Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de la santé et des solidarités

Direction générale de la santé
Sous-direction pathologies et santé

Direction de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins
Sous-direction de la qualité et du
fonctionnement des établissements de santé

Le Directeur général de la santé
Le Directeur de l'hospitalisation et de
l'organisation des soins

à

Mesdames et messieurs les préfets de région
Directions régionales des affaires sanitaires et sociales
(pour attribution)
Mesdames et messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation
(pour attribution)
Mesdames et messieurs les préfets de département
Directions départementales des affaires sanitaires et sociales
(pour attribution)

NOTE D'INFORMATION N°DGS/SD5C/DHOS/E2/2006/138 du 23 mars 2006 diffusant un avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France – section maladies transmissibles- relatif à la vaccination des nouveau-nés de mère porteuse du virus de l'hépatite B.

Date d'application : immédiate
NOR : SANP0630142C (texte non paru au journal officiel)
Classement thématique : protection sanitaire

Résumé : tout nouveau-né de mère porteuse du virus de l'hépatite B doit recevoir une vaccination contre l'hépatite B et des immunoglobulines spécifiques anti-HBs le plus tôt possible après la naissance. Le vaccin HBVAXPRO® ne devrait plus être utilisé dans cette indication.

Mots-clés : virus de l'hépatite B - vaccination des nouveau-nés

Textes de référence : - articles R.2122-1 à R.2122-3 du code de la santé publique
- circulaire n°DGS/DHOS/SD5C/E2/2004/532 du 10 nove mbre 2004 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 nouveau-nés de femmes porteuses de l'antigène du virus de l'hépatite B

Textes abrogés ou modifiés : néant

Annexe : - avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France du 20 janvier 2006

Vous trouverez ci-joint en annexe l'avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France du 20 janvier 2006 relatif à la vaccination des nouveau-nés de mère porteuse du virus de l'hépatite B.

Cet avis précise une conduite à tenir pour la prévention de l'hépatite B chez les nouveau-nés de mère porteuse du virus de l'hépatite B, à savoir vaccination du nouveau-né contre l'hépatite B, et administration d'immunoglobulines spécifiques anti HBs le plus tôt possible après la naissance.

Cet avis vise à attirer l'attention des services pratiquant des accouchements et des pharmacies des établissements où sont situés ces services, sur l'incertitude des données d'immunogénicité concernant le vaccin HBVAXPRO®. Les experts du Comité technique des vaccinations et du Conseil supérieur d'hygiène publique de France recommandent, en l'attente d'une décision de l'agence européenne du médicament (EMEA) de ne plus l'utiliser pour assurer la vaccination de ces nouveau-nés. Ce problème n'existe pas pour les autres vaccins anti-hépatite B disponibles en France dans cette indication.

Vous voudrez bien diffuser cet avis à tous les directeurs des établissements de santé publics et privés de votre département, réalisant des accouchements, en leur demandant de le transmettre aux services de maternité et aux pharmacies de leurs établissements.

Le Directeur général de la santé

Pr Didier Houssin

Le Directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

Jean Castex

Médecin ou biologiste déclarant (tampon)	Si notification par un biologiste
Nom :	**Nom du clinicien :**
Hôpital/service	
Adresse	Hôpital/service
Téléphone	Adresse
Télécopie	Téléphone
Signature	Télécopie

cerfa

Hépatite aiguë A

Important : tout cas d'hépatite A **doit être signalé immédiatement par tout moyen approprié (téléphone, télécopie…)** au médecin inspecteur de la Ddass.

Initiale du nom : ☐ Prénom : ..... Sexe : ☐ M ☐ F Date de naissance *(jj/mm/aaaa)* : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Code d'anonymat : ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ **Date de la notification :** ☐☐☐☐☐☐☐☐

(À établir par la Ddass)

Code d'anonymat : ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ **Date de la notification :** ☐☐☐☐☐☐☐☐

(À établir par la Ddass)

Sexe : ☐ M ☐ F Date de naissance : ☐☐☐☐☐☐☐☐ Code postal du domicile du patient : ☐☐☐☐☐

Diagnostic biologique Réactif :.....

Date du prélèvement IgM VHA positif : ☐☐☐☐☐☐☐☐ Signal échantillon : ☐,☐☐☐ Seuil de positivité : ☐,☐☐☐

ALAT (SGPT) : ☐☐☐☐☐ Normale du laboratoire : ☐☐

Clinique

Présence de symptômes* : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

*(*asthénie, anorexie, fièvre, vomissements, douleurs abdominales, diarrhée)*

Ictère : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Si oui, date de début de l'ictère : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Hospitalisation : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Hépatite aiguë A

Critère de notification :

- *présence d'IgM anti-VHA dans le sérum.*

Dans les **2 à 6 semaines** avant la date de début des symptômes, de l'ictère ou du diagnostic biologique (**plusieurs réponses possibles**)

Autre(s) cas d'hépatite A dans l'entourage : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Si oui : ☐ famille ☐ collectivité d'enfants (crèche, garderie, école, établissement pour personnes handicapées)

☐ autre(s), préciser : .....

Présence d'un enfant de moins de 3 ans au domicile : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Le cas **travaille dans ou fréquente un(e)** : - crèche : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

- établissement pour personnes handicapées : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Séjour **hors France** métropolitaine : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Si oui, préciser le lieu ou le pays : .....

Consommation de fruits de mer en France métropolitaine : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Si oui : - huitres : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

- autre(s) fruits de mer, préciser : .....

Antécédents vaccinaux

Le cas est-il **vacciné** contre l'hépatite A ? ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Si oui, nombre de doses : ☐ Date de la dernière dose *(jj/mm/aaaa)* : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Profession du cas : .....

Médecin ou biologiste déclarant (tampon)	Si notification par un biologiste	Ddass (signature et tampon)
Nom :	**Nom du clinicien :**	
Hôpital/service		
Adresse	Hôpital/service	
Téléphone	Adresse	
Signature	Téléphone	

Annexe 2 : données recueillies sur la fiche et leurs justifications pour atteindre les objectifs départementaux (Ddass) et nationaux (InVS).

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

*si domicile hors France métropolitaine, précisez le lieu du séjour en dehors du lieu de domicile