

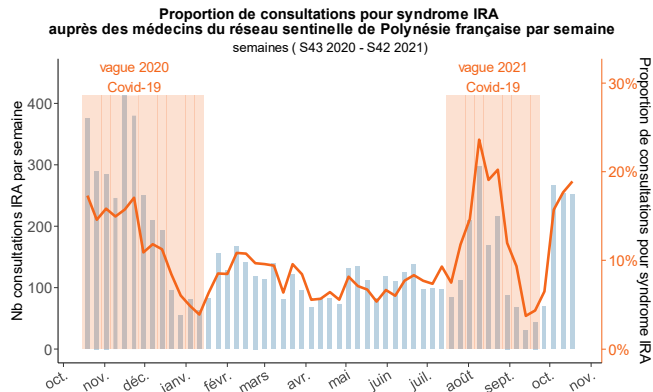


Ce bulletin est réalisé grâce aux données des médecins et infirmiers du réseau sentinelle, des structures de la direction de la santé (dispensaires, infirmeries, hôpitaux périphériques et CME), du Centre Hospitalier du Taaone, des laboratoires privés et public et du service des armées.

INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGÜES (IRA)

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

IRA ► 504 consultations rapportées sur 2760 consultations par les médecins du réseau sentinelle



Après un pic à 24% en S32, la proportion de consultations pour motif IRA baisse fortement avec un creux à 4% en S37 et S38. En S42, cette proportion remonte à presque 19%.

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.
- 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.

! Consulter sans délai un médecin en cas d'apparition de symptômes.

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

- Se protéger contre les piqûres de moustiques, particulièrement les personnes virémiques afin de réduire le risque de transmission secondaire du virus à son entourage (usage de moustiquaires)
- Lutter contre les gîtes larvaires en éliminant les eaux stagnantes dans son environnement au moins une fois par semaine
- Consulter rapidement son médecin en cas d'apparition de symptômes.

! Ces mesures sont à renforcer en période de fortes pluies

Cas confirmés ► 0 sur 18 demandes

Depuis juillet 2020, absence de circulation active du virus de la dengue en Polynésie française.

Résultats des panels respiratoires réalisés au CHPF
Semaines (S1 2021 - S42 2021)

pathogène	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14	S15	S16	S17	S18	S19	S20	S21	S22	S23	S24	S25	S26	S27	S28	S29	S30	S31	S32	S33	S34	S35	S36	S37	S38	S39	S40	S41	S42										
Adv																																																				
Cov																																																				
MPV																																																				
HRV / HEV																																																				
InfV A																																																				
InfV A/H1																																																				
InfV A/H3																																																				
InfV B																																																				
PIV 1																																																				
PIV 2																																																				
PIV 3																																																				
PIV 4																																																				
VRS																																																				
BP																																																				
CP																																																				
LSP																																																				
HEV (LCR+respi)																																																				
PEV(LCR+respi)																																																				
Nb ech. poolés																																																				

Adénovirus (Adv), Coronavirus commun (Cov), Methapneumovirus (MPV), Human rhinovirus (HRV), Enterovirus (HEV), Virus influenza (InfV), Parainfluenzavirus 1/2/3/4 (PIV 1/2/3/4), Virus respiratoire syncytial (VRS), Bordetella (para)pertussis (BP), Chlamydia Pneumoniae (CP), Mycoplasma Pneumoniae (MPn), Legionella spp (LSP), Parechovirus (PEV), Nombre d'échantillons poolés.

Source : Laboratoire du CHPF

Ces données confirment la circulation depuis début 2021 de virus respiratoires autres que le SARS-CoV-2, et notamment la circulation persistante de rhinovirus/entérovirus.

Absence de circulation du virus grippal ► aucune souche de virus influenza A/B détectée depuis mars 2020

Epidémie de Bronchiolite en France ► 3ème semaine d'épidémie : 11 régions en phase épidémique et 3 en phase pré-épidémique.

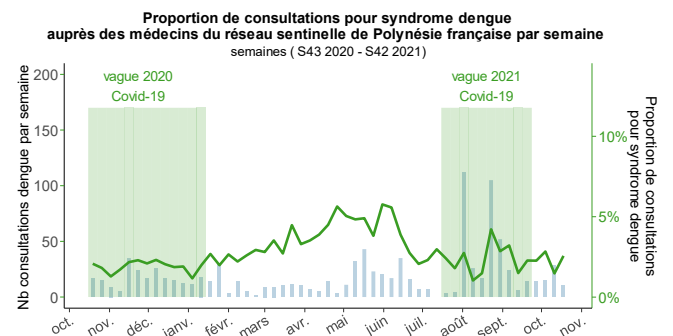
COVID-19

! En complément de la vaccination, appliquer strictement les mesures barrières pour se protéger, protéger ses proches et limiter la circulation du SARS-CoV-2, souche historique et variants.

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

Le taux de consultation pour syndrome dengue-like a fortement augmenté entre S31 et S34, correspondant au pic de la vague 2021 de Covid-19. Depuis S35, ce taux diminue fortement et demeure autour de 1%.

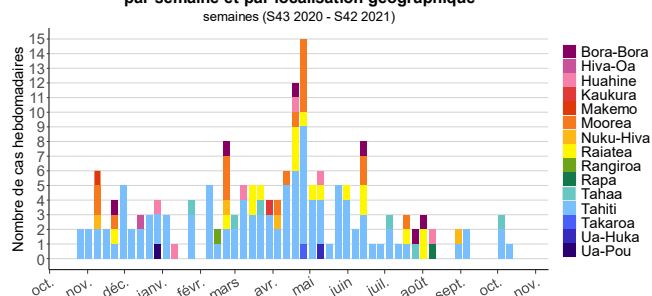
! La surveillance syndromique est un système non spécifique permettant de dégager des tendances de consultations par syndrome et non par pathologie.



LEPTOSPIROSE

Cas confirmés de leptospirose ► 2 sur 51 demandes (2 cas probables)

Nombre de cas de leptospirose déclarés en Polynésie française par semaine et par localisation géographique



Après un pic fin avril (S16-S17), le nombre de cas de leptospirose notifié ces derniers mois demeure très faible.

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 à l'issue des périodes de fortes pluies

! Vigilance renforcée lors de la pratique de loisirs nautiques (baignade, canyoning, pêche en rivière, etc.)

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

GASTROENTERITES (GEA) ET INTOXICATIONS ALIMENTAIRES

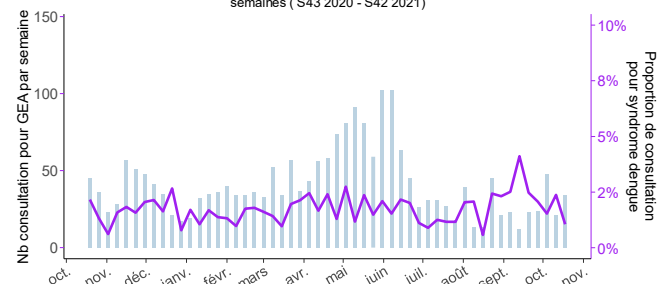
Toxi-infection alimentaire collective (TIAC) : survenue d'au moins 2 cas d'une symptomatologie similaire, en général gastro-intestinale, dont on peut rapporter la cause à une même origine alimentaire.

Prévention des GEA

- Hygiène des mains après passage aux toilettes, manipulation de terre ou d'objets souillés et avant manipulation des aliments.
- Lavage des fruits et légumes frais à l'eau courante propre et potable avant de les préparer et de les consommer
- 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'œufs non cuits (mayonnaises, crèmes, pâtisseries) sont à maintenir à une température < à 4°C et à consommer rapidement.

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

Proportion de consultations pour syndrome GEA auprès des médecins du réseau sentinelle de Polynésie française par semaine

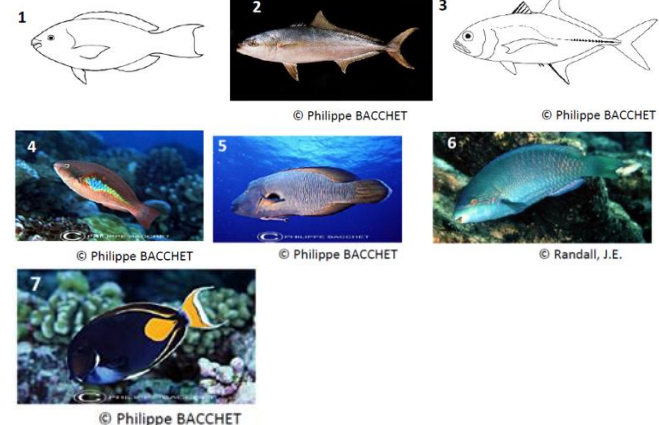


La proportion de consultations pour gastroentérite auprès des médecins du réseau sentinelle reste en moyenne aux alentours de 2%, après un pic à environ 6% en début juin.

Nb de cas	S41	S42	Détail
Diarrhée /GEA	1	1	2 Salmonelles à Tahiti
TIAC	1	0	1 TIAC de 3 patients (Tahiti)

BILAN CIGUATERA DE OCTOBRE 2021

SEMAINE	NB TOTAL DE PERS. INTOXIQUÉES	TIAC	ÎLE	ESPECE IMPLIQUEE
S39	2	Oui	Hiva Oa	Scaridae
S40	2	Oui	Rapa	Seriola lalandi
	3	Oui	Nuku Hiva	Carangidae
S41	1	NC	Rapa	Seriola lalandi
	1	Non	Reao	Scarus forsteni
	1	Non	Reao	Cheilinus undulatus
S42	3	Oui	Hiva Oa	Carangidae
	3	Oui	Mangareva	Scarus globiceps
	1	Non	Mangareva	Acanthurus achilles



- | | | |
|------------------------|--------------------------|--|
| 1. Scaridae | Poisson Perroquet | Uhu, Hana tatue, Tatue, Uhu haka, Koputea,... |
| 2. Seriola lalandi | Saumon de Rapa | Ma'aki |
| 3. Carangidae | Carangue | Mapiro, Uhi, Matu ono,... |
| 4. Scarus forsteni | Perroquet de Forsten | Gavere, Homohomo |
| 5. Cheilinus undulatus | Napoléon | Mara, Maraia, Tupiro, Tapiro, Marara,... |
| 6. Scarus globiceps | Perroquet masqué | Nioki, Pahoro, Pahoro re'a re'a, Pa'ali nana'o,... |
| 7. Acanthurus achilles | Chirurgien à tache rouge | Mokura, Ume tari, Maha pukiki, Maito tuitui, T'amu,... |

Informations disponibles sur le site de l'ILM : <https://www.ilm.pf/recherche/biotoxines-marines/la-ciguatera/>

AUTRES SIGNALEMENTS

En semaine 42, il a été signalé au BVS :

- ❖ 9 cas d'éruption prurigineuse suite à des baignades sur la côte Ouest, suggérant fortement la « dermatite du surfeur ».
- ❖ 5 cas d'urticaires géants chez des nourrissons et des enfants dans l'archipel des Tuamotu, dont l'origine est probablement virale.

Ainsi, les médecins sont invités à signaler au Bureau de Veille Sanitaire : toute consultation pour dermatite du surfeur (en précisant la date et la zone de baignade), toute consultation pour urticaires géants chez les jeunes enfants, pour toute autre alerte impliquant des cas groupés.

BUREAU DE VEILLE SANITAIRE

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



Point sur la tuberculose en 2021

GENERALITES

Maladie ancestrale, la tuberculose n'en reste pas moins d'actualité, tant en Polynésie française que dans le monde entier. Un quart de la population mondiale est infectée et 1.4 millions de décès annuels sont à déplorer. Alors que l'OMS avait pour objectif une éradication à moyen terme de cette infection (programme end TB), l'impact de la crise sanitaire actuelle risque au contraire de voir la tuberculose augmenter dans les années à venir (communiqué OMS 09/09/2021).

L'incidence de la tuberculose en Polynésie Française est à ce jour d'environ 23 cas pour 100 000 habitants, soit 50 à 60 cas annuels, qui génèrent en moyenne entre 100 et 200 nouveaux cas infectés/an. Ces chiffres placent la Polynésie française, depuis le début des années 2000, dans la catégorie des pays à faible endémicité de tuberculose (taux inférieur à $40/10^5$), mais restent au-delà du taux cible de $10/10^5$, marqueur de faible incidence (avis HCSP 18/05/2018).

A titre de comparaison, la France métropolitaine connaît pour sa part une hétérogénéité marquée des territoires avec une incidence moyenne de $7.5/10^5$ mais des données en Ile de France et pour certains départements d'Outre-mer sont proches de celles de la Polynésie (Guyane : $25.7/10^5$). Ainsi une politique vaccinale ciblée préconise le maintien de l'obligation vaccinale par le BCG dans ces territoires, de même qu'en Polynésie française.

L'agent infectieux responsable de la tuberculose est le bacille de Koch (complexe *Mycobacterium tuberculosis*). Il est transmis par voie aérienne, via des gouttelettes expectorées par le malade. La protection respiratoire nécessite le port d'un masque de type FFP2 pour l'entourage et chirurgical pour le patient.

La tuberculose existe sous deux formes : la forme latente (asymptomatique et non contagieuse, le bacille est « au repos »), et

la forme maladie (tuberculose active). La tuberculose maladie peut atteindre tous les organes (rein, os, ganglion, etc.) mais la localisation la plus fréquente est pulmonaire (80%). Seules les atteintes respiratoires (pulmonaires et ORL) sont contagieuses.

La contagiosité est plus importante en cas de positivité des examens directs des prélèvements respiratoires (crachats, liquide gastrique, aspiration bronchique), en présence de caverne ou de toux importante. On considère qu'un contact est potentiellement infectant après plusieurs heures passées en contact rapproché et répété avec un malade (8h en temps cumulé sur les 3 mois précédant le diagnostic pour un malade bacillifère). L'enquête autour d'un cas de tuberculose est donc primordiale et « policière », afin d'identifier au mieux les cas secondaires potentiels (infections latentes voire tuberculoses actives).

Le diagnostic d'infection latente repose sur la positivité du test tuberculinique (IDR ou IGRA) et l'absence de symptômes clinico-radiologique (radiographie pulmonaire) de tuberculose.

On estime qu'environ 10% des infections latentes (ITL) évolueront vers une tuberculose « maladie », la majorité des cas survenant dans les deux premières années qui suivent le contagement. En cas d'immunodépression ou chez les enfants de moins de 5 ans, ces taux sont plus importants (jusqu'à 50%) et l'évolution peut être rapide, justifiant un dépistage dans les 2 semaines qui suivent l'identification d'un contact à risque.

En l'absence de facteur de risque particulier, le test tuberculinique est réalisé au moins 8 à 12 semaines après le dernier contact, afin de limiter le risque de faux négatifs (temps de positivation du test).

TUBERCULOSE MULTIRÉSISTANTE

On parle de **tuberculose multirésistante (MDR)** lorsque le bacille de Koch n'est pas sensible aux deux principaux antibiotiques de première ligne, l'isoniazide et la rifampicine. Cette pharmacorésistance apparaît quand les traitements antituberculeux ne sont pas utilisés correctement, soit par des prescriptions incorrectes, soit des médicaments de mauvaise qualité ou un mauvais suivi du traitement par certains patients (arrêt prématuré par exemple, mauvaise observance etc.).

Il s'agit d'un **problème majeur de santé publique**, qui touche de nombreux pays (l'Inde, la Chine et la Russie sont les plus touchés) et qui s'accroît régulièrement. Entre 2018 et 2019, l'OMS notifiait une augmentation de 10% des cas de tuberculose multirésistante au niveau mondial.

La Polynésie française n'est pas épargnée par ce problème et depuis 2015, on note la détection régulière de cas de tuberculose multirésistante.

De 2015 à 2020, un à deux cas de tuberculose MDR étaient diagnostiqués par an en Polynésie.

En 2021 malheureusement, le phénomène s'accélère avec **6 nouveaux cas de tuberculose MDR** diagnostiqués depuis le 01^{er} janvier 2021.

Quasiment tous les cas de tuberculose MDR diagnostiqués depuis 2015 sur le territoire sont **reliés phylogénétiquement** (même souche d'origine). Seul un cas n'est pas relié et semble correspondre à une nouvelle souche MDR. Il s'agit d'un cas diagnostiqué en 2021, avec une résistance probablement acquise secondairement suite à un traitement antituberculeux mal conduit durant l'enfance du malade (attente des résultats définitifs du Centre National de Références des Mycobactéries et de la Résistance des Mycobactéries aux Antituberculeux (CNR-MyRMA)).

La tuberculose MDR, que ce soit la forme maladie ou la forme latente, peut être traitée et guérie à l'aide d'antibiotiques de deuxième intention. Ces **options thérapeutiques de deuxième ligne** sont toutefois **limitées** et nécessitent un **traitement prolongé** avec des médicaments qui sont chers et toxiques, parfois mal tolérés par les patients. De plus, certaines de ces molécules ne bénéficient pas toujours de données suffisantes dans certaines populations (enfants par exemple).

Dans certains cas, une pharmacorésistance encore plus sévère peut apparaître (**ultra-résistance = XDR**), rendant le bacille de Koch résistant aux traitements de 2^{ème} ligne les plus efficaces. Les patients peuvent alors se trouver à court d'option thérapeutique. Heureusement pour le moment, aucun cas de tuberculose XDR n'a été diagnostiqué en Polynésie

CENTRE DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

Consciente des enjeux de santé publique liés à la tuberculose en Polynésie française, la Direction de la santé a mis en place une équipe médicale et paramédicale dédiée depuis deux ans. Elle

permet notamment d'encadrer le **suivi des malades**, de réaliser des **enquêtes** autour des cas et de **promouvoir l'information du grand public et des professionnels** sur le thème de la tuberculose.

MALADIE A DECLARATION OBLIGATOIRE

La tuberculose est une maladie à déclaration obligatoire (MDO). Tous les cas de tuberculose sont à déclarer au Centre de Lutte Contre la Tuberculose à la Direction de la santé à l'adresse suivante :

cellule.tuberculose@sante.gov.pf

Ou par fax au 40.48.82.12

La fiche MDO est téléchargeable sur le site de la Direction de la santé :

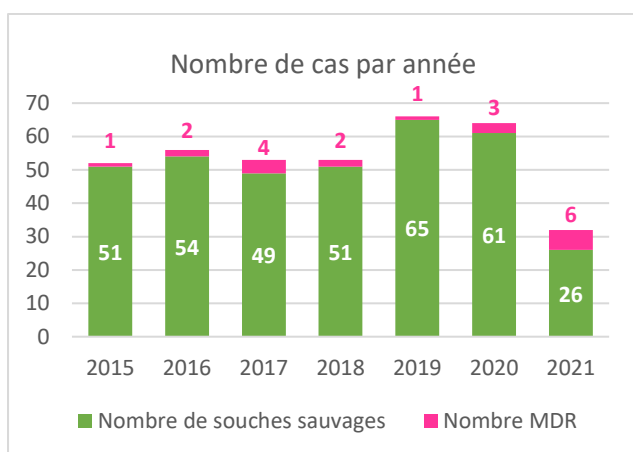
<https://www.service-public.pf/dsp/wp-content/uploads/sites/12/2019/06/maladies-obligatoires-tuberculose.pdf>

STATISTIQUES 2021 (DU 01/01/2021 AU 25/10/2021)

Depuis le début de l'année 2021 :

- 32 cas de tuberculose diagnostiqués et déclarés
- 599 sujets contacts identifiés dont 359 investigués (60%)
- 3 découvertes de tuberculose maladie par le dépistage
- 84 découvertes d'infection tuberculeuse latente (ITL)
- 17 ITL traitées ou en cours de traitement et 37 en surveillance pour 2 ans

Evolution du nombre de souches multirésistantes/sauvages :



En 2021, on observe une diminution des cas, potentiellement dû à un manque de dépistage en situation de crise sanitaire. En parallèle, on note une forte augmentation du ratio des cas de tuberculose multirésistante (7,55% en 2017, 4,7% en 2020 VS 18,75% en 2021).

Formes cliniques :

Les atteintes pulmonaires seules ou associées représentent plus de 90% des cas de tuberculoses déclarés en 2021.

Formes cliniques	Nb de cas	%
Pulmonaire seule	22	68,75%
Pulmonaire associée	8	25,00%
Miliaire	3	9,38%
Multiviscérale	3	9,38%
Pleurale	1	3,12%
ORL	1	3,12%
Extra pulmonaire isolée	2	6,25%
Pleurale	2	6,25%

Hospitalisations :

Plus de 87% des cas déclarés en 2021 ont été hospitalisés dont 81% hospitalisés au CHPf. Parmi ces cas, le nombre de décès (toutes causes) est au nombre de 2.

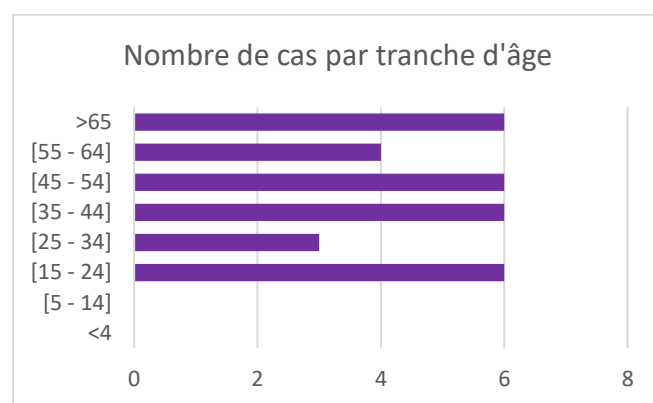
Lieu de prise en charge	Nb de cas	%
Hospitalisation CHPf	26	83,9%
Hospitalisation CH périphérique	1	3,2%
Hospitalisation Cliniques privées	0	0%
Ambulatoire	3	9,7%
Etranger (USA)	1	3,2%

Répartitions sexe / âge :

La répartition du nombre de cas par sexe montre que les hommes sont majoritairement touchés.

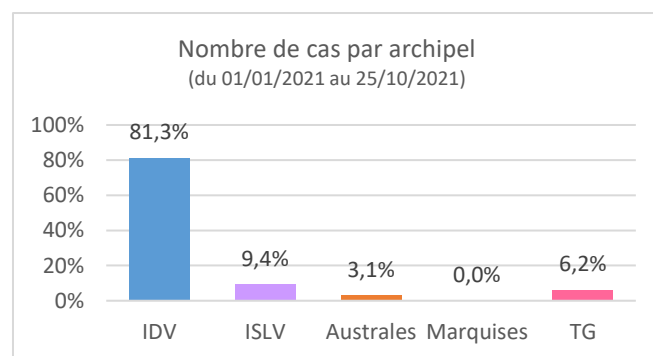
Sexe	Nb de cas	%
Hommes	20	62,5%
Femmes	12	37,5%

On note une moyenne d'âge de 45.2 ans (de 19 à 83 ans).



Répartition géographique :

La majorité des cas de tuberculose sont présents aux IDV (dont 75% des cas à Tahiti), ce qui correspond aux zones à forte densité de population.



Archipel	Nb de cas	%	Incidence (/100 000 hab)
IDV	26	81,3%	12,54
ISLV	3	9,4%	8,48
Australes	1	3,1%	14,36
Marquises	0	0%	0
TG	2	6,2%	11,85

REMERCIEMENTS

À Dr DEGLAIRE Valentine, responsable du centre de lutte contre la tuberculose (CLCT) et à son équipe.

➔ Pour plus d'informations ou pour échanger sur des situations spécifiques, n'hésitez pas à prendre contact avec le Centre de Lutte Contre la Tuberculose : cellule.tuberculose@sante.gov.pf ou au 40.48.82.16 / 40.48.82.17