

Surveillance de l'hépatite A en France au cours des vingt dernières années : les données actuelles ne permettent pas d'estimer le taux d'incidence

Elisabeth Couturier, Elisabeth Delarocque-Astagneau, Véronique Vaillant, Jean-Claude Desenclos

Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice

INTRODUCTION

En Europe, avec l'amélioration des conditions d'hygiène, le taux d'incidence de l'hépatite A a diminué au cours des dernières décennies. Cette baisse est attestée en France par les enquêtes de séroprévalence chez les recrues du service national (50 % en 1978 à 10 % en 1997) [1]. Ce changement a entraîné une augmentation du nombre de sujets susceptibles à l'âge adulte, âge où 70 à 80 % des infections sont symptomatiques et souvent plus graves [2].

Depuis 1992, un vaccin contre le VHA, sans effets secondaires notables et ayant un taux de séroconversion supérieur à 95 % après la première injection, confère une protection pendant une durée de 10 à 20 ans. Il est recommandé actuellement pour certains groupes à risque [3].

En France, la déclaration obligatoire des hépatites virales aiguës a été supprimée en 1984. Depuis, des systèmes de surveillance des cas d'hépatite A fournissent des données hétérogènes quant aux informations rassemblées et à leur mode de collecte.

L'objectif de cet article est de recenser les systèmes de surveillance de l'hépatite A ayant existé en France depuis 1984 et d'évaluer leur capacité à mesurer le taux d'incidence annuel de l'hépatite A.

MÉTHODES

Nous avons recensé les données épidémiologiques de l'hépatite A en France dans des articles publiés ou non (littérature grise) depuis 1985. Ont été retenus ceux présentant ou permettant une estimation de l'incidence annuelle, le suivi des tendances et la description des principales caractéristiques épidémiologiques des cas. Ces données pouvaient provenir de systèmes de surveillance ou d'enquêtes spécifiques effectuées au niveau régional ou national. Lorsque les taux d'incidence n'étaient pas calculés nous avons utilisé les données du recensement de la population française (Insee 1999) pour calculer les taux d'incidence par année et par département. Si nécessaire, les données disponibles ont été corrigées pour tenir compte de la durée de la surveillance et de la représentativité géographique des sources d'information.

RÉSULTATS

Entre 1984 et 2003, cinq sources d'information sur les données épidémiologiques de l'hépatite A étaient disponibles. Elles sont présentées par ordre chronologique de début de mise en œuvre des systèmes de surveillance ou enquêtes ponctuelles.

Réseau de laboratoires de la région lyonnaise (courly)

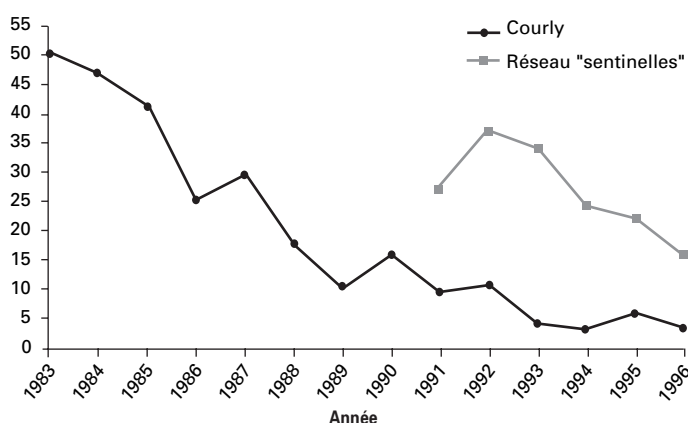
De 1983 à 1996, le Réseau de laboratoires de la région lyonnaise, coordonné par le Laboratoire de médecine préventive, santé publique et hygiène de Lyon regroupait environ 70 laboratoires volontaires d'analyse médicale de la communauté urbaine de Lyon (en 1996 : 89 % des laboratoires participaient). Ce réseau recensait les cas à partir des sérums pour lesquels la valeur des transaminases dépassait la limite supérieure du laboratoire. La définition de cas utilisée correspondait à la présence d'anticorps IgM anti-VHA.

Environ 1 500 sérums étaient analysés, par an [4]. Les taux annuels d'incidence observés dans la communauté urbaine de Lyon à partir de ce réseau ont décliné de 50/100 000 habitants en 1983 à 3/100 000 en 1996 (Figure).

Figure

Taux d'incidence annuel des hépatites A aiguës, communauté urbaine de Lyon (courly) et Réseau sentinelles, 1983-1996, France

Taux d'incidence/100 000



Le Réseau sentinelles (Inserm U444)

Depuis 1991, le Réseau sentinelles regroupe de 300 à 400 médecins généralistes libéraux répartis sur le territoire français. Ils communiquent chaque semaine, entre autres informations rassemblées sur le serveur télématique du réseau, le nombre de cas d'hépatite A aiguës diagnostiqués [5]. Une hépatite A aiguë virale est définie par des transaminases supérieures à deux fois la normale et par un ictère ou une asthénie d'apparition récente en l'absence d'autre cause d'hépatite et par la présence d'anticorps IgM anti-VHA. Ce système permet, par extrapolation, une estimation nationale du taux d'incidence annuelle et son évolution dans le temps.

De 1991 à 1996, le taux d'incidence a diminué de 27/100 000 à 16/100 000 (Figure). En 2003, le nombre de cas d'hépatite A en France métropolitaine a été estimé par le Réseau sentinelles à 7 700 cas [IC à 95 % 2 900-12 500] à partir de 23 cas diagnostiqués. En 2003, le taux d'incidence était de 13 cas/100 000 habitants [IC à 95% 5-21] (Figure : Nombre de cas d'hépatite A pour 100 000 habitants, 1991-2003, disponible sur le site <http://rhone.b3e.jussieu.fr/senti/docs/bilans/2003>) [5].

Enquête ponctuelle auprès de médecins généralistes

Sur une période de 12 mois entre 1995 et 1996, 500 médecins généralistes bénévoles représentatifs, selon les auteurs, de la population médicale française et recrutés par des délégués médicaux d'un laboratoire pharmaceutique en France métropolitaine ont recensé 154 cas (IgM anti-VHA positifs).

Le nombre de cas annuel était estimé à 16 600 soit une incidence annuelle de 28 cas pour 100 000 habitants [6]. L'âge moyen des cas recensés était de 24 ans (3 à 71 ans), 87 % avaient moins de 40 ans et le sexe ratio était de 1. Dix pour cent des cas ont été hospitalisés. La durée moyenne des arrêts de travail prescrits pour 68 % des patients était de 30 jours (4 à 156).

Enquête ponctuelle auprès de laboratoires (Réseau national de santé publique -RNSP-)

En 1996, une enquête ponctuelle a été réalisée auprès d'un échantillon aléatoire national de 213 laboratoires parmi les 3 051 participant au contrôle de qualité de l'Agence du médicament. Les objectifs étaient d'estimer le pourcentage de laboratoires effectuant la recherche d'IgM anti-VHA et d'identifier, parmi ceux-ci, ceux intéressés par une participation à un futur réseau de surveillance. Les données recueillies incluaient la recherche en routine d'IgM anti-VHA, le nombre de prélèvements testés, et le nombre de prélèvements positifs en 1995.

Au total, 83 % des laboratoires ont répondu et 47 % d'entre eux ont déclaré effectuer une recherche d'IgM anti-VHA en routine ; 504 cas ont été recensés. Le nombre de nouveaux cas a ainsi été estimé à 8 919 [IC à 95 % 5 150-13 700], soit une incidence annuelle, corrigée pour le nombre de laboratoires, de 15/100 000 [9-23] (données non publiées, source RNSP).

Système de surveillance pilote de l'hépatite A (Institut de veille sanitaire - InVS)

Un système de surveillance pilote de l'hépatite A a été mis en place en 1999 par l'InVS dans 14 départements volontaires. Son objectif principal était la détection des cas groupés au niveau départemental. Les objectifs secondaires définis étaient par département, l'estimation de l'incidence annuelle, la description des tendances évolutives, de même que celle des cas. Le fonctionnement de ce système et son évaluation [7] sont décrits dans l'article suivant de ce même BEH (page 19).

Par département, le nombre de cas et la durée de participation variaient de 7 cas en 18 mois (Ardèche) à 164 cas en 15 mois (Nord). Globalement, 58 % des cas étaient des hommes et l'âge moyen était de 25 ans (médiane 20 ans, de 1 à 88 ans). La classe d'âge 6-15 ans était la plus représentée (29 %). Le nombre important de cas dans cette classe d'âge était expliqué par une épidémie dans des écoles du département du Nord. Trente et un pour cent des cas ont été hospitalisés. Cinq cas (1 %) ont présenté une hépatite fulminante.

Tableau

Taux d'incidence de l'hépatite A par département, système de surveillance pilote, 2000, France

Département	Nombre de cas (année 2000)	Population (année 1999)	Incidence*/100 000/an
Ardèche	4	286 183	4
Calvados	28	648 299	8
Haute-Garonne	31	1 046 532	5
Gironde	64	1 287 532	7
Morbihan	13	644 095	3
Nord	162	2 554 449	21
Pas-de-Calais	28	1 441 422	4
Puy-de-Dôme	56	604 222	21
Haute-Savoie	12	631 963	4

* corrigée pour la durée de l'étude et la proportion de laboratoires participants.

L'incidence annuelle, en 2000, de l'hépatite A variait de 3/100 000 dans le Morbihan à 21/100 000 dans le Nord (Tableau). Les faibles effectifs recensés par département n'ont pas permis d'estimer les taux d'incidence par classe d'âge.

DISCUSSION ET CONCLUSION

Les sources de données épidémiologiques de l'hépatite A en France sont rares et hétérogènes. Entre 1991 et 1996, période pendant laquelle deux systèmes coexistaient (courly et Réseau sentinelles), les taux d'incidence estimés par le Réseau sentinelles étaient supérieurs à ceux donnés par la courly mais les deux systèmes montraient une même tendance à la baisse de l'incidence (Figure).

En 1996, trois sources d'information (Réseau sentinelles, enquête ponctuelle auprès de médecins généralistes, enquête ponctuelle auprès de laboratoires) ont estimé un taux national d'incidence qui variait de 15/100 000 à 28/100 000 habitants.

Aucun des systèmes recensés n'a permis d'estimer avec une précision suffisante les taux d'incidence, de même que la distribution par âge. Depuis 1991, l'incidence nationale de l'hépatite A est estimée à partir des données d'une seule source, le Réseau sentinelles [5]. Du fait du nombre limité de cas notifiés par an, l'estimation de l'incidence nationale est imprécise de même que la distribution par âge et par groupes à risque. Ainsi ces données ne sont plus suffisantes pour guider les politiques de prévention.

L'un des objectifs d'un système de surveillance de l'hépatite A est la détection de cas groupés, au niveau départemental, afin de prendre rapidement les mesures de contrôle adaptées. Aucun des cinq systèmes n'a permis de détecter des cas groupés au niveau départemental. Les épidémies détectées depuis 1980 l'ont été pour la plupart par l'alerte déclarée par divers acteurs du système de santé en périphérie (médecins généralistes, Ddass, etc.).

En raison de son potentiel épidémique, de sa gravité potentielle chez les adultes, de l'existence d'un vaccin efficace, l'hépatite virale A justifie une surveillance départementale et nationale. Les objectifs de cette surveillance doivent être :

- 1) la détection des cas groupés au niveau départemental afin de prendre rapidement les mesures de contrôle adaptées ;
- 2) l'estimation précise des taux d'incidence et de ses tendances départementales et nationales ;
- 3) la description de l'évolution des distributions par classe d'âge et par groupe à risque.

Elle doit aussi permettre à la France de contribuer efficacement à un système de surveillance européen rassemblant des données précises auprès des 25 membres de l'Union Européenne.

RÉFÉRENCES

- [1] Jousset M, Depaquit J, Nicand E et al. Effondrement de la séroprévalence de l'hépatite virale A chez les jeunes français. *Gastroenterol Clin Biol* 1999; 23:447-52.
- [2] 4. Lednar WM, Lemon SM, Kirkpatrick JW et al. Frequency of illness associated with epidemic hepatitis A virus infections in adults. *Am J of Epidemiol* 1985; 122:226-32.
- [3] Calendrier vaccinal 2003, avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, section des maladies transmissibles, du 17 janvier 2003. *BEH* 2003; 6:33-40.
- [4] Sepetjian M, Laboratoire de médecine préventive, santé publique et hygiène, Lyon. Hépatites virales, rapport année 1996.
- [5] <http://rhone.b3e.jussieu.fr/senti/docs/bilans>.
- [6] Buisson Y, Larouze B, Rey M, Janin N, Calmejeane C, Xerri B. Enquête nationale sur l'hépatite A en médecine générale. 196/C13 - 16^{ème} réunion interdisciplinaire de chimiothérapie anti-infectieuse, Paris, 6-7 décembre 1996.
- [7] Évaluation du système de surveillance pilote de l'hépatite A, France 2001. Rapport, Institut de veille sanitaire, octobre 2003.

REMERCIEMENTS

Aux médecins inspecteurs de santé publique, infirmières des Ddass et biologistes des laboratoires des départements suivants : Ardèche, Calvados, Charente-Maritime, Essonne, Gironde, Haute-Garonne, Haute-Loire, Haute-Savoie, Ile-et-Vilaine, Isère, Morbihan, Nord, Pas-de-Calais et Puy-de-Dôme pour leur participation au système de surveillance pilote de l'hépatite A.