



Dépistage de l'Ag HBs chez les femmes enceintes : quel taux de couverture ? Enquête en Haute-Vienne, 1999

François Denis¹, Pascal Berges², Martine Chastagner², Christian Delpeyroux¹

¹Service de bactériologie-virologie-hygiène, CHU Dupuytren, Limoges

²Service médical de l'Assurance maladie de la Haute-Vienne, Limoges

INTRODUCTION

Par manque de données chiffrées nationales, on a longtemps considéré que la transmission verticale du virus de l'hépatite B était surtout préoccupante pour les pays de forte endémie. Or, au début de la décennie 1990, les données épidémiologiques disponibles pour la France ont montré que la mise en place de mesures spécifiques (sérovaccination des nouveau-nés de mères Ag HBs positives) permet la prévention de cette transmission mère-enfant périnatale (sérovaccination efficace à plus de 98 %), prévention qui par ailleurs, a un bon rapport coût/efficacité. La séroprévalence de l'Ag HBs varie en France de 0,15 % à 2,6 % selon que les femmes enceintes sont d'origine française ou étrangère ; dans certains départements, la séroprévalence est particulièrement élevée comme en Martinique (2,83 %). Compte tenu de ces éléments, le dépistage de l'Ag HBs a été rendu obligatoire en France chez les femmes enceintes au début de 1992 (décret n° 92-143 du 14 février 1992).

La mise en place de ce dépistage avait pour but d'instaurer chez les nouveau-nés de mères trouvées Ag HBs positives donc porteuses du virus de l'hépatite B (VHB) une sérovaccination du nouveau-né et de prévenir ainsi, chaque année, la contamination par transmission materno-fœtale et l'évolution vers la chronicité d'un nombre d'enfants estimé entre 725 et 1 500 [1, 2]. Ce chiffre tient compte de la proportion en France des mères répliquant plus ou moins le virus, car on sait qu'elles transmettent le virus à leur enfant dans près de 90 % des cas si elles sont Ag HBe+ et dans 10 % des cas si elles sont Ag HBe-.

Rappelons que le dépistage de l'Ag HBs en cours de grossesse est prévu au cours du quatrième examen prénatal (sixième mois de grossesse). Ce dépistage en cours de grossesse est indispensable car seule la connaissance préalable du statut de mères Ag HBs+ permet de prendre, en urgence dans les heures qui suivent la naissance (12 à 24 heures), des mesures préventives spécifiques avec injection d'immunoglobulines anti-HBs (HB Ig à 100 UI) et administration de la première dose de vaccin contre l'hépatite B suivie des autres injections à 1 mois, 2 mois et 24 mois ou à 1 mois et 6 mois.

Cette prévention est d'autant plus précieuse que ces portages chroniques du virus de l'hépatite B prévenus chez le nourrisson par sérovaccination évitent également les conséquences que sont l'hépatite chronique, la cirrhose et le cancer primitif du foie qui risquent de se développer d'autant plus que l'infection s'est produite en début de vie.

Mais toute mesure prise doit être évaluée, aussi il nous est apparu intéressant de rechercher au niveau d'un département, l'application du texte de février 1992 et de vérifier, d'une part, que toutes les femmes enceintes ont bien été soumises au dépistage et, d'autre part, que tous les nouveau-nés de mères Ag HBs positives ont bien bénéficié d'une sérovaccination.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Cette étude, constituant un suivi d'une cohorte de femmes enceintes en Haute-Vienne, a été réalisée sous l'égide de l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (Urcam) du Limousin.

La population cible étudiée était celle des femmes enceintes relevant du Régime général des travailleurs salariés géré par le Système informatique de l'assurance maladie (Siam). La population source était définie comme la totalité des bénéficiaires affiliés à ce régime durant la période d'inclusion (date présumée de début de grossesse comprise entre le 1^{er} janvier 1998 et le 28 février 1999).

Dans ce travail, les doublons ont été éliminés et de très nombreuses validations de données ont été effectuées pour s'assurer de l'exhaustivité des informations.

La nature des informations était complexe. Il fallait en effet disposer de l'identification du bénéficiaire, de la date présumée de grossesse, rechercher les prescripteurs, les laboratoires, la date d'exécution de l'acte, la nature et le résultat des examens biologiques : Ag HBs, anticorps HBs, anticorps HBc totaux et IgM, Ag HBe, anticorps HBe, ADN du VHB...

Les prescriptions ont été examinées selon trois critères de jugement :

- prescription précise : formulation contenant expressément le paramètre Ag HBs ;
- prescription imprécise : formulation ne contenant pas d'élément précis quant à la nature du paramètre à rechercher (hépatite B, sérologie des hépatites...) ;
- prescription « erronée » lorsque la prescription contenait expressément des marqueurs autres que l'Ag HBs.

Cette étude portant sur le dépistage de l'Ag HBs chez les femmes enceintes s'intègre dans l'un des thèmes déclarés auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés par la Caisse primaire d'assurance maladie de la Haute-Vienne. Les données concernant les bénéficiaires et les praticiens ont été anonymisées au moment de l'agrégation des résultats.

Dans ce travail, on s'est tout particulièrement attaché à effectuer un état des lieux sous trois aspects :

- la description de la population source et de la population de référence (âge, origine géographique) ;
 - l'analyse qualitative des modalités de dépistage de l'Ag HBs en secteur ambulatoire et en secteur relevant du budget global ;
 - l'analyse descriptive des résultats des sérologies effectuées et le suivi ultérieur du nouveau-né chez les femmes séropositives.
- Durant la période de l'enquête, la proportion de codage de la biologie facturé dans le domaine ambulatoire (examens prescrits par un médecin libéral ou un praticien hospitalier) était de 100 % ; de ce fait, les données brutes n'ont pas eu à subir de redressement.

En revanche, ne figurent pas dans le Siam les examens pratiqués au cours des hospitalisations dans les établissements soumis au budget global ou au cours des consultations externes dans ces mêmes établissements. Afin de prendre en compte les femmes enceintes explorées dans ce cadre, les bases de données issues des services hospitaliers de biologie médicale concernés ont été exploitées.

RÉSULTATS

Le nombre de femmes enceintes protégées par le Régime général de la Haute-Vienne et dont la date présumée de début de grossesse se situait entre le 1^{er} septembre 1998 et le 28 février 1999 s'élevait à 1 356.

Compte tenu du fait qu'il y a eu 23 perdues de vue et 98 dossiers non exploitables, la population étudiée était de 1 235 femmes (âges extrêmes : 16-45 ans ; âge moyen ambulatoire : 29,4 ; secteur public : 29,6).

L'origine géographique a été déterminée à partir du numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques et n'a pu être connue que pour 863 femmes (France : 805 soit 93,3 % ; Dom-Tom : 2 ; Afrique du Nord : 19 ; Afrique subsaharienne : 14 ; Asie : 7 ; autres : 13 ; inconnu : 3).

Sur une population étudiée de 1 235 femmes enceintes, le dépistage n'a été réalisé que sur 913 d'entre elles (74 %).

Concernant les modalités de dépistage, la prescription relevait essentiellement de gynécologues pour 81 % ou d'omnipraticiens 18,1 %, les autres demandes venant de chirurgiens, anesthésistes, pédiatres, sages-femmes.

La nature de la prescription est intéressante à analyser. Elle était précise (Ag HBs) dans 39,5 % des cas, imprécise dans 52,3 % des cas, « erronée » dans 7,7 % des cas, illisible dans 0,5 % des cas. Cette prescription était plus souvent précise chez les spécialistes (220/545, 40,4 %) que chez les omnipraticiens (37/112, 33,0 %). Les prescriptions imprécises ont été corrigées par les laboratoires dans 85 % des cas, celles qui étaient erronées seulement dans 15 % des cas. Les laboratoires ont effectué la recherche de l'Ag HBs seul dans 75,9 % des cas, pour 9,1 % des échantillons ont été réalisés la recherche de l'Ag HBs et d'autres paramètres et pour les 15 % restantes, les sérologies pratiquées ne comporteraient pas l'Ag HBs. Parmi les 913 femmes dépistées, on a retrouvé 5 femmes porteuses de l'Ag HBs (0,54 %) qui étaient en majorité d'origine étrangère (4/5). Après examen des dossiers de ces 5 femmes, il est apparu que seulement 3 nouveau-nés avaient bénéficié d'une sérovaccination. Les mères des 2 nouveau-nés non protégés étaient originaires de France (primipare) et du Laos (parité 3), elles étaient toutes deux Ag HBe négatives et anti HBe positives. Il n'a pas été possible de retrouver les enfants à distance afin de déterminer leur situation vis-à-vis du virus de l'hépatite B.

DISCUSSION

Le taux de positivité de l'Ag HBs retrouvé dans notre étude chez les femmes enceintes est de 0,54 % ; ce chiffre est identique à celui publié pour le Limousin en 1990 (0,54 %). Il est très proche de ceux trouvés pour la région lors de l'enquête multicentrique de 1992 (0,72 %) [2] et de l'enquête en continu portant sur 22 859 femmes enceintes suivies au CHU de Limoges sur la période 1984-1999, (0,65 %, données non publiées).

Le taux trouvé dans la présente étude est donc cohérent avec les autres sources régionales.

Les résultats de cette enquête sont intéressants car ils renseignent, certes, sur l'application des textes édictés par la législation, mais aussi sur la rédaction et la réalisation des prescriptions médicales. On constate qu'il y a lieu d'informer régulièrement les prescripteurs et les biologistes afin d'améliorer la qualité de la prescription, de la réalisation et de la cotation des tests. Il existe une certaine confusion dans la cotation selon les situations : le code utilisé devrait être le 4715 = surveillance de grossesse (Ag HBs) utilisé pour 35 % des prescriptions, or pour certaines femmes, le code utilisé est 4710 = infection récente (Ag HBs + anti HBe), ou 4711 = hépatite chronique (Ag HBs + Ag HBe + anti HBe) voire même 4712 = contrôle de guérison (Ag HBs + anti HBs). Dans 47 % des cas, le code utilisé était le 0322 (Ag HBs). Il apparaît donc que la prescription voire la cotation ne sont pas adaptées ni applicables à n'importe quel cas, le biologiste n'ayant pas la notion de grossesse...

Les éléments les plus inquiétants fournis par cette étude concernent le fait que :

- des traces du dépistage de l'Ag HBs n'ont été retrouvées que pour les trois quart des femmes (74 %). Qu'en est-il des 26 %

restantes ? Certaines ont affirmé avoir subi des tests antérieurement à leur grossesse mais ne sont jamais revenues avec leur résultat, d'autres n'ont pas fait la démarche de se faire prélever ;

- sur les 5 nouveau-nés de femmes dépistées Ag HBs positives, 2 nouveau-nés n'ont pas bénéficié d'une vaccination ou d'une sérovaccination. Ce fait est extrêmement inquiétant. Pour ces 2 enfants, les dossiers ont été consultés et des contacts ont été pris avec gynécologues et pédiatres, contacts qui ont permis de confirmer l'absence de sérovaccination de ceux-ci qui sont, depuis, perdus de vue...

Cette enquête fait craindre qu'en France, un certain nombre de nouveau-nés de mères Ag HBs positives échappent à la sérovaccination.

Ce travail est sûrement critiquable sur le plan méthodologique. D'une part, l'étude n'a pas porté sur l'ensemble de la population de la Haute-Vienne, étant limitée aux seuls bénéficiaires du régime général stricto sensu (ces bénéficiaires représentent toutefois un pourcentage important de cette population (65 %)). D'autre part, l'Assurance maladie dispose uniquement de renseignements sur les examens dont les assurés sociaux ont demandé le remboursement. Certaines prescriptions médicales peuvent, par négligence, n'avoir jamais été présentées au remboursement par les assurés. Toutefois, ces biais sont mineurs et ce travail doit attirer l'attention sur de possibles lacunes dans la détection et la prise en charge des mères Ag HBs positives et de leurs enfants.

Ce travail conduit donc à deux principaux constats :

- les textes législatifs bien que simples doivent être relayés initialement et rappelés régulièrement au fil des années non seulement par le BEH (Bulletin épidémiologique hebdomadaire), mais aussi dans les journaux spécialisés (Gynécologie-Obstétrique, Pédiatrie et biologie) ;

- les gains attendus de mesures législatives logiques et cohérentes ne doivent pas être considérés comme acquis. Ils doivent être vérifiés, d'autant plus que les stratégies vaccinales nationales contre l'hépatite B ont intégré et considéré comme acquise la sérovaccination systématique de tous les nouveau-nés de mères Ag HBs positives en France. Or cette pratique n'apparaît pas aussi systématique qu'on pouvait l'espérer.

Ce travail permet également de suggérer quelques recommandations :

- les gynécologues doivent vérifier sur document la réalité de la prescription d'Ag HBs et du résultat pour la grossesse en cours ;

- l'application des textes doit être vérifiée en utilisant les outils permettant ce contrôle, une meilleure communication entre les prescripteurs et les biologistes ne réduirait plus les laboratoires à effectuer des examens déconnectés du contexte clinique et permettrait de limiter les prescriptions trop floues ;

- la connaissance par les biologistes de l'état de grossesse et l'utilisation systématique des codes spécifiques aux femmes enceintes figurant à la Nomenclature des actes de biologie médicale (NABM) permettrait, en ambulatoire, un tri simple à partir des données informatiques de l'Assurance maladie. L'extension du même codage au milieu hospitalier permettrait l'exploitation de données plus globales public-privé.

Cette étude portant sur un paramètre ayant pour but la prévention de la transmission mère-enfant du virus de l'hépatite B permet donc de suggérer l'utilisation d'un outil (codes spécifiques aux femmes enceintes figurant à la NABM) qui faciliterait le contrôle des infections materno-fœtales et la surveillance épidémiologique de ces infections.

RÉFÉRENCES

- [1] Begue P, Roure C. Vaccination contre l'hépatite B des enfants nés de mères Ag HBs positives. Recommandations du Comité technique des vaccinations. BEH, 1991 ; 49 : 213-4.
- [2] Denis F, Tabaste JL, Ranger-Rogez S. Prévalence de l'Ag HBS chez 21 476 femmes enceintes. Enquête de 12 CHU français. BEH, 1994 ; 12 : 53-4.
- [3] Ranger S, Mounier M, Denis F, Alain J, Baudet JH, Tabaste JL, Delpeyroux C, Roussanne MC. Prévalence des marqueurs des virus de l'hépatite B et delta chez près de 10 000 femmes enceintes à Limoges (France). Path. Biol. 1990 ; 38 : 694-699.
- [4] Calendrier vaccinal 2003. Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France. BEH 2003, N°6 : 33-36.

REMERCIEMENTS

Nous remercions très vivement le Dr Daniel Levy-Bruhl du Département des maladies infectieuses, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, pour ses conseils.