

N° 19

15 MARS 2017

CIRCULAIRE N°....

Objet : Riposte nationale à l'épidémie d'hépatite virale A.

Pièces jointes : Liste des Annexes à télécharger du site du Ministère de la santé

Date d'application : Immédiate.

**Références :**

- La loi n° 92-71 du 27 juillet 1992, relative aux maladies transmissibles, telle que modifiée et complétée par la loi n° 2007-12 du 12 février 2007 et notamment son article 3
- Le décret n° 93-2451 du 13 décembre 1993, fixant les conditions et les formes de la déclaration des maladies transmissibles et des décès dus à ces maladies
- L'arrêté du Ministre de la santé du 1er décembre 2015, fixant la liste des maladies transmissibles à déclaration obligatoire
- L'arrêté du Ministre de la santé publique du 28 octobre 2005, fixant la liste des vaccinations obligatoires, JORT, N°89, 8 novembre 2005
- La loi n° 91-63 du 29 juillet 1991, relative à l'organisation sanitaire, JORT, N°55, 6 août 1991
- L'arrêté du Ministre de la santé publique du 18 mai 1999 portant approbation du manuel des procédures de gestion des affaires de la médecine scolaire et universitaire, JORT, N°44, 1<sup>er</sup> juin 1999

La présente circulaire, après un rappel sur le contexte, les objectifs de la surveillance et les critères de notification, fixe les modalités de la riposte nationale et de gestion de l'épidémie actuelle d'hépatite virale A.

L'hépatite virale A (HVA) est une maladie infectieuse aigue liée au péril fécal, provoquée par un entérovirus pathogène strict de l'homme. Après répllication dans le foie, le virus est excrété à fortes concentrations dans les selles. Le virus se transmet par contact féco-oral direct ou, moins souvent, indirectement par la consommation d'eaux ou d'aliments manipulés. La transmission indirecte est liée à la grande résistance du virus de l'hépatite A (VHA) dans le milieu extérieur et dans l'eau pendant de longues périodes. Les principaux vecteurs étant l'eau contaminée ou les légumes ou fruits contaminés lors de l'irrigation et tout produit alimentaire ayant subi, avant leur consommation, des manipulations par une personne contaminée excrétrice de VHA. Les facteurs de risque sont essentiellement liés à l'assainissement insuffisant, au manque d'eau potable et au non-respect de l'hygiène personnelle.

En Tunisie, l'épidémiologie de l'HVA s'est profondément modifiée au cours des dernières décennies. En effet, la prévalence globale des anticorps IgG anti-VHA, selon la dernière enquête nationale était estimée à 79% : cette prévalence augmente significativement avec l'âge passant de 17,7% pour les sujets âgés de moins de 10 ans, à 39,2% pour ceux âgés de 10 à 20 ans et à 89,3% pour ceux âgés de plus de trente ans, témoignant d'un niveau d'immunité faible chez les sujets jeunes avec moins de 50% qui sont immunisés à l'âge de 30 ans. Avec ce nouveau profil épidémiologique, la Tunisie est considérée comme un pays de faible endémicité : Le nombre élevé d'adolescents et d'adultes non immunisés contre le VHA pourrait engendrer une augmentation du nombre de cas d'HVA symptomatique voire grave chez les adolescents et les adultes jeunes. Ce profil épidémiologique est expliqué par l'amélioration des conditions sanitaires et d'hygiène qui s'est accompagnée d'une diminution de l'immunité collective naturelle contre le VHA et par conséquent l'augmentation de la réceptivité des populations à ce virus avec le risque d'éclosion de foyers épidémiques.

La situation épidémiologique pendant l'année 2016, selon le système de surveillance des Maladies à Déclaration Obligatoire (MDO), géré par la Direction des Soins de Santé de Base (DSSB) est caractérisée par :

- i. une augmentation de l'incidence des HVA avec enregistrement de 1467 cas en 2016 (712 cas en 2010, 962 cas en 2014 et 670 cas en 2015) ;
- ii. l'éclosion de plusieurs foyers épidémiques apparus essentiellement au début du mois de septembre touchant essentiellement le milieu scolaire dans 12 gouvernorats : Gabès, Sfax, Médenine, Sidi Bouzid, Nabeul, Tataouine, Kasserine, Mahdia, Sousse, Kairouan, Kébili et Tozeur.

La riposte à la situation d'urgence face à l'épidémie actuelle d'hépatite virale A se base sur une surveillance renforcée de l'hépatite A aiguë par :

1. La notification immédiate par fax et téléphone de tout cas d'hépatite virale aiguë, probable ou certain, à la direction régionale de la santé concernée, à la direction des soins de santé de base et à l'Observatoire National des Maladies Nouvelles et Emergentes (ONMNE).

Le signalement immédiat (Annexe 1 : Fiche de signalement) de tout cas d'hépatite virale aiguë permet de détecter rapidement tout foyer récent et d'initier immédiatement par les équipes locales et régionales de riposte rapide l'investigation épidémiologique, de prendre rapidement les mesures de contrôle adaptées et de disposer de données nationales nécessaires à la mise en œuvre de la vaccination post exposition et à l'adaptation des recommandations vaccinales nationales (Annexe 2 : Guide d'investigation et de contrôle de l'épidémie d'hépatite virale aiguë A).

Doit être déclaré à la direction régionale de la santé concernée et à la DSSB, tout cas d'HVA probable ou confirmé (Annexe 3 : Fiche de déclaration des MDO) conformément à la loi 92-71 du 27 Juillet 1992.

Les définitions de cas adoptées sont les suivantes :

- a. **Un cas suspect** : est toute personne ayant **des signes cliniques** évocateurs d'HVA (fièvre, ictère, syndrome pseudo-grippal) sans aucun critère biologique.
- b. **Un cas probable** : est toute personne ayant **des signes cliniques** évocateurs d'HVA (fièvre, ictère, syndrome pseudo-grippal) associés à une élévation du taux des transaminases sériques (ALAT/ASAT).
- c. **Un cas certain** :
  - i. Toute personne ayant une positivité des anticorps spécifiques de l'HVA «IgM anti-VHA».
  - ii. Toute personne répondant à la définition de cas probable et ayant un lien épidémiologique avec une personne atteinte d'HVA confirmée en laboratoire (pendant les 15 à 50 jours avant le début des symptômes).

2. **L'investigation immédiate en initiant l'enquête autour du cas** (Annexe 2 : Guide d'investigation et de contrôle de l'épidémie d'hépatite virale aigue A et Annexe 4 : Cahier unique de collecte des données)

- a. Enquête en milieu scolaire (Annexe 5 : questionnaire milieu scolaire)
- b. Enquête en milieu familial (Annexe 6 : questionnaire milieu familial)

3. **L'Eviction scolaire** : de tout cas probable ou confirmé pour une durée de 14 jours à partir de la date de début de la symptomatologie.

4. **L'arrêt de travail** : Tout personnel atteint d'hépatite A manipulant des denrées alimentaires sera exclu du travail pendant les 14 jours suivant le début de l'ictère ou des signes cliniques.

5. **La Vaccination post exposition** d'urgence par une dose unique :

La vaccination post exposition concerne seulement les contacts d'un (ou de plusieurs) cas d'hépatite A confirmé, récent et dans un délai maximum de 14 jours suivant l'apparition des signes cliniques du cas index. Les contacts peuvent être familiaux, en milieu scolaire, communautaire, hospitalier, ou autres contacts directs identifiés par l'investigation épidémiologique et clinique.

a. **Les indications de la vaccination** : Les communautés de vie en situation d'hygiène précaire telles que définies dans l'Annexe 3 (Guide d'investigation et de contrôle de l'épidémie d'hépatite virale aigue A) seront prioritaires pour cette vaccination. La population exposée définie par l'investigation épidémiologique et environnementale menée par l'équipe régionale de santé, sera vaccinée dès l'apparition du premier cas et dans un délai maximum de 14 jours suivant l'apparition des signes cliniques de ce cas, afin d'éviter une extension épidémique au sein de la communauté et une diffusion hors de la communauté.

- i. **En milieu scolaire** : La vaccination concerne tout l'établissement scolaire (élèves et personnels). Elle doit être accompagnée par la vérification de l'application effective des mesures d'hygiène et d'une surveillance active.

- ii. *L'entourage familial d'un patient atteint d'hépatite virale A* (ou de toute personne vivant sous le même toit que le cas), afin d'éviter une dissémination intrafamiliale, pouvant entraîner notamment des formes potentiellement graves chez l'adulte.
  - iii. Il est recommandé de vacciner le plus tôt possible sans examen sérologique préalable. Pour les adultes âgés de plus de 30 ans, une sérologie préalable est fortement recommandée en fonction du contexte à la recherche d'anticorps IgG Anti-VHA témoins d'une immunité ancienne, seules les personnes ayant une sérologie négative pourront être vaccinées. Si cette recherche d'anticorps IgG Anti-VHA ne peut être faite, cette personne sera vaccinée, la présence d'anticorps ne constitue pas une contre-indication à la vaccination.
- b. Le lieu de la vaccination est l'école pour les écoliers et les Centres de Santé de Base pour les personnes non scolarisées.
- c. Mode d'administration, schéma de vaccination, conservation :
  - Le vaccin existe en forme pédiatrique pour les 1 à 15 ans (présentation en flacons monodosés ou en multidoses de 10) et en forme adulte ;
  - L'injection intramusculaire est pratiquée de préférence dans le muscle deltoïde chez l'adulte et l'enfant de plus de 2 ans ; chez l'enfant de moins de 2 ans, dans la partie antérolatérale de la cuisse ;
  - La vaccination consiste en l'administration d'une seule dose ;
  - La dose pédiatrique (entre 1 an et 15 ans) est de 0,5 ml ;
  - La dose adulte (16 ans et plus) est de 1 ml ;
  - Les vaccins doivent être conservés entre + 2 °C et + 8 °C et ne doivent pas être congelés ;
  - La vaccination n'est pas recommandée chez les enfants âgés de moins de 1 an ;
  - Il faut respecter les contre- indications habituelles de la vaccination de ce type de vaccin ;
  - Le lot et la date de la vaccination doivent être mentionnés sur le carnet de vaccination et la fiche médicale scolaire ;
6. Toutes les mesures suscitées doivent être menées en complément des mesures d'hygiène, en particulier celles relatives à la gestion des risques liés à l'eau de boisson, à l'assainissement et aux aliments, la promotion du lavage des mains en milieu scolaire et communautaire, du contrôle et de l'amélioration des dispositifs sanitaires, de la détection et de l'information des sujets contacts.
7. La coordination de la riposte nationale à l'épidémie d'hépatite virale A est assurée par l'ONMNE en étroite collaboration avec la DMSU, la DSSB, la DHMPE et toutes les directions régionales de la santé.
8. Les activités de riposte feront l'objet d'un rapport hebdomadaire (Annexe 7 : modèle de rapport).

Liste des annexes :

Annexe 1 : Fiche de signalement des cas

Annexe 2 : Guide d'investigation et de contrôle de l'épidémie d'hépatite virale aigue A

Annexe 3 : Fiche de notification MDO

Annexe 4 : Cahier unique de collecte des données

Annexe 5 : Questionnaire en milieu scolaire

Annexe 6 : Questionnaire en milieu communautaire

Destinataires :

- Les membres du cabinet du Ministre de la Santé,
- Le Directeur de l'Inspection Médicale,
- Le Directeur de l'Inspection Pharmaceutique,
- Le directeur de l'Inspection Administrative et Financière,
- Le Directeur de l'Unité de Coordination des activités avec les Directions régionales de la santé,
- Le Directeur de l'Unité Juridique et du Contentieux,
- Le Directeur des Etudes et de la Planification, -
- Le Conseil National de l'Ordre des Médecins, -
- Le Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens, -
- La Société Tunisienne de Pathologies Infectieuses, -
- La Société Tunisienne de Gastro-entérologie, -
- L'Association Tunisienne des Pharmaciens Hospitaliers, -

Pour information

- Le Directeur Général de la Santé,
- Le Directeur Général des Structures Sanitaires Publiques,
- Le Directeur Général des Services Communs,
- Le Directeur des Soins de Santé de Base,
- Le Directeur de la Médecine Scolaire et Universitaire,
- Le Directeur de l'Hygiène du Milieu et la Protection de l'Environnement,
- Le Directeur Général de l'Observatoire National des Maladies Nouvelles et Emergentes,
- Le Directeur de l'Unité de la Pharmacie et du Médicament,
- Le Directeur Général du Centre National de Pharmacovigilance,
- Le Président Directeur Général de la Pharmacie Centrale de Tunisie,
- Le Directeur de l'Unité des Laboratoires de Biologie Médicale,
- Les Directeurs Régionaux de la Santé,
- Les Directeurs Généraux des EPS,
- Les Directeurs des Hôpitaux Régionaux.

Pour information  
et exécution