



Hépatite B et migrants : doit-on mieux faire ?

Rev Med Suisse 2014; 10: 617-21

M. Jaboyedoff
B. Genton
E. Masserey
P. Bodenmann
R. Rimaz
S. de Vallière

Hepatitis B and migrants: should we do better?

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, prevalence of 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 the local population.

Coordination rédactionnelle:

Drs P. Bodenmann, H. Wolff
et C. Madrid

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.

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 d'un an. Or, dans les pays à moyenne ou haute endémicité, 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». 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 ultrasons et dosage de l'alpha-fœtoprotéine lors d'activité inflammatoire, de charge virale élevée, de cirrhose ou d'anamnèse familiale 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 ou 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 aux niveaux national et international les politiques en place quant au dépistage de l'hépatite B 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.

MÉTHODE

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»; neuf 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, Etats-Unis) et africains (République démocratique du Congo, 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.

RÉSULTATS

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 traite-

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 six 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. Peuvent parfois disparaître après plusieurs années

ment 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, quatre (VD, VS, GE, FR) ont comme politique de doser les anti-HBc avant de vacciner lorsque la sérologie est négative (figure 1) et dix-sept 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,

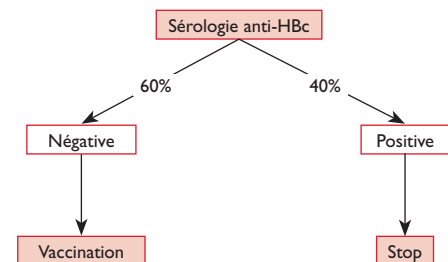


Figure 1. Attitude actuelle du canton de Vaud et de trois autres cantons suisses pour le dépistage de l'hépatite B, avec une indication de la proportion d'individus dans chaque catégorie selon les études menées dans le canton de Vaud

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 (14%)
Asie	23	4 (17%)	0 (0%)
Europe	24	9 (38%)	1 (4%)
Inconnu	1	0 (0%)	NA
Total	115	46 (40%)	9 (7,8%)

on note une différence dans les prévalences d'anti-HBc 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-à-vis du dépistage de l'hépatite B chez les requérants 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 onze à quinze ans n'a été introduite qu'en 1998. En 2009, la couverture vaccinale des jeunes de seize 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 positifs 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 (par exemple: grossesse, bilan préopératoire, don de sang...), et non pas dans le cadre d'une démarche diagnostique ou lorsque des facteurs de risque sont présents.⁷ Il y a de plus un manque de connaissances 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 CHF 13 000.– 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 sont rentables sur le long terme.¹¹⁻¹⁴ 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} Les Centers for Disease Control and Prevention (CDC), aux Etats-Unis, sont 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 ou 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 lorsqu'elle est positive (figure 2). Ceci permet de faire le moins de dosages AgHBs possible, tout en ne vaccinant que les personnes n'ayant jamais été en contact avec le virus de l'hépatite B.

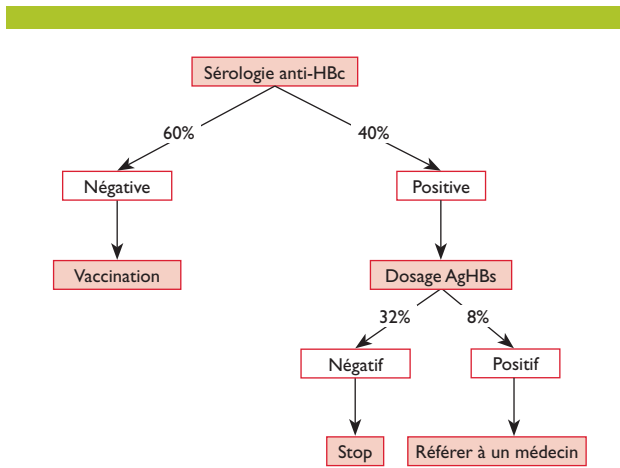


Figure 2. Premier algorithme possible pour le dépistage de l'hépatite B chronique chez les migrants, avec une indication de la proportion d'individus dans chaque catégorie selon les études menées dans le canton de Vaud

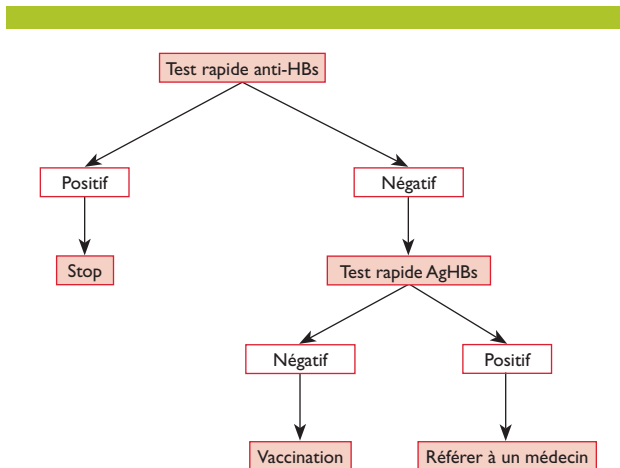


Figure 3. Deuxième algorithme possible pour le dépistage de l'hépatite B chronique chez les migrants, utilisant des tests rapides anti-HBs et AgHBs

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.

CONCLUSION

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. ■

Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

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 Pr 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 tous (toutes) les infirmier(ère)s, ainsi que le personnel administratif du Centre de santé infirmier de leur collaboration.

Points-clés

- 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



Adresses

Manon Jaboyedoff
Faculté de médecine, Université de Lausanne
Pr Blaise Genton
Dr Serge de Vallière
Centre de vaccination et médecine des voyages
Dr Patrick Bodenmann
Unité des populations vulnérables
Roland Rimaz
Centre de santé infirmier
PMU
Pr Blaise Genton
Service de maladies infectieuses
CHUV, 1011 Lausanne
serge.de-valliere@hospvd.ch

Dr Eric Masserey
Service de la santé publique du canton de Vaud
Avenue des Casernes 2, 1014 Lausanne

Bibliographie

- 1 * 126^e 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: 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. *Morb Mortal Wkly Rep* 2008;57 (No. RR-8).
- 4 Marrero JB. The growing epidemic of hepatocellular carcinoma. *J Gastroenterol Hepatol* 2008;4:779.
- 5 63^e 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: 113-9.
- 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 69^e journées scientifiques de l'Association française pour l'étude du foie. Paris: 2011 (28 sept-1^{er} oct).
- 11 Eckman MH, Kaiser TE, Sherman KE. The Cost-effectiveness of screening for chronic hepatitis B infection in the United States. *Clin Infect Dis* 2011;52:1294-306.
- 12 Wong WWL, Woo G, Jenny Heathcote E, et al. Cost effectiveness of screening immigrants for hepatitis B. *Liver Int* 2011;8:1179-90.
- 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. *CMAJ* 2010;183:E824-925.
- 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. Accessible depuis: 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;50:661-2.
- 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). *Am J Gastroenterol* 2012;107:1306-13.

* à lire

** à lire absolument