europe	18 (<0,1)	42 (<0,1)
Total	177 175 (22,4)	202 185 (25,9)

NB : la pandémie COVID-19 a eu des répercussions sur l'ensemble des programmes de santé, y compris ceux de lutte contre la lèpre.

▪ Physiopathologie et clinique

M. leprae est un bacille acido-alcoolrésistant, intracellulaire strict et non cultivable *in vitro*. Il fait partie des trois principales mycobactéries avec *Mycobacterium tuberculosis* (ou bacille de KOCH, responsable de la tuberculose) et *Mycobacterium ulcerans* (responsable de l'Ulçère de Buruli)

Le réservoir de bacilles est l'Homme malade. La transmission interhumaine, *via* essentiellement les lépreux multi bacillaires, se fait par voie respiratoire (aérosols de gouttelettes) ou par contact cutané. Le bacille se multiplie très lentement : la période d'incubation de la maladie est de **5 ans** en moyenne, mais les symptômes peuvent parfois n'apparaître qu'au bout de 20 ans.

La présentation clinique dépend de la réponse immunitaire. La majeure partie des malades va développer une immunité efficace sans expression clinique tandis que moins de 5% des individus en contact avec *M. leprae* vont présenter un large spectre de manifestations cliniques (figure 2).

Les différentes formes de lèpre sont donc déterminées par les réponses immunitaires sous-jacentes à *M. leprae* :

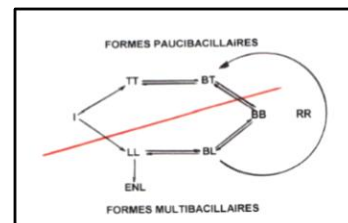
- Réponse cellulaire vigoureuse → Forme tuberculoïde qui limite la maladie à quelques lésions cutanées bien délimitées et quelques troncs nerveux
- Absence d'immunité cellulaire spécifique → Forme lépromateuse avec prolifération bacillaire incontrôlée, nombreuses lésions et infiltration inflammatoire de la peau et des nerfs
- Réponse immunitaire intermédiaire → Forme borderline

La classification établie en 1962 par Ridley et Jopling (Figure 1) détermine cinq formes de lèpre :

- Les formes polaires tuberculoïde (TT) et lépromateuse (LL)
- Les formes intermédiaires : borderline pure (BB), borderline tuberculoïde (BT) et borderline lépromateuse (BL)

On y ajoute une forme transitoire, la lèpre indéterminée (I)

Fig. 1. Classification de Ridley et Jopling



En 1982 afin de simplifier le diagnostic et le traitement de la lèpre, l'OMS sépare les malades en deux groupes

- Le groupe paucibacillaire (PB) : I, TT, BT
- Le groupe multibacillaire (MB) : BB, BL, LL

Puis en 1996, l'OMS classe les malades en deux groupes uniquement selon la clinique pour une prise en charge thérapeutique précoce :

- De 1 à 5 lésions (PB)
- Plus de 5 lésions (MB).

La nature dynamique des réponses immunes de *M. leprae* conduit à des fluctuations spontanées du stade clinique appelées réactions lépreuses :

- Réaction de type I ou réaction reverse (RR) → réaction d'hypersensibilité retardée liée au basculement sur le versant à forte immunité, survenant chez des patients borderline généralement en traitement ; Cliniquement, on observe une poussée inflammatoire des lésions cutanées et des névrites hypertrophiées et douloureuses
- Réaction de type II ou érythème noueux lépreux (ENL) → vascularite à complexes immuns circulants survenant chez des patients lépromateux (LL parfois BL), le plus souvent sous traitement.

Fig. 2. Aspects cliniques - Source : Dr N.L. NGUYEN (CCSMIT)



▪ Diagnostic

Le diagnostic clinique doit systématiquement être confirmé par un diagnostic histopathologique et bactériologique. La recherche de *M. leprae* se fait dans le mucus nasal (frottis) et dans les lésions cutanées (biopsie, scarification). Après coloration de Ziehl-Neelsen, les lames sont examinées au microscope à immersion.

La biopsie cutanée permet de calculer l'index bacillaire (IB), de mieux classer les patients et suivre l'évolution de la charge bacillaire au cours du traitement et après.

Selon la classification de l'OMS, la biopsie permet de différencier :

- Les formes paucibacillaires (PB i.e. IB = 0 avec < 5 lésions cutanées et atteinte d'un nerf : photo 2.A.)
- Les formes multibacillaires (MB i.e. IB de 1+ à 6 et > 5 lésions cutanées avec atteinte de plusieurs nerfs : photo 2.B.)

Il est à noter que la PCR est positive dans 90% des formes lépromateuses mais seulement dans 10 à 25% des formes paucibacillaires. Les autres formes sont presque constamment négatives. La PCR à visée diagnostique, n'a donc pas actuellement sa place dans le diagnostic de la lèpre mais présente un intérêt pour étudier la résistance de *M. leprae* à la rifampicine.

▪ Traitement

Selon le protocole de l'OMS La lèpre est traitée par une association de deux médicaments (dapsonne et rifampicine) pendant 6 mois (lèpre paucibacillaire) ou une association de 3 médicaments (dapsonne, rifampicine [en prise mensuelle] et clofazimine) pendant 12 mois (lèpre multibacillaire). Mais d'autres schémas thérapeutiques sont possibles notamment pour les formes à lésion unique. En Polynésie française, les formes multibacillaires sont toujours traitées avec une polychimiothérapie de 24 mois (avec rifampicine quotidienne).

Le taux de rechute après polychimiothérapie est d'environ 1% et les taux de résistance à la rifampicine et à la dapsonne semblent relativement faibles.

Les patients multibacillaires deviennent non contagieux très rapidement (en quelques jours) après le début de la polychimiothérapie et on observe environ une réduction de 1 log₁₀ du nombre de bactéries au niveau lésionnel après une année de traitement.

▪ Prophylaxie

La prophylaxie repose sur :

- Le dépistage et la prise en charge thérapeutique précoce des formes MB.
- La prophylaxie post exposition (PPE) → administration d'une dose unique de rifampicine à l'entourage de cas récemment diagnostiqués qui réduit de 50% le risque de lèpre parmi les contacts (recommandation OMS -2019)
- La PPE joue un rôle crucial dans l'interruption de la transmission du bacille car la maladie est probablement en grande partie transmise pendant la période d'incubation, qui peut durer plusieurs années, avant que la nouvelle infection ne devienne apparente.
- Vaccination par le BCG dans les pays à forte endémie lépreuse.

On estime que le vaccin BCG, utilisé seul, a un effet protecteur d'environ 50% parmi les contacts domestiques, tandis que l'administration concomitante du vaccin BCG et de la rifampicine confère une protection d'environ 80%.

Source : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/leprosy>

MALADIE A DECLARATION OBLIGATOIRE

La lèpre est une maladie à déclaration obligatoire en Polynésie française. Tout cas doit faire l'objet d'une déclaration au Bureau de veille sanitaire de la direction de la santé, à l'adresse : veille@sante.gov.pf ou par fax au 40 488 212.

Téléchargement de la fiche de DO : <https://www.service-public.pf/dsp/wp-content/uploads/sites/12/2019/06/maladies-obligatoires-lepre.pdf>

BILAN DE LA LEPRE EN POLYNESIE FRANCAISE (SOURCE : DR N. L. NGUYEN - CCSMIT)

La lèpre aurait été présente en Polynésie avant l'arrivée des Européens, probablement importée par des migrations successives en provenance de l'Asie lors des peuplements des îles du Pacifique. 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, se traduisant par des mesures d'exclusion. A partir du 19^e siècle, des léproseries ont été construites à Hiva Oa, Reao (Tuamotu) et à Tahiti (Motu Uta puis Orofara). La dernière, à Orofara, a été fermée en 1976.

Le Centre de consultation spécialisée des maladies infectieuses et tropicales (CCSMIT) de la Direction de la santé, dont le responsable est Le Dr N. L. NGUYEN, assure le diagnostic, la prise en charge thérapeutique et le suivi de l'ensemble des patients diagnostiqués sur le territoire.

Pour l'année 2020, les données sont les suivantes :

- Nouveaux cas détectés ► 5 personnes (3 hommes âgés de 26, 29 et 46 ans ; un garçon de 7 ans ; une fillette de 4 ans)
- Aucun cas de rechute notifié
- 8 patients sous polychimiothérapie (5 multibacillaires et 3 paucibacillaires)
- 6 patients, sous traitement ou ayant terminé leur traitement, suivis pour réactions reverses de type I ou II (nécessitant des traitements anti-inflammatoires, notamment des corticothérapies, de longue durée)

Le tableau II montre l'évolution des différents indicateurs de la situation de la lèpre de 2015 à 2020

TAB. II. Evolution des indicateurs de la situation épidémiologique de la lèpre (2015-2020)

Année	Population (x 1000)	Cas en Traitement	Prévalence p.10 000	Nombre de cas	Détection p.100 000	MB ¹ (%)	Infirmités ² (%)	Enfant ³ (%)
2015	272	9	0,33	3	1,10	100%	66%	0 %
2016	276	8	0,29	2	0,72	0%	50%	0 %
2017	276	10	0,36	5	1,81	80%	40%	0 %
2018	277	12	0,43	6	2,16	100%	0%	17 %
2019	279	11	0,39	5	1,79	60%	40%	40 %
2020	279	8	0,29	5	1,80	40%	0%	20 %

- (1) Proportion de multibacillaires parmi les nouveaux cas
- (2) Proportion de malades porteurs d'infirmité de grade 2 parmi les nouveaux cas
- (3) Proportion de malades âgés de moins de 15 ans parmi les nouveaux cas

En 2020, les indicateurs épidémiologiques principaux de la lèpre en Polynésie française sont :

- Incidence annuelle de cas déclarés : 1,80 cas / 100 000 habitants
- Prévalence de la maladie (nombre de cas sous traitement à la fin de 2020) : 0,29 cas /10 000 habitants

Depuis 1991, la prévalence de la lèpre en Polynésie française reste en dessous du seuil d'élimination défini par l'OMS (1/10 000 habitants).

BUREAU DE VEILLE SANITAIRE

Dr Sabine Henry, Aurélie Vigouroux, Moerava Chiu, Catherine Hinz, Anaïs Fadat, Tahia Chanzi, Christophe Ricard

Tel : 40 48 82 01

fax : 40 48 82 12

e-mail : veille@sante.gov.pf

Astreinte de veille sanitaire

Tel : 87 70 65 02

(Hors heures ouvrables)