



ENQUÊTE...

ÉPIDÉMIE D'HÉPATITE A EN POLYNÉSIE FRANÇAISE EN 1995-1996

Paul M. V. MARTIN*, Laurence GLEIZE**, Géraldine DEMIRTAS***, Manuel SCHNEIDER*, Jean-Marie BAUDET**, Philippe BIAREZ**, Richard CARDINES** et Éliane CHUNGUE*

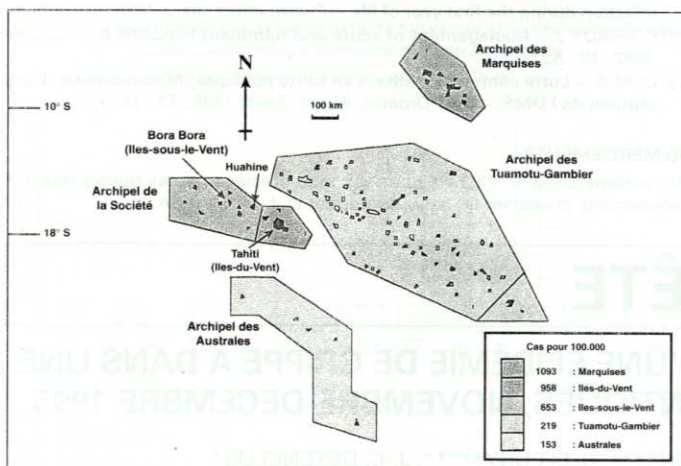
INTRODUCTION

Située dans l'océan Pacifique sud (fig. 1), la Polynésie française est un TOM composé de 4 archipels (les îles de la Société, les Tuamotu-Gambier, les Marquises et les Australes), et peuplée de 220 000 habitants dont 70 % vivent sur l'île de Tahiti, où la zone urbaine représente environ 110 000 personnes. En 1994, le salaire mensuel moyen était de 10 340 francs français et le pays peut être considéré comme en économie de transition. En 1995 et en 1996, la Polynésie française a subi une épidémie d'hépatite A qui a touché, de janvier 1995 à avril 1996, près de 1 % de la population.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Un réseau de Santé publique, composé de 24 dispensaires, 19 infirmeries et 44 postes de secours, répartis sur l'ensemble des archipels, existe depuis plus de 30 ans et dispense à la fois médecine curative et médecine préventive. L'ensemble des dispensaires et infirmeries adresse ses examens biologiques à l'institut Malardé. Les 2 laboratoires privés de Papeete ont une clientèle essentiellement originaire de la zone urbaine de Tahiti. À partir du mois

Figure 1. – Épidémie d'hépatite A en Polynésie française, 1995-1996



d'août 1995, l'ensemble des laboratoires d'analyses médicales de l'île de Tahiti, privés et publics, déclarent régulièrement tous les mois les cas confirmés au Bureau d'épidémiologie et de statistiques de la direction de la santé. Au cours de cette étude, ont été considérés comme cas confirmés tous ceux possédant des anticorps IgM anti-VHA.

RÉSULTATS

Alerte

L'infection par le virus de l'hépatite A (VHA) était une cause de morbidité faible mais réelle en Polynésie française jusqu'en 1994, puisque le nombre de cas confirmés mensuellement par le laboratoire de l'institut Malardé était toujours resté inférieur à 10 depuis 1990. En septembre et en novembre 1994, ce chiffre passe au-dessus de 10, pour redescendre à 5 cas en janvier 1995, puis augmenter jusqu'à 39 cas en avril et redescendre le mois suivant.

Déroulement de l'épidémie

À partir de juillet, on observe une augmentation régulière du nombre de cas, alors suivi de semaine en semaine, jusqu'en octobre et novembre où 142 et 159 cas confirmés sont observés, respectivement, au laboratoire de l'institut Malardé. Alors que plus de 250 cas sont déclarés ces mois-là pour l'ensemble de la Polynésie française. L'épidémie régresse ensuite lentement jusqu'en avril 1996, mois pendant lequel seulement 20 cas sont confirmés par le laboratoire de l'institut. Au total, notre laboratoire a confirmé 965 cas.

Au total, entre le 1^{er} janvier 1995 et le 30 avril 1996, 1444 cas confirmés ont été déclarés auprès de la direction de la santé (y compris les déclarations rétrospectives des cliniques privées de janvier à juillet 1995), soit près de 1 % de la population totale du pays. Les taux d'attaque par archipel ont été les suivants (cas confirmés pour 100 000 habitants) : 1 093 aux Marquises ; 958 aux îles-du-Vent et 653 aux îles-sous-le-Vent (archipel de la Société) ; 219 aux Tuamotu-Gambier et 153 aux îles Australes.

Figure 2. – Nombre de cas d'hépatite A selon la date de survenue (Polynésie française, janvier 1995-avril 1996)
(Cas confirmés et déclarés à la Direction de la santé)



Répartition géographique

Environ 50 % des sérums de malades ont été analysés à l'institut Malardé, et on dispose pour ceux-là de la provenance géographique et de la répartition par âge des malades. Les données suivantes portent donc uniquement sur les cas confirmés par le laboratoire de l'institut Malardé. Le nombre de cas sérologiquement confirmés augmente dès février 1995 dans l'île de Tahiti pour culminer en novembre et diminuer ensuite. Au total, 613 cas seront relevés dans l'île, aussi bien en zone urbaine (418 cas) qu'en zone rurale (195 cas). Il faudra attendre le mois d'août pour voir apparaître les 4 premiers cas dans l'île voisine de Moorea, distante de 20 km seulement et avec laquelle les échanges humains journaliers sont importants (plus de 1 000 personnes, et plus de 2 000 le week-end, pour une population de

* Institut territorial de recherches médicales Louis-Malardé, B.P. 30, Papeete, Polynésie française.

** Direction de la Santé, Papeete, Polynésie française.

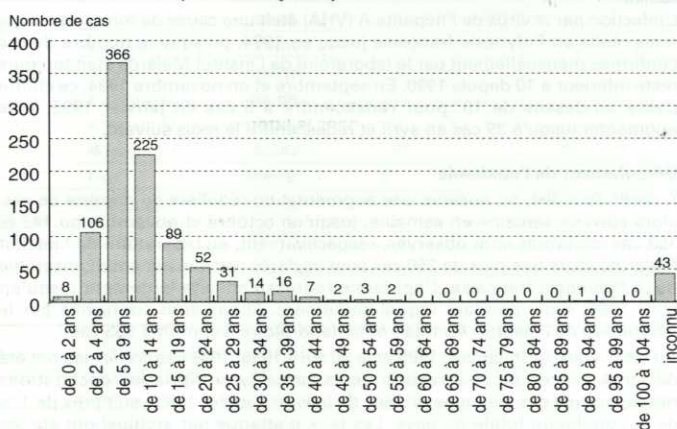
*** Centre hospitalier territorial, Papeete, Polynésie française.

12 000 habitants). En revanche, l'épidémie se développe à peu près simultanément à Tahiti et aux îles-Sous-le-Vent (ISLV), avec un cas dès janvier 1995 à Bora-Bora, un autre en février à Huahine, puis 5 cas pour l'ensemble de l'archipel en mars, et 10 cas en août. Le point culminant de l'épidémie aux ISLV se situe au mois de janvier 1996 avec 36 cas confirmés. Au total, l'épidémie aura touché 180 personnes aux ISLV. Le VHA atteint l'archipel des Tuamotu en mars 1995, culmine en juin et touche au total 29 personnes. Après un cas isolé en mai, ce n'est réellement qu'en juillet que l'épidémie touche les îles Marquises où elle progresse très rapidement pour culminer de septembre à novembre 1995 et diminuer rapidement ensuite ; 95 cas seront répertoriés aux Marquises. L'archipel des Australes a été presque épargné par l'épidémie, puisque seulement 10 cas ont été confirmés entre août 1995 et avril 1996. Toutefois, cette très faible incidence reflète peut-être seulement, comme pour l'archipel des Tuamotu, l'éloignement de ces îles et les très grandes difficultés de communication avec certaines d'entre elles.

Caractéristiques épidémiologiques

L'étude de la répartition par tranches d'âge (fig. 3) des 922 cas pour lesquels nous disposons de cette information montre que seulement 9 cas ont été diagnostiqués chez des enfants de moins de 2 ans (dont 2 avaient moins de 18 mois), ce qui est classique [1]. La tranche d'âge la plus touchée est celle des 5-9 ans (39,7 %), et 76,5 % des malades avaient moins de 20 ans. Le nombre de cas âgés de plus de 30 ans était inférieur à 5 % du nombre total de cas. La répartition par sexe montrait une légère différence puisque 54 % des cas étaient de sexe masculin. Dans l'île de Tahiti, il n'existait pas de différence significative de l'incidence entre la zone urbaine et la zone rurale.

Figure 3. – Nombre de cas d'hépatite A selon l'âge (Polynésie française, janvier 1995-avril 1996)



L'épidémie a été marquée par une proportion élevée de formes hospitalisées : du 1^{er} janvier 1995 au 29 février 1996, 163 cas ont nécessité une hospitalisation dans les structures hospitalières publiques. La moyenne d'âge de ces cas hospitalisés était de 12 ans (44 % de filles et 56 % de garçons). Au cours de l'épidémie, 4 cas d'hépatite A fulminante sont survenus chez des enfants de 5 à 12 ans ; 3 vivaient aux îles-sous-le-Vent et 1 à Tahiti. Sur ces 4 cas, 2 ont eu une évolution fatale et les 2 autres ont présenté une forme cholestatique prolongée. Ce taux de survenue d'hépatites fulminantes (0,2 % des cas d'hépatite symptomatique sérologiquement confirmées, et 3,5 % des cas

hospitalisés) est supérieur aux données de la littérature, qui vont de 0,01 à 0,35 % des cas hospitalisés [2]. Chez les adultes, 2 formes compliquées avec insuffisance hépatocellulaire sans troubles neurologiques ont été hospitalisées ; leur évolution a été lentement favorable.

DISCUSSION

Le VHA est un picornavirus, du genre *Héparnavirus*, non enveloppé, à ARN. Chez l'homme on ne retrouve qu'un seul sérotype, et les anticorps induits par un isolat sont protecteurs pour tous les autres isolats. Le VHA est très résistant aux agents physiques et chimiques : il résiste très bien au froid, à la chaleur (+ 60 °C) et à la dessiccation, survit bien dans l'eau douce comme dans l'eau salée, et surtout son inactivation nécessite des concentrations de chlore 10 fois supérieures à celles habituellement retrouvées dans l'eau de boisson.

La transmission du VHA est interhumaine, oro-fécale, et se fait essentiellement par l'intermédiaire des mains sales, mais aussi plus rarement par l'eau de boisson, des coquillages ou des produits alimentaires contaminés. Il s'agit donc le plus souvent d'un problème simple d'hygiène des mains. La répartition géographique et par tranches d'âge des cas observés en Polynésie française suggère fortement une transmission d'enfant à enfant, et non une source commune de contamination.

Les caractéristiques épidémiologiques de l'épidémie de VHA, et en particulier la répartition par tranches d'âge, suggère que la Polynésie française se trouve en zone d'endémicité intermédiaire du VHA suivant la classification proposée par l'OMS, ce qui est caractéristique d'un pays en économie de transition [3].

Les mesures de prévention mises en place à Tahiti et dans le reste du pays sont restées très générales : diffusion à la radio et à la télévision, au moment du pic épidémique, de recommandations d'hygiène générale et de propreté des mains, sans qu'un réel programme ciblé sur la prévention de la transmission oro-fécale dans les écoles n'ait été mis en œuvre. Par ailleurs, la médiatisation des cas graves au moment du pic a provoqué une très importante augmentation de la vaccination volontaire, jusque-là quasi inexistante. De juin 1995 à avril 1996, 3 655 doses adulte et 8 214 doses enfant de vaccin anti-hépatite A ont été vendues, et le rythme mensuel des ventes suggère que la plupart des enfants comme des adultes n'ont reçu qu'une seule dose de vaccin. On peut donc estimer que seulement 15 à 20 % des enfants de 2 à 15 ans à Tahiti ont reçu au moins une dose de vaccin contre l'hépatite A pendant l'épidémie.

Devant les moyens de prévention limités mis en place, la question se pose de savoir pourquoi l'épidémie s'est éteinte d'elle-même en avril-mai 1996. Une enquête sérologique ayant pour objectif de déterminer la prévalence des anticorps (IgG) anti-VHA chez les enfants de moins de 15 ans après l'épidémie pourrait permettre :

- 1° d'estimer le taux d'infection de cette population, et par là de savoir si l'épidémie a régressé avec l'augmentation de la couverture immunitaire ;
- 2° d'évaluer la proportion de cette population encore non immune, et donc d'évaluer le risque de réémergence de l'épidémie dans les années à venir ;
- 3° d'aider à choisir les stratégies de prévention les plus adaptées.

RÉFÉRENCES

- [1] LINDER N., KARENYI Y. V., KUIN J. et al. – **Symptomatic hepatitis A virus infection during the first year of life.** – *Pediat. infect. dis. J.* 1995 ; 14 : 628-29.
- [2] O'GRADY J. – **Management of acute and fulminant hepatitis A.** – *Vaccine* 1992 ; 10 : S21-S23.
- [3] O. M. S. – **Lutte contre l'hépatite A en santé publique : Mémoire d'une réunion de l'OMS.** – *Bull. Organ. Mond. Santé* 1995 ; 73 : 157-63.

REMERCIEMENTS

Nous remercions R. Plichart pour son aide précieuse et les biologistes des laboratoires privés, les Drs J.-M. Bonnardot et J.-M. Stehelin.

ENQUÊTE

EFFICACITÉ DU VACCIN ANTIGRIPIAL LORS D'UNE ÉPIDÉMIE DE GRIPPE A DANS UNE MAISON DE RETRAITE DES PYRÉNÉES-ATLANTIQUES, NOVEMBRE-DÉCEMBRE 1995

A. INFUSO***, S. BARON*, H. FAUVEAU**, M. MELON****, H. FLEURY*****, J.-C. DESENCLOS*

Le 4 décembre 1995, un inspecteur de la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales des Pyrénées-Atlantiques a été informé de la survenue d'une épidémie de maladie respiratoire aiguë parmi les résidents d'une maison de retraite. Durant les 3 semaines précédentes, plus de 50 sur 69 résidents avaient été malades et 6 avaient été hospitalisés. Une enquête épidémiologique et microbiologique a été menée pour identifier la cause de l'épidémie, les facteurs de risque associés et mesurer l'efficacité vaccinale (EV).

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Un cas clinique était défini comme un résident de la maison de retraite ayant présenté une fièvre (température axillaire ≥ 38 °C) et des symptômes respiratoires (toux et/ou expectorations) entre le 11 novembre et le 15 décembre

1995. Le 19 décembre, des données démographiques et cliniques (état, symptômes et signes physiques) et l'historique de la vaccination contre la grippe ont été obtenus pour tous les résidents en consultant le cahier de soins et les dossiers médicaux de la maison de retraite et en interrogeant l'infirmière en chef de l'établissement.

- * Réseau national de santé publique, Saint-Maurice, France.
- ** Programme européen de formation à l'épidémiologie d'intervention.
- *** Direction départementale de l'action sanitaire et sociale, Pyrénées-Atlantiques, France.
- **** Laboratoire de bactériologie, centre hospitalier de Pau, France.
- ***** Laboratoire de virologie, centre hospitalier universitaire de Bordeaux, France.