

Les données du Centre de référence montrent que :

- le génotype I, le plus ancien en France, reste majoritaire en 2007 ;
- le génotype III, qui sévit à l'état d'endémie surtout en Inde et à Madagascar a été plus souvent isolé au cours des années 2004 à 2007 que lors des années précédentes (27 % au CNR) : il a été à l'origine d'épidémies communautaires en milieu scolaire et chez les gens du voyage et il a été à l'origine de l'épidémie des Côtes-d'Armor.

Recommandations actuelles

Les recommandations de vaccination contre l'hépatite A [2] concernent :

● Des professionnels :

- personnel impliqué dans la préparation des aliments et de la restauration collective ;
- personnel des crèches et établissements et services pour l'enfance et la jeunesse handicapée ;
- personnel s'occupant du traitement des eaux usées ;
- militaires [3].

● Des personnes exposées de manière spécifique :

- personnes (adultes non immunisés et enfants de plus de 1 an d'âge) qui vont séjourner dans les pays où l'hygiène est précaire [4] ;
- jeunes des internats des établissements et services pour l'enfance et la jeunesse handicapées ;
- patients infectés chroniques par le virus de l'hépatite B ou porteurs d'une maladie chronique du foie (notamment due à une hépatite C ou à une consommation excessive d'alcool) ;
- homosexuels masculins.

L'application des recommandations pour le voyageur s'avère difficile du fait :

- de l'insuffisance de la perception de ce risque ;
- de l'absence de recours à une consultation médicale de conseil au voyageur pour les destinations qui ne paraissent pas les nécessiter (exemple : pays du Maghreb) ;

- du coût du vaccin.

Ces difficultés sont cumulées pour les enfants dont au moins l'un des parents est originaire d'un pays de haute endémicité et qui ont grandi en France : à l'occasion d'un séjour dans leur pays d'origine, ils risquent tout particulièrement de contracter l'hépatite A et ils peuvent être contaminés dans leur communauté de vie par un voyageur venant d'un pays d'endémie. La prise en compte de la situation de ces enfants est à considérer particulièrement non seulement du fait de la fréquence chez eux des cas d'hépatite A, mais encore en raison du risque que des épidémies ne se développent à partir de tels cas. D'ailleurs, la vaccination de ces enfants d'immigrés avant un voyage au pays d'origine a permis de faire disparaître les petites épidémies d'hépatite A dans certains zones d'Europe [5].

Hypothèse d'une vaccination généralisée

Dans les pays développés comparables à la France, où la réceptivité de la population s'accroît régulièrement et le risque d'épidémie est important, la possibilité d'une vaccination généralisée peut être envisagée. Mais, une vaccination généralisée contre l'hépatite A n'est proposée aujourd'hui dans aucun pays européen. Seuls quelques pays comme Israël et les États-Unis la recommandent.

En conséquence, le Haut conseil de la santé publique considère que, en France aujourd'hui, une vaccination généralisée contre l'hépatite A serait disproportionnée compte tenu de la faible incidence de la maladie.

Le Haut conseil de la santé publique recommande d'étendre les indications définies dans le calendrier vaccinal 2008 :

- à l'ensemble du personnel s'occupant d'enfants n'ayant pas atteint l'âge de la propreté ;
- aux jeunes et au personnel des structures collectives de garde pour personnes handicapées ;

● aux patients atteints de pathologies hépato-biliaires chroniques susceptibles d'évoluer vers une hépatopathie chronique dont la mucoviscidose.

Le Haut conseil de la santé publique recommande également de vacciner à partir de l'âge de 1 an, les enfants des familles dont l'un des membres (au moins) est originaire d'un pays de haute endémicité et qui seront susceptibles d'y séjourner.

De plus, le Haut conseil de la santé publique :

- réaffirme la recommandation de vacciner les voyageurs susceptibles de séjourner dans les pays où l'hygiène est précaire [6] ;
- souhaite que le vaccin soit remboursé pour les personnes ciblées dans ces recommandations.

NB : la vaccination autour d'un ou plusieurs cas d'hépatite A est envisagée dans un avis spécifique.

Références

[1] Couturier E, Letort M.J, Roque A.M, Dussaix E, Delarocque-Astagneau E. Hépatite aiguë A en France en 2006. Première année de surveillance par la déclaration obligatoire. Bull Epidemiol Hebd., 17 juillet 2007; 29-30.

[2] Calendrier vaccinal 2008 – Avis du Haut Conseil de la santé publique. Bull Epidemiol Hebd., 22 avril 2008; 16-17.

[3] Calendrier vaccinal dans les armées (circulaire ministérielle n° 3068/DEF/DCSSA/AST/TEC/EPID du 14 décembre 2007). In: Direction générale de la santé, Comité technique des vaccinations. Guide des vaccinations. Edition 2008. Saint-Denis: Editions Inpes, 2008, 62-63.

[4] Recommandations sanitaires pour les voyageurs 2008 (à l'attention des professionnels de santé). Bull Epidemiol Hebd., 24 juin 2008; 25-26.

Organisation mondiale de la santé, International travel and health 2008. <http://www.who.int/ith/maps/en/index.html>

[5] Sonder JGB, Bovée LPMG, Baayen TD, Coutinho RA, Van Den Hoek JAR. Effectiveness of a hepatitis A vaccination program for migrant children in Amsterdam, The Netherlands. 1992-2004. Vaccine 2006; 24:4962-8.

[6] Recommandations sanitaires pour les voyageurs 2009. À paraître dans le BEH du 2 ou du 9 juin 2009.

Cet avis doit être diffusé dans sa totalité, sans ajout ni modification

Avis du Haut conseil de la santé publique relatif à la vaccination autour d'un (ou de plusieurs) cas d'hépatite A

Séance du 13 février 2009

● L'hépatite A est devenue une infection rare en France en grande partie en raison des progrès de l'hygiène. De ce fait, la réceptivité de la population française métropolitaine s'accroît régulièrement.

Une enquête nationale de séroprévalence des maladies à prévention vaccinale menée dans le cadre d'une étude européenne (ESEN, 1998-1999) a estimé la séroprévalence anti-VHA à 14 % (16-20 ans), 23 % (21-25 ans), 31 % (26-30 ans), 49 % (31-35 ans), 48 % (36-40 ans) et supérieure à 65 % pour les plus de 40 ans. A partir de ces données, il est possible de considérer que les sujets nés avant 1945 (âgés de plus de

40 ans lors de cette enquête) ont une probabilité élevée d'être immunisés contre l'hépatite A.

● L'hépatite A est habituellement bénigne, mais peut cependant être à l'origine de formes graves (exceptionnellement mortelles, frappant alors surtout les patients affectés par une pathologie hépatique chronique). Les formes symptomatiques, d'évolution prolongée, et les formes graves sont plus fréquentes chez l'adulte.

● Sa transmissibilité de personne à personne (féco-orale) est élevée notamment lorsque sont atteints des enfants avant l'âge de la propreté ou des sujets souffrant de troubles du comportement ou dans des conditions de promiscuité particulièrement étroite.

Une des principales circonstances de contamination mises en évidence par la déclaration obligatoire [3] est la présence de personnes atteintes d'hépatite A dans l'entourage du malade (dans environ 50 % des cas) et plus particulièrement dans l'entourage familial (environ 75 %).

Par ailleurs, plusieurs épidémies sont survenues en 2006 et 2007 :

- nombreux épisodes de cas groupés touchant des gens du voyage en 2006 ;
- une épidémie communautaire avec 111 cas dans les Côtes-d'Armor en 2007, vraisemblablement liée à la consommation de coquillages contaminés ;

- cas groupés (de 2 à 23 cas) dans des établissements scolaires (15 à 20) de la maternelle au collège au cours des deux années, de même que dans des structures pour handicapés (moins de 5 établissements par an ; de 1 à 4 cas par établissement).

● La prévention de cette transmission passe avant tout par les mesures suivantes :

- identification des cas ;
- éviction des sujets atteints des collectivités [1] ;
- amélioration des comportements d'hygiène [2].

● La vaccination peut être pratiquée à partir de l'âge de 1 an. Une vaccination peut être effectuée même en période d'incubation.

Le vaccin (formulation Adultes ou Nourrissons et Enfants) doit être approprié à l'âge. Une seconde dose de rappel est recommandée 6 à 12 mois plus tard dans le schéma vaccinal habituel.

L'efficacité de la vaccination a été démontrée :

- pour la prévention des cas secondaires, dès la première injection, permettant même de protéger des sujets récemment contaminés ;

- dans le cadre intrafamilial précoce autour des cas identifiés. Dans des études prospectives, cette pratique s'est avérée facile à appliquer et efficace [4, 5, 6].

Il existe déjà des recommandations de vaccination préventive contre l'hépatite A [7] du personnel des crèches et des établissements et services pour l'enfance et la jeunesse handicapées, et un avis conjoint recommande la vaccination ciblée à l'ensemble du personnel s'occupant d'enfants n'ayant pas atteint l'âge de la propreté.

En conséquence,

● D'une part, le Haut conseil de la santé publique recommande, dès la confirmation d'un (ou de plusieurs) cas, par la mise en évidence d'immunoglobulines M, de vacciner le plus tôt possible sans examen sérologique préalable [8] et dans un délai maximum de 14 jours suivant l'apparition des signes cliniques du cas :

- dans l'entourage familial d'un patient atteint d'hépatite A ou de toute personne vivant sous le même toit que le cas, les personnes n'ayant jamais été vaccinées contre l'hépatite A, réunissant toutes les conditions ci-dessous :

- nées après 1945 ;
- sans antécédent connu d'ictère ;
- n'ayant pas séjourné plus d'un an dans un pays de forte endémicité.

Si l'une au moins des conditions précédentes n'est pas remplie et si sa réalisation est compatible avec le délai de 14 jours, une sérologie préalable, à la recherche d'anticorps totaux, est fortement recommandée : seules les personnes ayant une sérologie négative seront vaccinées.

- dans des communautés de vie en situation d'hygiène précaire¹, la population exposée définie par l'investigation épidémiologique². La mise en œuvre de la vaccination ne dispense pas de la mise en œuvre, dans toute la mesure du possible, des mesures d'hygiène, en fonction des caractéristiques de la population et de son environnement.

● D'autre part, le Haut conseil de la santé publique recommande également, lors de la survenue d'un seul cas, de faire :

- dans un établissement pour personnes handicapées :

- une recherche rétrospective et prospective d'autre(s) cas par interrogatoire ;

- une vérification et une mise à jour le cas échéant, des vaccinations anti-hépatite A des jeunes et du personnel exposés dans l'établissement.

- dans une structure accueillant des enfants en garde collective³ et n'ayant pas atteint l'âge de la propreté⁴ :

- la recherche rétrospective et prospective d'autre(s) cas par interrogatoire ;

- une évaluation du risque conduisant avant tout au renforcement des mesures d'hygiène ou à leur mise en place. L'éviction de la collectivité des enfants malades sera de 10 jours après le début de l'ictère ;
- une vérification et la mise à jour, le cas échéant, des vaccinations anti-hépatite A du personnel de l'établissement exposé [7].

Il n'est pas nécessaire de mettre en place une vaccination généralisée des enfants.

De plus, le Haut conseil de la santé publique précise que lors de la survenue de cas groupés (2 cas et plus) dans une collectivité, la vaccination ne peut être envisagée que

dans certaines situations exceptionnelles, et après vérification de l'application effective des mesures d'hygiène et de détection de nouveaux cas par la Ddass (avec le soutien éventuel de la Cire).

Enfin, le Haut Conseil de la santé publique souligne la nécessité de privilégier l'information des sujets contacts, le renforcement des mesures d'hygiène, le contrôle et l'amélioration des dispositifs sanitaires sur les lieux où vit le patient.

Références

[1] Guide des conduites à tenir en cas de maladie transmissible dans une collectivité d'enfants. Conseil supérieur d'hygiène publique de France, mars 2003. <http://www.sante-sports.gouv.fr/hm/dossiers/sante/m.html> Rubrique « Maladies ».

[2] Guide pour l'investigation, la prévention et l'appui à la gestion des cas d'hépatite aiguë A. InVS. http://www.invs.sante.fr/surveillance/hepatite_a/index.htm

[3] Couturier E, Letort M.J, Roque A.M, Dussaix E, Delarocque-Astagneau E. Hépatite aiguë A en France en 2006. Première année de surveillance par la déclaration obligatoire. Bull Epidemiol Hebd. 17 juillet 2007; 29-30.

[4] Sagliocca L. Efficacy of hepatitis A vaccine in prevention of secondary hepatitis A infection: a randomised trial. Lancet 1999; 353:1136-9.

[5] Victor JC, Monto AS, Surdina TY *et al.* Hepatitis A vaccine versus immune globulin for postexposure prophylaxis. N Engl J Med. 2007; 357:1685-94.

[6] Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). Recommendations of the ACIP. Prevention of hepatitis A through active or passive immunization. 2006; RR 7:1-18.

[7] Calendrier vaccinal 2008. Avis du Haut conseil de la santé publique. Bull Epidemiol Hebd. 2008; 16-17:129-47.

[8] La vaccination contre l'hépatite A. In: Direction générale de la santé. Comité technique des vaccinations. Guide des vaccinations. Edition 2008. Saint-Denis : Editions Inpes, 2008, 218-25.

¹ Définie notamment par l'absence de sanitaires individuels, d'accès direct dans le domicile à l'eau potable et de tout-à-l'égout. Cette situation dans laquelle l'expérience montre que l'amélioration des mesures d'hygiène sur le court terme est très difficilement réalisable, peut concerner par exemple les communautés de gens du voyage.

² Elle est menée par la Ddass (avec le soutien éventuel de la Cire).

³ Y compris crèches, assistantes maternelles...

⁴ Il n'y a pas lieu dans une maternelle lors d'un cas unique de vacciner tous les enfants de la classe.

Cet avis doit être diffusé dans sa totalité, sans ajout ni modification