

Bilan de la surveillance des hépatites A en région Normandie, 2016

| Introduction |

L'hépatite A est une maladie à déclaration obligatoire depuis novembre 2005. Tout cas d'hépatite A doit être signalé sans délai à la plateforme de veille et d'urgences sanitaire de l'Agence régionale de santé (ARS) Normandie et notifié par le déclarant (biologiste ou médecin).

Les objectifs de la surveillance sont :

- la détection des cas groupés afin de mettre en œuvre rapidement les mesures de contrôle nécessaires ;
- l'estimation de l'incidence et des tendances épidémiologiques ;
- le suivi des expositions à risque afin de guider les politiques vaccinales.

Le dispositif de surveillance de l'hépatite A s'appuie également sur une collaboration active avec le Centre national de référence (CNR) des virus des hépatites à transmission entérique (Service de virologie, Hôpital Paul Brousse, Villejuif). L'expertise du CNR sera en outre utile en cas de doute sur la confirmation biologique d'un cas. Il participera également aux investigations épidémiologiques

| Rappels |

Agent pathogène	Virus de l'Hépatite A (VHA), hépatovirus de la famille des <i>Picornaviridae</i>
Réservoir	Humain, personne malade ou asymptomatique
Source de contamination	Selles de personnes infectées, aliments et eaux contaminés par les selles
Mode de transmission	- De personne à personne : transmission directe féco-orale ; - A partir de l'environnement contaminé : indirect par consommation d'eau contaminée ou d'aliments consommés crus contaminés, soit à la production, soit lors de la préparation par une personne infectée excrétrice
Incubation	15-50 jours (moyenne 28 jours)
Durée de contagiosité	L'excrétion virale dans les selles débute 3 à 10 jours avant l'apparition des manifestations cliniques et ne dépasse pas en moyenne 3 semaines après le début des premiers signes
Population exposée	Jeunes enfants n'ayant pas acquis l'âge de la propreté, personnes handicapées en collectivité et personnel s'en occupant, homosexuels masculins, voyageurs en pays d'endémie
Population présentant un risque de gravité	Personnes atteintes de pathologies hépatiques chroniques ou de mucoviscidose
Séroprévalence	Augmente avec l'âge 2,5 % chez les 1-6 ans et 45,7 % chez les 40-49 ans
Critère de signalement	Présence d'IgM anti-VHA dans le sérum

| Méthodes |

Les taux d'incidences brutes correspondent aux taux de notification et sont exprimés en nombre de cas pour 100 000 habitants.

Les données démographiques utilisées pour le calcul des taux d'incidence sont issues des estimations localisées de population au 01/01/2016 (source : Insee). Les analyses ont été réalisées avec le logiciel Stata® 12.1 (StataCorp. 2011. Stata Statistical Software: Release 12. College Station, TX: StataCorp LP).

| Evolution du taux d'incidence |

De 2007 à 2016, 424 cas d'hépatite A ont été notifiés en Normandie. A l'exception des années 2008 et 2011, les incidences régionales étaient inférieures aux incidences nationales (Figure 1). Elles variaient entre 0,51 cas / 100 000 habitants en 2015 et 2,99 cas / 100 000 habitants en 2011. Les taux d'incidence élevés observés en 2008 et 2010 sont le fait de deux épidémies communautaires (gens du voyage) dans les départements de l'Eure et de Seine-Maritime.

| Principales caractéristiques épidémiologiques des cas notifiés en 2016 |

En 2016, 18 cas d'hépatite A ont été notifiés en Normandie correspondant à un taux d'incidence brute de 0,54 cas / 100 000 habitants (Figure 2). L'âge médian des cas notifiés était de 24 ans [min-max = 5-67 ans]. La classe d'âge la plus exposée était celle des 26-45 ans (Figure 3) et le sex-ratio homme/femme était de 1,25.

Parmi les cas déclarés, 100 % des cas étaient symptomatiques. L'ictère isolé ou associé à d'autres signes aspécifiques (asthénie, anorexie, fièvre, vomissements, douleurs abdominales ou diarrhée) était rapporté pour 94 % des cas. Le taux d'hospitalisation était de 72 %.

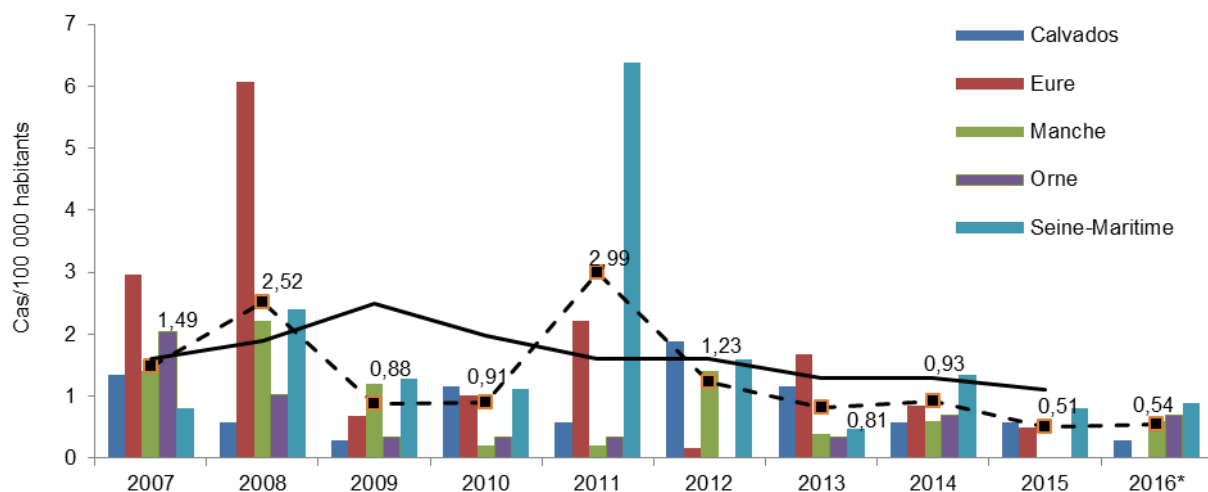
Parmi les cas d'hépatite A aiguë déclarés, 1 seul était vacciné.

| Expositions à risques notifiées en 2016 |

En 2016, l'exposition à risque la plus fréquemment rapportée était un cas d'hépatite A dans l'entourage rapporté dans 39 % (n = 7/18) des notifications : le cas contact n'appartenait pas à l'entourage familial dans la grande majorité des notifications (n = 5/7, 71 %). Un séjour hors métropole était l'exposition à risque rapportée dans 56 % (n = 10/18) des notifications (Figure 2).

Parmi les autres expositions à risques, 17 % (n = 3/18) des cas rapportaient des contacts avec un enfant de moins de 3 ans au domicile et 28 % (n = 5/18) la consommation de fruits de mer (huîtres, crevettes et moules).

Figure 1 : Évolution du taux brut d'incidence (nombre de cas / 100 000 habitants), Normandie, 2007-2016



*Pas d'estimation nationale disponible pour l'année 2016 à la rédaction de ce point

Figure 2 : Evolution du nombre de cas d'hépatite A selon l'exposition à risque rapportée (voyage à l'étranger / autochtone), Normandie, 2007-2016

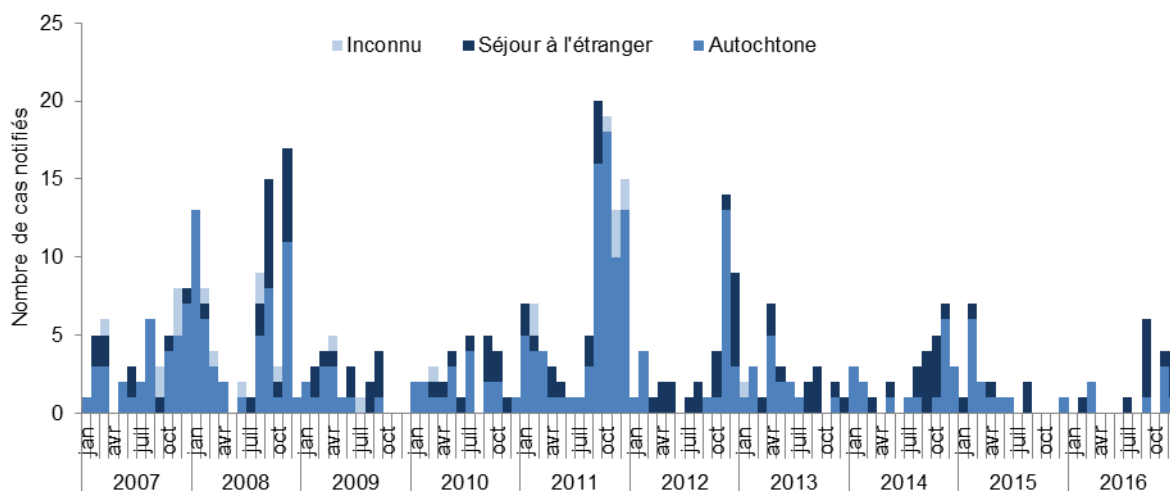
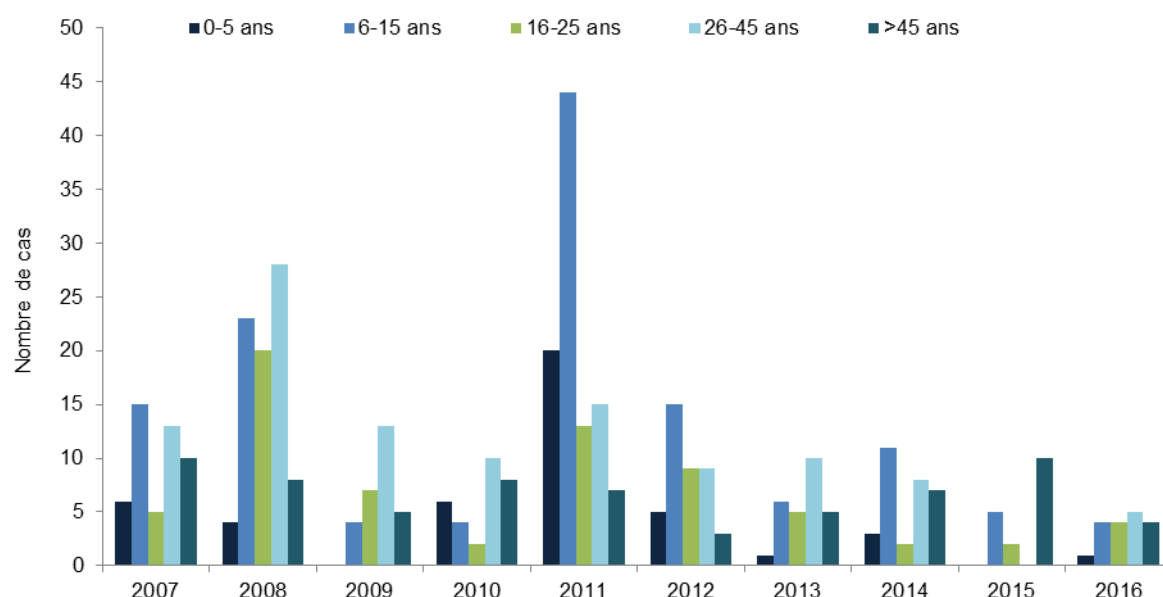


Figure 3 : Nombre de cas notifiés d'hépatite A par tranche d'âge, Normandie, 2007-2016



| Episode de cas groupés d'hépatite A, Décembre 2016 - Mars 2017 |

La fin d'année 2016 a vu l'émergence d'une épidémie d'hépatite A dans l'agglomération rouennaise. Entre fin décembre 2016 et le 9 janvier 2017, un total de 7 cas d'hépatite A ont été signalés à l'ARS Normandie. Cette épidémie affectait principalement des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH). A la suite de ce signalement une investigation épidémiologique autour des cas notifiés a été mise en place en lien avec l'ARS.

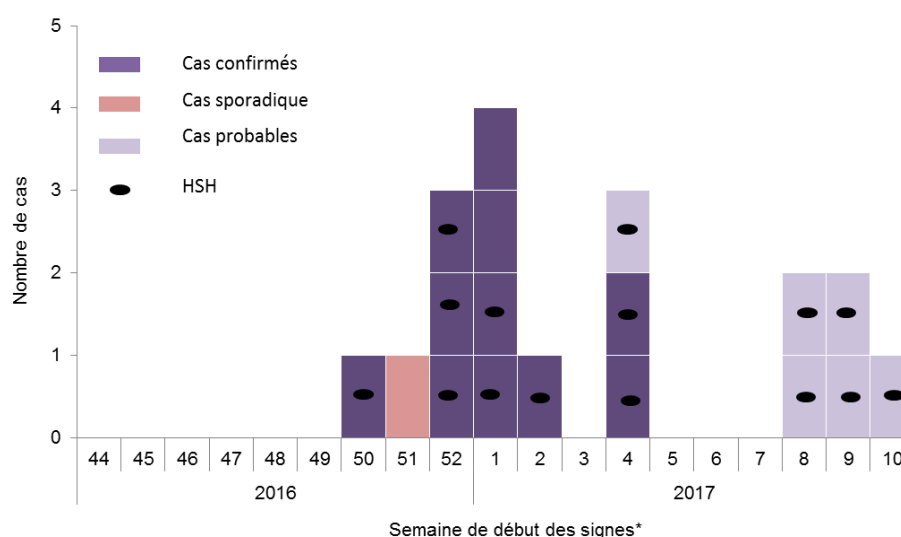
Ainsi, depuis le 17 décembre 2016, un total de 17 cas d'hépatite A résidant principalement sur Rouen et l'agglomération ont été notifiés à Santé publique France (Figure 4). Chez 11 cas, une souche virale spécifique (VRD_521_2016 = souche épidémique) a été isolée (cas épidémiques). Les analyses virologiques sont en cours pour 5 autres cas ayant déclaré avoir des rapports sexuels avec des hommes (cas probables). Un cas sans lien avec l'épidémie a été signalé pendant cette période (cas sporadique).

Tous les cas rattachés à cette épidémie étaient des hommes dont l'âge médian était de 26 ans (min-max = 17-48 ans). Parmi les 16 cas, 14 ont déclaré être HSH, 3 ont déclaré avoir voyagé en Europe dans les deux mois précédant l'apparition des symptômes (Espagne, Luxembourg, Italie). Aucun cas n'avait été vacciné contre l'hépatite A. Par ailleurs, 5 cas de co-infections par le VIH, dont 3 infections de découverte récente, ont été rapportés parmi l'ensemble des cas.

La souche virale mise en cause dans ce cas groupé était homologue à la souche de génotype 1A identifiée dans plusieurs pays européens [1] où plusieurs épidémies affectant la même population ont été décrites [2-4].

Des messages de prévention, d'incitation au dépistage en cas de symptômes et de promotion de la vaccination ont été relayés dans la population à risque à travers les professionnels de santé et le réseau associatif.

Figure 4 : Courbe épidémique, Normandie, Décembre 2016 –Mars 2017



* Un cas a une date de début des signes approximative fin 2016 mais a été notifié en 2017 (n'est pas comptabilisé en 2016 dans la Figures 2 et 3)

[1] European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Rapid risk assessment. Hepatitis A outbreaks in the EU/EEA mostly affecting men who have sex with men. Stockholm: ECDC. 19 Dec 2016.

[2] Werber D, Michaelis K, Hausner M, Sissolak D, Wenzel J, Bitzegeio J, Belting A, Sagebiel D, Faber M. Ongoing outbreaks of hepatitis A among men who have sex with men (MSM), Berlin, November 2016 to January 2017 – linked to other German cities and European countries. Euro Surveill. 2017;22(5):pii=30457.

[3] Beebejaun K, Degala S, Balogun K, Simms I, Woodhall SC, Heinsbroek E, Crook PD, Kar-Purkayastha I, Treacy J, Wedgwood K, Jordan K, Mandal S, Ngui SL, Edelstein M. Outbreak of hepatitis A associated with men who have sex with men (MSM), England, July 2016 to January 2017. Euro Surveill. 2017;22(5):pii=30454.

[4] Freidl GS, Sonder GJ, Bovée LP, Friesema IH, van Rijckevorsel GG, Ruijs WL, van Schie F, Siedenburg EC, Yang J, Vennema H. Hepatitis A outbreak among men who have sex with men (MSM) predominantly linked with the EuroPride, the Netherlands, July 2016 to February 2017. Euro Surveill. 2017;22(8):pii=30468.

| Recommandations de la vaccination contre le virus de l'hépatite A |

Recommandations particulières [1]

La vaccination contre l'hépatite A est recommandée pour :

- les jeunes accueillis dans les établissements et services pour l'enfance et la jeunesse handicapées ;
- les patients atteints de mucoviscidose et/ou de pathologie hépatobiliaire susceptibles d'évoluer vers une hépatopathie chronique notamment due au virus de l'hépatite B, de l'hépatite C ou à une consommation excessive d'alcool ;
- les enfants, à partir de l'âge d'un an, nés de familles dont l'un des membres (au moins) est originaire d'un pays de haute endémicité et qui sont susceptibles d'y séjourner ;
- les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH)

Recommandations autour d'un cas d'hépatite A

En présence d'un (ou plusieurs) cas confirmé(s) d'hépatite A, en complément des mesures d'hygiène et de l'information des sujets contacts, la vaccination est recommandée dans :

- l'entourage d'un patient atteint d'hépatite A (ou de toute personne vivant sous le même toit que le cas), afin d'éviter une dissémination familiale ;
- des communautés de vie en situation d'hygiène précaire.

Recommandations en milieu professionnel

La vaccination contre l'hépatite A est recommandée pour les personnels exposés professionnellement à un risque de contamination :

- s'occupant d'enfants n'ayant pas atteint l'âge de la propreté ;
- des structures collectives d'accueil pour les personnes handicapées ;
- chargés du traitement des eaux usées et des égouts.

Elle est également recommandée pour les professionnels impliqués dans la préparation alimentaire en restauration collective.

Optimisation de l'utilisation du vaccin hépatite A en situation de pénurie [2]

Le Haut conseil de la santé publique a émis un avis en mai 2016 sur l'optimisation de l'utilisation du vaccin hépatite A en situation de pénurie. Des difficultés d'approvisionnement des vaccins hépatite A adultes sont constatées et entraînent la nécessité de revoir les schémas vaccinaux et de définir des critères de priorisation parmi les personnes pour lesquelles le vaccin est recommandé.

Prenant en compte les données sur les durées de protection, le HCSP recommande :

- de n'effectuer qu'une seule dose pour les nouvelles vaccinations ;
- de ne pas faire de rappel pour ceux qui ont déjà reçu une dose, même s'ils sont à nouveau en situation d'exposition (sauf pour les personnes immunodéprimées) ;
- de vacciner, en priorité :
 - les enfants (âgés d'un an et plus) quand ils sont nés de parents issus de pays de haute endémicité ET qu'ils vont faire un séjour dans leur pays d'origine,
 - les personnes de l'entourage d'un ou plusieurs cas confirmés,
 - les voyageurs (âgés d'un an ou plus) si les conditions de leur séjour les exposent à un risque élevé de contamination,
 - les personnes immunodéprimées exposées ;
- de pratiquer une sérologie préalable prouvant l'absence d'immunisation :
 - chez les personnes atteintes de mucoviscidose et/ou atteintes de pathologies susceptibles d'évoluer vers une hépatopathie chronique,
 - chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes,
 - chez les adultes nés avant 1945.

[1] Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2016. Bull Epidemiol Hebdo Hors-série ; 2016 : 10-11. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2016/BEH-hors-serie-Calendrier-des-vaccinations-et-recommandations-vaccinales-2016>

[2] Vaccin hépatite A : optimisation en situation de pénurie. Haut Conseil de la santé publique. Avis. 19 Mai 2016. <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=560>

Nous tenons à remercier l'ensemble des professionnels de santé qui participent à la surveillance à travers le signalement et la notification ainsi que les équipes de veille de la plateforme de veille et d'urgences sanitaire de l'ARS Normandie.



Directeur de la publication : François Bourdillon, Directeur de Santé publique France

Rédacteur en chef : Arnaud Mathieu, Responsable de la Cire Normandie
Rédacteurs du point : Nathalie Nicolay, médecin épidémiologiste, Maggie Le Bourhis-Zaimi, interne de santé publique

Retrouvez-nous sur :
www.santepubliquefrance.fr

Cire Normandie

C/o ARS Normandie (site de Rouen)
31, rue Malouet - BP 2061 - 76040 Rouen Cedex
Tél. : 02 32 18 31 64

ars-normandie-cire@ars.sante.fr