



HAL
open science

La prévalence du dépistage du virus de l'Hépatite B pendant la grossesse et la prise en charge néonatale en cas d'hépatite B évolutive

Aurélie Pesseas

► **To cite this version:**

Aurélie Pesseas. La prévalence du dépistage du virus de l'Hépatite B pendant la grossesse et la prise en charge néonatale en cas d'hépatite B évolutive. Gynécologie et obstétrique. 2012. dumas-00743715

HAL Id: dumas-00743715

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00743715>

Submitted on 19 Oct 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



SICD1
Bibliothèques
de l'UJF et de Grenoble INP

**Université
Joseph Fourier** 
GRENoble
MEDECINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : thesebum@ujf-grenoble.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER

U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE

DEPARTEMENT DE MAIEUTIQUE

La prévalence du dépistage du virus de l'Hépatite B
pendant la grossesse et la prise en charge néonatale en
cas d'hépatite B évolutive

ETUDE DESCRIPTIVE RETROSPECTIVE A PARTIR DES DOSSIERS DES PATIENTES AYANT
ACCOUCHE EN 2010, AU CHU DE GRENOBLE

Mémoire soutenu le 1^{er} juin 2012

Par Aurélie PESSEAS

Née le 22 Octobre 1988

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Année 2012

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER

U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE

DEPARTEMENT DE MAIEUTIQUE

La prévalence du dépistage du virus de l'Hépatite B
pendant la grossesse et la prise en charge néonatale en
cas d'hépatite B évolutive

ETUDE DESCRIPTIVE RETROSPECTIVE A PARTIR DES DOSSIERS DES PATIENTES AYANT
ACCOUCHE EN 2010, AU CHU DE GRENOBLE

Mémoire soutenu le 1^{er} juin 2012

Par Aurélie PESSEAS

Née le 22 Octobre 1988

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Année 2012

REMERCIEMENTS

Je remercie les membres du jury :

Mr le Professeur Thierry DEBILLON, PU-PH en réanimation néonatale et néonatalogie au CHU de Grenoble, Président du jury,

Mr le Dr Fabrice CNEUDE, PH en réanimation néonatale et néonatalogie au CHU de Grenoble,

Mme Chantal SEGUIN, Directrice de l'École de Sages-Femmes, Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble, représentée par Nadine VASSORT, Sage-Femme Enseignante Cadre Supérieure,

Mme Jocelyne DUJOURDIL, Sage-Femme Cadre à la Clinique des Cèdres.

Je remercie plus particulièrement :

Mme le Dr Valérie BELIN, Praticien Hospitalier en Pédiatrie au CHU de Grenoble, Directeur de ce mémoire,

Pour avoir accepté la direction de ce mémoire et sa présence, son soutien durant cette année.

Mme Claudine MARTIN, Sage-Femme Enseignante à l'Ecole de Sage-femme de Grenoble, guidante de ce mémoire,

Pour son aide et ses conseils tout au long de ce travail.

Mme le Dr Marie-Noëlle HILLERET, Praticien Hospitalier dans le service d'hépatogastroentérologie au CHU de Grenoble et Présidente de l'association Prométhée Alpes Réseau

Pour ses conseils,

Mme Claire BAUDON, Sage-Femme Enseignante à l'école de Sage-Femme de Grenoble,

Pour sa présence et son encadrement tout au long de cette formation.

Enfin, je tiens à remercier :

Ma famille,

Pour leurs encouragements dans les moments difficiles,

Guillaume,

Pour son soutien et son aide précieuse tout au long de ce travail,

Amandine, Elodie et Solène,

Pour m'avoir soutenu, diverti et supporté durant ces quatre années.

TABLES DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	1
INTRODUCTION	2
MATERIEL ET METHODES	5
I. Matériel	5
a) Type d'étude.....	5
b) Population	5
II. Méthodes	5
III. Variables recueillies.....	6
a) Pour les patientes ayant une sérologie AgHBs positive	6
b) Critères de jugement.....	7
IV. Contrôle de qualité des données	8
V. Analyse	8
RESULTATS.....	9
I. Population	9
II. Objectif Principal	9
a) Taux de dépistage dans le DMO	9
b) Taux de dépistage après vérification du statut AgHBs sur le serveur des résultats sérologiques	9
c) Statut sérologique pour le VHB chez les femmes enceintes suivies à l' HCE	10
III. Objectifs secondaires	11
a) Conformité de la prise en charge maternelle et néonatale	11
b) Contrôle de qualité avec les données des CS8 des enfants nés et domiciliés en Isère, en 2010.....	14
DISCUSSION	16
I. Limites de l'étude	16
II. Résultats	17
a) Objectif principal	17
b) Objectifs secondaires.....	18
CONCLUSION	21
BIBLIOGRAPHIE.....	22
ANNEXES.....	24
RESUME	25

LISTE DES ABREVIATIONS

- CHU** : Centre Hospitalier Universitaire
- HCE** : Hôpital Couple Enfant
- VHB** : Virus de l'Hépatite B
- AgHBs** : Antigène de surface du virus de l'Hépatite B
- Ig** : Immunoglobulines
- VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine
- DMO** : Dossier Médical Obstétrical
- DMIN** : Dossier Minimal
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- HAS** : Haute Autorité de Santé
- CNGOF** : Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français
- INVS** : Institut National de Veille Sanitaire
- BEH** : Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire
- RPAI** : Réseau Périnatal Alpes Isère
- CS8** : Certificat de Santé du 8^{ème} jour
- SA** : Semaine d'Aménorrhée

INTRODUCTION

Le virus de l'Hépatite B, virus à ADN appartenant à la famille des hepadnaviridae, est présent dans l'unique réservoir qu'est l'Homme. On le retrouve dans la plupart des liquides biologiques humains que sont le sang, le sperme, les sécrétions vaginales, la salive et enfin en moindre quantité dans le lait et les urines. Ce virus est 50 à 100 fois plus contaminant que le VIH. [1, 2, 3]

Les populations d'origine africaine et asiatique sont les plus touchées. [4]

La toxicomanie, l'infection par le VIH, et/ou par le virus de l'Hépatite C sont des facteurs de risque de contamination VHB. [2]

Le virus de l'Hépatite B peut se transmettre sous quatre modalités : sexuelle, parentérale (toxicomanie etc.), horizontale (contact étroit avec une personne infectée), verticale-périnatale avec la transmission materno-foetale. A noter, que la transmission in utéro est relativement rare, avec moins de 2% des infections périnatales. [2]

La présence de l'antigène de surface du virus, soit l'AgHBs, indique la présence du virus. Les anticorps anti HBs (Ac anti HBs) remplacent l'antigène de surface lors de la guérison ou post vaccination.

La présence de l'AgHBe montre la corrélation entre la réplication virale (ADN viral) et le degré d'infection. Chez les patientes ayant un AgHBe positif, il y a 90% de risque que leur enfant soit infecté, alors que dans les cas où cet AgHBe est négatif, il « n'y a plus que » 10% de risque de transmission mère-enfant, en dehors d'un schéma de vaccination [6].

Si la guérison est spontanée dans 90% des cas, 10% développent une hépatite chronique dont les complications sont la cirrhose et l'hépatocarcinome. [7]

L'Hépatite B chronique est une des affections, à déclaration obligatoire, les plus répandues dans le Monde avec 360 millions de personnes atteintes, soit 5% de la population mondiale, avec une répartition géographique très inégale. La prévalence du VHB est très variable selon les régions : de 0,1 à 20%. [2]

On distingue trois catégories :

- Des régions de forte endémie (Afrique sub-saharienne, Asie, etc.) avec 8 à 20% de la population contaminée par le virus de l'Hépatite B et où la transmission mère-enfant est le premier mode de contamination.

- Une zone de moyenne endémie (DOM-TOM, Afrique du Nord, bassin méditerranéen, Europe de l'Est) où est atteint 2 à 8% de la population.
- Et enfin une zone de faible endémie avec moins de 2% de la population atteinte. Dans cette zone de faible endémie, on retrouve les pays de l'Europe du Nord, et de l'Ouest, dont la France.

Le dépistage de la sérologie AgHBs a été rendu obligatoire en 1992, au sixième mois de grossesse, chez toutes les femmes quels que soient les antécédents. [5, 6, 11] Selon une étude française réalisée à partir des données de l'Assurance Maladie en 1999, jusqu'à 20% des femmes enceintes échappaient au dépistage obligatoire de l'AgHBs. [6] Durant la grossesse, s'il y a infection par le VHB, on remarque alors une augmentation des accouchements prématurés, des petits poids de naissance, voir d'hémorragie antépartum. [9]

L'accouchement peut avoir lieu dans tout type de maternité, sous réserve de la disponibilité immédiate de la séroprophylaxie et de la vaccination du nouveau-né. [10]

En France, le taux de couverture vaccinale est un des plus bas au Monde, avec 42% des nourrissons de moins de 24 mois vaccinés, 39% à 11ans, et 42% à 15ans. Seulement 21,7 % de la population générale est vaccinée contre le VHB. [2,3]

La vaccination contre le VHB est devenue obligatoire en 1991 pour les professionnels de santé ainsi que pour les étudiants en filière de santé. [14]

L'OMS recommande la vaccination systématique de tous les nourrissons contre le virus de l'Hépatite B. Il est aussi recommandé des stratégies de rattrapage pour les enfants, les adolescents, et les groupes à risques. Pour les enfants nés de mère AgHBs positif, le schéma vaccinal est le suivant : une injection d'immunoglobulines avant la première mise au sein, une vaccination dans les 24ères heures, ensuite à un, deux et 12 mois de vie. L'allaitement maternel est autorisé sous réserve d'une sérovaccination bien conduite. [2, 3 ,8]

La loi du 15 juillet 1970 a rendu obligatoire la délivrance de certificats de santé lors des trois examens médicaux des enfants dont l'examen préventif obligatoire effectué dans les huit jours après la naissance (CS8). Des informations administratives telles que la profession des parents, l'âge de la mère, le sexe et lieux de naissance et de domiciliation de l'enfant ; des données telles que le déroulement de la grossesse et de l'accouchement, l'état de santé du nouveau né, son poids, l'âge gestationnel, les possibles pathologies, l'allaitement, la

couverture vaccinale (BCG qui est le vaccin contre la tuberculose, ou Sérovaccination Hépatite B) sont recueillies. [12]

D'autre part, en 1999, l'association iséroise « Prométhée Alpes Réseau » a été créée, à l'initiative du Pr ZARSKI Hépatogastroentérologue du CHU de Grenoble, repris par le Dr HILLERET, praticien hospitalier du service d'hépatogastroentérologie du CHU de Grenoble. Ce réseau a pour mission d'optimiser la prise en charge médicosychosociale des personnes atteintes d'hépatites virales chroniques B, C, d'hépatopathies, et/ou transplantées et de favoriser la prévention et le dépistage de ces affections. Depuis sa création, ce réseau a suivi 322 patients avec moins de 80 patients atteints du VHB, avec environ 45% de femmes. [7]

En 2004, il a été mis en application la circulaire DGS/SD5C/DHOS/E 2 n°2004-532 relative au dépistage obligatoire au cours de la grossesse de l'AgHBs et à la vaccination des nouveau-nés de femmes porteuses de l'antigène du virus de l'hépatite B. Aucun suivi ni aucune évaluation de l'application de ce texte n'ont été, à ce jour, réalisés. [11,13] Récemment, il a été mis en place, au niveau national, le plan Hépatites virales 2009-2012. Il a pour objectif de réduire la transmission des virus B et C, de renforcer le dépistage, l'accès et la qualité des soins, et d'améliorer la qualité de vie des patients atteints d'hépatite B ou C etc. [1,7]

280 000 personnes sont atteintes par le VHB en France soit une prévalence de 0,65%. [1,7] Il est important de rappeler que le VHB est une des seules infections sexuellement transmissibles évitables par la vaccination, avec le papillomavirus humain (HPV). De plus, la vaccination néonatale prévient l'infection du nouveau né dans 80 à 95% des cas.

Notre travail a consisté à effectuer l'évaluation de cette circulaire, mise en place en 2004 ainsi qu'une description de la prise en charge materno-foetale en cas d'hépatite B évolutive. Notre étude s'est portée sur l'Hôpital Couple Enfant de Grenoble, maternité de niveau III, sur une durée de un an.

L'objectif principal de cette étude est de déterminer le taux de dépistage de l'AgHBs dans la population des patientes ayant accouché en 2010 à l'HCE. Les objectifs secondaires sont de déterminer la prévalence de la séropositivité pour l'AgHBs, d'évaluer la conformité de la prise en charge maternelle prénatale et néonatale en cas de diagnostic d'hépatite B évolutive, et de comparer ces résultats avec les données des certificats de santé du huitième jour, des enfants nés en 2010 et domiciliés en Isère.

MATERIEL ET METHODES

I. Matériel

a) Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive, rétrospective, monocentrique.

b) Population

Ont été incluses toutes les patientes ayant accouché entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2010 compris, à l'Hôpital Couple Enfant de Grenoble.

II. Méthodes

Mode de recueil des données

Tout d'abord, une requête a été effectuée dans la base Access colligeant les données du dossier médical obstétrical (DMO), qui est le dossier informatisé Cristalnet® utilisé à l'HCE.

La sélection a été effectuée dans deux pages du DMO avec les critères suivants :

- une date d'accouchement théorique comprise entre le 1^{er} janvier 2010 et le 31 mars 2011
- une date d'accouchement réel entre le 1^{er} janvier 2010 et le 31 janvier 2010 inclus.
- l'identifiant permanent du patient (IPP) c'est-à-dire le système qui attribue un numéro à un patient lors de sa première venue à l'hôpital, et ce numéro reste valide lors des hospitalisations successives
- l'âge maternel
- le statut sérologique pour l'AgHBs

Cette requête a permis de classer les patientes ayant accouché en 2010 selon leur statut sérologique AgHBs : négatif, protégée, positif, guéri et inconnu.

Les dossiers informatisés des patientes : positives, guéries et inconnues pour l'AgHBs ont ensuite été consultés.

Le dossier minimal (DMIN) ainsi que les fiches patient, présents dans Cristalnet®, ont été utilisés dans le but de recueillir des informations concernant la sérovaccination des nouveaux nés de mère présentant une hépatite B évolutive.

III. Variables recueillies

a) Pour les patientes ayant une sérologie AgHBs positive

- Caractéristiques maternelles: le type de grossesse, la gestité, la parité, le type de suivi hépatique (bilan biologique, ADN viral, consultation avec un spécialiste), l'âge gestationnel à l'accouchement, le type d'allaitement.

Le lieu de domiciliation des patientes a été recueilli, dans le but de comparer les données du DMO avec celles du CS8 des enfants nés, en 2010, de mère présentant une hépatite B évolutive et domiciliées en Isère.

- Caractéristiques néonatales : l'état de santé du nouveau né (vivant ou décédé), et la prise en charge néonatale vis à vis de la protection contre le VHB (vaccination et Ig) ont été relevés.
- Vérification des résultats sérologiques

- pour les patientes ayant un statut sérologique AgHBs inconnu

Dans Cristalnet[®], une recherche dans le serveur des résultats virologiques a été nécessaire pour vérifier si la sérologie AgHBs a été prélevée durant la grossesse ou à l'accouchement pour toutes les patientes ayant un statut sérologique inconnu.

- pour les nouveau-nés de mère présentant une hépatite B évolutive

Dans le DMIN puis dans les « fiches patient », une analyse des dossiers des enfants nés de mère présentant une hépatite B évolutive a été effectuée. Elle avait pour but de rechercher si ces enfants avaient eu une consultation à un an de vie pour bilan (AgHBs et Ac anti HBs) positif.

Pour les enfants, nés de mère présentant une hépatite B guérie ou évolutive, ayant séjourné en service de néonatalogie, une recherche dans « fiches patient » présentes dans le DMIN, a été également nécessaire pour vérifier si la sérovaccination néonatale avait été effectuée durant leur séjour.

b) Critères de jugement

Le critère de jugement principal est le nombre de dépistages réalisés de l'AgHBs, sur le nombre total d'accouchements effectués en 2010 à l'HCE.

Les critères de jugement secondaires sont :

- la prévalence de la séropositivité pour l'AgHBs ainsi que le nombre de suivis conformes chez les patientes ayant une hépatite B évolutive.

Le suivi d'une patiente présentant une hépatite B évolutive a été considéré conforme dès lors qu'un bilan hépatique, une quantification de l'ADN viral, et une consultation avec un hépato gastroentérologue ont été réalisés durant la grossesse. En effet d'après les recommandations du CNGOF sur le suivi des patientes ayant une hépatite B évolutive et d'après le protocole du réseau Prométhée paru fin 2010, si le résultat de la sérologie AgHBs réalisée au 6^{ème} mois de grossesse revient positif, il est recommandé d'adresser la patiente en consultation spécialisée d'hépatologie à la fin du 2^{ème} trimestre de grossesse et de prélever l'ADN VHB pour pouvoir quantifier la charge virale, une sérologie complète (Ac antiHBc, AgHBe, Ac anti HBe) et des transaminases. Ce prélèvement devra être refait au 9^{ème} mois de grossesse.

- le nombre de prises en charge néonatale conformes (vaccination et immunoglobulines) en cas d'hépatite B évolutive maternelle, sur le nombre de patientes ayant une hépatite B évolutive.
- le nombre d'enfants, nés de mère présentant une hépatite B évolutive, ayant eu une consultation à un an de vie pour bilan (AgHBs et Ac anti-HBs) positif.
- le nombre de statuts sérologiques AgHBs positif maternels concordants dans la base de données du DMO et celles du CS8 pour les mères domiciliées en Isère.

IV. Contrôle de qualité des données

Dans le but d'effectuer un contrôle de qualité des données recueillies dans le DMO, il a été relevé le lieu de domiciliation des patientes présentant une hépatite B évolutive pour effectuer une comparaison entre les données du DMO et celles des CS8 des enfants nés en 2010, de mère présentant une hépatite B évolutive et domiciliés en Isère.

Grâce au Conseil Général de l'Isère, sur les CS8 des enfants domiciliés en Isère et nés en 2010 au CHU de Grenoble, les variables « recherche d'antigène HBs durant la grossesse et résultat de la sérologie, vaccination Hépatite B et injection d'immunoglobulines aux nouveau-nés » ont été recueillies.

Enfin via le réseau Prométhée, des informations concernant le suivi des patientes ayant le VHB nous ont été délivrées.

V. Analyse

Les différentes données ont d'abord été recueillies sur papier, puis retranscrites sur le logiciel Word, et enfin sur la base de données StatView.

Grâce au logiciel d'analyse statistique StatView, l'essentiel des variables ont été décrites par leurs effectifs et pourcentages.

L'âge maternel a été décrite par la moyenne et l'écart-type (ou déviation standard).

RESULTATS

I. Population

Caractéristiques des femmes enceintes

Notre population était composée de 2769 femmes, sur l'année 2010.

L'âge maternel moyen était de 29,6 ans [5,4], avec des extrêmes de 15 et 50 ans.

II. Objectif Principal

a) Taux de dépistage dans le DMO

Avec un résultat notifié dans l'entête de surveillance de grossesse, le dépistage de l'AgHBs durant la grossesse a été réalisé chez 2603 des 2769 patientes suivies à l'HCE en 2010.

La prévalence du dépistage noté dans le DMO des patientes est donc de 94 % à l'HCE en 2010.

Les 6% restant correspondent alors au taux de statut sérologique inconnu.

b) Taux de dépistage après vérification du statut AgHBs sur le serveur des résultats sérologiques

Après une recherche dans le serveur des résultats sérologiques des patientes ainsi que dans le DMO, le résultat du dépistage de l'AgHBs durant la grossesse n'était pas tracé dans le DMO pour 6 % des patientes, soit 166 dossiers. Mais sur ces 166 dossiers, 60 possédaient une trace de la prescription de la sérologie AgHBs durant la grossesse.

Le taux de dépistages de l'AgHBs, prescrits durant la grossesse pour les femmes ayant accouché à l'HCE en 2010 est de 96% (2663/2769 patientes). La prévalence de la prescription de la sérologie AgHBs durant la grossesse (que la sérologie ait été ou non réalisée) est de 96% soit 2663 prescriptions.

Par ailleurs, sur le serveur des résultats sérologiques dans Cristalnet®, nous avons pu constater que sur les 166 dossiers avec un statut AgHBs inconnu, 16 possédaient une prescription ainsi qu'un résultat, réalisés en postnatal c'est-à-dire après la naissance de l'enfant. Dans ces cas là, on ne peut donc pas considérer ces patientes comme dépistées durant la grossesse et elles restent donc parmi la population de patientes non dépistées.

Sur les 166 dossiers avec un statut AgHBs inconnu, 16 ont été dépistés à postériori, en postnatal. Ceci représente 9.6% des cas.

Il est important aussi de rappeler que même en cas de vaccination, contre le VHB, antérieure à la grossesse, le dépistage de l'AgHBs doit être réalisé. Le dépistage est obligatoire chez toutes les femmes quels que soient les antécédents, d'après la circulaire DGS/SDC/DHOS/E2 de 2004, ainsi que le décret n°92-143 du 14 février 1992.

Dans les recommandations du réseau Prométhée ainsi que d'après l'étude de Denis F. sur « L'évolution des stratégies vaccinales et couverture vaccinale contre l'hépatite B en France » datant de 2004, il est fortement conseillé d'attendre le résultat de la sérologie AgHBs avant toute mise au sein, voire même d'effectuer la sérovaccination néonatale si la patiente présente des facteurs de risque de contamination par le VHB.

c) Statut sérologique pour le VHB chez les femmes enceintes suivies à l'HCE

- Traçabilité du statut AgHBs dans le DMO

Il existe six dénominations dans l'entête de surveillance de grossesse dans le DMO pour le statut sérologique AgHBs : négative, protégée, évolutive, guérie, ancienne, et inconnu. Les dénominations « ancienne » et « guérie » ont été regroupées dans la même catégorie.

- Vérification du statut AgHBs sur le serveur des résultats sérologiques en cas de statut AgHBs positif

En cas d'AgHBs positif notifié dans l'entête de surveillance de grossesse, nous avons souhaité vérifier ce résultat dans le serveur des bilans sérologiques.

Sur les 18 cas d'hépatite B évolutive, c'est à dire avec un antigène de surface du virus de l'hépatite B présent, donc une possible contagiosité, 17 étaient correctement étiquetés dans le DMO. En effet dans un dossier du DMO, une erreur de dénomination a été remarquée. La patiente était atteinte d'une hépatite B évolutive et non d'une hépatite guérie, comme il était inscrit dans le dossier.

La prévalence des femmes enceintes, ayant accouché en 2010 à l'HCE, avec un AgHBs positif, est de 0.65%.

La prévalence des femmes ayant une Hépatite B guérie ou ancienne, avec un AgHBs négatif est de 1.55%.

Tableau I. Répartition de la population selon le statut sérologique AgHBs

	N	%
Négative	2520	91
Protégée	22	0,8
Inconnue	166	6
=>Dépistage prescrit	60	36.1
=>Dépistage non prescrit	106	63.9
Guérie/Ancienne	43	1,55
Evolutive	18	0,65
Total	2769	100

III. Objectifs secondaires

a) Conformité de la prise en charge maternelle et néonatale

Conformité de la prise en charge maternelle prénatale en cas d'Hépatite B évolutive

Pour les 18 patientes, il a été relevé dans leur dossier, si durant leur grossesse, elles avaient eu un bilan hépatique, une recherche d'ADN VHB, et une consultation avec un hépatologue.

Le suivi est dit conforme lorsque ces trois éléments sont réunis.

Le taux de conformité du suivi prénatal des mères présentant une Hépatite B évolutive est de 72.22%, soit dans 13 cas sur 18.

Tableau II. Conformité du suivi maternel dans les cas d'Hépatite B évolutive

	Oui	Non	Total
Bilan Hépatique	15(83.33%)	3 (16.67%)	
ADN Viral	16(88.89%)	2 (11.11%)	
Consultation avec un hépatologue	15(83.33%)	3 (16.67%)	
Conformité du suivi avec les 3 éléments	13 (72.22%)	5 (27.78%)	18 (100%)

Conformité de la prise en charge néonatale en cas d'Hépatite B évolutive

D'après les recommandations, la prise en charge optimale des nouveau-nés de mère ayant un AgHBs positif consiste en une vaccination contre le virus de l'hépatite B dans les 24 heures après la naissance, et en une injection d'immunoglobulines dans les 12 heures après la naissance, avant la première mise au sein.

Parmi les 18 nouveau-nés concernés, un nouveau-né est décédé au terme de 21 SA et 4 jours.

Donc sur les 17 enfants, on remarque que le taux de vaccination est optimal avec 100% des nouveau-nés vaccinés durant leur séjour en maternité.

Par contre, sur la prise en charge dans les 12 h après la naissance, avec l'injection d'immunoglobulines, on constate que seulement 94,1 % des nouveaux nés sont protégés, soit 16 enfants.

L'allaitement maternel est alors autorisé si la sérovaccination a été bien conduite. On constate un taux d'allaitement maternel de 47 % chez les patientes atteintes d'hépatite B évolutive, 35,3% d'allaitement artificiel, et enfin 17,7 % d'allaitement mixte.

Tableau III. Sérovaccination du nouveau né

	Oui	Non	Total
Hépatite B évolutive maternelle			
=>Vaccination	17 (100 %)	0	17 (100%)
=>Immunoglobulines	16 (94.1 %)	1 (5.9 %)	
=>Conformité de la prise en charge	16 (94.1%)	1 (5.9%)	17 (100%)
Hépatite B maternelle ancienne/guérie			
=>Vaccination	26 (60.5%)	17 (39.5%)	43 (100%)
=>Immunoglobulines	1 (2.3%)	42 (97.7%)	

Le taux de conformité de la prise en charge néonatale des nouveau-nés, de mère ayant une sérologie AgHBs positive, est de 94.1%, dans 16 cas sur 17. La prise en charge n'est pas optimale à 100%.

Concernant les patientes atteintes d'hépatite B guérie, donc ayant un AgHBs négatif, aucune recommandation n'impose la sérovaccination du nouveau né à la naissance. Mais dans les pratiques, celle ci est réalisée le plus souvent, en prévention du risque de contamination du nouveau né par une personne de l'entourage familial infectée par le VHB.

Dans cette catégorie de patientes (43 cas) ayant une hépatite B guérie/ancienne, avec un AgHBs négatif, on retrouve un taux de vaccination néonatale de 60,5% (26 cas), et un taux d'immunothérapie à 2.3%. L'injection d'immunoglobulines n'est pas obligatoire dans les cas où l'AgHBs est négatif. Donc ce faible taux ne constitue pas en soi une erreur.

L'allaitement maternel représente 56% du mode de nutrition de ces nouveau-nés à la maternité.

Nombre d'enfants, nés de mère présentant une hépatite B évolutive, ayant eu une consultation à un an de vie pour bilan de contrôle positif

Dans les différentes recommandations et surtout dans le protocole du RPAI, en accord avec le réseau Prométhée, concernant l'Hépatite B et la grossesse ; il est recommandé pour les enfants nés de mère ayant une sérologie AgHBs positive, de faire pratiquer à un an de vie un bilan comportant la recherche de l'AgHBs ainsi que les anticorps anti HBs. Si ce bilan revenait positif, une consultation au CHU serait nécessaire, avec un pédiatre ou hépatologue.

Dans notre étude, 18 cas maternels d'hépatite B évolutive ont été recensés. Il y avait alors 17 enfants nés vivants de mère présentant cette pathologie. Un nouveau-né, né au terme de 21 SA et 4 jours est décédé à la naissance.

Après recherche dans le DMIN ,pour ces 17 enfants, on retrouve que la sérovaccination hépatite B à la naissance et dans la petite enfance a permis la protection immunitaire vis à vis du VHB. Aucun enfant n'a eu de consultation à un an de vie pour bilan sérologique perturbé.

Tableau IV. Suivi postnatal des nouveau-nés de mère présentant hépatite B évolutive

	Oui	Non
Nouveau-nés protégés par vaccination	17 (100%)	1 (décédé à 21 SA+4j)
Consultation à un an de vie	0	17 (100%)

b) Contrôle de qualité avec les données des CS8 des enfants nés et domiciliés en Isère, en 2010

Sur les certificats de santé du huitième jour, les indicateurs concernant la sérovaccination hépatite B sont présents sous la forme : Vaccination Oui/ Non, et la prise en charge néonatale en cas de sérologie maternelle AgHBs positive : Immunoglobulines Oui/Non.

Pour comparer les données de notre étude et celles des CS8 de l'Isère des enfants nés en 2010 au CHU de Grenoble, nous nous sommes intéressés aux patientes atteintes d'Hépatite B évolutive, ainsi qu'à leurs enfants.

Dans notre étude, après vérification dans le DMO, les 18 patientes ayant un AgHBs positif, étaient toutes domiciliées dans l'Isère.

Concernant les patientes atteintes d'hépatite B guérie/ancienne, 42 patientes sur 43 étaient domiciliées dans l'Isère et seulement une hors département. Alors parmi les 42 enfants vivants concernés, 26 ont bénéficié de la vaccination soit 62%, et un a bénéficié en plus des immunoglobulines, ce qui représente 2.3%.

Il existe une différence entre le nombre de vaccinations hépatite B recueillies grâce au DMO, et celui recueilli grâce aux CS8 des enfants. De même pour le nombre d'immunoglobulines.

On peut donc voir que les CS8 ne sont pas tous correctement remplis, avec un taux de remplissage variable selon les données. Le taux de remplissage des CS8 sur la variable Vaccination et Ig pour l'ensemble de la population (hépatite B guérie et évolutive) est de 64,7 %.

Tableau V. Comparaison des données sur la sérovaccination néonatale des enfants, nés de mère Hépatite B évolutive (AgHBs +)

Population des patientes domiciliées en Isère (n=60)	DMO	CS8	Taux de remplissage des CS8/DMO
Hépatite B évolutive (n=18)			
Vaccination Hep B faite	17	29	100%
Immunoglobulines	16	10	62,5%
Vaccination+Ig	16	10	62,5%
Sur l'ensemble de la population (Hep B guérie et évolutive) n=60			
Vaccination Hep B faite	43	36	83,7%
Vaccination + Ig	17	11	64,7%

Rappel : Un nouveau né, de mère ayant une hépatite B évolutive, est décédé au terme de 21SA et 4j.

Par contre , on peut voir que sur les CS8 le nombre de vaccination VHB faite par rapport au taux présent dans le DMO pour les patientes hépatite B évolutive est plus important (29/17).On peut penser qu'une partie des vaccinations ne concerne pas les enfants des patientes ayant un AgHBs positif, mais aussi les enfants des patientes AgHBs négatif avec une hépatite B guérie, ancienne ou de statut sérologique inconnu avec des facteurs de risque de contamination par le VHB.Ces enfants ont pu être vaccinés en prévention d'un risque de contamination. Sinon cette différence peut être due à des erreurs de remplissage.

Parmi les enfants de mère présentant une hépatite B guérie, un seul a reçu une injection d'immunoglobulines lors de son séjour à la maternité. Cette information apparait donc bien dans le tableau V.

Cependant, sur l'ensemble de la population des femmes présentant une hépatite B guérie ou évolutive et domiciliées en Isère, soit 60 cas, seulement 43 enfants ont été vaccinés d'après les données du DMO, et de plus l'étude des CS8 montre que seulement 36 ont été recensés comme étant vaccinés durant leur séjour à la maternité.

DISCUSSION

I. Limites de l'étude

Notre étude a été réalisée au sein de l'Hôpital Couple Enfant, maternité de niveau III, à Grenoble. Notre population n'est probablement pas représentative de la population des femmes enceintes en Isère, et notre étude présente probablement un biais de sélection.

En effet, le CHU réunit des populations d'origines très variées, ainsi que de nombreuses pathologies, non prises en charges dans des structures de niveau I ou II. Il est donc plus probable de retrouver une prévalence de l'AgHBs plus élevée que dans d'autres maternités grenobloises.

Toutefois nous retrouvons une prévalence de l'AgHBs de 0.65%, identique à celle de l'article publié en 2006 par l'Institut National de Veille Sanitaire. Dans cet article nommé « Prévalence des hépatites B et C en France en 2004 », la prévalence de la séropositivité de l'AgHBs était de 0,65%, en France, pays de faible endémie. Enfin d'après la circulaire de 2004 concernant le dépistage obligatoire de l'AgHBs durant la grossesse et la sérovaccination néonatale, la séroprévalence de l'AgHBs était variable entre 0,15% et 2,6% selon l'origine des femmes enceintes.

De plus cette étude étant monocentrique, il aurait été intéressant de réaliser une étude régionale multicentrique dans le but d'évaluer la prévalence de l'AgHBs au niveau régional.

La population étudiée comporte 2769 patientes mais seulement 227 patientes de statut sérologique AgHBs guéri, évolutive, et inconnue, sur une durée d'étude de un an, soit un effectif limité, si on la compare à celles des séries françaises publiées. [1,11]

Concernant la méthode utilisée pour notre étude, qui s'est limitée à l'étude des dossiers informatisés (DMO et DMIN), il aurait été intéressant de vérifier dans les dossiers papiers des patientes ayant un statut sérologique AgHBs inconnu si un résultat de sérologie AgHBs était présent. Il est possible que le résultat soit noté, sans pour autant être retranscrit dans le DMO. Ceci est un des biais de cette étude.

Parmi les axes d'améliorations du DMO, on peut noter qu'il serait judicieux de préciser le terme de prescription de la sérologie AgHBs durant la grossesse. Les recommandations

nationales préconisent un dépistage sérologique obligatoire au 6^{ème} mois de grossesse, avec recherche de l'AgHBs, pour toutes les femmes, quels que soient leurs antécédents.

II. Résultats

a) Objectif principal

L'objectif principal de cette étude était de déterminer le taux de dépistage de l'AgHBs, durant la grossesse, dans la population des patientes ayant accouché en 2010, à l'Hôpital Couple Enfant de Grenoble.

Il a été considéré comme dépistage avéré dès lors que la prescription de la sérologie AgHBs avait été réalisée durant la grossesse, et en association avec un résultat notifié dans l'entête de surveillance de grossesse, dans le DMO des patientes.

Nous avons constaté que le dépistage de l'AgHBs durant la grossesse n'était pas réalisé à 100% et que encore 6% des patientes échappaient à ce dépistage obligatoire, mis en place en 1992, avec le décret n°92-143 du 14 février 1992 relatif aux examens obligatoires prénuptial, pré et postnatal.

En comparaison avec l'étude de Denis F. réalisée en Haute-Vienne, en 1999, parue dans le BEH n°33/2003 de l'INVS, le dépistage prénatal de l'AgHBs chez les femmes enceintes n'était effectué que dans 74% des cas. Dans notre étude, le taux de dépistage est très supérieur, proche de 94%. Toutefois pour les patientes ayant un statut sérologique négatif ou protégée noté dans l'entête de surveillance de grossesse, nous n'avons pas vérifié dans le serveur des résultats sur Cristalnet® ni dans le DMO, la présence de la prescription de la sérologie AgHBs durant la grossesse ni le résultat. Donc le taux de dépistage de notre étude peut être revu à la baisse si parmi les sérologies négatives ou protégés, le dépistage a été réalisé en postnatal ou même avant la grossesse.

Cependant, on peut affirmer que les recommandations concernant le dépistage de l'AgHBs sont relativement bien suivies à l'HCE par comparaison avec cette enquête régionale.

Ce résultat ne prend en compte que les dépistages notés dans le DMO, et les sérologies AgHBs retrouvées dans le serveur des résultats, avec un dépistage réalisé en anténatal et non à postériori.

Sur les 166 patientes ayant accouché en 2010 à l'HCE, dont la sérologie AgHBs était inconnue pendant la grossesse, 16 patientes se sont vues prescrire et prélever la sérologie AgHBs en postnatal, soit 9,6% .Mais lors de l'accouchement et dans notre étude, ces patientes, même dépistées en postnatal sont restées dans le groupe des patientes ayant un statut sérologique inconnu.

Il existe donc un rattrapage à l'accouchement des femmes non dépistées pendant la grossesse. Ces résultats sont censés être vérifiés avant la sortie du couple mère-enfant pour pouvoir effectuer si besoin une sérovaccination néonatale et un diagnostic et une annonce à la patiente. Cependant, les informations vérifiées sont très peu présentes dans le dossier. Toutefois, elles peuvent se trouver dans les fiches du dossier Cristalnet® réservées aux pédiatres et internes. Mais concernant les CS8, ils ne sont que très peu remplis quand il s'agit de dépistage postnatal.

b) Objectifs secondaires

Durant le recueil de données, nous avons pu constater que dans l'entête de surveillance de grossesse, il y avait six dénominations possibles pour le statut sérologique AgHBs. Après avis des spécialistes du réseau Prométhée, nous avons décidé de regrouper en une seule catégorie les patientes étiquetées Hépatite B guérie et ancienne. Dans les deux cas, l'AgHBs est négatif.

Toutefois, concernant la catégorie « Protégée », il est impossible de savoir si les patientes sont protégées des suites d'une vaccination, ou après avoir contracté le virus, elles possèdent alors les anticorps antiHBs. C'est pourquoi il serait important de pouvoir noter sur le dossier la date de prescription et de résultat de la sérologie ainsi que le résultat avec l'AgHBs négatif ou positif et plus ou moins les anticorps anti HBs , ou HBc.

- **Prise en charge maternelle et fœtale en cas d'hépatite B évolutive**

En cas d'hépatite B évolutive, la prise en charge maternelle n'est pas conforme à 100% mais dans près de 84 % le bilan hépatique et la consultation avec un spécialiste sont effectués.

L'ADN viral quant à lui est réalisé dans près de 89% des cas. C'est donc la recherche d'ADN viral qui est la plus souvent prescrite par les professionnels qui suivent la grossesse.

D'après les recommandations professionnelles de l'HAS sur le type de suivi des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées, les patientes ayant une hépatite B évolutive doivent être suivies tous les mois par un gynécologue obstétricien. Il s'agit d'un suivi de type B.

Pour la prise en charge néonatale, on remarque que malgré des recommandations récentes sur la prise en charge néonatale en cas d'hépatite B évolutive maternelle, la sérovaccination n'est pas complète à 100%. Un enfant aurait échappé à l'injection d'immunoglobulines dans les 12 heures après la naissance. Ceci est aussi à relativiser du fait que nous ne possédons que les dossiers informatisés de ces couples mère-enfant. Il est possible que cette donnée soit notifiée dans le carnet de santé, ou autre.

D'autre part, parmi les axes d'amélioration de cette étude, nous avons pu constater que les recommandations sur la sérovaccination néonatale précisent bien le délai maximal entre la naissance et l'injection d'immunoglobulines, entre la naissance et la vaccination contre le VHB. [13] Dans notre étude, nous n'avons pas pu recueillir la durée de ce délai car l'heure de délivrance du vaccin ou même des Ig ne sont souvent pas notifiées dans le dossier. Hors il aurait été intéressant de vérifier si les recommandations sont respectées. C'est pourquoi il serait utile de rajouter cet item dans le DMO, pour par la suite pouvoir estimer la conformité de la prise en charge néonatale en cas d'hépatite B évolutive par rapport aux recommandations de l'OMS.

- **Contrôle de qualité des données**

Pour pouvoir effectuer une meilleure comparaison entre les données du DMO et celles des CS8 des enfants nés en 2010, à l'HCE et domiciliés dans l'Isère, il aurait été intéressant de recueillir le lieu de domiciliation de toutes les patientes ayant accouché en 2010, à l'HCE. Tout ceci dans le but d'effectuer un contrôle de qualité des données beaucoup plus large et complet. Dans notre étude, nous n'avons pas les codes postaux de la plupart des patientes ayant un statut sérologique pour l'AgHBs négatif, et protégée, soit 2243 patientes. Seulement 526 codes postaux ont été recueillis.

De même pour les CS8 des patientes ayant un statut négatif, protégée et inconnu. En effet les données concernant les CS8 de ces patientes n'ont pas été colligées. Cependant, sur les patientes ayant un statut sérologique positif et guéri, soit 60 cas, seulement 38 CS8 étaient entièrement remplis.

On a pu remarquer que le CS8 sur le DMO n'est jamais rempli dès lors que les nouveau-nés sont transférés en service de néonatalogie mais il est rempli manuellement à partir du certificat présent dans le carnet de santé. C'est pourquoi pour accéder à ces données nous avons du utiliser le DMIN, et « Fiches patient » des enfants transférés.

D'autre part, nous avons vu que le nombre de vaccinations néonatales, pour les enfants nés de mère hépatite B évolutive, recensés dans l'étude des CS8 est bien supérieur au nombre de vaccinations notifiées dans le DMO. Plusieurs hypothèses ont été évoquées : erreur de remplissage des variables, vaccination d'enfants dit à risque de contamination mais nés de mère ayant un AgHBs négatif.

CONCLUSION

L'objectif principal de ce travail était de déterminer le taux de dépistage de l'AgHBs dans la population des patientes ayant accouché en 2010 à l'Hôpital Couple Enfant de Grenoble.

Nos résultats ont montré que la prévalence du dépistage prénatal à l'HCE était de 94% en 2010, mais que la prévalence de la prescription de la sérologie AgHBs, que celle-ci ait été réalisée ou non, était de 96%.

Notre étude a aussi permis d'estimer la prévalence de la séropositivité de l'AgHBs dans la population grenobloise, ayant accouché au CHU de Grenoble. Nous avons pu constater que la prévalence est comparable aux données nationales, avec un résultat de 0.65%. Parmi les axes d'améliorations, nous proposons de réaliser une étude régionale, avec plusieurs maternités incluses pour par la suite avoir une estimation de la prévalence de l'AgHBs plus juste, et plus représentative de la population présente en Rhône-Alpes.

Quant à la prise en charge materno-fœtale, en cas d'hépatite B évolutive, on a pu constater qu'elle n'était pas optimale concernant le suivi maternel mais du point de vue des nouveau-nés la prise en charge conforme est proche de 100% avec comme élément rassurant le fait qu'aucun nouveau-né de mère présentant une hépatite B évolutive n'est contracté ce virus dans la première année de vie.

Après une comparaison des données du DMO et celles des certificats de santé du huitième jour, il apparaît que le taux de remplissage de ces formulaires est insuffisant. Des efforts doivent être portés sur le remplissage de ces certificats, lors du séjour à la maternité.

Enfin, il serait intéressant de revoir les variables possibles pour le statut sérologique AgHBs dans l'entête de surveillance de grossesse du dossier médical obstétrical dans Cristalnet®, en inscrivant la date et le résultat du dépistage de l'AgHBs. Ceci pourrait permettre une amélioration du taux de dépistage et surtout une meilleure prise en charge materno-fœtale.

BIBLIOGRAPHIE

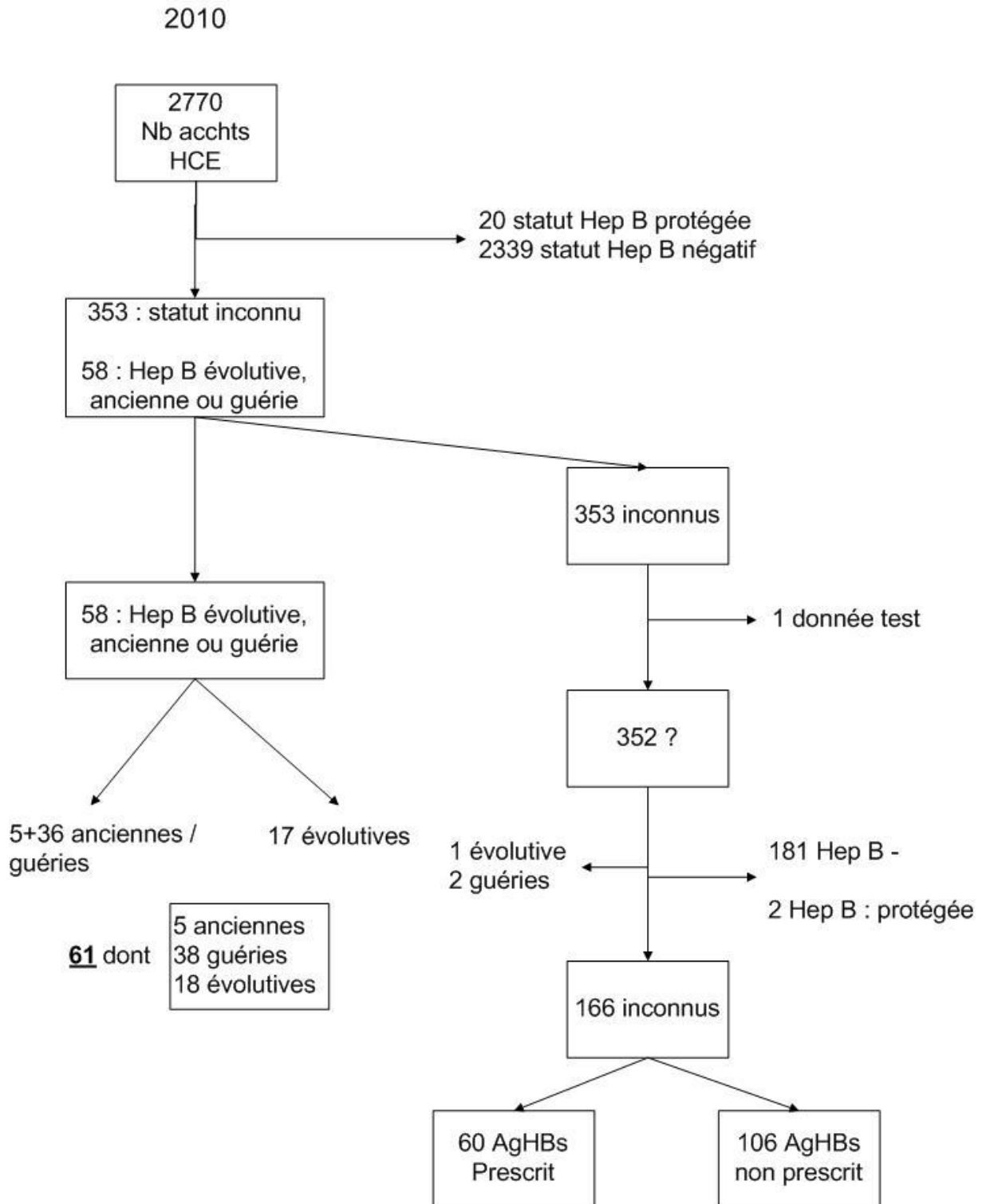
Dans l'ordre apparition:

- [1] D. Antona, M.-J. Letort et D. Larsen Lévy-Bruhl, «L'infection par le virus de l'hépatite B : une maladie sexuellement transmissible,» *BEH*, n° 26-27-28, 5 Juillet 2011.
- [2] F. Denis and V. Abibtol, Evolution des stratégies vaccinales et couverture vaccinale contre l'hépatite B en France, pays de faible endémie, 2004.
- [3] M. Catrice, "Prévention de l'hépatite B dans les populations migrantes originaires de zones de forte endémie : Afrique subsaharienne et Asie," 2009.
- [4] S. Bhattacharya and et al., "Antenatal screening and post natal follow-up of hepatitis B in the West Midlands of England," *QJ Med*, no. 101 307-312, 2008.
- [5] "Rapport d'activité du réseau Prométhée," 2011.
- [6] F. Denis, P. Berges, M. Chastagner and C. Delpyroux, "Dépistage de l'AgHBs chez les femmes enceintes: quel taux de couverture? Enquête en Haute-Vienne, 1999," *BEH*, no. 33, 2003.
- [7] *Décret n°92-143 relatif aux examens obligatoires prénuptial, pré- et postnatal*, 1992.
- [8] M. Jonas, "Hepatitis B and pregnancy: an underestimated issue," *Liver International*, 2009.
- [9] RPC, "Grossesses à risques: orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement," *HAS*, 2009.
- [10] A. Braillon and et al., "Grossesse et hépatite B en Picardie: traçabilité du dépistage et prévalence," *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*, pp. 13-17, 2010.
- [11] Réseau Prométhée, "Protocole hépatite B et grossesse," 2010. [Online]. Available: [http://www.hepatites-promethee.org/doc/File/CAT%20VHB-grossesse2010\(2\).pdf](http://www.hepatites-promethee.org/doc/File/CAT%20VHB-grossesse2010(2).pdf).
- [12] Ministère du travail de l'emploi et de la santé, "Les certificats de santé aux 8e jour, 9e mois et 24e mois," 2010. [Online]. Available: <http://www.sante.gouv.fr/les-certificats-de-sante-aux-8e-jour-9e-mois-et-24e-mois.html>.
- [13] "Circulaire DGS/SD5C/DHOS n°2004-532 relative au dépistage obligatoire au cours de la grossesse de l'antigène HBs du virus de l'hépatite B(VHB) et à la vaccination des nouveaux nés de femmes porteuses de l'antigène du virus de l'hépatite B," *Bulletin Officiel*, no. n°2004-48, 10 11 2004.

- [14] *Loi n°91-73 modifiée et codifiée à l'article L.3111-4 du CSP*, 1991.
- [15] E. Spada, M. Tosti, O. Zuccaro, T. Stroffolini, A. Mele and C. S. Group, "Evaluation of the compliance with the protocol for preventing perinatal hepatitis B infection in Italy," *Journal of infection*, no. 62, pp. 165-171, 2011.
- [16] Y. Uyar, C. Cabar and A. Balci, "Seroprevalence of hepatitis B virus among Pregnant Women in Northern Turkey," *Hepatitis Monthly*, vol. 2, no. 9, pp. 146-149, 2009.
- [17] V. Papaevangelou, C. Hadjichristodoulou, D. Cassimos and M. Theodoridou, "Adherence to the screening program for HBV infection in pregnant women delivering in Greece," *BMC Infectious Diseases*, no. 6, p. 84, 2006.
- [18] J. Rhiner, R. Pfister, Y. Tschopp and H. Bucher, "Selective immunisation strategy to protect newborns at risk for transmission of hepatitis B: retrospective audit of vaccine uptake," *Swiss Med WKLY*, no. 137, pp. 531-535, 2007.
- [19] "Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012," Direction générale de la santé française, 2009.
- [20] *Viral hepatitis*, vol. 15, Viral Hepatitis Prevention Board, 2006.
- [21] CNGOF, "Extrait des mises à jour en Gynécologie et Obstétrique," 1995. [Online]. Available: http://www.cngof.asso.fr/d_livres/1995_GO_067_bongain.pdf.
- [22] I. Grigoriu, "Evaluation au sein d'une consultation d'hépatologie de la sérovaccination chez les enfants de mère antigène HBs+," *Gastroentérologie Clinique Biologique*, vol. 33, p. 356, 2009.
- [23] INVS, "Prévalence de l'hépatite B et C en France en 2004," 2004. [Online]. Available: http://www.invs.sante.fr/publications/2006/prevalence_b_c/vhb_france_2004.pdf.

ANNEXES

Annexe 1. Flow chart



RESUME

Objectifs:

L'objectif principal de cette étude était de déterminer le taux de dépistage de l'AgHBs ainsi que la prévalence de la séropositivité pour l'AgHBs dans la population des patientes ayant accouché en 2010 à l'Hôpital Couple Enfant de Grenoble.

Les objectifs secondaires sont l'évaluation de la conformité de la prise en charge materno-fœtale en cas d'hépatite B évolutive, et de comparer ces résultats avec les données des CS8 des enfants nés en 2010 et domiciliés en Isère.

Matériel et Méthodes:

Nous avons effectué une étude descriptive, rétrospective à partir des patientes ayant accouché entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2010 inclus, à l'HCE. Les patientes ont ensuite été réparties selon leur statut sérologique pour l'AgHBs.

Résultats:

La prévalence du dépistage noté dans le DMO des patientes est de 94 % à l' HCE en 2010. Notre étude a montré une prévalence de l'AgHBs positif à 0.65%, comparable aux données nationales. Le taux de conformité du suivi prénatal des mères présentant une Hépatite B évolutive est de 72.22%. Pour la prise en charge néonatale, le taux de conformité est de 94.1%. Enfin, le taux de remplissage des CS8 par rapport aux données du DMO pour les patientes hépatite B évolutive ou guérie est variable selon les données mais il n'est pas optimal à 100%.

Conclusion:

Les recommandations concernant le dépistage de l'AgHBs et la prise en charge materno-fœtale sont relativement bien suivies à l'HCE. Des efforts sont à concentrer sur le remplissage des certificats de santé du huitième jour.

Mots clés:

AgHBs, virus de l'Hépatite B, grossesse, prévalence, dépistage, sérovaccination