



Mémoire de Maîtrise en médecine No 785

Hépatite B et migrants : Doit-on mieux faire ?

Etudiant

Manon Jaboyedoff

Tuteur

Prof. Blaise Genton

Centre de vaccination et médecine des voyages, PMU
Service de Maladies Infectieuses, CHUV

Co-tuteur

Dr Serge de Vallière

Centre de vaccination et médecine des voyages, PMU

Expert

Dr Eric Masserey

Service de la santé publique, Canton de Vaud

Lausanne, décembre 2012

HÉPATITE B ET MIGRANTS : DOIT-ON MIEUX FAIRE ?

Manon Jaboyedoff¹, Blaise Genton^{2, 3}, Eric Masserey⁴, Patrick Bodenmann⁵, Roland Rimaz⁶,
Serge de Vallière²

¹ Faculté de Médecine, Université de Lausanne

² Centre de vaccination et médecine des voyages, PMU, Lausanne

³ Service de Maladies Infectieuses, CHUV, Lausanne

⁴ Service de la santé publique, Canton de Vaud

⁵ Unité des populations vulnérables, PMU, Lausanne

⁶ Centre de Santé Infirmier, PMU, Lausanne

CORRESPONDANCE :

Dr Serge de Vallière

Centre de vaccination et médecine des voyages PMU, 1011 Lausanne.

serge.de-valliere@hospvd.ch

NOMBRE DE CARACTÈRES :

13'595

RÉSUMÉ

L'hépatite B chronique touche plus de 5% de la population mondiale. Les migrants, et en particulier les requérants d'asile font partie d'une population à risque d'être infectée puisque la plupart viennent de pays à moyenne ou haute endémicité. Pourtant, en Suisse, aucun dépistage de cette infection chronique ne leur est proposé systématiquement. Dans une résolution émise en 2010, l'OMS appelle à promouvoir la vaccination, mais aussi le dépistage des individus à risque, ainsi que la prise en charge des individus infectés. Sur la base d'une enquête bidirectionnelle chez des requérants d'asile du canton de Vaud, le taux de positivité pour les Ac anti-HBc est estimé à 42% et celui des AgHBs à 8%. Les stratégies de dépistage et de prise en charge possibles sont discutées à la lumière de ces données. L'identification des migrants infectés permettrait leur prise en charge, diminuant les complications, ainsi que la transmission du virus entre migrants et à la population locale.

MOTS-CLES

Migrants, requérants d'asile, hépatite B, dépistage

HEPATITIS B AND MIGRANTS: SHOULD WE DO BETTER?

ABSTRACT

More than 5% of the world's population lives with chronic hepatitis B. Migrants, particularly asylum seekers, are mostly from middle and high endemic regions. In Switzerland, however, no systematic screening of chronic hepatitis B is proposed to them. In a resolution published in 2010 the WHO encourages vaccination, but also screening of people at risk, as well as care of infected individuals. On the basis of a study conducted in asylum seekers in the canton of Vaud, Ac anti-HBc is estimated at 42% and HBsAg at 8%. Possible screening strategies and care are discussed in the light of these data. Identifying infected migrants would give them access to medical care and therefore lower the rate of complications, as well as the transmission of the virus between migrants and to the local population.

KEY WORDS

Migrants, asylum seekers, hepatitis B, screening

Introduction

De nos jours, malgré l'existence d'un vaccin efficace, le virus de l'hépatite B infecte chroniquement environ 350 millions de personnes (plus de 5% de la population mondiale). Le risque de chronicisation d'une hépatite B varie selon l'âge d'acquisition de l'infection : il est de 5% à 10% à l'âge adulte, mais de 90% jusqu'à l'âge de un an. Or, dans les pays à moyennes et hautes endémicités, l'infection est fréquemment acquise durant la petite enfance.

Les conséquences d'une hépatite B chronique peuvent être la cirrhose et le carcinome hépatocellulaire. Près de 55% des cancers du foie dans le monde sont attribuables au virus de l'hépatite B et environ 25% des personnes infectées durant l'enfance décèderont de complications dues à l'infection.

Dans ce contexte, l'OMS a émis une résolution lors de sa 63^e assemblée en 2010 soulignant que les hépatites virales, parmi lesquelles l'hépatite B, sont considérées comme un problème de santé publique urgent et que les Etats membres sont appelés « à envisager d'utiliser chaque fois que cela s'impose, les moyens administratifs et juridiques voulus pour promouvoir l'accès à des technologies de prévention, de diagnostic et de traitement de l'hépatite virale ». ¹ La prise en charge recommandée d'un patient porteur d'une hépatite B chronique comprend ainsi plusieurs volets : information au patient pour éviter les substances hépatotoxiques (alcool, certains médicaments) ; vaccination du patient contre l'hépatite A si pas immun ; vaccination de l'entourage contre l'hépatite B ; utilisation de préservatifs lors de rapports sexuels occasionnels ; surveillance biannuelle du développement d'un carcinome hépatocellulaire par ultrason et dosage de l'alpha-fœtoprotéine lors d'activité inflammatoire, de charge virale élevée, de cirrhose ou d'anamnèse positive ; traitement des patients avec virémie élevée, perturbation des transaminases, fibrose ou atteinte inflammatoire à la biopsie hépatique.

Si la Suisse compte parmi les pays avec une faible prévalence d'hépatite B, 97% des requérants d'asile accueillis en Suisse chaque année proviennent de pays à moyenne et haute prévalence d'hépatite B chronique.^{2, 3} Alors que les risques de transmission et de complications de l'hépatite B chronique sont élevés, aucun dépistage de cette infection n'est à ce jour proposé systématiquement en Suisse à ces migrants.

Les objectifs de ce travail ont été : 1) d'investiguer au niveau national et international les politiques en place quant au dépistage de l'hépatite chronique chez les migrants ; 2) d'estimer la prévalence de l'infection dans la population de requérants d'asile du canton de Vaud et 3) de discuter sur ces bases différentes approches possibles.

METHODE

Une revue de la littérature a été faite en utilisant la base de données PubMed et les mots clés suivants : "migrants", "immigrants", "refugees", "hepatitis B", "chronic hepatitis B" ; 9 articles traitant du sujet du dépistage de l'hépatite B chez les migrants ont été retenus pour cet article.

Des recommandations nationales ont été identifiées ou des contacts pris par e-mail avec les autorités sanitaires et avec des associations impliquées dans la prise en charge des migrants ou d'hépatite B de pays européens (France, Allemagne, Italie, Hollande, Belgique), nord-américains (Canada, USA) et africains (RDC, Mauritanie, Algérie, Burkina Faso, Ghana, Nigeria, Gambie), afin d'obtenir des informations sur les attitudes concernant le dépistage de l'hépatite B chronique chez les migrants, et dans la population locale pour les pays africains.

En Suisse, des contacts ont été pris par téléphone et par e-mail avec les médecins cantonaux et l'Office des Migrations dans le but d'identifier les politiques de vaccination et de dépistage concernant l'hépatite B chez les migrants.

Une revue de 501 dossiers de migrants adultes arrivés dans le canton de Vaud entre 2009 et 2011 relevant le genre, l'âge, le pays d'origine et le statut de la sérologie anti-HBc (Tableau 1) (réalisée d'office dans le canton de Vaud à l'arrivée des requérants d'asile) a été faite. Les dossiers ont été consultés dans les Centres de Santé Infirmier pour requérants d'asile du canton de Vaud. La sélection des dossiers s'est faite de manière aléatoire, en retenant un dossier sur cinq.

Dans une deuxième population de 115 requérants d'asile arrivés dans le canton de Vaud entre juin et août 2012, un dosage de l'AgHBs a été effectué lorsque les anti-HBc étaient positifs, et le genre, l'âge et le pays d'origine ont été relevés.

Le protocole de cette étude a été approuvé par la Commission d'éthique de la recherche sur l'être humain du canton de Vaud.

RESULTATS

Parmi les pays européens contactés, aucun ne propose de dépistage systématique de l'hépatite B aux migrants. En France, un accès au dépistage volontaire est possible gratuitement. Les Etats-Unis et le Canada recommandent un dépistage systématique de l'AgHBs pour les personnes en provenance de pays à moyenne ou haute endémicité d'hépatite B chronique. L'accès au dépistage et au traitement de l'hépatite B est difficile dans tous les pays africains contactés.

Sur les 26 cantons contactés, des informations ont été obtenues pour 21 d'entre eux. Parmi ceux-ci, 4 (VD, VS, GE, FR) ont comme politique de doser les anti-HBc avant de vacciner lorsque la sérologie est négative (Figure 1) et 17 de vacciner d'office ou d'informer les requérants d'asile de la possibilité d'une vaccination.

La revue de 501 dossiers de migrants a permis d'estimer à 42% la prévalence de sérologies anti-HBc positives parmi les migrants arrivant dans le canton de Vaud (Tableau 2).

L'étude prospective dans la deuxième population de 115 requérants d'asile a permis d'évaluer à 7.8% la prévalence d'AgHBs (Tableau 3). Même si les nombres sont faibles, on note une différence dans les prévalences d'anti-HBc positifs et d'AgHBs positifs chez les migrants en fonction de leur région d'origine, reflétant les prévalences d'hépatite B chronique dans ces régions.

DISCUSSION

POURQUOI SERAIT-IL IMPORTANT DE MODIFIER L'ATTITUDE ACTUELLE VIS-A-VIS DU DEPISTAGE DE L'HEPATITE B CHEZ LES REQUERANTS D'ASILE

Les requérants d'asile viennent souvent de pays à moyenne ou haute endémicité pour l'hépatite B et des épidémies de cancer hépatocellulaire dans ces populations de migrants commencent à émerger dans certains pays occidentaux.⁴

L'OMS estime que l'hépatite B est une « candidate de premier plan à l'élimination ou à l'éradication ».⁵ Or, il semble que dans les pays à basse endémicité, l'infection ne pourrait se maintenir dans la population hétérosexuelle sans l'introduction de nouvelles infections dans le pays. Ainsi, aux Pays-Bas, 60% des nouvelles infections par contacts hétérosexuels se font à travers un partenaire en provenance de pays à moyenne ou haute endémicité.⁶ Les personnes migrantes sont de ce fait une source importante de nouvelles infections par le virus de l'hépatite B dans les pays à basse endémicité, avec un impact sur la population locale.

En Suisse, la vaccination généralisée contre l'hépatite B des adolescents de 11 à 15 ans n'a été introduite qu'en 1998. En 2009, la couverture vaccinale des jeunes de 16 ans n'était que de 69% pour deux doses de vaccin. Un nombre significatif de jeunes adultes suisses n'est donc pas protégé contre l'hépatite B.

Une étude française, dans une population où 83% des personnes dépistées AgHBs positif proviennent de pays à moyenne ou haute endémicité, a montré que la découverte de

l'infection par le virus de l'hépatite B se fait dans 61% des cas de manière fortuite, lors de bilan de santé systématique (p. ex. grossesse, bilan préopératoire, don de sang...), et non pas dans le cadre d'une démarche diagnostique ou lorsque des facteurs de risques sont présents.⁷ Il y a de plus un manque de connaissance au sujet de l'hépatite B parmi les populations migrantes.⁸ Les personnes qui ont bénéficié d'un dépistage sont par ailleurs mieux informées.⁹ Ceci montre qu'il est important de saisir l'opportunité de chaque contact avec un service de santé pour proposer un dépistage, d'autant plus que ce dernier est bien accepté par la population migrante.¹⁰

La prise en charge d'une hépatite B chronique a bien sûr un coût certain. Par exemple le traitement d'une hépatite B chronique peut être estimé en Suisse à environ 13'000 CHF par année (consultations, examens de laboratoire et radiologique, médicaments). Plusieurs études ont cependant démontré que le dépistage ainsi que le traitement des migrants installés et infectés est rentable sur le long terme.^{11,12,13,14} Ainsi plusieurs pays, comme les Etats-Unis, le Canada et l'Australie, recommandent à présent de dépister l'hépatite B chronique chez tous les migrants en provenance de pays avec une prévalence d'hépatite B chronique $\geq 2\%$.^{3,15,16} Le CDC aux Etats-Unis est en train de mettre en place un projet de dépistage de l'AgHBs chez les immigrants et les réfugiés en provenance des pays où l'hépatite B est endémique, dans le but de vacciner les personnes non-immunes et de référer celles infectées pour prise en charge et traitement.¹⁷

Notre attitude actuelle, consistant selon les cantons en une simple information sur les possibilités de vaccination, une vaccination d'office, ou un dosage des anti-HBc avant vaccination, peut prêter à confusion en donnant un sentiment de sécurité au patient ou en étant interprétée comme un dépistage de la maladie active. Or, parmi les requérants d'asile vaccinés d'office, et encore plus parmi ceux avec des anti-HBc positifs, certains sont infectés chroniquement par le virus de l'hépatite B et donc à haut risque de développer des

complications et d'infecter d'autres personnes. Le fait de ne pas pouvoir identifier ces individus, de les laisser croire que tout va bien, de prendre le risque de transmission à des tiers, alors même que l'on sait que la probabilité qu'ils soient infectés est élevée, pose une question à la fois éthique et déontologique. De plus, cette attitude ne correspond pas aux bonnes pratiques admises en Suisse et au niveau international.¹⁸

ATTITUDES POSSIBLES

Afin d'améliorer la mise en évidence de l'hépatite B chronique chez les requérants d'asile, il conviendrait de mettre en place un dépistage systématique de l'AgHBs. Celui-ci devrait être le moins coûteux possible et le plus simple à mettre en place. Nous avons la possibilité, à travers les activités de santé (bilan de santé, vaccination) réalisées à l'arrivée dans les cantons, particulièrement lorsqu'elles sont réalisées de façon systématique par des structures dédiées, de réaliser un dépistage systématique de la population provenant de pays à moyenne et haute endémicité.

Plusieurs algorithmes de dépistage de l'AgHBs peuvent être envisagés, deux sont présentés ici. Une première possibilité est de commencer par une sérologie anti-HBc, puis de vacciner lorsqu'elle revient négative ou de compléter par un dosage de l'AgHBs lorsque qu'elle est positive (Figure 2). Ceci permet de faire le moins de dosages AgHBs possibles, tout en ne vaccinant que les personnes n'ayant jamais été en contact avec le virus de l'hépatite B.

Une deuxième possibilité est d'utiliser des tests rapides anti-HBs et AgHBs (Figure 3). La sensibilité des tests rapides anti-HBs est de 95%, et leur spécificité de 99.5%. Celles des tests rapides pour détection d'AgHBs sont toutes deux de 93%.¹⁹ En faisant d'abord un test anti-HBs on distingue en premier les individus immuns des non-immuns. Cette sérologie est ensuite complétée par un test AgHBs pour les personnes avec des anti-HBs négatifs afin de différencier les individus infectés des individus naïfs. Lorsque la sérologie AgHBs est

positive, les patients sont référés à un médecin afin que celui-ci évalue la situation de manière plus approfondie. Les avantages de cette approche sont de ne pas avoir de délai pour l'obtention du résultat et d'être peu coûteuse (les tests rapides reviennent à CHF 5.70 par pièce, les tests conventionnels entre CHF 15.20 et 17.40 hors taxes de laboratoire). D'un autre côté, on sait que certaines personnes exposées au virus perdent après un certain nombre d'années les anti-HBs tout en gardant malgré cela une immunité protectrice. Avec cet algorithme, certains patients seront donc vaccinés inutilement.

Etant donné que la quasi totalité des requérants d'asile vient d'un pays à moyenne ou haute endémicité d'hépatite B chronique, nous ne recommandons pas, par mesure de simplicité, de pratiquer un dépistage différencié selon les origines des requérants d'asile.

CONCLUSIONS

L'attitude actuelle concernant le dépistage de l'hépatite B chez les migrants n'est justifiable ni du point de vue de la santé publique (transmission entre migrants et à la population locale, traitement des complications plus onéreux que traitement à un stade précoce), ni du point de vue individuel (non information des risques de complications et de transmission aux individus concernés, iniquité de soins entre population résidente permanente et temporaire). Dans ce contexte, et alors que l'OMS incite les Etats membres à promouvoir l'accès au diagnostic et au traitement des hépatites virales, il paraît juste (au sens de la justice et de la raison) d'améliorer le dépistage de l'hépatite B chronique chez les requérants d'asile arrivant en Suisse. Cette approche engendre des coûts supplémentaires à court terme, mais elle est un investissement rentable à long terme en évitant une augmentation de la prévalence dans la population résidant en Suisse ainsi que l'apparition de cas de cirrhose hépatique et de carcinome hépatocellulaire dans une population relativement jeune.

POINTS IMPORTANTS

Les migrants, en particulier les requérants d'asile, sont une population à risque d'être infectée par l'hépatite B chronique puisque la plupart viennent de pays à moyenne ou haute endémicité.

Aucun dépistage de l'hépatite B chronique n'est proposé systématiquement en Suisse aux requérants d'asile.

L'attitude actuelle concernant le dépistage de l'hépatite B chez les migrants n'est justifiable ni du point de vue individuel, ni du point de vue de la santé publique.

Alors que l'OMS incite à promouvoir l'accès au diagnostic et au traitement des hépatites virales, il paraît juste d'améliorer le dépistage de l'hépatite B chez les requérants d'asile arrivant en Suisse.

REMERCIEMENTS

Nous remercions particulièrement le Dr Laurent Gétaz pour le partage d'idées sur le sujet de l'hépatite B chronique chez les migrants. Nous remercions également le Prof Jean-Jacques Gonvers et les Drs Isabelle Pache, Valérie d'Acremont et Bernard Vaudaux des informations transmises et de leurs commentaires critiques. Nous remercions finalement toutes/tous les infirmiers/ères, ainsi que le personnel administratif du Centre de Santé Infirmier de leur collaboration.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 126ème session du Conseil exécutif, point 4.12 de l'ordre du jour. Hépatite virale, EB126.R16. Organisation Mondiale de la Santé 2010. Accessible depuis : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB126/B126_R16-fr.pdf. Accédé le 31.10.2012.
- 2 Personnes dans le processus d'asile selon la nationalité par pays 1995-2009 (su-f-1.3.1.3.3), Office fédéral de la statistique OFS. Accessible depuis : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/07/blank/data/01.html>. Accédé le 31.10.2012.
- 3 Recommendations for Routine Testing and Follow-up for Chronic Hepatitis B Virus (HBV) Infection. Adapted from: Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations for Identification and Public Health Management of Persons with Chronic Hepatitis B Virus Infection. MMWR 2008; 57 (No. RR-8).
- 4 Marrero JB. The Growing Epidemic of Hepatocellular Carcinoma. Gastroenterology & Hepatology 2008; 4:779.
- 5 63ème assemblée mondiale de la santé, Point 11.12 de l'ordre du jour. Hépatite virale, A63/15. Organisation mondiale de la Santé 2010. Accessible depuis : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_15-fr.pdf. Accédé le 31.10.2012
- 6 Veldhuijzen IK, Smits LJM, van de Laar MJW. The importance of imported infections in maintaining hepatitis B in The Netherlands. Epidemiol Infect 2005; 133:113–119.

- 7 Rahib D, Brouard C, Pioche C, et al. Dépistage de l'hépatite B : caractéristiques des personnes dépistées antigène HBs positif en France en 2008. BEHWeb 2011; www.invs.sante.fr/behweb/2011/01/r-3.htm. Accédé le 31.10.2012
- 8 Pollack H, Wang S, Wyatt L, et al. A Comprehensive Screening And Treatment Model For Reducing Disparities In Hepatitis B. Health Affairs 2011; 30: 1974–83.
- 9 van der Veen YJ, Voeten HA, de Zwart O, et al. Awareness, knowledge and self-reported test rates regarding Hepatitis B in Turkish-Dutch: a survey. BMC Public Health 2010; 10: 512.
- 10 Roudot-Thoraval F, Rosa I, Delacroix, et al. Dépistage des hépatites virales et accès aux soins chez les migrants: étude prospective d'une cohorte de 1327 personnes. Session de posters présentés aux 69èmes journées scientifiques de l'Association Française pour l'Etude du Foie; 2011 28 Sep - 1 Oct; Paris.
- 11 Eckman MH, Kaiser TE, Sherman KE. The Cost-effectiveness of Screening for Chronic Hepatitis B Infection in the United States. Clinical Infectious Diseases 2011; 52: 1294–1306.
- 12 Wong WWL, Woo G, Jenny Heathcote E, et al. Cost effectiveness of screening immigrants for hepatitis B. Liver International: Official Journal of the International Association for the Study of the Liver 2011; 1179-1190.
- 13 Hutton DW, Tan D, So SK, et al. Cost-effectiveness of screening and vaccinating Asian and Pacific Islander adults for hepatitis B. Ann. Intern. Med 2007; 147: 460–9.
- 14 Veldhuijzen IK, Toy M, Hahné SJM, et al. Screening and early treatment of migrants for chronic hepatitis B virus infection is cost-effective. Gastroenterology 2010; 138: 522–30.

- 15 Pottie K, Greenaway C, Feightner J, et al. Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. *Canadian Medical Association Journal* 2010; 183: E824–E925.
- 16 Sievert W, Dore G, Locarnini S, et al. Australian and New Zealand Chronic Hepatitis B (CHB) Recommendations. 2nd Edition 2009/10. Victoria, Australie: Digestive Health Foundation; 2010. 60 p.
- 17 Frangou C. CDC Initiative Aims To Improve HBV Screening Among Foreign-born U.S. Residents. *Infectious Disease Special Edition* [Internet]. [mai 2012];[cited 2012 May 28] Accessible depuis:
http://www.idse.net/ViewArticle.aspx?d=Hepatitis&d_id=213&i=May+2012&i_id=838&a_id=20916. Accédé le 31.10.2012.
- 18 Lok ASF, McMahon BJ. Chronic hepatitis B: Update 2009. *Hepatology* 2009; 50(3):661–662.
- 19 Shivkumar S, Peeling R, Jafari Y, et al. Rapid Point-of-Care First-Line Screening Tests for Hepatitis B Infection: A Meta-Analysis of Diagnostic Accuracy (1980–2010). *The American Journal of Gastroenterology* 2012; 107: 1306–13.

Tableau 1 : Interprétation des sérologies hépatite B

HBsAg	Premier indicateur d'une infection aiguë, ou indicateur d'une infection chronique s'il persiste plus de 6 mois.
Anti-HBc	Indicateur d'une exposition antérieure au virus, mais ne permet pas de faire la différence entre une infection aiguë, chronique ou guérie. Persiste à vie.
Anti-HBs	Anticorps qui se forment après guérison d'une hépatite B, ou après une vaccination contre l'hépatite B. Peut parfois disparaître après plusieurs années.

Tableau 2 : Prévalence de l'anti-HBc parmi 501 requérants d'asile arrivés dans le canton de Vaud entre 2009 et 2012

	n	Sérologies anti-HBc positives	
Afrique du nord	34	8	(24%)
Afrique subsaharienne	288	151	(52%)
Asie	93	28	(30%)
Europe	77	23	(30%)
Inconnu	9	2	(22%)
Total	501	212	(42%)

Tableau 3 : Prévalence de l'hépatite B chronique (AgHBs positif) chez 115 requérants d'asile avec anti-HBc positifs arrivés dans le canton de Vaud entre juin et août 2012

	n	Sérologies anti-HBc positives		Sérologies AgHBs positives	
Afrique du nord	8	0	(0%)	NA	
Afrique subsaharienne	59	33	(56%)	8	(24%)
Asie	23	4	(17%)	0	(0%)
Europe	24	9	(38%)	1	(11%)
Inconnu	1	0	(0%)	NA	
Total	115	46	(40%)	9	(20%)

Figure 1 : Attitude actuelle du canton de Vaud et de 3 autres cantons suisses pour le dépistage de l'hépatite B, avec une indication de la proportion d'individus dans chaque catégorie selon les études menées dans le canton de Vaud.

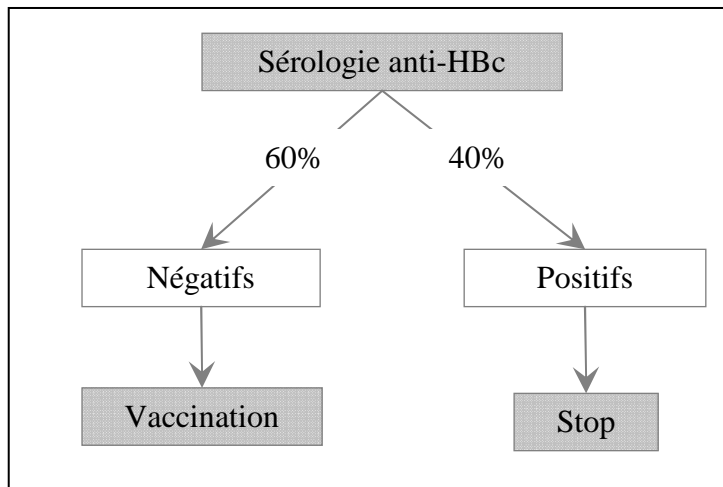


Figure 2 : Premier algorithme possible pour le dépistage de l'hépatite B chronique chez les migrants, avec une indication de la proportion d'individus dans chaque catégorie selon les études menées dans le canton de Vaud.

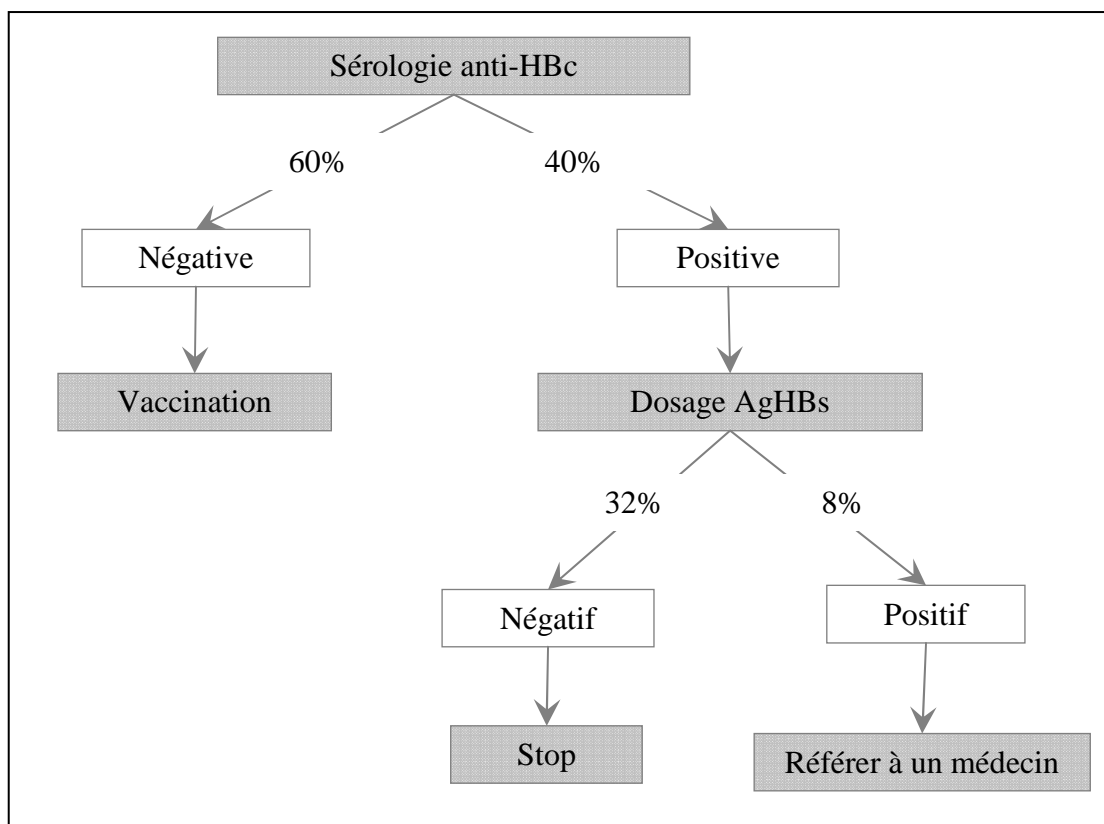


Figure 3 : Deuxième algorithme possible pour le dépistage de l'hépatite B chronique chez les migrants, utilisant des tests rapides anti-HBs et AgHBs

