

[35] Kielland KB, Skaug K, Amundsen EJ, Dalgard O. All-cause and liver-related mortality in hepatitis C infected drug users followed for 33 years: a controlled study. *J Hepatol*. 2013;58(1):31-7.

[36] Supervie V, Ndawinz JD, Lodi S, Costagliola D. The undiagnosed HIV epidemic in France and its implications for HIV screening strategies. *AIDS*. 2014;28(12):1797-804.

[37] Yazdanpanah Y, Champenois K. Assessing characteristics of hidden epidemics to design the most efficient HIV testing strategies. *AIDS*. 2014;28(12):1831-3.

[38] Albers C, Qamar AA, Tellier MA, Gordon F. Hepatitis C screening rates at a single center after the release of a CDC Recommendations to screen all adults born between 1945 and 1965. *Hepatology*. 2013;58(S1):917A.

[39] Geboy A, Mahajan S, Fleming I, Daly A, Sewell C, Cole C. Hepatitis C virus birth cohort testing and linkage to care (HepTLC) in a large Washington DC medical center. *Hepatology*. 2013;58(S1):1290A.

[40] Cazein F, Barin F, Le Strat Y, Pillonel J, Le Vu S, Lot F, et al. Prevalence and characteristics of individuals with undiagnosed HIV infection in France: evidence from a survey on hepatitis B and C seroprevalence. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2012;60(4):e114-7.

[41] Backus LI, Belperio PS, Loomis TP, Mole LA. Impact of race/ethnicity and gender on HCV screening and prevalence among U.S. veterans in Department of Veterans Affairs Care. *Am J Public Health*. 2014;104(Suppl 4):S555-61.

Citer cet article

Brouard C, Le Strat Y, Larsen C, Jauffret-Roustide M, Lot F, Pillonel J. Estimation du nombre de personnes non diagnostiquées pour une hépatite C chronique en France en 2014. Implications pour des recommandations de dépistage élargi. *Bull Epidémiol Hebd*. 2015;(19-20):329-39. http://www.invs.sante.fr/beh/2015/19-20/2015_19-20_1.html

ARTICLE // Article

CARACTÉRISTIQUES DES PERSONNES ORIGINAIRES D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE SUIVIES POUR UNE HÉPATITE B CHRONIQUE EN ÎLE-DE-FRANCE EN 2012-2013. DONNÉES DE L'ENQUÊTE ANRS-PARCOURS

// CHARACTERISTICS OF PEOPLE FROM SUB-SAHARAN AFRICA FOLLOWED UP FOR CHRONIC HEPATITIS B IN THE GREATER PARIS AREA IN 2012-2013. DATA FROM THE ANRS-PARCOURS SURVEY

Rosemary Dray-Spira^{1,2} (rosemary.dray-spira@inserm.fr), Virginie Gigonzac^{1,2}, Nicolas Vignier^{1,2}, Julie Pannetier³, Philippe Sogni⁴, France Lert⁵, Nathalie Bajos⁵, Nathalie Lydié⁶, Annabel Desgrées du Loû³ et le Groupe ANRS-Parcours*

¹ Inserm, UMR_S 1136, Paris, France

² Sorbonne Universités, Université Pierre et Marie Curie (UPMC), UMR_S 1136, Paris, France

³ Cepad, UMR Ined-IRD-Université Paris Descartes, Paris, France

⁴ Université Paris-Descartes et Inserm, U 1016-Institut Cochin ; Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Service d'hépatologie, Hôpital Cochin, Paris, France

⁵ Inserm, U 1018-CESP, Villejuif, France

⁶ Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Saint-Denis, France

*Composition du groupe en fin d'article.

Soumis le 28.01.2015 // Date of submission: 01.28.2015

Résumé // Abstract

En France, les migrants originaires d'Afrique subsaharienne sont particulièrement touchés par l'hépatite B chronique. Cependant, les caractéristiques des personnes originaires d'Afrique subsaharienne porteuses d'une hépatite B chronique et leurs spécificités sur le plan sociodémographique, épidémiologique et clinique ne sont pas bien connues. Cet article décrit les caractéristiques des personnes originaires de cette région suivies pour une hépatite B chronique en Île-de-France à partir des données de l'enquête ANRS-Parcours, menée en 2012-2013 auprès d'un échantillon aléatoire de 778 consultants dans 20 structures de soins.

Les résultats indiquent que les personnes originaires d'Afrique subsaharienne suivies pour une hépatite B chronique constituent une population relativement jeune (âge médian : 39 ans), installée en France de façon durable (depuis 10 ans en médiane). Les situations de précarité sociale et/ou administrative sont fréquentes (12,1% de personnes sans logement stable, 32,1% sans emploi, 25,8% sans couverture santé ou couvertes par l'aide médicale d'État), tout particulièrement parmi les femmes et les personnes suivies dans d'autres structures que les services experts en hépatologie. Le maintien du secret sur le statut VHB vis-à-vis de l'entourage est fréquent, en particulier chez les hommes (23,9%). Le diagnostic d'hépatite B chronique n'a été établi qu'après l'arrivée en France dans l'immense majorité des cas, après un délai de 3 ans en médiane et dans des circonstances variées. Si le dépistage systématique occupe une place prépondérante parmi les femmes, il n'est à l'origine que de moins d'un tiers des diagnostics chez les hommes, parmi lesquels le diagnostic survient dans un délai plus long après

l'arrivée en France et plus souvent lors d'une phase active de la maladie. Les caractéristiques de l'hépatite B chronique et de sa prise en charge n'apparaissent pas différentes selon que les personnes sont suivies dans des services experts en hépatologie ou dans d'autres structures de soins.

Ces résultats fournissent des informations utiles pour contribuer à améliorer le dépistage, la prévention de la transmission et la prise en charge de l'hépatite B parmi les personnes originaires d'Afrique subsaharienne.

In France, migrants from Sub-Saharan Africa are particularly affected by chronic hepatitis B. However, characteristics of people originating from sub-Saharan Africa with chronic hepatitis B and their socio-demographic, epidemiological and clinical specificities are poorly described. This article describes the characteristics of people originating from Sub-Saharan Africa who are followed for chronic hepatitis B in the greater Paris area, using data of the ANRS-PARCOURS survey conducted in 2012-2013 among a random sample of 778 outpatients in 20 healthcare settings.

Our findings suggest that Sub-Saharan Africans followed for chronic hepatitis B constitute a relatively young population (median age: 39 years), sustainably settled in France (since 10 years in median). Precarious social and/or administrative situations are common (12.1% without a stable accommodation, 32.1% without employment, 25.8% without health coverage or covered by the state medical aid (AME), a public scheme for coverage of the medical expenses of undocumented migrants), especially among women and people followed outside reference centers in hepatology. Non-disclosure of HBV status is frequent, especially in men (23.9%). In most cases, chronic hepatitis B was diagnosed after arrival in France, after a delay of 3 years in median and in various circumstances. While routine screening is predominant among women, among men only less than one third have been diagnosed following a systematic check-up. Compared to women, diagnosis occurred within a longer time from arrival in France and more frequently during an active phase of the disease among men. Characteristics of chronic hepatitis B and its management do not differ according to whether people are followed in reference centers in hepatology or in other healthcare settings.

The information provided will be useful to improve chronic hepatitis B screening, prevention and care management among people originating from Sub-Saharan Africa.

Mots-clés : Hépatite B chronique, Migrants d'Afrique subsaharienne, Caractéristiques socioéconomiques, Diagnostic, Prise en charge, Atteinte hépatique

// **Keywords:** Chronic hepatitis B, Sub-Saharan African migrants, Socioeconomic factors, Diagnosis, Healthcare, Liver damage

Introduction

L'Afrique subsaharienne est une zone de forte endémicité pour l'infection par le virus de l'hépatite B (VHB) selon la classification de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). De ce fait, les personnes nées dans un pays de cette région du monde contractent fréquemment le virus par voie périnatale ou au cours de leurs premières années de vie, ce qui les expose à un risque élevé de passage à la forme chronique de l'infection¹. En France, une enquête menée par l'Institut de veille sanitaire (InVS) en 2004 a estimé que la prévalence du portage chronique de l'antigène HBs (AgHBs) parmi ces personnes atteignait 5,3%, contre 0,6% au sein de la population générale née en France métropolitaine². Cette prévalence atteint même des niveaux plus élevés, de 7 à 15%, parmi les migrants originaires d'Afrique subsaharienne en situation de précarité³⁻⁵.

La part des migrants originaires d'Afrique subsaharienne parmi les personnes porteuses d'une hépatite B chronique en France est particulièrement élevée⁶. Les données du système national de surveillance mis en place par l'InVS montrent que, parmi les 3 672 patients nouvellement pris en charge pour cette pathologie dans un service expert en hépatologie entre 2008 et 2011, plus de quatre sur dix (41%) étaient nés dans un pays d'Afrique subsaharienne⁷. Les données de la surveillance nationale des donneurs de sang révèlent par ailleurs que

sur la période 2008-2010, parmi les donneurs de sang porteurs de l'AgHBs, plus des deux tiers (68%) étaient originaires d'une zone de forte endémie, principalement l'Afrique subsaharienne⁸.

En dépit de ces chiffres élevés, les caractéristiques des personnes d'origine subsaharienne porteuses d'une hépatite B chronique en France et leurs spécificités sur le plan sociodémographique, épidémiologique et clinique sont mal connues. De telles informations sont pourtant importantes pour optimiser la prévention, le dépistage et la prise en charge de la maladie au sein de cette population. Cet article décrit les caractéristiques des personnes originaires d'Afrique subsaharienne prises en charge pour une hépatite B chronique en Île-de-France, à partir des données de l'enquête ANRS-Parcours.

Matériel et méthodes

L'enquête ANRS-Parcours

L'enquête ANRS-Parcours⁹ est une enquête transversale biographique conduite en 2012-2013 auprès de trois échantillons aléatoires de personnes originaires d'Afrique subsaharienne en Île-de-France : un groupe constitué de personnes porteuses d'une hépatite B chronique, un autre constitué de personnes infectées par le VIH, et un troisième groupe comprenant

des personnes indemnes de ces deux pathologies. Cet article porte exclusivement sur le groupe de personnes porteuses d'une hépatite B chronique.

L'enquête a été effectuée au sein de 20 structures de soins, parmi un total de 26 qui avaient été préalablement identifiées en amont de l'enquête lors d'un recensement de toutes les structures publiques d'Île-de-France assurant une activité de suivi de l'hépatite B chronique et déclarant une moyenne d'au moins trois consultants originaires d'Afrique subsaharienne par jour⁹ : les sept services hospitaliers experts en hépatologie, 10 des 16 services hospitaliers non services experts en hépatologie (les six autres ayant refusé de participer), les deux réseaux de santé ville-hôpital intervenant dans le domaine des hépatites et le Comité médical pour les exilés (Comede). Afin de constituer un échantillon (initialement fixé à 1 000 personnes) reflétant la part des différents types de structures de suivi de l'hépatite B chronique en Île-de-France, le nombre d'individus à inclure a été calculé pour chaque structure au *pro rata* de sa part estimée dans la file active totale de personnes originaires d'Afrique subsaharienne suivies pour une hépatite B chronique dans la région. L'enquête, qui s'est déroulée entre le 30 janvier 2012 et le 31 mai 2013, était proposée dans chaque centre participant à toutes les personnes éligibles jusqu'à ce que ce nombre soit atteint ou, si ce n'était pas le cas, jusqu'à la date de clôture de l'enquête. Étaient éligibles tous les consultants nés et de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne à la naissance, âgés de 18 à 59 ans, avec un diagnostic d'hépatite B chronique (défini par la présence de l'AgHBs depuis au moins six mois) datant d'au moins trois mois et non co-infectés par le VIH. Tous les consultants éligibles étaient sollicités par leur médecin pour participer à l'enquête, sauf si celui-ci le jugeait inopportun en raison d'un problème de santé ou de difficultés d'ordre linguistique (malgré le fait que le questionnaire était disponible en français et en anglais, et que le recours sur rendez-vous à un service d'interprétariat était systématiquement proposé). En cas d'accord pour participer, un consentement écrit était recueilli par le médecin.

Informations recueillies

Pour tous les participants, des informations détaillées sur les caractéristiques sociodémographiques, l'histoire migratoire, les conditions de vie, les circonstances du diagnostic d'hépatite B chronique, l'état de santé général perçu, les comportements de santé (consommation d'alcool, indice de masse corporelle) et l'accès aux soins ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire biographique standardisé, administré en face-à-face par un enquêteur spécialisé. De plus, des informations sur les caractéristiques clinico-biologiques de l'hépatite B chronique et de sa prise en charge au premier bilan connu (transaminases, ADN du VHB, antigène HBe (AgHBe)) et au moment de l'enquête (transaminases ALAT, ADN du VHB, évaluation de la fibrose hépatique, traitement), ainsi que sur les comorbidités chroniques (hépatite C, diabète, hypertension artérielle, pathologie

cardiovasculaire), ont été documentées à l'aide d'un questionnaire rempli par l'équipe soignante à partir du dossier médical. La date du premier bilan connu a été considérée comme celle de l'entrée dans le soin. Une atteinte hépatique grave a été définie par un score Métavir F3 ou F4, ou un résultat d'élastométrie >8,8 kPa, ou un diagnostic clinicomorphologique de cirrhose ou de carcinome hépatocellulaire.

Éthique

Les participants ont reçu une indemnisation de 15 euros sous forme de bon d'achat. Toutes les données ont été recueillies de façon anonyme. L'enquête a reçu un avis favorable du Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé (CCTIRS) et l'autorisation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil).

Analyses statistiques

Nous décrivons les caractéristiques des participants suivis pour une hépatite B chronique, d'une part en termes de caractéristiques sociodémographiques et de conditions de vie, et d'autre part en termes d'état de santé : caractéristiques de l'hépatite B chronique et de sa prise en charge, comorbidités, état de santé général et comportements de santé. Du fait des fortes différences sociodémographiques et épidémiologiques selon le sexe, ces caractéristiques sont décrites séparément pour les hommes et pour les femmes. De plus, dans un but de comparaison, les résultats sont également déclinés séparément selon le type de structure de soins (services experts en hépatologie *versus* autres types de structures), dans la mesure où les données de cadrage général (données du système de surveillance de l'InVS) portent uniquement sur les services experts en hépatologie. Les différences selon le sexe et le type de structure ont été testées par test du Chi² ou régression binomiale négative selon le type de variable considéré. Afin de tenir compte du plan de sondage, toutes les données présentées sont pondérées, c'est-à-dire qu'elles prennent en compte un coefficient de pondération correspondant à l'inverse de la probabilité d'inclusion de chaque individu dans l'échantillon.

Résultats

Sur un total de 1 168 consultants éligibles, 25 n'ont pas été sollicités par leur médecin pour participer à l'enquête et 8 ont interrompu prématurément l'entretien à cause d'un problème de compréhension de la langue française. Parmi les 1 135 personnes sollicitées et en mesure de répondre, 778 ont accepté de participer (taux global de participation de 68,5%, variant de 42,2% à 90,7% selon les centres). Le taux de participation était plus élevé parmi les hommes que parmi les femmes (69,2% vs 61,7% ; $p=0,02$) et parmi les personnes sans emploi comparativement à celles qui travaillaient (73,0% vs 64,8% ; $p=0,03$), mais ne différait ni selon l'âge ni selon le niveau des transaminases. Parmi les 778 participants inclus, un peu plus de la moitié (53,5%) étaient suivis dans un service

expert en hépatologie, 39,3% dans un autre service hospitalier, 4,7% au Comede et 2,5% dans un réseau de santé ville-hôpital.

Caractéristiques sociodémographiques et conditions de vie (tableau 1)

Près des trois quarts des participants (72%) étaient des hommes. L'âge médian était d'un peu moins de 40 ans, plus élevé chez les hommes que chez les femmes (39 ans vs 37 ans ; $p=0,006$). La majorité (70,9%) avait fait des études secondaires ou supérieures, en proportion plus élevée chez les femmes que chez les hommes (78,9% vs 67,7% ; $p<0,001$). Plus de 7 personnes sur 10 dans les deux sexes étaient originaires d'Afrique de l'Ouest – les pays d'origine les plus représentés étant le Mali (25,8%), la Côte d'Ivoire (15,8%) et le Sénégal (14,6%) – et environ 2 sur 10 étaient originaires d'Afrique centrale. Au moment de l'enquête, la durée médiane depuis l'arrivée en France était de 10 ans, sans différence significative entre les deux sexes. Alors que dans les deux sexes, plus des trois quarts des participants étaient arrivés en France pour des raisons familiales, professionnelles ou de formation, 16,4% étaient venus car ils étaient menacés dans leur pays et 6,2% pour des raisons médicales. Comparées aux personnes suivies pour leur hépatite B dans un service expert en hépatologie, celles suivies dans une autre structure étaient arrivées en France plus récemment (9 ans vs 11 ans en médiane ; $p=0,002$) et plus souvent en lien avec le fait qu'elles étaient menacées dans leur pays (22,1% vs 11,4% ; $p=0,02$).

L'année de l'enquête, la majorité des participants avaient un logement personnel (55,4%) ou étaient hébergés par des particuliers (23,8%), mais plus d'une personne sur 10 (12,1%) n'avait pas de logement stable (catégorie incluant les personnes sans domicile fixe, celles vivant dans la rue, dans un squat ou à l'hôtel et celles hébergées par une association ou une structure d'hébergement). Un quart des hommes et la moitié des femmes n'avaient pas d'emploi ($p<0,001$) ; 8% des hommes et 19,1% des femmes n'avaient aucune ressource en dehors d'éventuelles prestations sociales ($p=0,002$). Près de 2 personnes sur 10 (18,8%) avaient la nationalité française, mais un quart (24,6%) n'avaient pas de titre de séjour régulier en France. La grande majorité (93,3%) était couverte par l'assurance maladie, 17,5% bénéficiant de la couverture médicale universelle (CMU) et 20,4% de l'aide médicale d'État (AME). Comparées aux personnes suivies pour leur hépatite B dans un service expert en hépatologie, celles suivies dans une autre structure étaient plus souvent sans logement stable (17,2% vs 7,6% ; $p=0,006$), sans emploi (37,8% vs 27,1% ; $p=0,06$) et sans couverture santé ou couvertes par l'AME (8,7% et 24,3%, respectivement, contre 2,6% et 17,1% ; $p=0,013$).

Environ 4 personnes sur 10 vivaient en couple, et plus de la moitié des femmes (55,1%) et 29,1% des hommes vivaient avec des enfants ($p<0,001$). La proportion de personnes n'ayant informé aucun membre de leur entourage de leur statut vis-à-vis de l'hépatite B après l'annonce du diagnostic était particulièrement élevée

parmi les hommes (23,9% vs 6,8% parmi les femmes ; $p<0,001$). Comparées aux personnes suivies dans un service expert en hépatologie, celles suivies dans une autre structure avaient plus souvent gardé secret leur statut vis-à-vis de l'hépatite B (23,6% vs 15,2% ; $p=0,008$). Parmi les conjoints cohabitants des participants, 82,3% avaient été dépistés pour l'hépatite B et 69,7% étaient vaccinés, selon les déclarations des personnes interrogées. Parmi les enfants cohabitants, ces proportions atteignaient 70,9% et 83,2%, respectivement.

Caractéristiques de l'hépatite B chronique et de sa prise en charge (tableau 2)

Au moment de l'enquête, la durée médiane depuis le diagnostic d'hépatite B chronique était de 5 ans, sans différence selon le sexe et le type de structure de suivi. Quel que soit le type de structure de suivi, pour plus de 9 personnes sur 10 (94%), ce diagnostic avait été effectué après l'arrivée en France, dans un délai médian de 3 ans, plus élevé parmi les hommes que parmi les femmes (3 ans vs 1 an ; $p=0,02$) et parmi les personnes suivies dans un service expert en hépatologie que parmi celles suivies dans une autre structure (3 ans vs 2 ans ; $p=0,009$). Le diagnostic faisait suite à un dépistage fortuit (à l'occasion d'un test prénatal ou prénuptial, d'un bilan de santé ou d'un don du sang) dans 4 cas sur 10 (40,5%) et à un problème de santé pour près d'un quart (23,6%) ; 16,5% des participants ont rapporté que le test de dépistage avait été effectué sur proposition de leur médecin, sans autre précision. Parmi les femmes, le diagnostic avait plus souvent été effectué dans le cadre d'un dépistage systématique que parmi les hommes (62,2% vs 32,0% ; $p<0,001$), du fait en particulier du dépistage prénatal qui était à l'origine de 29,6% des diagnostics.

À la suite du diagnostic, la grande majorité des participants (86,5%) avaient eu recours aux soins pour l'hépatite B dans un délai de moins d'un an. Les informations sur les paramètres biologiques à la prise en charge étaient renseignées pour la majorité des participants, quel que soit le type de structure de soins : 575 (73,9%) pour la sérologie HBe, 683 (87,8%) pour les ALAT et 584 (75,1%) pour la charge virale ADN VHB. Parmi eux, lors de la prise en charge initiale, l'AgHBe était négatif pour 82,2% globalement, sans différence notable selon le sexe ou le type de structure de soins. L'activité sérique des ALAT était supérieure à la normale pour 26,0% des participants ; cette proportion était plus élevée parmi les hommes que parmi les femmes (30,1% vs 15,6% ; $p<0,001$). La charge virale était élevée ($>20\ 000$ UI/mL) pour 25,8% des participants globalement et, comme attendu, plus élevée parmi les personnes porteuses de l'AgHBe que parmi celles qui ne l'étaient pas (67,1% vs 19,2% ; $p\leq 0,001$).

Une évaluation de la fibrose hépatique, que celle-ci ait été obtenue par ponction-biopsie hépatique, test sanguin ou élastométrie, était disponible pour 589 participants (75,7%) au total. Parmi eux, l'évaluation de la fibrose avait été effectuée en médiane 2 ans après l'initiation de la prise en charge et 1 an avant l'enquête. Une évaluation de la fibrose était plus

Tableau 1

Caractéristiques sociodémographiques et conditions de vie des personnes originaires d'Afrique subsaharienne suivies pour une hépatite B chronique en Île-de-France en 2012-2013, globalement, selon le sexe et selon le type de structure de suivi. Enquête ANRS-Parcours (données pondérées)

	Total (N=778)	Selon le sexe		p ^a	Selon le type de structure de suivi		
		Hommes (N=558)	Femmes (N=220)		Services experts en hépatologie (N=445)	Autres services hospitaliers, réseaux, Comede (N=333)	p ^a
Hommes (%)	72,0	-	-	-	74,5	69,1	0,41
Âge (médiane [IQR])	39 [32-45]	39 [33-46]	37 [31-43]	0,006	39 [32-46]	39 [33-44]	0,59
Niveau d'études (%)							
Aucun ou primaire	29,1	32,3	21,1	<0,001	24,8	34,1	0,09
Secondaire	44,0	38,5	58,0		45,5	42,2	
Supérieur	26,9	29,2	20,9		29,6	23,7	
Région d'origine (%)							
Afrique de l'Ouest	77,5	79,4	72,7	0,32	75,8	79,4	0,40
Afrique centrale	20,6	18,9	24,8		21,4	19,6	
Afrique de l'Est ou Afrique australe	1,7	1,7	1,8		2,4	1,0	
Non renseignée	0,2	0	0,7		0,4	0	
Ancienneté de l'arrivée en France en années (médiane [IQR])	10 [4-16]	11 [5-16]	9 [3-15]	0,18	11 [6-17]	9 [3-13]	0,002
Situation socioéconomique et administrative (%)							
Absence de logement stable	12,1	11,5	13,4	0,30	7,6	17,2	0,006
Sans emploi	32,1	25,5	48,9	<0,001	27,1	37,8	0,06
Aucune ressource hors prestations sociales	11,1	8,0	19,1	0,002	8,7	13,9	0,39
Absence de titre de séjour	24,6	25,8	21,5	0,24	21,4	28,3	0,13
Couverture maladie (%)							
Sécurité sociale	55,4	55,4	55,3	0,33	61,2	48,7	0,003
Couverture médicale universelle (CMU)	17,5	16,5	19,9		18,0	16,9	
Aide médicale d'État (AME)	20,4	21,6	17,6		17,1	24,3	
Aucune	5,4	5,2	6,1		2,6	8,7	
Non renseigné	1,3	1,3	1,1		1,1	1,4	
Entourage (%)							
Conjoint cohabitant	41,0	38,1	48,4	0,11	41,4	40,6	0,92
Enfant(s) dans le foyer	36,4	29,1	55,1	<0,001	37,6	35,0	0,67
Secret sur le statut VHB vis-à-vis de l'entourage	19,1	23,9	6,8	<0,001	15,2	23,6	0,008

^a Test du Chi2 ou régression binomiale négative.

Comede : Comité médical pour les exilés ; IQR : écart interquartile

souvent disponible chez les hommes que chez les femmes (78,3% vs 69,1% ; p=0,05), de même que chez les personnes suivies dans un service expert en hépatologie (86,7% vs 61,0% parmi les autres ; p=0,01). Parmi les personnes ayant une évaluation de la fibrose, 28,3% avaient une fibrose hépatique significative (score Métavir ≥F2). Une forme grave

d'atteinte hépatique était rapportée pour 17,9% des participants, plus fréquemment parmi les hommes que parmi les femmes (20,7% vs 9,8% ; p=0,01).

Au moment de l'enquête, environ un tiers des participants (33,9%) étaient traités contre l'hépatite B chronique. Cette proportion était plus élevée parmi

Tableau 2

Caractéristiques de l'hépatite B chronique et de sa prise en charge parmi les personnes originaires d'Afrique subsaharienne suivies pour une hépatite B chronique en Île-de-France en 2012-2013, globalement, selon le sexe et selon le type de structure de suivi. Enquête ANRS-Parcours (données pondérées)

	Total (N=778)	Selon le sexe			Selon le type de structure de suivi		
		Hommes (N=558)	Femmes (N=220)	<i>p</i> ^a	Services experts en hépatologie (N=445)	Autres services hospitaliers, réseaux, Comede (N=333)	<i>p</i> ^a
Diagnostic de l'hépatite B chronique							
Ancienneté du diagnostic en années (médiane [IQR])	5 [2-9]	5 [2-9]	6 [2-10]	0,17	5 [3-9]	5 [2-9]	0,34
Diagnostic effectué en France (%)	94,0	94,2	93,4	0,75	93,9	94,1	0,92
Circonstances du diagnostic (%)							
Bilan systématique	40,5	32,0	62,2	<0,001	40,6	40,5	0,42
À l'occasion d'un problème de santé	23,6	27,9	12,5		20,3	27,3	
Proposition du médecin	16,5	18,8	10,8		17,3	15,6	
Autres	18,9	20,6	14,5		20,9	16,6	
Non renseigné	0,5	0,7	0		0,9	0	
Délai entre le diagnostic et l'entrée dans les soins							
<1 an (%)	86,5	87,1	84,9	0,47	84,3	88,9	0,26
Paramètres biologiques initiaux							
Antigène HBe négatif (% ^b)	82,2	81,2	84,8	0,43	82,2	82,3	0,97
ALAT > à la normale (% ^b)	26,0	30,1	15,6	<0,001	31,1	20,0	0,09
Charge virale ADN VHB (%^b)							
≤2 000 UI/mL	53,2	49,9	61,2	0,13	51,6	55,2	0,71
]2 000 - 20 000] UI/mL	21,0	21,2	20,3		22,3	19,4	
>20 000 UI/mL	25,8	28,8	18,5		26,1	25,4	
Évaluation de la maladie							
Atteinte hépatique grave ^c (% ^b)	17,9	20,7	9,8	0,01	18,0	17,7	0,94
Traitement							
Traitement en cours (%)	33,9	38,1	23,1	<0,001	38,5	28,6	0,08
Dont traités par analogues nucléos(t)idiques (%)	94,8	94,8	94,8	0,99	92,6	98,2	0,17

^a Test du Chi2 ou régression binomiale négative.

^b Pourcentages parmi les personnes pour lesquelles l'information est renseignée.

^c Atteinte hépatique grave définie par : un score Métavir F3 ou F4 ou un résultat d'élastométrie >8,8 kPa ou un diagnostic clinico-morphologique de cirrhose ou de carcinome hépatocellulaire.

Comede : Comité médical pour les exilés ; IQR : écart interquartile.

les hommes que parmi les femmes (38,1% vs 23,1% ; $p<0,001$). La plupart des personnes traitées (94,8%) recevaient des analogues nucléos(t)idiques.

État de santé général, comorbidités et comportements de santé

La grande majorité des participants (75,0%) percevaient leur état de santé général comme bon ou très bon, alors que 5% rapportaient un état de santé mauvais ou très mauvais.

La proportion de personnes co-infectées par le virus de l'hépatite C était de 2,0%, plus élevée parmi les femmes que parmi les hommes (3,9% vs 1,3%,

$p=0,06$). Un peu moins de 5% des participants (4,6%) étaient traités pour un diabète, 8,1% pour une hypertension artérielle et 1,3% pour une pathologie cardiovasculaire, sans différence selon le sexe ni le type de structure de suivi.

Une consommation excessive d'alcool (définie par une consommation hebdomadaire de plus de 28 verres chez les hommes et 21 verres chez les femmes) était rapportée par 2,3% des participants. Un tiers (33,8%) étaient en surpoids et 11,7% étaient obèses, la proportion de personnes obèses étant particulièrement élevée parmi les femmes (22,1% vs 7,4% parmi les hommes ; $p<0,001$).

Discussion

Les informations fournies par l'enquête ANRS-Parcours permettent, pour la première fois en France, de caractériser finement les personnes originaires d'Afrique subsaharienne porteuses d'une hépatite B chronique, qui représentent une part importante de l'ensemble des personnes atteintes. L'enquête a porté sur l'ensemble de l'Île-de-France, région qui, d'après les données du recensement, concentre la majorité (de l'ordre de 60%) des immigrés provenant d'Afrique subsaharienne à l'échelle nationale¹⁰.

Conduite au sein de plus des trois quarts des structures assurant une activité notable de suivi de l'hépatite B chronique auprès des personnes originaires d'Afrique subsaharienne dans la région (en incluant non seulement les services experts en hépatologie, mais aussi les autres services hospitaliers et les structures non hospitalières) et proposée systématiquement à toutes les personnes concernées ayant fréquenté ces structures pendant la durée de l'étude, l'enquête a été élaborée avec le souci de rendre compte au mieux de la diversité de cette population, tant en termes de situation socioéconomique que d'état de santé. Toutefois, il est important de noter que les personnes porteuses d'une hépatite B chronique, mais non suivies (que leur maladie ait été diagnostiquée ou pas) ou suivies en médecine de ville hors réseaux ville-hôpital ou dans des structures non identifiées lors de la phase de préparation de l'enquête, ont été exclues du champ de l'étude, de même que les personnes co-infectées par le VIH. De plus, les femmes et les personnes ayant un emploi, du fait d'un taux de participation plus faible que les hommes, et les personnes sans emploi sont probablement sous-représentées dans l'échantillon d'étude. La faible proportion de personnes suivies dans un réseau de santé ville-hôpital parmi les participants pourrait davantage refléter des difficultés spécifiques, en particulier d'ordre logistique, pour la mise en œuvre d'enquêtes telles que Parcours dans ce type de structures, plutôt que la part réelle de patients qui y sont suivis pour l'hépatite B chronique.

Les résultats indiquent que les personnes originaires d'Afrique subsaharienne suivies pour une hépatite B chronique constituent une population relativement jeune, installée en France de façon durable. Les situations de précarité sociale et/ou administrative sont fréquentes, tout particulièrement parmi les femmes et les personnes suivies dans d'autres structures que les services experts en hépatologie. Cette différence entre types de structure reflète probablement, au moins en partie, la situation particulièrement défavorable des personnes accueillies au Comede, parmi lesquelles les situations de détresse sociale sont fréquentes³. Toutefois, quels que soient le sexe et le type de structure de prise en charge, le non-emploi concernait plus d'une personne sur quatre et l'absence de titre de séjour régulier plus d'une personne sur cinq au moment de l'enquête, proportions plus élevées que celles observées au sein du groupe de personnes originaires d'Afrique subsaharienne non infectées par

le VHB et le VIH dans l'enquête Parcours. De telles situations de précarité sont susceptibles de compliquer la prise en charge de l'hépatite B chronique au quotidien ainsi que son maintien au long cours. L'information de l'entourage des personnes porteuses d'une hépatite B chronique sur leur statut VHB est indispensable pour la mise en œuvre de mesures de dépistage, de prise en charge et/ou de prévention auprès des personnes contacts. La proportion élevée de personnes qui n'informent pas leur entourage de leur statut VHB mise en évidence dans notre enquête, en particulier chez les hommes, constitue certainement un frein important à une telle mise en œuvre. Nos résultats suggèrent que le dépistage et la vaccination de l'entourage proche, bien que fréquents, pourraient être améliorés.

Parmi les personnes originaires d'Afrique subsaharienne, qui ont vraisemblablement été infectées par le VHB au cours de leurs premières années de vie, le diagnostic d'hépatite B chronique n'est établi qu'après l'arrivée en France dans l'immense majorité des cas (en se basant sur l'information déclarée par les patients, qui est largement corroborée par les données des dossiers médicaux), après un délai de plusieurs années (3 ans en médiane) et dans des circonstances variées. Si le dépistage systématique occupe une place prépondérante parmi les femmes, grâce notamment au test prénatal, il n'est à l'origine que de moins d'un tiers des diagnostics chez les hommes. De façon cohérente avec cette différence, le diagnostic survient chez les hommes dans un délai plus long après l'arrivée en France que chez les femmes, et plus souvent lors d'une phase active de la maladie, suggérant un retard au diagnostic d'hépatite B chronique particulièrement marqué parmi les hommes. Par ailleurs, l'accès au diagnostic plus rapide que nous rapportons parmi les personnes suivies hors des services experts en hépatologie, personnes plus précaires sur le plan social que celles suivies dans les services experts, pourrait être lié à l'effet bénéfique des dispositifs médico-sociaux destinés aux personnes précaires. Un meilleur accès au dépistage de l'hépatite B parmi les demandeurs d'asile en situation très précaire a précédemment été suggéré dans une étude qualitative¹¹.

Il est intéressant de noter que les caractéristiques de l'hépatite B chronique et de sa prise en charge n'apparaissent pas différentes selon que les personnes sont suivies dans des services experts en hépatologie ou dans d'autres structures de soins. L'ancienneté du diagnostic est comparable quel que soit le type de structure de suivi, suggérant que, pour les migrants d'Afrique subsaharienne, les services experts en hépatologie n'occupent pas une place prépondérante ni dans l'initiation de la prise en charge de l'hépatite B chronique, ni dans son maintien au long cours. Au contraire, les différents types de structure de soins semblent impliqués dans toutes les étapes de cette prise en charge.

Globalement, les caractéristiques biologiques et virologiques de la maladie au moment de l'initiation de la prise en charge (AgHBe, transaminases, ADN

du VHB) au sein de la population d'étude apparaissent proches de celles décrites à partir des données du système national de surveillance mis en place par l'InVS, qui portait sur l'ensemble des personnes nouvellement prises en charge pour une hépatite B chronique en France dans un service expert en hépatologie entre 2008 et 2011⁷. En revanche, on note une proportion plus élevée de personnes ayant une atteinte hépatique grave dans notre échantillon (17,9% contre 9,5% parmi les personnes nées dans un pays de forte endémie dans les données de surveillance). Cette comparaison doit rester prudente car il s'agit de chiffres basés sur des définitions et des populations différentes (en particulier, les données de surveillance portent sur des patients originaires d'Afrique, mais aussi d'Asie). Cependant, on peut faire l'hypothèse qu'une telle différence pourrait refléter, plus que la progression de la maladie entre l'initiation de la prise en charge et le moment de l'évaluation de la fibrose (2 ans en médiane), un phénomène d'attrition des personnes ayant une maladie peu avancée, parmi lesquelles le maintien d'un suivi régulier au long cours est particulièrement difficile. En outre, le délai de prise en charge après le diagnostic particulièrement court que nous rapportons dans notre étude (moins d'un an pour 86,5% des participants contre 47% parmi les personnes nées dans un pays de forte endémie dans les données de surveillance de l'InVS) pourrait témoigner du fait que cette attrition au cours du temps survient préférentiellement parmi les personnes ayant tardé à initier la prise en charge médicale après le diagnostic.

Ces résultats fournissent des informations utiles pour contribuer à améliorer le dépistage, la prévention de la transmission et la prise en charge de l'hépatite B parmi les personnes originaires d'Afrique subsaharienne, population particulièrement touchée par la maladie en France. Ces premiers résultats descriptifs seront prolongés par des analyses approfondies à partir des données de l'enquête ANRS-Parcours, afin notamment d'étudier le rôle des conditions de vie en France, de la trajectoire migratoire et de la situation administrative sur la prévention, le dépistage et le recours aux soins pour l'hépatite B au sein de cette population. ■

Remerciements

Les auteurs remercient toutes les personnes qui ont accepté de participer à l'enquête ANRS-Parcours.

Nous remercions également les associations qui ont apporté leur soutien à l'étude, notamment SOS Hépatites (Michelle Cizorne), le Comede (Pascal Revault, Arnaud Veisse, Laurence Wolmark), le RAAC-Sida (Réseau des associations africaines et caribéennes de lutte contre le sida) et le Forim (Jean-Charles Ahomadegbe, Khady Sakho).

Nos remerciements vont par ailleurs à Géraldine Vivier (Ined, service des enquêtes) et Anne Gervais (AP-HP) pour leur contribution à la préparation des questionnaires, ainsi qu'à Agnès Guillaume pour la communication sur l'enquête. Le recueil des données a été assuré par les sociétés ClinSearch et Ipsos.

L'enquête Parcours a été financée par l'Agence nationale de recherche contre le sida et les hépatites virales (ANRS), avec le soutien de la Direction générale de la santé.

Le Groupe ANRS-Parcours

Le groupe ANRS-Parcours est composé de A. Desgrées du Loué, F. Lert, R. Dray-Spira, N. Bajos, N. Lydié (responsables scientifiques), J. Pannetier, A. Ravalihasy, A. Gosselin, E. Rodary, D. Porette, J. Situ, P. Revault, P. Sogni, J. Gelly, Y. Le Strat, N. Razafindratsima.

Les investigateurs

Hôpital Beaujon, service d'hépatologie (A. Pumpo, T. Asselah, N. Guilly, N. Boyer, F. Mouri, C. Castelnau, M. Pouteau) ; *Hôpital Pitié-Salpêtrière, service d'hépatogastroentérologie et de médecine interne* (T. Poynard, Y. Benhamou, G. Bonyhay, P. Lebray, J. Massard, J. Moussali, V. Ratzu, M. Rudler, D. Thabut, R. Pais, E. Luckina, A. Simon, M-C. Samba, S. Pelletier, N. Smail) ; *Hôpital Paul Brousse, Centre hépatobiliaire* (J-C. Duclos Vallée, D. Samuel, A. Coilly) ; *CHU Henri Mondor, service d'hépatologie* (F. Roudot-Thoraval, C. Hezode, E. Lopes) ; *Hôpital Jean Verdier, service d'hépatogastroentérologie* (V. Bourcier, N. Ganne, P. Nahon, J. Cohelo, J-C. Trinchet, G. Gnkontchou, V. Grando, S. Brulé) ; *Hôpital Cochin, unité d'hépatologie* (P. Sogni, H. Fontaine, V. Mallet, S. Tripon, A. Vallet Pichard, S. Pol, M. Corouge, M. Benazra, A. Noble, L. Bousquet) ; *Hôpital Saint-Antoine, service d'hépatogastroentérologie* (D. Mohand, L. Serfaty, N. Carbonell, C. Corpechot, M. Lequoy, H. Mathiex-Fortunet, A. Pascale, O. Rosmorduc, O. Chazouillères, S. Mezhoud, T. Andreani, H. Regnault, A. Pujol-Robert, F. Benjelloun) ; *Hôpital Guin, service d'hépatogastroentérologie* (S. Levy) ; *Hôpital Avicenne, services de médecine interne et de maladies infectieuses* (D. Roulot, U. Warzocha, C. Cambonie, O. Bouchaud, F. Mechai, M. Goussef, N. Vignier, T. Kandel, P. Honore) ; *CH de Lagny Marne La Vallée, service de gastroentérologie* (F. Harnois, G. Macaigne, K. Fernandes) ; *Hôpital Lariboisière, services de médecine interne et d'hépatogastroentérologie* (J-F. Bergmann, P. Sellier, M. Bendenoun, J-D. Magnier, V. Ozenne) ; *Hôpital Tenon, services d'hépatogastroentérologie et de maladies infectieuses* (D. Ance, I. Popa-Gregoriou, F. Amiot, A. Garioud, J-D. Grangé, D. Chaslin-Ferbus, S. Gil-Diez, P. Bonnard, M-G. Lebrette, H. Cordel, F-X. Lescure, J-P. Vincensini, A. Adda Lievin, P. Thibault, N. Velazquez) ; *Centre hospitalier intercommunal de Créteil, service d'hépatogastroentérologie* (S. Barge, I. Rosa, L. Costes, L. Richier) ; *Réseau ARES 92* (A. Seif, C. Chandemerle, M. Lalande, T. Mazars) ; *Réseau Paris Nord* (J.P. Aubert, O. Taulera) ; *Centre de santé du Comede* (I. Alix, F. Fleury, O. Lefebvre, P. Revault, M. Petrucci, C. Menard).

Références

- [1] Alter MJ. Epidemiology of hepatitis B in Europe and worldwide. *J Hepatol.* 2003;39 Suppl 1:S64-9.
- [2] Meffre C, Le Strat Y, Delarocque-Astagneau E, Dubois F, Antona D, Lemasson JM, et al. Prevalence of hepatitis B and hepatitis C virus infections in France in 2004: social factors are important predictors after adjusting for known risk factors. *J Med Virol.* 2010;82(4):546-55.
- [3] La santé des exilés. Rapport Comede 2014. Le Kremlin-Bicêtre: Comité médical pour les exilés (Comede); 2015. 132 p. <http://www.comede.org/IMG/pdf/RapportComede2014.pdf>
- [4] Médecins du Monde. Observatoire de l'accès aux soins de la mission France. Rapport 2011. Paris: Médecins du Monde; 2012. 218 p. <http://www.medecinsdumonde.org/En-France/Observatoire-de-l-acces-auxsoins/Rapports>
- [5] Roudot-Thoraval F, Rosa I, Delacroix-Szmania I, Staedel B, Garrait V, El Ghazi L, et al. Dépistage des hépatites virales et accès aux soins chez les migrants : étude prospective d'une cohorte de 1327 personnes. Communication affichée CA 13*. 69^e Journées de l'AFEF; 28 septembre-1^{er} octobre 2011. Paris (France). http://www.afef.asso.fr/rc/org/afef/htm/Article/2010/htm-20101102-094633-535/src/htm_fullText/fr/Communications-affichees-simples-et-etoilees-2011.pdf

[6] Dhumeaux D, Dir. Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C. Rapport de recommandations 2014. Paris: EDP Sciences; 2014. 537 p. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Prise_en_charge_Hepatitis_2014.pdf

[7] Pioche C, Brouard C, Chevaliez S, Alric L, Couzigou P, Delarocque-Astagneau E, *et al.* Hépatite B chronique : prise en charge en France entre 2008 et 2011. *Bull Epidemiol Hebd.* 2014;(12):210-6. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=12046

[8] Pillonel J, Legrand D, Sommen C, Laperche S. Surveillance épidémiologique des donneurs de sang et risque résiduel de transmission du VIH, de l'HTLV, du VHC et du VHB par transfusion en France entre 2008 et 2010. *Bull Epidemiol Hebd.* 2012;(39-40):438-42. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=11020

[9] Enquête ANRS-Parcours. <http://www.parcours-sante-migration.com/>

[10] Immigrés et descendants d'immigrés en France. Insee Références. Édition 2012. <http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/sommaire.asp?codesage=IMMFRA12>

[11] Enel C, Minello A, Hillon P. Représentations des professionnels et dépistage des hépatites B et C chez les migrants : une étude qualitative en Côte-d'Or. *Santé Publique.* 2012;24(4):303-15.

Citer cet article

Dray-Spira R, Gigonzac V, Vignier N, Pannetier J, Sogni P, Lert F, *et al.* Caractéristiques des personnes originaires d'Afrique subsaharienne suivies pour une hépatite B chronique en Île-de-France en 2012-2013. Données de l'enquête ANRS-Parcours. *Bull Epidemiol Hebd.* 2015;(19-20):339-47. http://www.invs.sante.fr/beh/2015/19-20/2015_19-20_2.html

ARTICLE // Article

L'INFECTION PAR LE VIRUS DE L'HÉPATITE DELTA. DONNÉES FRANÇAISES RÉCENTES

// THE HEPATITIS DELTA VIRUS INFECTION: RECENT DATA IN FRANCE

Emmanuel Gordien (emmanuel.gordien@avc.aphp.fr)

Centre national de référence associé hépatite Delta, Unité de virologie du laboratoire de bactériologie, virologie, hygiène ; Hôpitaux universitaires de Paris Seine-Saint-Denis, site Avicenne, Bobigny, France

Soumis le 21.01.2015 // Date of submission: 01.21.2015

Résumé // Abstract

L'infection par le virus de l'hépatite Delta (VHD), satellite du virus de l'hépatite B (VHB), est considérée comme la forme la plus sévère de l'hépatite virale aiguë ou chronique. Elle est responsable d'hépatites fulminantes aiguës ou d'hépatites chroniques graves pouvant évoluer rapidement vers la cirrhose et le carcinome hépatocellulaire.

En dépit de données manquantes dans de nombreuses régions du monde endémiques pour le VHB, et malgré des campagnes de vaccination anti-VHB conduites dans plusieurs pays, l'infection à VHD est loin d'être une maladie en voie de disparition dans le monde, avec environ 15 à 20 millions de sujets infectés. En effet, les études récentes conduites dans différents pays d'Europe, aux États-Unis, en Australie, en Afrique, au Moyen-Orient et en Asie ont montré une prévalence de l'infection Delta (définie par le taux de portage des anticorps anti-VHD chez les patients VHB positifs) plus importante que prévue et l'existence de régions de forte endémie.

La réalité de l'infection à VHD en France est peu connue. L'objectif de cette étude est de tenter de faire un état de la situation à partir de l'analyse : (1) des données de l'étude nationale réalisée par l'Institut de veille sanitaire chez les patients nouvellement pris en charge pour une hépatite B chronique entre 2008 et 2010 ; (2) d'études réalisées chez les donneurs de sang par l'Institut national de la transfusion sanguine associé au Centre national de référence (CNR) des hépatites B, C et Delta ; (3) des différentes études conduites par le CNR associé hépatite Delta et (4) des résultats préliminaires de l'étude Deltavir, réalisée chez plus de 1 000 patients ayant présenté une infection à VHD active et dont les souches virales collectées de façon prospective de 2001 à 2013 sont conservées dans la bibliothèque du CNR associé hépatite Delta.

Cette analyse montre une prévalence faible de l'infection VHD en France, avec un portage des anticorps anti-VHD chez 4% des patients VHB positifs. Ces patients sont originaires principalement de pays de forte ou de moyenne endémie. Toutes ces études fournissent des données épidémiologiques, démographiques, cliniques et biologiques de l'infection Delta en France, ainsi que les caractéristiques virologiques des souches infectantes. Elles indiquent la nécessité absolue d'effectuer le dépistage des anticorps anti-VHD chez tous les patients infectés par le VHB, ainsi que la quantification de la charge virale du VHD chez les patients positifs à l'aide de techniques diagnostiques prenant en compte la grande diversité génétique du VHD.