

Circulaire DGS/SD 5 C n° 2005-519 du 23 novembre 2005 relative à la transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire en cas d'hépatite A aiguë

23/11/2005

Date d'application : immédiate.

Références :

Articles L. 3113-1, R. 3113-1 à R. 3113-5, D. 3113-6 et D. 3113-7 du code de la santé publique ;
Arrêté du 12 novembre 2005 relatif à la notification obligatoire des cas d'hépatite A aiguë.

Annexes :

Annexe I : modèle de fiche de notification obligatoire <http://www.invs.sante.fr>

Annexe II : données recueillies sur la fiche et leurs justifications pour atteindre les objectifs départementaux (Ddass) et nationaux (InVS).

Le ministre de la santé et des solidarités à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour information) ; Mesdames et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour information]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales ([pour attribution])).

L'hépatite A aiguë est devenue, en 2005, une maladie à déclaration (signalement et notification) obligatoire (décret no 2005-1395 du 10 novembre 2005 modifiant la liste des maladies faisant l'objet d'une transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire et arrêté du 12 novembre 2005 relatif à la notification obligatoire des cas d'hépatite A aiguë).

La présente circulaire, après un rappel sur le contexte, les objectifs de la surveillance et les critères de notification, décrit les procédures de signalement et de notification des cas.

1. Contexte

Le virus de l'hépatite A se transmet principalement de personne à personne par voie féco-orale et est responsable de cas sporadiques, d'épidémies communautaires ou survenant dans des collectivités fermées. Les voyages en pays de haute ou moyenne endémie peuvent être, lors du retour, à l'origine d'épidémies (contamination d'aliments, transmission de personne à personne).

Au cours des dernières décennies, avec l'amélioration des conditions d'hygiène, le taux d'incidence de l'hépatite A a diminué et 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.

La vaccination contre l'hépatite A est recommandée actuellement pour les voyageurs en zone d'endémie, les jeunes des établissements pour l'enfance handicapée, les patients ou porteurs d'une maladie chronique du foie, les homosexuels masculins et les sujets exposés à un risque professionnel (personnels de crèches, d'internats des établissements pour l'enfance handicapée, personnels de traitement des eaux usées, personnels impliqués dans la préparation alimentaire en restauration collective).

Depuis 1991, l'incidence nationale de l'hépatite A est estimée uniquement à partir des données du réseau sentinelles (réseau d'environ 300 à 400 médecins généralistes libéraux). L'estimation nationale fournie par ce réseau reposant sur un nombre faible de cas diagnostiqués était imprécise (intervalle de confiance large) et ne permettait de connaître ni le suivi des tendances ni la distribution par âge et par groupe à risque. Ce système ne permettait pas de détecter une augmentation du nombre de cas au niveau départemental, et sa représentativité posait problème.

Or, en raison de son potentiel épidémique, de sa gravité potentielle chez l'adulte, de l'existence d'un vaccin efficace, l'hépatite A justifie une surveillance départementale et nationale. La mise en place de la déclaration obligatoire de l'hépatite A permet de détecter les cas groupés au niveau départemental afin de prendre rapidement les mesures de contrôle adaptées et de disposer de données nationales nécessaires à l'adaptation des recommandations vaccinales. La <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dgssd-5-c-n-2005-519-du-23-novembre-2005-relative-a-la-transmission-obligatoire-de-donnees-individuelles-a-lautorite-sanitaire-en-cas-dhepatite-a-aigue/>

section des maladies transmissibles du conseil supérieur d'hygiène publique de France a donc recommandé, dans son avis du 26 novembre 2004, une surveillance renforcée de l'hépatite A aiguë.

Par ailleurs, dans le cadre de la participation au système d'alerte européen, il était également souhaitable de disposer de données rapides dont les modes de recueil puissent être comparables à ceux des autres pays.

2. Objectifs de la surveillance

2.1. Départementaux

Détecter les cas groupés afin de prendre les mesures de contrôle.
Estimer les taux d'incidence et ses tendances.

2.2. Nationaux

Détecter les cas groupés interdépartementaux, régionaux, internationaux
Estimer les taux d'incidence et ses tendances nationales
Décrire l'évolution des distributions par classe d'âge et groupes à risque.

3. Critère de notification d'un cas d'hépatite A aiguë

Seuls sont notifiés les cas avec mise en évidence d'IgM anti-VHA dans le sérum.

4. Double procédure : signalement et notification

Signalement et notification anonymisée sont indispensables pour répondre aux objectifs définis. L'anonymisation est donc réalisée par le médecin inspecteur de santé publique (MISP) de la DDASS avant transmission à l'InVS.

4.1. Rôle des déclarants : médecin, biologiste

En présence du critère de notification d'un cas d'hépatite A aiguë, le biologiste et le médecin déclarant remplissent, indépendamment l'un de l'autre, la fiche de notification (voir annexe I) avec les informations dont ils disposent.

Le médecin informe la personne de l'obligation de notifier sa maladie et lui remet la fiche d'information commune à toutes les maladies à déclaration obligatoire.

Les déclarants, médecin et biologiste, envoient leur fiche au MISP de la DDASS de leur lieu d'exercice sous pli confidentiel avec la mention « secret médical ».

4.2. Rôle des MISP des DDASS

4.2.1. Réception d'une fiche indiquant le signalement d'un cas d'hépatite A

Valider le critère de notification.

Compléter l'une des fiches si double notification (médecin et biologiste).

Vérifier la cohérence des informations mais pas de relance systématique du médecin ou du biologiste.

Éliminer les doublons.

Cas particulier : signalement d'un cas chez un pensionnaire, un membre du personnel ou de la famille d'un pensionnaire d'une collectivité à risque (crèche, établissement pour personnes handicapées) implique une évaluation du risque de transmission.

4.2.2. Réception de plusieurs fiches : recherche d'éventuels cas groupés

Un bilan régulier de l'ensemble des fiches reçues est indispensable pour détecter les cas groupés au niveau <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dgssd-5-c-n-2005-519-du-23-novembre-2005-relative-a-la-transmission-obligatoire-de-donnees-individuelles-a-l'autorite-sanitaire-en-cas-dhepatite-a-aigue/>

départemental. Bien qu'il n'existe pas de critères absolus de définition de cas groupés, ils peuvent être suspectés devant le signalement de :

- plusieurs cas par un même laboratoire, par des laboratoires proches géographiquement ou regroupés, dans un intervalle de temps difficile à déterminer car il varie en fonction des caractéristiques du laboratoire (activité, localisation urbaine/rurale...) ;
- plusieurs cas en moins de 2 à 3 semaines dans la communauté (village, ville, quartier...) ;
- deux cas ou plus dans certaines collectivités fermées, groupes et collectivités à risque (crèche, école maternelle, établissements pour personnes handicapées).

La détection de cas groupés nécessite une investigation épidémiologique en collaboration avec la Cire, l'InVS et le CNR pour mesurer l'ampleur du phénomène, identifier le mode de transmission (interhumaine, source commune alimentaire...), déterminer les facteurs de transmission et la population exposée au risque.

Avant transmission à l'InVS, la fiche est anonymisée et la correspondance entre code d'anonymat et identité de la personne est conservée pendant 6 mois.

4.2.3. Données recueillies sur la fiche et justifications

L'annexe II présente les données recueillies sur la fiche et leurs justifications pour atteindre les objectifs départementaux (Ddass) et nationaux (InVS).

5. Coordonnées et documents utiles

CNR hépatite A : laboratoire de virologie hôpital Paul-Brousse, 12, avenue Paul-Vaillant-Couturier, 94804 Villejuif, tél. : 01-45-59-69-56, télécopieur : 01-45-59-37-24.

BEH no 29-30/2005. Calendrier vaccinal 2005.

BEH no 5/2005. 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.

BEH no 49/2002. Cas d'hépatite A en collectivité signalés aux Ddass, bilan des investigations et des recommandations.

BEH no 50/1996. La prévention de la transmission du virus de l'hépatite A en situation épidémique.

Je vous remercie de bien vouloir me tenir

ANNEXE I MODÈLE DE FICHE DE NOTIFICATION OBLIGATOIRE

<http://www.invs.sante.fr>

ANNEXE II DONNÉES RECUEILLIES SUR LA FICHE ET LEURS JUSTIFICATIONS POUR ATTEINDRE LES OBJECTIFS DÉPARTEMENTAUX (DDASS) ET NATIONAUX (INVS)

DONNÉES RECUEILLIES	DDASS	INVS
Initiale du nom Prénom	Éliminer les doublons dans un même département	Données non transmises
Date de notification	Délai de réception	Délai de réception

Sexe Date de naissance Code postal Code domicile	Détecter les cas groupés au niveau départemental	Identifier les cas groupés dans une même zone géographique Décrire les populations atteintes par âge, sexe, répartition géographique
Code d'anonymat	A établir	Eliminer les doublons au niveau national
Date prélèvement IgM VHA (+)	Détecter les cas groupés au niveau départemental Incidence et tendance au niveau départemental	Incidence et tendance au niveau national
Réactif Signal échantillon, seuil de positivité	xx	Validation biologique
ALAT (SGPT) Normale laboratoire	xx	Validation clinique
Symptômes Ictère, date début	xx	Estimer la proportion de cas sans ictère Décrire formes cliniques
Hospitalisation	xx	Estimer la proportion de cas hospitalisés
Autre(s) cas dans entourage Présence enfant moins 3 ans dans famille Fréquentation d'une collectivité à risque	Investigation de cas groupés en collaboration avec Cire/InVS/CNR	Distribution par classe d'âge, par « groupes » à risque/facteurs de risque
Séjour hors France métropolitaine *	xx	Distribution par classe d'âge, par « groupes » à risque/facteurs de risque
Consommation de fruits de mer	Détecter les cas groupés au niveau départemental Investigation de cas groupés en collaboration avec Cire/InVS/CNR	Distribution par classe d'âge, par « groupes » à risque/facteurs de risque
Antécédents vaccinaux, doses, date	xx	Estimer la proportion de cas vaccinés
Profession du cas	Evaluer le risque de transmission d'une profession impliquée dans la préparation alimentaire en restauration collective	xx
* Si domicile hors France métropolitaine, précisez le lieu du séjour en dehors du lieu de domicile.	xx	xx