



Programme de prévention de la TUBERCULOSE

1 - Equipe du programme

- Un médecin de santé publique à temps partiel, responsable du programme (directeur de l'ASS-NC).
- Un poste de coordonnateur Nord et Iles (subvention à la Province Nord).

2 - Qu'est-ce que la tuberculose ?

La tuberculose est une maladie infectieuse très contagieuse. Le germe responsable est une bactérie appelée bacille de Koch (BK) ou *Mycobacterium tuberculosis*. Généralement, ce sont les poumons qui sont infectés, mais il arrive aussi que d'autres organes soient atteints.

Il existe plusieurs phases à la tuberculose :

La primo-infection tuberculeuse (ou la tuberculose-infection) : suite à une contamination par voie aérienne, des lésions pulmonaires se développent. Le système immunitaire réagit à cette infection et une nécrose caséuse se forme. La personne infectée ne devient pas systématiquement malade mais le microbe demeure dans son corps dans un état dormant. La plupart du temps, la primo-infection tuberculeuse évolue spontanément vers la guérison.

La tuberculose maladie : une primo-infection tuberculeuse se dégrade, favorisée par certaines co-morbidités : infection au VIH, diabète, alcoolisme, dénutrition ou par la vieillesse. L'infection est devenue active. La bactérie se répand et peut affecter de nombreux organes : poumon, rein, os, cerveau.

Les facteurs de risque de passage à la maladie

Alcoolisme, dénutrition, déficit immunitaire lié à une autre maladie (infection à VIH, cancers) ou à un traitement (chimiothérapie), milieux sociaux défavorisés, etc.

Le virus VIH et le bacille de Koch forment une association mortelle, chacun de ces deux agents infectieux aidant la progression de l'autre.

Tout patient atteint de tuberculose doit bénéficier d'une sérologie VIH (après son accord) et réciproquement, tout patient infecté par le VIH doit bénéficier d'une recherche systématique d'infection par le bacille de Koch.

La transmission de la tuberculose

L'homme est le seul « réservoir » de cette bactérie ; il en est également le principal vecteur de transmission. La transmission de la tuberculose se fait par voie aérienne.

Dans 90 % des cas, une personne infectée par le bacille de Koch ne développe pas la maladie de la tuberculose. Elle peut même ne jamais en présenter de symptômes. Dans ce cas-là, elle ne pourra pas non plus transmettre le germe car il n'est pas présent dans ses expectorations.

En revanche, environ 10 % des personnes infectées développeront la maladie. Ces personnes peuvent être contagieuses et transmettre la tuberculose, si les bactéries sont présentes dans leurs expectorations.

En général, la tuberculose se transmet aux personnes qui passent beaucoup de temps avec le malade contagieux, particulièrement ceux qui vivent dans la même maison.

Les signes cliniques

- Toux depuis plus de 15 jours
- Fatigue constante
- Manque d'appétit
- Amaigrissement
- Sueurs nocturnes
- Présence de sang dans les crachats

Ces symptômes sont communs à beaucoup d'autres maladies.

Le vaccin contre la tuberculose

Ce vaccin s'appelle le **B.C.G.**, il a été mis au point par Calmette et Guérin, la vaccination est appliquée depuis 1921. C'est un bacille bovin vivant dont la virulence a été éliminée. Il s'administre par injection intradermique.

Elle entraîne en deux ou trois mois un certain degré de protection contre la tuberculose. La vaccination se fait à la naissance. Ce n'est pas un vaccin pleinement efficace: il évite surtout les formes graves de la maladie chez les jeunes enfants. De nouveaux vaccins sont en cours de recherche.

Le traitement contre la tuberculose

La prise de médicaments peut éviter l'évolution de la tuberculose-infection vers la tuberculose-maladie. Le traitement préventif comporte en général deux antibiotiques pour une durée de 3 mois.

Pour la tuberculose maladie, le traitement dure généralement au moins 6 mois, et peut être poursuivi jusqu'à 2 ans dans certains cas complexes.

Le traitement a pour but de détruire les bactéries présentes dans les organes infectés et est basé sur une association de quatre antibiotiques qu'il est nécessaire de prendre selon des règles précises pour ne plus être contagieux rapidement, guérir de la tuberculose et limiter le risque de rechute.

En cas d'oubli ou de prise incomplète du traitement, les bactéries de la tuberculose peuvent acquérir une pharmacorésistance (résistance aux médicaments), recommencer à se multiplier et devenir plus difficile à éliminer. C'est pour cela que d'un point de vue de santé publique, un traitement incomplet ou mal suivi est pire que pas de traitement du tout.

De plus, les traitements de tuberculose résistante sont 100 fois plus coûteux et difficiles à suivre pour le patient que les traitements de tuberculose standard. Dans certains pays, de plus en plus de résistances à ces quatre antibiotiques se développent actuellement.

La femme enceinte infectée par la tuberculose doit également suivre un traitement, mais les antibiotiques utilisés dépendront de la phase de la grossesse.

3 - Contexte épidémiologique calédonien et problématiques

Nouveaux cas déclarés : un peu moins d'une soixantaine de cas sont déclarés chaque année, pour l'ensemble de la NC

On observe depuis une vingtaine d'années une tendance à la diminution du nombre de cas, signe de l'efficacité des mesures sanitaires mises en œuvre. La persistance des cas de tuberculose justifie néanmoins la vigilance vis-à-vis de cette maladie.

En 2016, 39 cas de tuberculose maladie sont déclarés. L'incidence est de 14,3 cas pour 100 000 habitants.

Incidence des cas de tuberculose par tranche d'âge : la persistance de tuberculose chez les enfants atteste de la poursuite de la transmission. Il est cependant intéressant de constater que cette transmission a nettement diminué, témoignant des progrès effectués dans la prise en charge précoce des sujets bacillifères.

Incidence des cas de tuberculose avec crachats positifs à l'examen direct : 8 cas sont recensés en 2016, soit une incidence de 2,8 pour 100 000 habitants. Ce sont les tuberculoses contagieuses qui permettent à l'infection de se pérenniser. La baisse de cette incidence est moins franche que celle des tuberculoses toutes formes confondues. **Le potentiel de réémergence d'une transmission importante de la maladie est donc toujours présent en NC** (co-morbidité VIH/tuberculose /diabète).

Taux de guérison : par définition la guérison est attestée par la négativité de l'examen des crachats 2 et 5 mois après le début de traitement. Si ces prélèvements ne sont pas effectués, on parle seulement de traitement complété ou terminé.

La stratégie OMS estime qu'un programme est performant si le taux de guérison est supérieur à 85 %.

En NC, le taux de guérison se rapproche de ce seuil mais le recueil des données n'étant pas exhaustif, il est difficile d'en établir une valeur précise pour 2016.

Incidence culturelle : on note une incidence qui varie selon les communautés, plus élevée dans les communautés mélanésiennes, wallisiennes et vietnamiennes.

Décès : en 2016, 2 décès ont été enregistrés ; la tuberculose n'en était pas la cause principale. .

Pour plus de données épidémiologiques :

Le site Internet de la DASS-NC : <http://www.dass.gouv.nc/> chapitre sur la tuberculose, de *La Situation sanitaire de la NC*.

4 - Vocation et principaux objectifs du programme

Sa vocation : création ou optimisation d'un ensemble d'outils et de formations ayant pour but :

- La formation des professionnels de santé.
- L'amélioration de la surveillance de la maladie.
- Le renforcement et l'homogénéisation des procédures de diagnostics.
- L'assurance d'une prise en charge thérapeutique adaptée et complète.
- L'amélioration de l'efficacité des recherches de contacts.
- La modification des représentations négatives de la maladie au sein de la population.
- L'évaluation du programme.

Ses objectifs

- Plus de patients « perdus de vue » avant la fin du traitement.
- Obtenir un taux de guérison supérieur à 85 %.
- Surveiller la co-infection tuberculose/VIH.
- Surveiller l'apparition des résistances aux antibiotiques.

5 - Cibles du programme

- La population générale
- Les professionnels de santé

6 - Principaux axes stratégiques du programme

Les axes stratégiques se déclinent assez simplement. Ils sont classés par ordre prioritaire selon un protocole en paliers défini par l'OMS



1^{er} objectif prioritaire : trouver les patients tuberculeux potentiellement contagieux (signes cliniques, notamment toux).

C'est le rôle de tous les professionnels de santé de proximité. La tuberculose devenant grâce au programme de plus en plus rare, la sensibilisation de ces professionnels se poursuit.

2^{ème} objectif prioritaire : démarrer le traitement et s'assurer de sa bonne observance pendant toute sa durée, soit 6 mois en général. Cela semble simple et pourtant chaque année des patients arrêtent leur traitement avant la fin.

3^{ème} objectif prioritaire : dépister des sujets ayant pu être contaminés par les patients contagieux et les traiter. Ce processus appelé « enquête » est réalisé depuis plusieurs dizaines d'années en NC. Il ne peut être débuté qu'à partir du moment où les 2 autres objectifs ci-dessus sont remplis.

Les acteurs de santé publique impliqués ont eu à cœur d'en améliorer l'efficacité, et la dernière révision des protocoles a été menée en commun avec les professionnels de Polynésie Française ainsi que de Wallis et Futuna.

7 - Stratégies opérationnelles du programme

Le programme actuel est le fruit de l'évolution d'une stratégie débutée dès la mise en place du système de santé des armées en NC.

Il a donné lieu à la création d'un dispensaire anti tuberculeux transformé lors de la provincialisation en un centre médical polyvalent de Nouméa. Il a été formalisé une première fois en 1992, mais il est connu par les professionnels au titre de support de la stratégie de lutte contre la tuberculose depuis 1999.

Cette stratégie évolue avec le contexte épidémiologique et des connaissances. Elle prend bien sûr en compte les stratégies internationales.

9 - Conclusion

L'ASS-NC s'inscrit dans cette intervention collective de santé publique en favorisant notamment, le suivi des dossiers en Provinces Nord et Iles au sein desquelles la dissémination géographique et les mouvements de populations sont plus propices à un abandon de traitement. L'absence de structure de référence y a été solutionnée par le versement d'une subvention à la Province Nord et destinée au fonctionnement du poste d'un agent dédié exclusivement au programme tuberculose

8 - Principaux projets 2016

La formation des professionnels de santé publique, le suivi des cas déclarés et la réactualisation de la stratégie demeurent les axes permanents du programme.

La stratégie incluant les dernières avancées en termes de traitement et de logique décisionnelle en santé publique est remise à jour en continu. Le protocole de screening systématique par intradermo-réaction a été modifié à la suite de la disparition des IDR systématiques à 6 ans et 9 ans (délibération du Congrès n° 45/CP du 20 avril 2011). Cette modification a impacté certains protocoles d'enquête.

L'ASS-NC est l'interlocuteur privilégié de la CPS et de l'OMS sur le sujet de la tuberculose et au-delà de son rôle de coordination, joue celui d'acteur facilitateur en termes de création et de diffusion de documents relatifs à la tuberculose.

