

## 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)

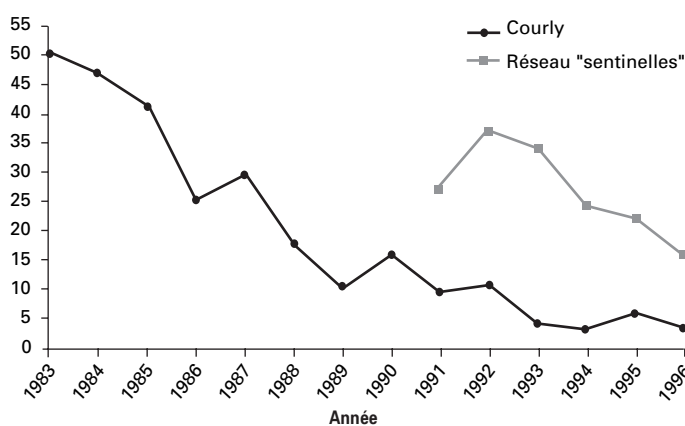
De 1983 à 1996, le Réseau de laboratoires de la région lyonnaise, coordonné par le Laboratoire de médecine préventive, santé publique et hygiène de Lyon regroupait environ 70 laboratoires volontaires d'analyse médicale de la communauté urbaine de Lyon (en 1996 : 89 % des laboratoires participaient). 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] Jousselet 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] Sepetjean 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, Larouzé B, Rey M, Janin N, Calmejeane C, Xerri B. Enquête nationale sur l'hépatite A en médecine générale. 196/C13 - 16<sup>ème</sup> 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, Ille-et-Vilaine, Isère, Morbihan, Nord, Pas-de-Calais et Puy-de-Dôme pour leur participation au système de surveillance pilote de l'hépatite A.

# Évaluation d'un système pilote de surveillance pour l'hépatite A, France 2001

Elisabeth Delarocque-Astagneau<sup>1</sup>, Eugenio Cordeiro<sup>2</sup>, Véronique Vaillant<sup>1</sup>, Marta Valenciano<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Institut de veille sanitaire, Saint Maurice ; <sup>2</sup> Epiet\*, Institut de veille sanitaire, Saint Maurice

## INTRODUCTION

Une surveillance pilote de l'hépatite A a été mise en place en 1999 par l'Institut de veille sanitaire (InVS) en collaboration avec les Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (Ddass) et les Cellules inter régionales d'épidémiologie (Cire) dans 14 départements de France métropolitaine (Ardèche, Calvados, Charente-Maritime, Essonne, Gironde, Haute-Garonne, Haute-Loire, Haute-Savoie, Ille-et-Vilaine, Isère, Morbihan, Nord, Pas-de-Calais et Puy-de-Dôme). Les objectifs de cette surveillance étaient de détecter des cas groupés au niveau départemental, d'estimer l'incidence des hépatites aiguës A et de décrire les caractéristiques des cas. Un cas était défini comme une personne chez laquelle des IgM anti-virus de l'hépatite A (VHA) étaient mises en évidence dans le sérum. Les biologistes des laboratoires dont la participation était volontaire notifiaient les cas au médecin inspecteur de santé publique (Misp) de la Ddass à l'aide d'une fiche dont une copie était également envoyée au médecin prescripteur ; ce dernier adressait la fiche complétée par des informations cliniques et épidémiologiques à la Ddass. Ces fiches étaient analysées « en temps réel » à la Ddass afin de rechercher des cas groupés. La saisie était réalisée à l'aide d'une application Epi-Info développée à cet effet. Un rapport était diffusé trimestriellement par les Ddass ou les Cires aux laboratoires et aux médecins ayant participé. La capacité du système à détecter les cas groupés, sa simplicité, son acceptabilité, sa sensibilité et sa réactivité ont été évaluées en 2001 afin de faire des recommandations quant à son évolution. Nous présentons ici une synthèse des résultats de cette évaluation.

## MÉTHODES

L'évaluation a utilisé le modèle proposé par les CDC [1] et une approche qualitative reposant sur des entretiens et une réunion de discussion finale. Les acteurs du système ont été interrogés par téléphone ou en face à face afin d'apprécier la place accordée à l'hépatite A, leur connaissance du système, leur motivation et les difficultés rencontrées. Dans quatre départements, des visites et des entretiens avec les directeurs de deux laboratoires ont été réalisés. La simplicité a été étudiée par la proportion de remplissage des items de la fiche de notification et par le recueil de l'avis des biologistes, des médecins et des Misp. L'exhaustivité de la notification par les laboratoires a été estimée en comparant le nombre de tests IgM anti-VHA positifs notifiés et le nombre total de tests positifs. Le nombre d'épisodes de cas groupés identifiés a été comparé à celui signalé aux Ddass par d'autres sources. La représentativité a été approchée par la proportion de laboratoires volontaires par rapport à la totalité des laboratoires. La réactivité a été mesurée par les délais de transmission de l'information d'un niveau à un autre du système. L'acceptabilité a été estimée par la proportion laboratoires participants/volontaires. La participation effective était définie par l'envoi d'au moins une fiche ou d'un tableau récapitulatif trimestriel des cas depuis le début de la surveillance.

Une réunion avec des acteurs du système a été organisée pour présenter et discuter les premiers résultats de l'évaluation et dégager les points positifs et les points négatifs du système.

## RÉSULTATS

L'évaluation a été réalisée pour 13 départements durant le 1<sup>er</sup> trimestre 2001 et les visites ont eu lieu dans quatre départements : Gironde, Isère, Morbihan, Nord. Six laboratoires ont été visités. Quarante-trois entretiens, dont 17 sur place et 26 par téléphone, ont été effectués auprès des adjoints des directeurs des Ddass (4), des Misp des Ddass (14), des médecins des Cires (4), des directeurs de laboratoires (6) et des médecins prescripteurs (15).

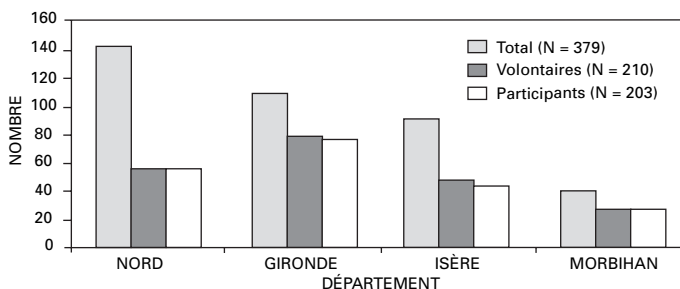
La proportion de remplissage des 8 items de la fiche de notification variait de 73 % à 98 %. Les directeurs de laboratoires et les médecins prescripteurs considéraient que leur participation était simple. Cependant, pour les médecins prescripteurs, elle était limitée par le manque de temps ou par des doutes sur la pertinence de la surveillance. Les Misp ont souligné la complexité du circuit « triangulaire », le « poids » du

suivi quotidien et de la relance dans les départements ayant de nombreux cas. Le fait que le système s'appuie sur les laboratoires était néanmoins considéré comme un élément de simplicité.

L'exhaustivité était de 100 % pour les quatre laboratoires étudiés parmi les six visités : le nombre de recherches d'IgM anti-VHA positives inscrites dans les cahiers de « paillasse » ou sur la base de données des laboratoires correspondait au nombre de feuillets de notification « volet laboratoire ». Aucun épisode de cas groupés n'a été détecté. Deux épisodes ont été signalés par une autre source (médecin généraliste, médecin du travail) dans les départements de l'Isère et du Puy-de-Dôme. L'accord de participation des laboratoires variait de 40 % à 100 % selon les départements. La participation effective des laboratoires volontaires était bonne (figure 1) : elle a été étudiée pour les quatre départements visités qui représentent 57 % des cas signalés. Cinquante-cinq pour cent (210/379) des laboratoires ont accepté de participer et 97 % (203/210) d'entre eux ont envoyé au moins une fiche ou un tableau récapitulatif trimestriel.

Figure 1

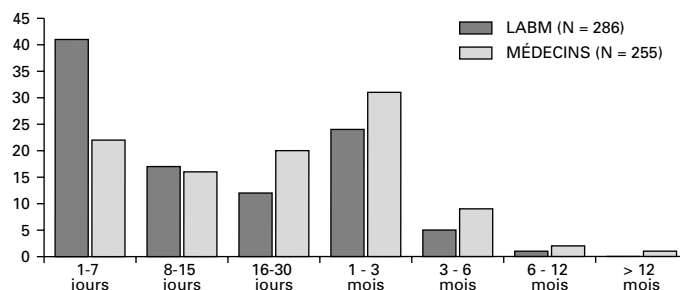
**Nombre total de laboratoires, nombre de laboratoires volontaires, nombre de laboratoires participants dans 4 départements. Évaluation du système de surveillance pilote des hépatites A, France 2000-2001**



Les délais entre les dates de prélèvement pour recherche d'IgM anti-VHA et de réception à la Ddass de la fiche adressée par le laboratoire d'une part, et les délais entre les dates de prélèvement pour recherche d'IgM anti-VHA et de réception à la Ddass de la fiche adressée par le médecin prescripteur d'autre part, ont pu être calculés pour six départements représentant 67 % des cas ; 41 % (117/286) des feuillets provenant des laboratoires ont été reçus au cours de la semaine du prélèvement ; 38 % (97/225) des feuillets provenant des médecins prescripteurs ont été reçus entre 8 et 15 jours après le prélèvement (figure 2).

Figure 2

**Délais de signalement des cas par les laboratoires et de renvoi de la fiche complétée par les médecins prescripteurs à la Ddass, 6 départements. Évaluation du système de surveillance pilote des hépatites A, France 2000-2001**



Les entretiens ont montré une bonne acceptabilité des laboratoires. Les directeurs des laboratoires ont manifesté leur volonté de participer, ils avaient une connaissance correcte de la partie du système qui les concernait. A l'inverse, les entretiens avec les Misp des Ddass indiquaient une mauvaise acceptabilité. L'intérêt et la pertinence du système étaient peu

\* European programme for intervention epidemiology training - Programme européen de formation à l'épidémiologie d'intervention.

ou pas remis en cause par les Misp, cependant leur motivation a été affectée, d'une part, par le fait qu'ils percevaient le système comme étant à l'origine d'une charge de travail trop importante et, d'autre part, par l'insuffisance des ressources disponibles. Il apparaît également qu'il n'y a pas eu « appropriation » du système par les Misp. Pour les directeurs des Ddass, cette maladie a sa place dans le champ de la veille sanitaire, cependant, le cadre légal ou la nécessité d'une prise en charge urgente définit la priorité accordée à une maladie. Dans l'ensemble, les Cires ont conçu leur rôle comme intermédiaire entre l'InVS et les Ddass sans implication directe dans le système. L'avis des médecins prescripteurs était partagé, certains considérant que cette maladie n'était pas suffisamment grave pour justifier la mise en place d'un système de surveillance, d'autres remettant en cause les modalités de leur implication, d'autres, enfin, trouvant la surveillance intéressante d'un point de vue de santé publique (tableau).

Tableau

Extraits d'entretiens, France 2001	
Interlocuteurs	Extraits d'entretiens
Biologistes des laboratoires	« Passer par les laboratoires c'est un bon moyen » « Participer à un système de surveillance des maladies infectieuses, je trouve cela bien parce que ça nous implique un peu dans le système » « Cela nous intéresse dans la mesure où on a le compte-rendu par la suite » « Si c'est le laboratoire qui fait la déclaration, il faut que tous les laboratoires la fassent »
Misp Ddass	« La motivation a commencé à descendre par rapport au temps de travail » « Quand on a démarré, on avait placé le système dans une priorité assez élevée... et après c'est tombé... parce que c'est trop mangeur de temps » « Tout ce qui est sanitaire, c'est toujours priorité numéro 1 » « La priorité est variable dans le temps je dirais (...) dans le paquet maladies transmissibles, je l'aurais situé en moitié de priorité » « C'est pas prioritaire pour moi, pas du tout »
Directeurs Ddass	« La responsabilité des médecins de santé publique, c'est d'abord cette responsabilité d'observation, de veille... » « L'importance qu'on y accorde, elle est fonction des urgences qu'il y a sur ce domaine (...) on est plus préoccupé par les maladies à déclaration obligatoire » « Oui, il faut effectivement qu'on ait un suivi régulier de cette maladie, ça touche des enfants, des collectivités... »
Cire	« C'est un des premiers chantiers de veille sanitaire départemental auquel les Cires participaient, la Cire devait faire l'intermédiaire entre l'InVS et la Ddass (...) accompagner la mise en place du système » « Je n'ai plus de temps pour accompagner les Ddass sur des systèmes de surveillance » « Je pensais que cela pourrait être utile pour repérer des épidémies (...) mon rôle ça a été d'aider à déterminer la procédure (...) après, je suis venue les voir régulièrement »
Médecins « prescripteurs »	« L'hépatite A est quelque chose de très courant » « Un intérêt épidémiologique, mais compte tenu que c'est une maladie dont 90 % des cas guérissent spontanément, je ne pense pas que c'est passionnant » La participation « ça ne m'a rien apporté, dans la mesure où je n'ai pas eu de retour » Important « pour détecter des épidémies, faire de la prévention et pour avoir des données épidémiologiques d'incidence et de prévalence » « Cela me paraît très important (...) cela permet de surveiller l'impact de la vaccination » « C'est important (...) si on a des poussées épidémiques localisées dans un secteur » « L'hépatite A n'est pas un problème majeur » « Oui (c'est important d'avoir un tel système) c'est quand même une maladie assez fréquente, elle concerne beaucoup les transmissions par l'eau, les crustacés, ce qui est intéressant pour notre département » « C'est du bricolage épidémiologique d'impliquer les médecins de cette manière là » « L'hépatite A c'est tout à fait anecdotique et ça ne sert qu'à faire fonctionner l'industrie pharmaceutique »

Lors de la réunion de synthèse des résultats de l'évaluation, les participants ont considéré collectivement que le système ne répondait pas à l'objectif de détection des cas groupés et ne pouvait pas répondre aux objectifs d'estimation de l'incidence et de suivi des tendances. Quelques points positifs ont cependant été notés. Pour certains, la mise en place de ce système a permis de renforcer le partenariat Ddass-laboratoires, contribuant à donner une « meilleure image des Ddass vis-à-vis des laboratoires ». D'autres, constatant que

l'hépatite A pouvait être un problème de santé publique dans certains départements, réalisent une véritable « prise de conscience du nombre très élevé de cas d'hépatite A ».

## DISCUSSION

L'évaluation a laissé une large place aux critères qualitatifs, ce qui était important du fait du caractère récent du système et de l'originalité du circuit.

Elle a permis d'identifier les points forts et les points faibles du système :

- la motivation des biologistes des laboratoires peut être considérée comme très bonne, ils ont eux-mêmes jugé que le système était simple. La réactivité des laboratoires participants était compatible avec l'objectif d'alerte. Les entretiens avec les médecins ont mis en évidence une motivation très inégale possiblement liée à un ressenti différent sur la pertinence de surveiller cette maladie ou sur les modalités de leur implication ;

- le système n'a pas répondu à son objectif d'alerte bien que les laboratoires aient, pour la plupart d'entre eux, signalé les cas dans des délais compatibles avec cet objectif pour les raisons suivantes :

- la participation des laboratoires à ce système n'était pas exhaustive ;
- la nécessité pour les Ddass de regarder régulièrement les fiches adressées par les laboratoires pour détecter une alerte n'a pas été comprise ou possible ;

- malgré la volonté initiale des Misp de participer, leur motivation a été affectée par la charge de travail. Ainsi, cette évaluation n'est pas en faveur d'une pérennisation/extension de la surveillance sous cette forme. Cependant, la bonne participation des biologistes et leur place actuelle dans le dispositif des maladies à déclaration obligatoire sont des éléments en faveur de l'implication des laboratoires dans le signalement des cas. L'alerte, la détection des cas groupés imposent que les notifications de cas soient faites à une structure qui soit de proximité et qui ait la capacité d'effectuer les analyses de manière hebdomadaire ; elle devra également assurer l'investigation des cas groupés. L'analyse annuelle des données ne nécessite pas cette proximité.

Par ailleurs, un Centre national de référence (CNR) pour le VHA a été créé en 2002. Ses missions concernent, entre autres, l'expertise et le renforcement de l'alerte. Dans ce cadre, le CNR va développer les tests salivaires et les techniques de typage moléculaire et inciter les laboratoires hospitaliers à échanger des informations et à envoyer des sérums.

Un groupe de travail composé de Misp, de biologistes, d'un médecin généraliste et d'épidémiologistes, et coordonné par l'InVS, élabore actuellement des propositions pour le futur système de surveillance.

## REMERCIEMENTS

Véronique Bleuzet, Francis Charlet, Pierre Guillaumot, Brigitte Helynck, Anne-Marie Navel, Sylvie Rey, Martine Charon, Charles Hemery, Danièle Ilef, Claire Schvoerer, les biologistes des laboratoires et les médecins ayant participé à l'évaluation.

## RÉFÉRENCES

- [1] Centers for Disease Control and Prevention. Updated guidelines for evaluating public health surveillance systems: recommendations from the guidelines working group. MMWR 2001; 50 (N°.RR-13)

Institut de veille sanitaire

Institut national de la santé et de la recherche médicale

### Comité national des registres : appel à qualification 2005

L'appel à qualification des registres pour l'année 2005 est disponible sur les sites de l'Inserm <http://www.inserm.fr> et de l'InVS <http://www.invs.sante.fr> ; il concerne les nouveaux registres, les anciens registres non qualifiés ainsi que ceux dont la qualification arrive à échéance.

**Attention**, les demandes concernant des registres non qualifiés doivent faire l'objet d'une première lettre d'intention adressée au Comité national des registres **au plus tard le 25 février 2005** (pour plus de précisions, voir l'appel à qualification sur l'un des sites).