



Cas d'hépatite A en collectivité signalés aux Ddass, bilan des investigations et des recommandations

R.Haus, E.Delarocque-Astagneau, M.Valenciano, V. Vaillant

Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice

INTRODUCTION

Le virus de l'hépatite A (VHA) se transmet de personne à personne, principalement par voie féco-orale. Il se transmet également par l'eau ou des aliments contaminés. Ce mode de transmission est responsable de cas sporadiques et d'épidémies communautaires ou survenant dans des collectivités fermées. Dans le cadre de sa mission d'alerte et d'investigation, l'Institut de veille sanitaire (InVS) est souvent sollicité pour des conseils quant à la conduite à tenir lors de la survenue de cas d'hépatite A en collectivité et la question de l'utilisation du vaccin pour prévenir l'apparition de nouveaux cas a souvent été posée en l'absence de recommandations vaccinales établies. Afin de mieux identifier les difficultés rencontrées dans la gestion de ces épisodes et de fournir des éléments de discussion quant à la vaccination éventuelle dans ce contexte, un descriptif des épisodes ayant fait l'objet d'un signalement à l'InVS a été réalisé.

MÉTHODES

L'étude a porté sur les épisodes de cas d'hépatite A en collectivité signalés à l'InVS entre janvier 1998 et septembre 2000. Un épisode était défini par la survenue d'au moins un cas. Le recueil des données a été réalisé à l'aide d'une grille de recueil standardisée, complétée à partir des documents disponibles et d'un entretien téléphonique avec les médecins ou infirmières des DDASS concernées. Le déroulement des investigations a été étudié en référence à la conduite à tenir préconisée par un groupe d'experts dans un guide publié en 1996 dans le BEH (Bulletin épidémiologique hebdomadaire) [1].

RÉSULTATS

L'InVS a été sollicité pour 12 épisodes de cas d'hépatite A survenus en collectivité entre janvier 1998 et septembre 2000.

Les épisodes sont survenus dans dix départements (cinq régions). Deux départements ont été concernés par 2 épisodes. Un épisode a eu lieu en Belgique (les enfants qui fréquentaient l'établissement concerné résidaient en France). Sept épisodes sur 12 ont débuté en automne, deux en été, un en hiver et deux au printemps.

Répartition des signalements selon le type de collectivité

Les instituts médico-éducatifs (IME) et les maisons d'enfants à caractère social sont les collectivités les plus fréquemment touchées (7/12) suivis des établissements scolaires (3/12). Des épisodes sont également survenus dans la pouponnière d'un hôpital et une crèche.

Origine des signalements

Différents intervenants ont signalé les cas aux Ddass dont sept directeurs d'établissements, quatre médecins (médecin traitant (n=1), médecin de santé scolaire (n=1), pédiatre d'un centre hospitalier (n=1), médecin d'un CLIN (n=1)). Enfin, dans un cas c'est un laboratoire d'analyses de biologie médicale qui a donné l'alerte pour des cas survenus dans un IME.

Délai de signalement

Le délai écoulé entre la date de début des signes cliniques du premier cas symptomatique et la date de signalement à la DDASS a pu être calculé pour 10 épisodes. Ce délai était de plus de 15 jours pour 8 épisodes, entre 9 et 15 jours pour un épisode et entre 1 et

8 jours pour un épisode. Le délai moyen était de 50 jours (médiane 31 jours, extrêmes : 3 et 180 jours). Pour la quasi totalité des épisodes, l'alerte a été déclenchée par l'apparition de plusieurs cas sur quelques semaines (ex : 2 cas à deux semaines d'intervalle, 3 cas ou plus sur quelques semaines...).

Nombre de cas par épisode, taux d'attaque

Le nombre moyen de cas symptomatiques signalés sur l'ensemble des 12 alertes était de 8 (médiane : 5 cas, extrêmes : 1 et 17 cas). Sur les 12 alertes, 74 cas étaient des enfants, 14 cas des membres du personnel. Trois cas ont été rapportés chez des parents d'enfants atteints d'hépatite A. Les taux d'attaque d'hépatite A symptomatique ont pu être estimés pour 8 épisodes : ils variaient de 1,1 % (1/92) dans un IME à 39 % (16/41) dans un internat. Dans une des écoles touchées, le taux d'attaque était de 10,8 %. Les taux d'attaque d'hépatite A symptomatique chez les membres du personnel n'étaient connus que pour 2 épisodes survenus dans des IME (3,7 % et 25 %) car les effectifs des populations adultes concernées n'étaient pas toujours renseignés.

Investigations réalisées

Description temps-lieu-personnes

Pour trois épisodes sur douze, les éléments nécessaires à l'établissement d'une description étaient assez précis le jour de l'alerte à l'InVS : nombre de cas, dates de survenue, effectifs des collectivités concernées, lieux touchés. Pour deux autres épisodes, la DDASS a transmis, à distance de l'épisode, le rapport pour information. Deux épisodes ont été gérés essentiellement par des structures extérieures. Pour les cinq épisodes restants on ne disposait pas, initialement, des données permettant de faire un premier descriptif temps-lieu-personnes.

Réalisation d'une visite sur site

Ces visites ont été effectuées lors de cinq épisodes sur les dix pour lesquelles il a été possible de recueillir cette information. Ces épisodes étaient survenus dans la pouponnière d'un hôpital, une école maternelle, un IME, une maison d'enfants à caractère social, un internat d'enfants en Belgique. Sur les cinq visites réalisées, trois visites ont été effectuées par la Ddass, une par l'Institut de santé publique belge et la dernière par le Conseil général. Pour chacune de ces visites, des insuffisances en termes d'hygiène ont été observées comme l'absence de savon et d'essuie-mains en papier ou la présence d'essuie-mains en tissu dans les sanitaires. Après avoir constaté ces anomalies, la Ddass faisait obligation à l'établissement de les corriger, dans un délai de temps défini.

Mesures prises lors de l'épidémie

Information d'autres collectivités potentiellement concernées

L'InVS a conseillé aux Ddass d'informer les autres collectivités pouvant être concernées par des cas d'hépatite A. Il pouvait s'agir des établissements du secteur susceptibles d'accueillir les élèves ou leur fratrie. Lorsque cette information avait lieu, elle était effectuée par le directeur de l'établissement concerné ou la Ddass. Cependant, les données sur les délais, le contenu et les modalités précises de ces informations n'ont pas pu être recueillies.

Renforcement de l'hygiène

Toutes les Ddass ont recommandé aux établissements concernés la mise en place d'un renforcement des mesures d'hygiène. Il

concernait essentiellement les modalités et la fréquence du lavage des mains et de la désinfection des sanitaires dans l'établissement. La nécessité de mettre en place un renforcement de l'hygiène était donnée par téléphone ou par courrier. Souvent ces mesures étaient recommandées alors que l'épidémie se terminait, et ceci en raison d'un délai tardif de signalement à la Ddass. Les dates auxquelles ces recommandations ont été émises étaient connues ; cependant, les dates de leur mise en place effective ne l'étaient pas.

Recommandation vaccinale

La notion de recommandation vaccinale était connue pour dix épisodes sur 12. La mise en place d'une vaccination a été conseillée dans neuf épisodes. Les structures concernées étaient des IME (n=4), des écoles (n=4), une pouponnière et une maison d'enfants à caractère social. Les différentes structures ou intervenants à l'origine de cette recommandation étaient : CLIN (n=1), Service de promotion de la santé des élèves de l'Education nationale (n=1), médecin d'un IME (n=1), InVS (n=4), pédiatre hospitalier (n=1), infirmière de Ddass (n=1), médecin de santé publique en Belgique (n=1). Une sérologie pré vaccinale a été réalisée pour 3 épisodes sur les 4 pour lesquels cette donnée a pu être recueillie. La taille de la population ciblée par cette recommandation, précisée pour 7 des 9 épisodes, allait de la collectivité dans son ensemble (5 épisodes) à l'entourage familial ou scolaire proche des derniers cas (2 épisodes). Pour deux épisodes de cas groupés, une vaccination, à distance de l'épisode, a été organisée par la suite. Les délais précis entre les dates de recommandation vaccinale et leur caractère effectif n'ont pas pu être recueillis faute de données disponibles.

Mise en œuvre des mesures et suivi de l'épisode

Pour deux des quatre épisodes pour lesquels l'InVS avait conseillé une vaccination, celle-ci n'a pas été mise en œuvre en raison d'un problème de prise en charge des coûts. Les Ddass ont rarement été tenues informées par les collectivités de l'évolution des épisodes de cas d'hépatite A après la mise en place des mesures qu'elles avaient préconisées, et ce, quel qu'ait été le type de ces mesures.

DISCUSSION

Les sources du signalement aux Ddass des épisodes de cas groupés d'hépatite A en collectivité sont multiples et illustrent la complexité de mise en place d'un système de surveillance de l'hépatite A permettant d'identifier ces cas groupés. Les premières investigations épidémiologiques, en particulier, la réalisation précoce d'une description des cas en terme de temps-lieu-personnes est indispensable pour mettre en œuvre rapidement les premières mesures. Cette description concerne le (les) cas touchés (enfants et personnels) : date de début des symptômes (ou de diagnostic), âge, notion de fratrie, fréquentation d'une collectivité par la fratrie (avoir également ces trois informations pour les enfants de l'établissement n'ayant pas présenté d'hépatite), nombre de classes concernées, effectifs par classe, groupes à informer (autres collectivités accueillant les cas ou pouvant être fréquentées par leur fratrie). La visite sur place permet de compléter le descriptif, de vérifier l'application des mesures d'hygiène et de rencontrer les responsables de l'établissement.

L'important délai de signalement observé dans cette étude pourrait être en partie expliqué par la difficulté pour les responsables d'établissement d'identifier les institutions ressources et leurs rôles dans le domaine des maladies infectieuses : l'organisme de tutelle d'un établissement varie selon l'institution dirigée et la population accueillie. Il peut être soit l'Etat (Ddass, Direction des services vétérinaires, Service de promotion de la santé des élèves de l'Education nationale ...), soit le Conseil général (Aide sociale à l'enfance, Protection maternelle et infantile...). Cependant, quel que soit l'organisme de tutelle de l'institution, la lutte contre les épidémies est toujours du ressort de l'Etat (Ddass pour le volet épidémiologique et DSV pour le volet alimentaire) mais le fonctionnement de l'institution et les moyens à mettre en œuvre pour améliorer sa situation sanitaire dépendent de l'organisme de tutelle de l'établissement.

Selon le calendrier vaccinal [1,2], la vaccination anti-VHA est recommandée en prévention pour les sujets exposés professionnellement à un risque de contamination : personnels de crèches, d'internats des établissements et services pour l'enfance et la jeunesse handicapées, personnels de traitement des eaux usées, personnels impliqués dans la préparation alimentaire en restauration collective. Elle est également recommandée pour les adultes non immunisés et enfants au dessus de 1 an voyageant en zone d'endémie, les jeunes des internats des établissements et services pour l'enfance et la jeunesse handicapées et les personnes exposées à des risques particuliers. Cependant il apparaît que les collectivités à risques ont une méconnaissance de ces recommandations et ne disposent pas toujours des moyens pour les mettre en œuvre.

Plusieurs études ont montré l'efficacité du vaccin pour contrôler des épidémies communautaires de grande ampleur mais seules trois études ont tenté d'évaluer l'intérêt du vaccin contre l'hépatite A lors d'épisodes de cas groupés [3-5]. Pour l'une de ces études, la vaccination a pu contribuer à l'extinction de l'épidémie du fait de sa précocité et d'une couverture vaccinale élevée [5]. Les deux autres études ne permettaient pas de conclure quant au rôle de la vaccination dans le contrôle de ces épidémies [3-4]. D'après une étude italienne publiée en 1999 [6], le vaccin anti VHA serait efficace pour prévenir la survenue de cas secondaires chez les membres d'une maisonnée si la vaccination a lieu dans la semaine qui suit le début des signes du cas index ; ceci impliquant une confirmation rapide du diagnostic sérologique d'hépatite A.

Dans les situations décrites dans notre étude, la discussion autour d'une éventuelle recommandation vaccinale était difficile en raison d'un manque de données. De plus, le signalement aux Ddass était souvent trop tardif pour que la mise en place d'une vaccination permette d'éviter la survenue de nouveaux cas ; la majorité des cas ayant déjà été exposée au virus. En cas de recommandation vaccinale, la prise en charge des coûts financiers représentait la principale difficulté à sa mise en place et les modalités de cette prise en charge doivent être envisagées.

A partir des résultats de cette étude rétrospective, il est possible de faire plusieurs recommandations :

- inciter les responsables de collectivités à risques à signaler rapidement les cas d'hépatite A à la Ddass en les informant sur l'utilité d'un signalement précoce, sur les institutions à prévenir et sur les missions de celles-ci ;
- améliorer le recueil des données permettant d'établir rapidement un descriptif temps-lieu-personnes en proposant une fiche d'appel standardisée aux Ddass (faire notamment préciser la date du diagnostic sérologique et l'existence de facteurs d'exposition alimentaire) ;
- programmer systématiquement et le plus rapidement possible une visite sur place ;
- améliorer la collaboration entre les institutions et les différentes structures départementales ou locales susceptibles d'intervenir dans les situations épidémiques ;
- mieux informer les collectivités à risques de l'existence de recommandations vaccinales préventives [1,2] ;
- préciser le rôle et l'indication de la vaccination pour contrôler les épidémies survenant en collectivité ;
- définir les modalités de prise en charge des coûts financiers de la vaccination ;
- promouvoir un meilleur suivi des épisodes : mise en place d'une vaccination (couverture vaccinale, dates...), difficultés rencontrées, apparition de nouveaux cas.

CONCLUSION

Cette étude a permis de préciser la nature et les caractéristiques des investigations des épisodes de cas d'hépatite A en collectivité et de proposer des recommandations pour une investigation rapide et efficace permettant une meilleure gestion sur le terrain. L'amélioration des délais de signalement à la Ddass et le recueil systématique et rapide de données épidémiologiques sur les cas, le lieu, la population potentiellement exposée pour chacun des épisodes de cas sont des préalables nécessaires pour agir au mieux. Par ailleurs, cette étude permet d'alimenter la réflexion concernant la place du vaccin dans le contrôle de ces épidémies.

REMERCIEMENTS

Les DDASS ont envoyé des documents complémentaires et permis, de ce fait, l'existence de cette étude. Elles en sont remerciées de même que l'Institut de la santé publique belge et le CLIN de l'hôpital concerné.

RÉFÉRENCES :

- [1] Begue P, Bernuau J, Courouze AM, Desenclos JC, Cabo B, Goudeau A, Julien AM, Tirard V. La prévention de la transmission du virus de l'hépatite A en situation épidémique. *BEH* 1996 ; 50 :1-4
- [2] Calendrier vaccinal 2000, avis du Conseil supérieur d'Hygiène Publique de France (section des maladies transmissibles) du 12 mai 2000. *BEH* 2000 ; 27 : 1-3
- [3] Bonanni P, Colombai R, Franchi G, Lo Nostro A, Comodo N, Tiscione E. Experience of hepatitis A vaccination during an outbreak in a nursery school of Tuscany, Italy. *Epidemiol Infect* 1998;121:377 - 80
- [4] Irwing DJ., Millership S. Control of a community hepatitis A outbreak using hepatitis A vaccine. *Commun Dis Public Health* 1999;2:184-7
- [5] Ang LH. Outbreak of hepatitis A in a special needs school in Kent. *Commun Dis Public Health* 2000;3:139-40
- [6] Saggiocca L, Amoroso P, Stroffolini T, Adamo B, Tosti ME, Lettieri G et al. Efficacy of hepatitis A vaccine in prevention of secondary hepatitis A infection : a randomised trial. *Lancet* 1999;353:1136-39.