



Hospices Civils de Lyon

Enjeux du dépistage des Hépatites en direction des migrants nés à l'étranger et/ou précaires.

François Bailly

Service d'Hépatologie et d'addictologie, Hôpital de la Croix Rousse, Lyon.

Journée Régionale des Centres d'Accueil des Demandeurs d'Asile et autres structures d'accueil de migrants

Prévention et dépistage du VIH et des Hépatites virales

Lyon le 24/09/21

Introduction

- Prévalence des infections à VHB et VHC élevée dans la plupart des pays d'où viennent les migrants arrivant en France
 - Découverte des infections lors de l'arrivée en Europe
 - Immigration parfois motivée pour accéder à un traitement
 - Contamination possible lors du voyage ou à l'arrivée ?
- Pathologies chroniques pouvant être traitées
- Représentations souvent très péjoratives de ces pathologies
- L'enjeu du dépistage est de pouvoir accompagner aux soins les sujets dépistés
- Impact parfois majeur du contexte social dans la prise en charge médicale
- Intrications médico-administrative complexes : peu de visibilité sur les résultats des démarches administratives, accompagnement difficile
- Travail en équipe médico-sociale indispensable

Quelques notions sur les hépatites virales

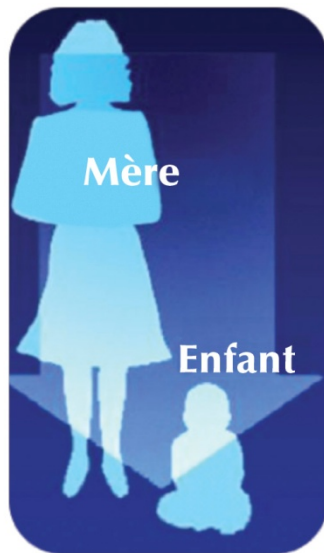
A, B, C, D, E...

VHB et VHD

Transmission de l'hépatite B

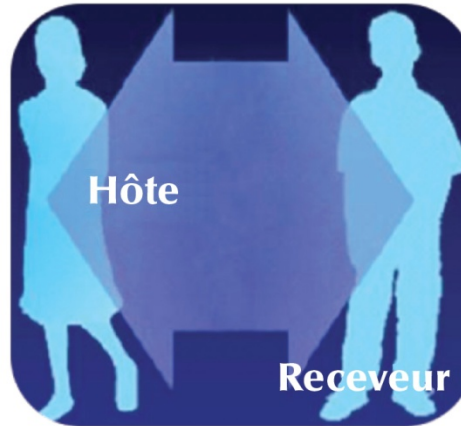
Transmission verticale (périnatale)¹

90 % des nourrissons infectés développent une infection chronique



- De la mère à l'enfant (périnatale)

Transmission horizontale¹



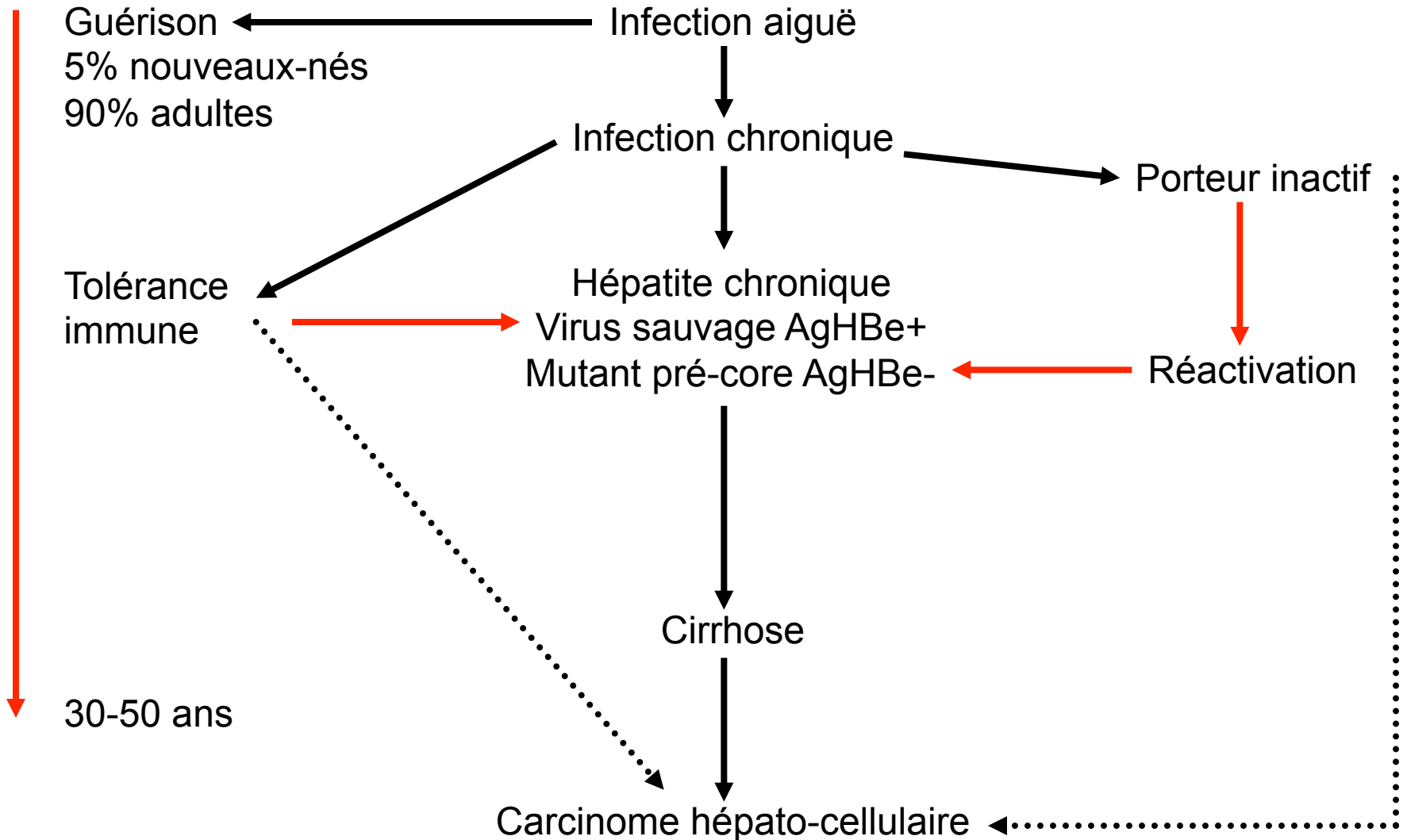
6 % des personnes infectées après l'âge de 5 ans développent une infection chronique

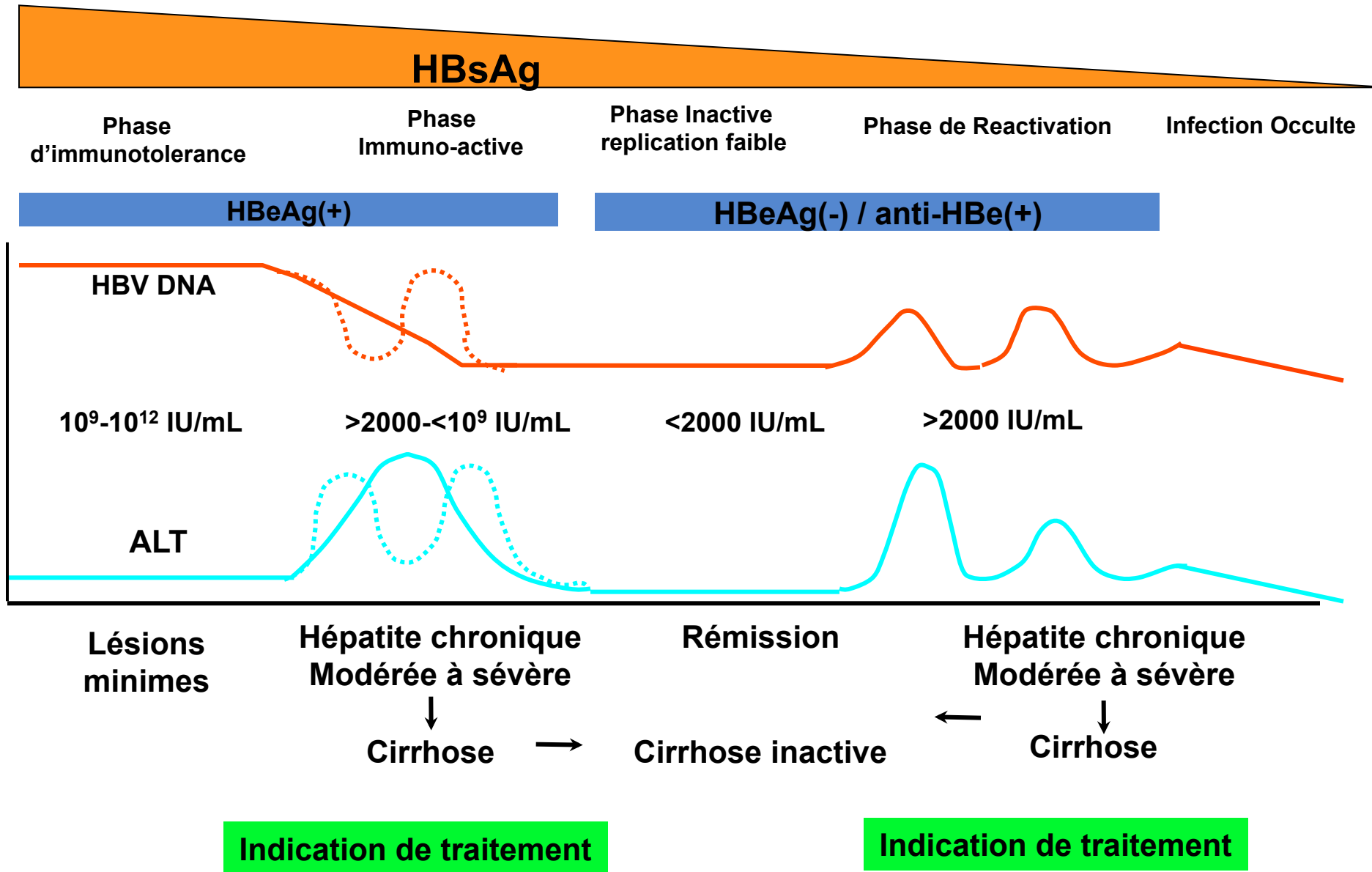
- D'enfant à enfant
- Aiguilles contaminées
- Partage d'objets personnels : brosse à dents, rasoir
- Contacts sexuels
- Professionnels de santé
- Transfusion sanguine

VHB : transmission

- Maladie sexuellement et familialement transmissible....
- Impact sur :
 - Sexualité
 - Procréation
 - Impact social et relationnel
 - Enquêtes familiales...
- Culpabilité
- Exclusion
- Vécu traumatique

Histoire naturelle de l'hépatite B

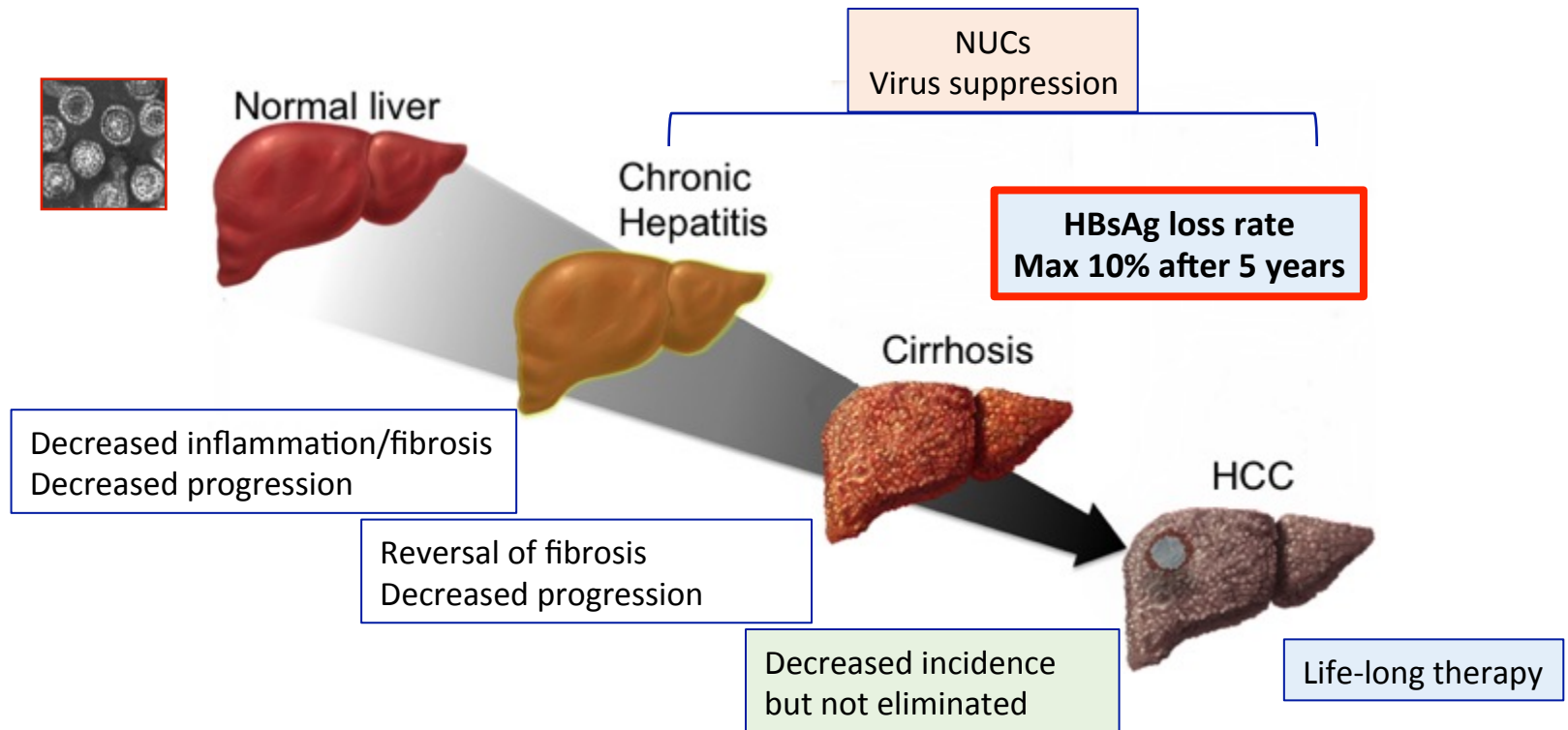




VHB : pathologie complexe

- Histoire incertaine, prévisions difficiles
- Le même virus pourra avoir un impact très différent dans une même famille ou un même couple..
- Même la guérison peut être remise en question
- Insécurité pour les patients mais aussi les employeurs etc...
- Discriminations possible dans ces situations...

Traitements actuels: virosuppression et contrôle prolongé de la maladie



VHB : traitements

- Traitements longs
- Indications complexes
- Pb de l'observance et de la poursuite de l'accès aux droits
- Acceptation du traitement ou de l'absence de traitement
- Compréhension des objectifs

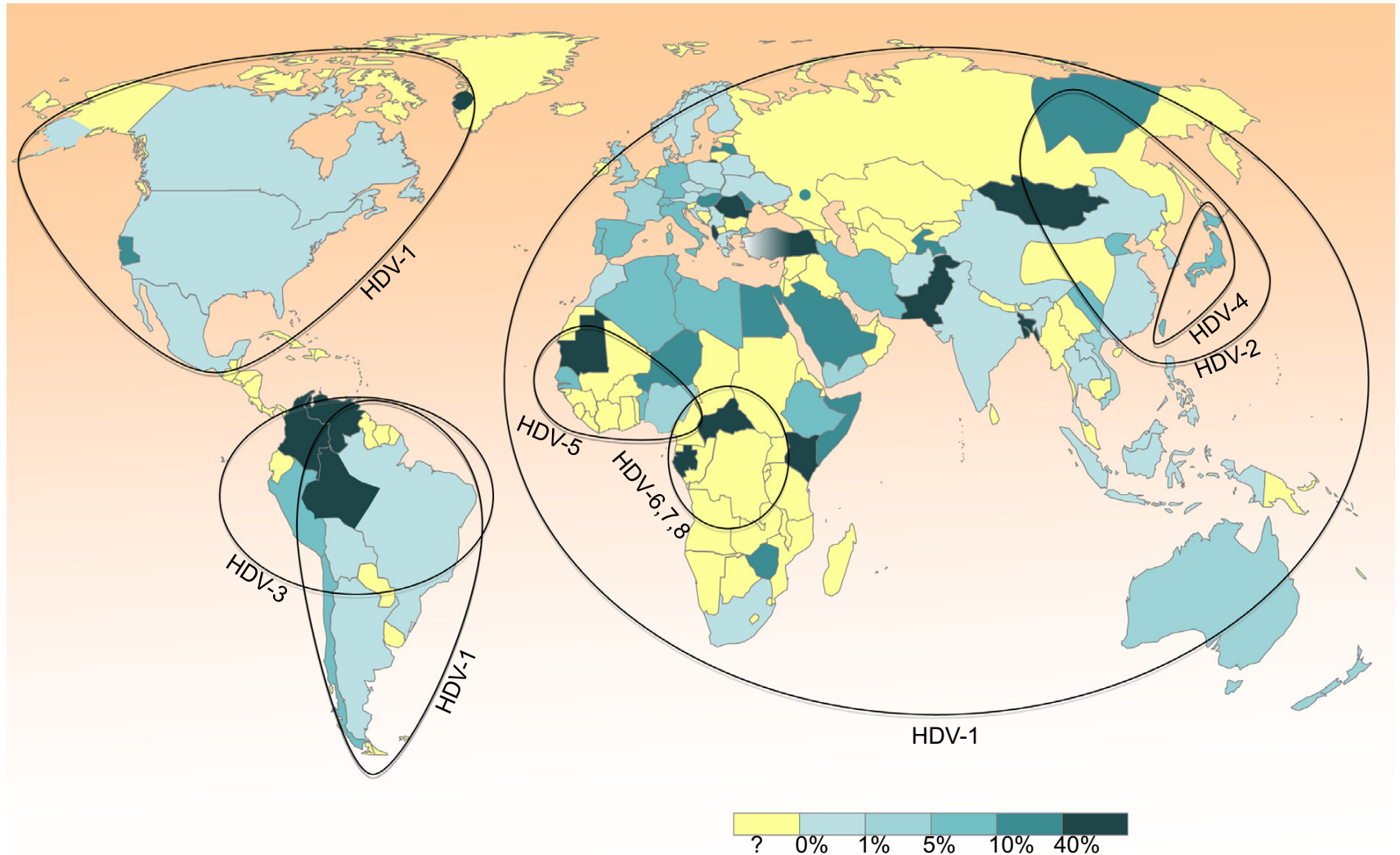
VHB : vaccin

- Vaccin efficace
- Meilleur outil de prévention (couples, familles..)

Mais

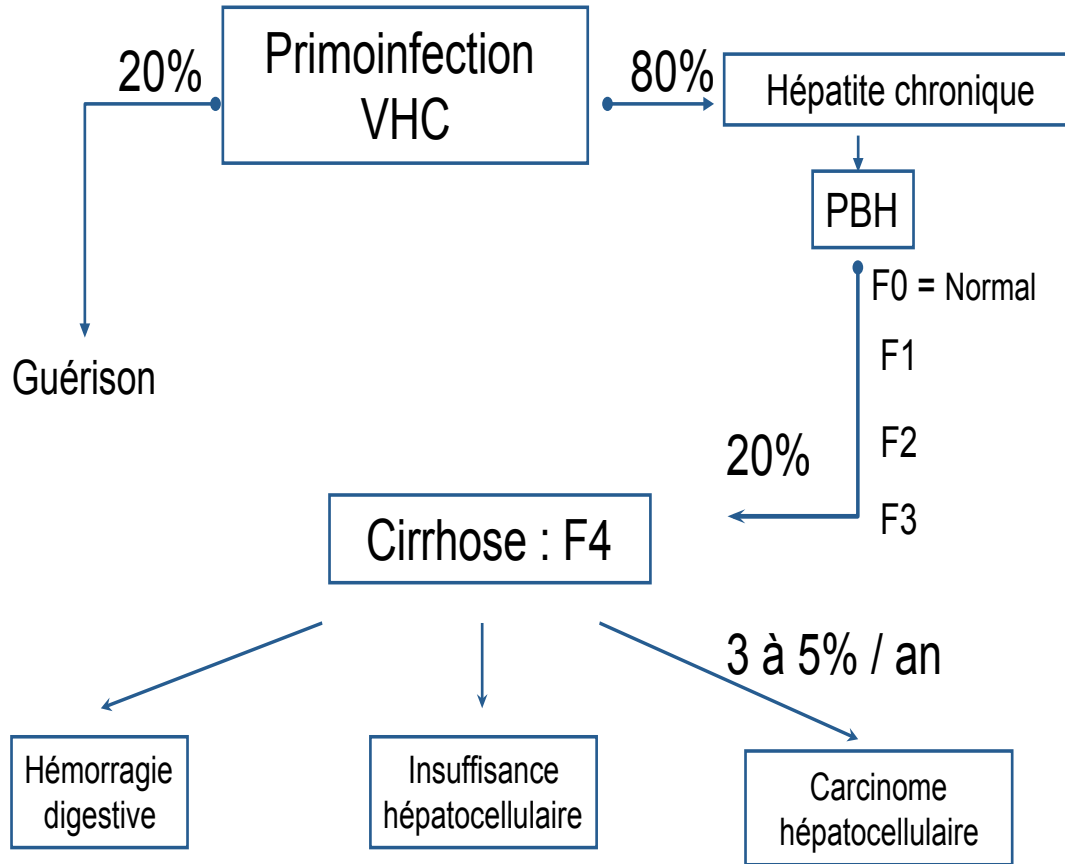
- Obstacles à la vaccination qui persistent
- Peurs...
- Vaccinations incomplètes
- Vaccin obligatoire dans certaine professions...

Prévalence du Virus de l'hépatite Delta Virus défectif pouvant être associé au VHB



VHC

Histoire naturelle de l'infection par le VHC



Facteurs de progression des maladies hépatiques

Hôte

Modifiable

- Consommation d'alcool
- Stéatose hépatique non alcoolique
- Obésité
- Résistance à l'insuline

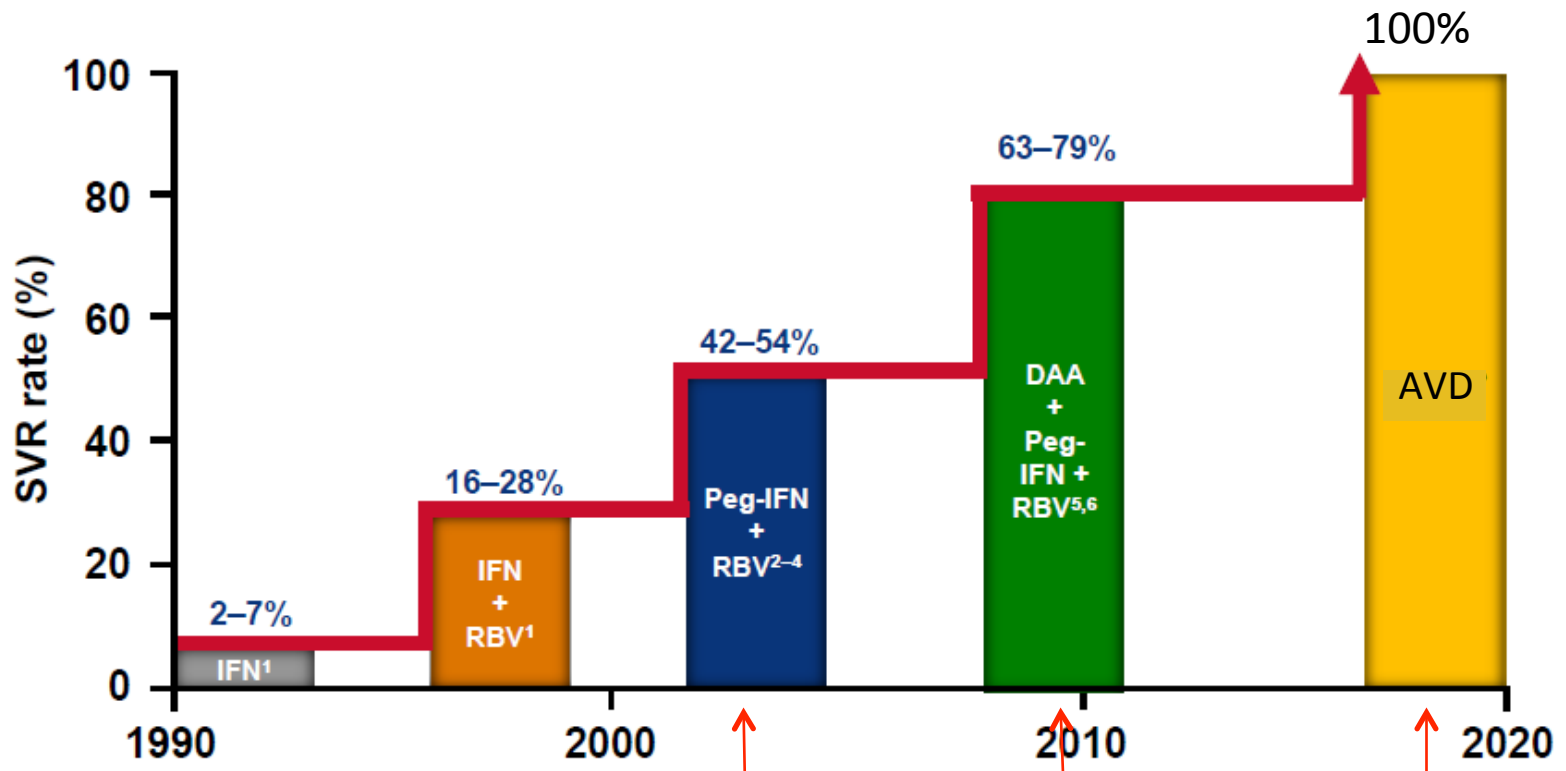
Non modifiable

- Stade de fibrose
- Stade d'inflammation
- Âge avancé au moment de l'infection
- Sexe masculin

Viral

- Génotype 3
- Co-infection au VHB ou VIH

Guérison de l'hépatite C sous traitement antiviral

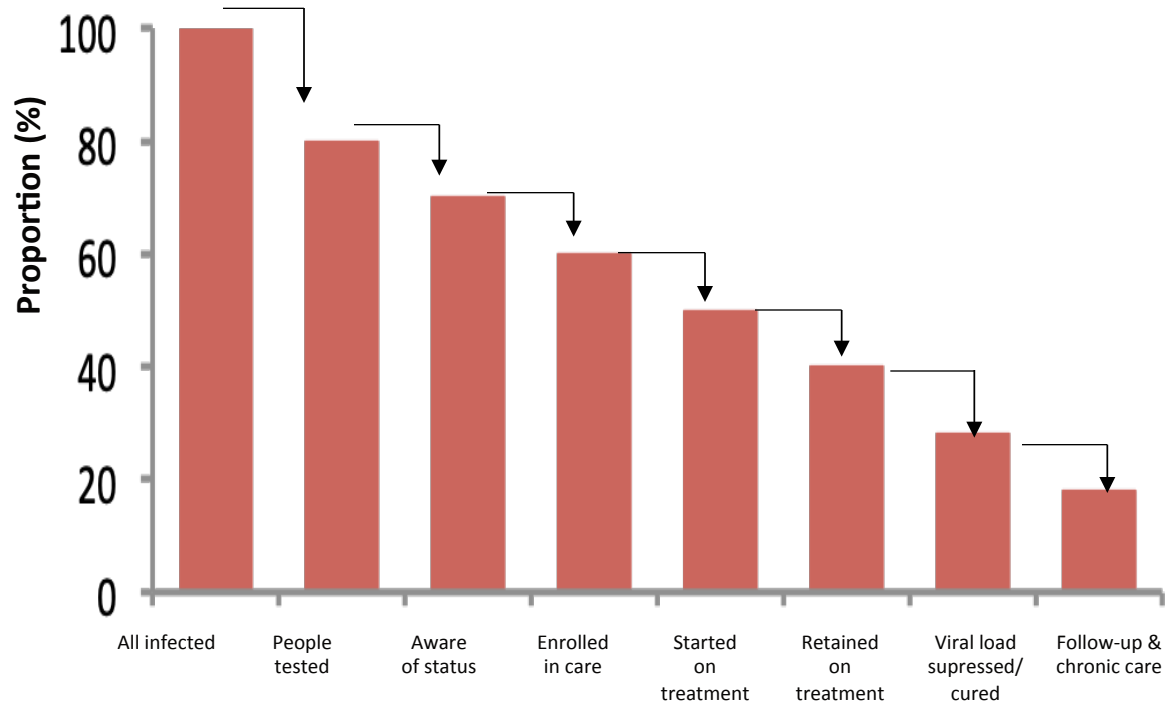


- Effets secondaires nombreux et parfois sévères
- Traitements longs : 6 à 12 mois
- Peu ou pas d'effets secondaires
- Traitement de 8 à 12 semaines

Le VHC en 2021 ?

- Jusqu'en 2016 : maladie chronique, cirrhose, cancer, traitements peu efficaces et mal tolérés
- Révolution thérapeutique durant les 4 dernières années :
 - **GUERISON** possible de tous les patients atteints d'hépatite C
 - Accès universel aux antiviraux en France depuis mars 2017
 - Elargissement de la prescription des antiviraux à l'ensemble des médecins
- Disparition des obstacles au traitement et simplification de la prise en charge et du suivi thérapeutique
- Nouveaux messages et nouvelles perspectives pour tous les patients et les médecins
- Impact sur les stratégies de dépistage et de prise en charge : populations oubliées....
- Objectif d'élimination du VHC en France en 2025 :
Diminution de l'incidence de 90% et de la mortalité de 65%

La cascade de l'hépatite C



Dépistage – Traitement - Prévention

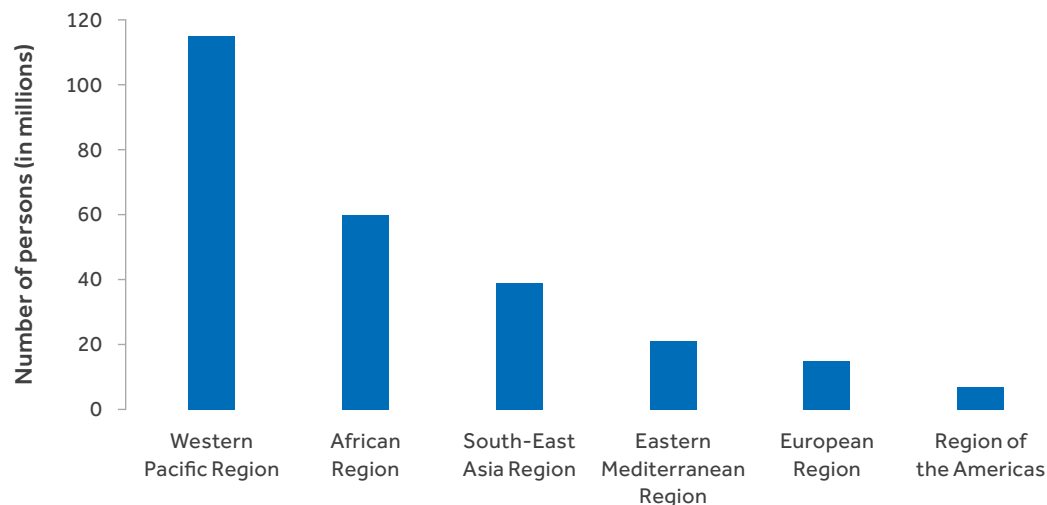
Epidémiologie actuelle

Pourquoi est-ce un enjeu chez les migrants ?

VHB

Prévalence

Table 2 (with graph). Prevalence of HBV infection (HBsAg) in the general population by WHO region, 2015: the WHO African and Western Pacific regions have the highest prevalence and the largest number of persons living with HBV

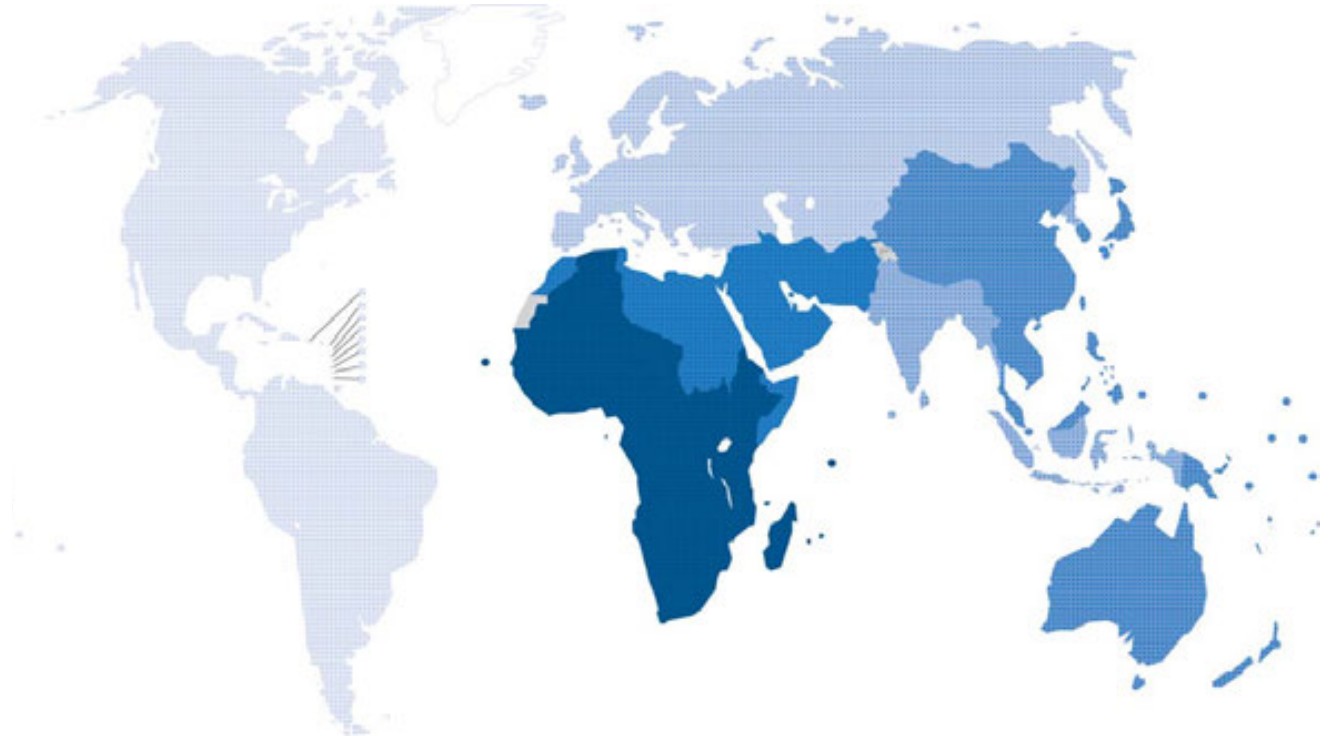


WHO region	Estimates of the prevalence of HBV infection (%)			Estimated number of persons living with HBV (millions)		
	Uncertainty interval (95%)			Uncertainty interval (95%)		
	Best	Lower	Higher	Best	Lower	Higher
African Region	6.1	4.6	8.5	60	45	84
Region of the Americas	0.7	0.4	1.6	7 ^a	4	16
Eastern Mediterranean Region	3.3	2.6	4.3	21	17	28
European Region	1.6	1.2	2.6	15	11	23
South-East Asia Region	2.0	1.5	4.0	39	29	77
Western Pacific Region	6.2	5.1	7.6	115	93	140
Total	3.5	2.7	5.0	257	199	368

Table 1 (with map). Cumulated incidence of chronic HBV infection, 2015 (prevalence of HBsAg in children under 5 years) after the use of the vaccine by WHO region: about 1.3% of under-5 children have developed chronic HBV infection

VHB

Incidence

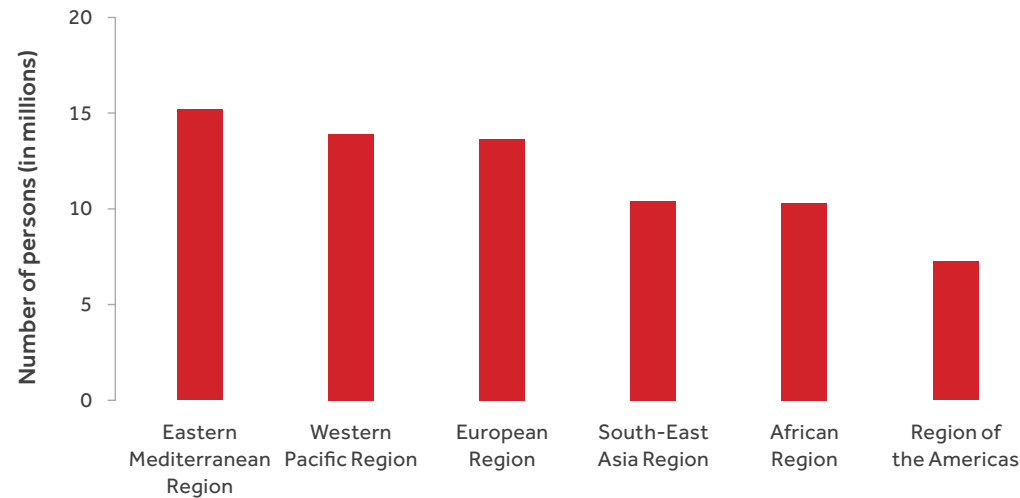


WHO region	Map key	Prevalence of HBsAg (%)		
		Best	Uncertainty intervals	
			Lower	Higher
African Region		3.0	2.0	4.7
Region of the Americas		0.2	0.1	0.5
Eastern Mediterranean Region		1.6	1.2	2.1
European Region		0.4	0.2	0.8
South-East Asia Region		0.7	0.5	1.6
Western Pacific Region		0.9	0.6	1.3
Total		1.3	0.9	2.2

VHC

Prévalence

Table 4 (with graph). Prevalence of HCV infection (HCV RNA positive) in the general population, by WHO region, with uncertainty intervals, 2015: 71 million persons living with HCV worldwide

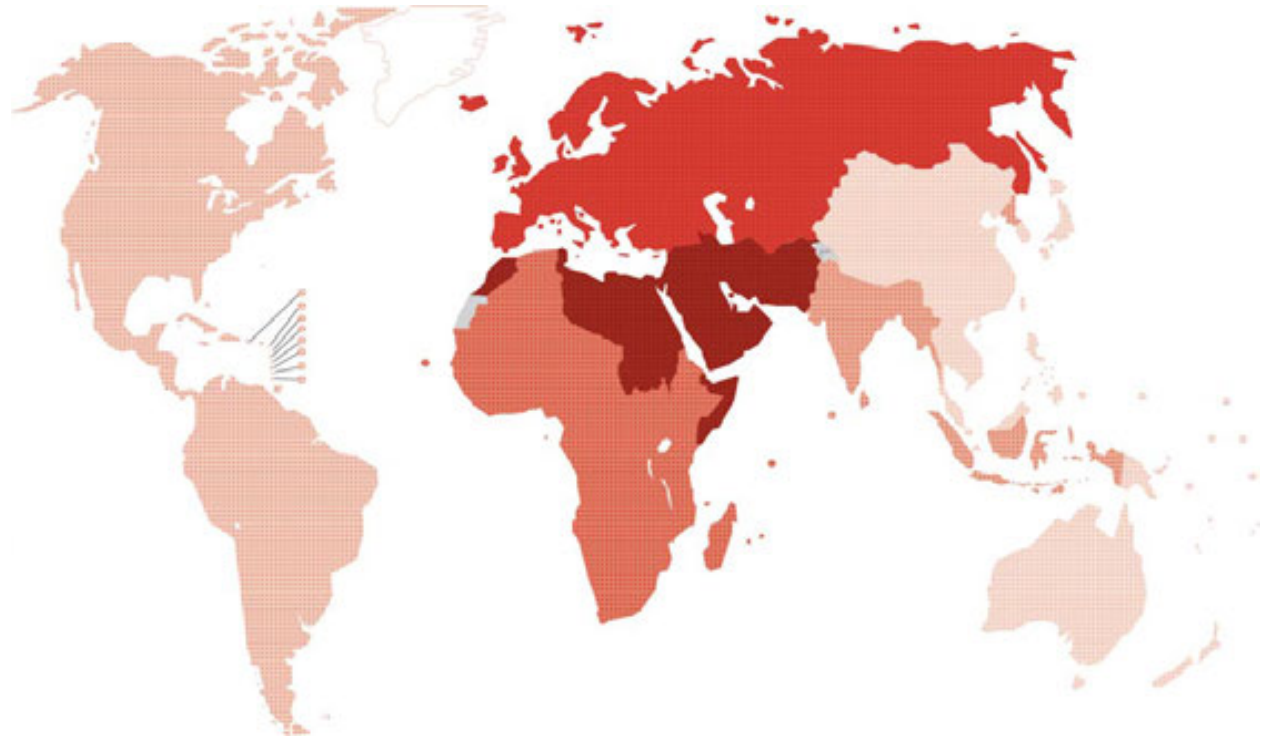


WHO region	Estimates of the prevalence of HCV infection (%)			Estimated number of persons living with HCV (millions)		
	Best	Uncertainty interval		Best	Uncertainty interval	
		Lower	Higher		Lower	Higher
African Region	1.0	0.7	1.6	11	7	16
Region of the Americas	0.7	0.6	0.8	7	6	8
Eastern Mediterranean Region	2.3	1.9	2.4	15	13	15
European Region	1.5	1.2	1.5	14	11	14
South-East Asia Region	0.5	0.4	0.9	10	8	18
Western Pacific Region	0.7	0.6	0.8	14	10	15
Total	1.0	0.8	1.1	71	62	79

Table 3 (with map). Incidence of HCV infection in the general population, by WHO region, 2015:
1.75 million new infections in 2015

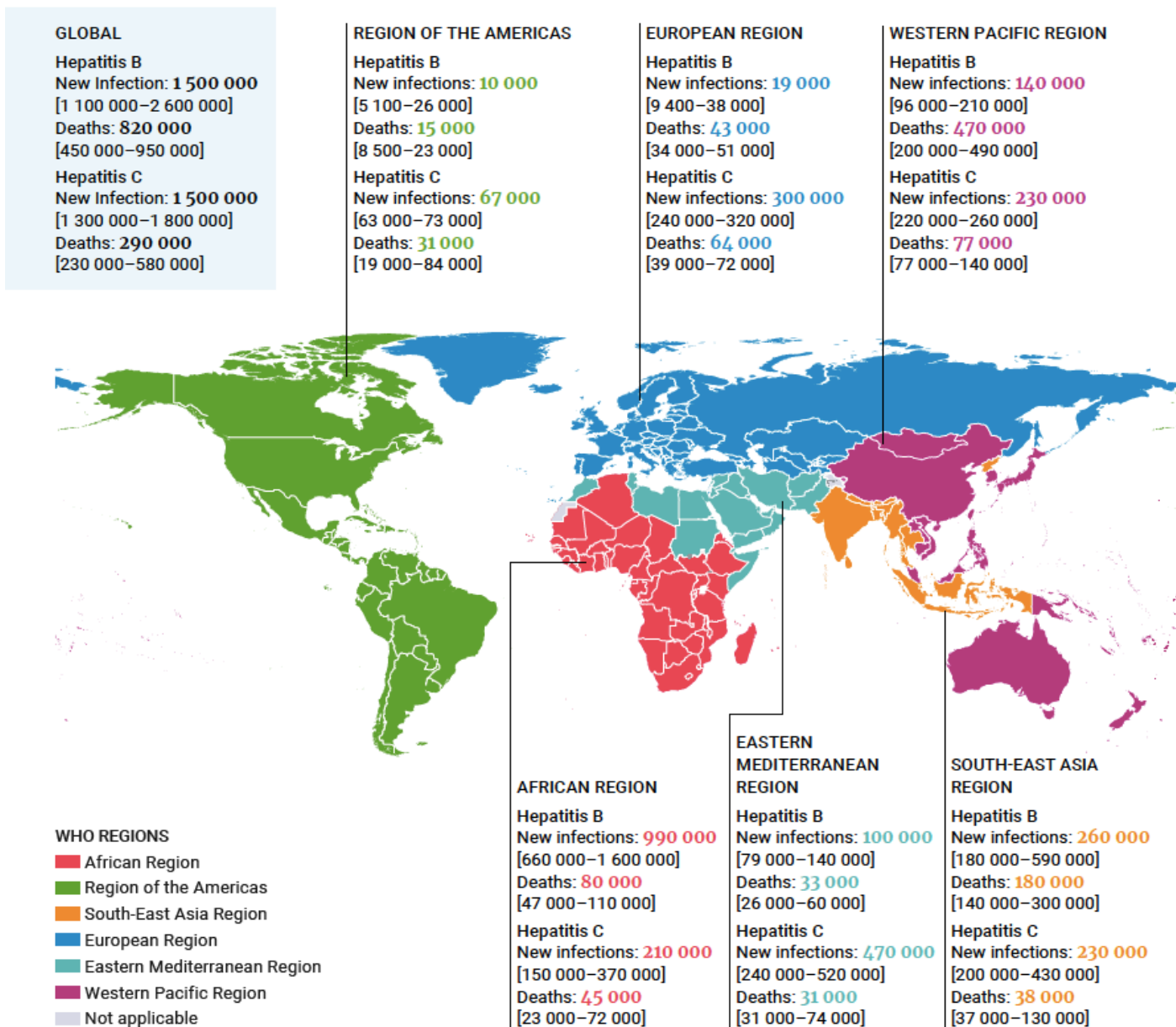
VHC

Incidence



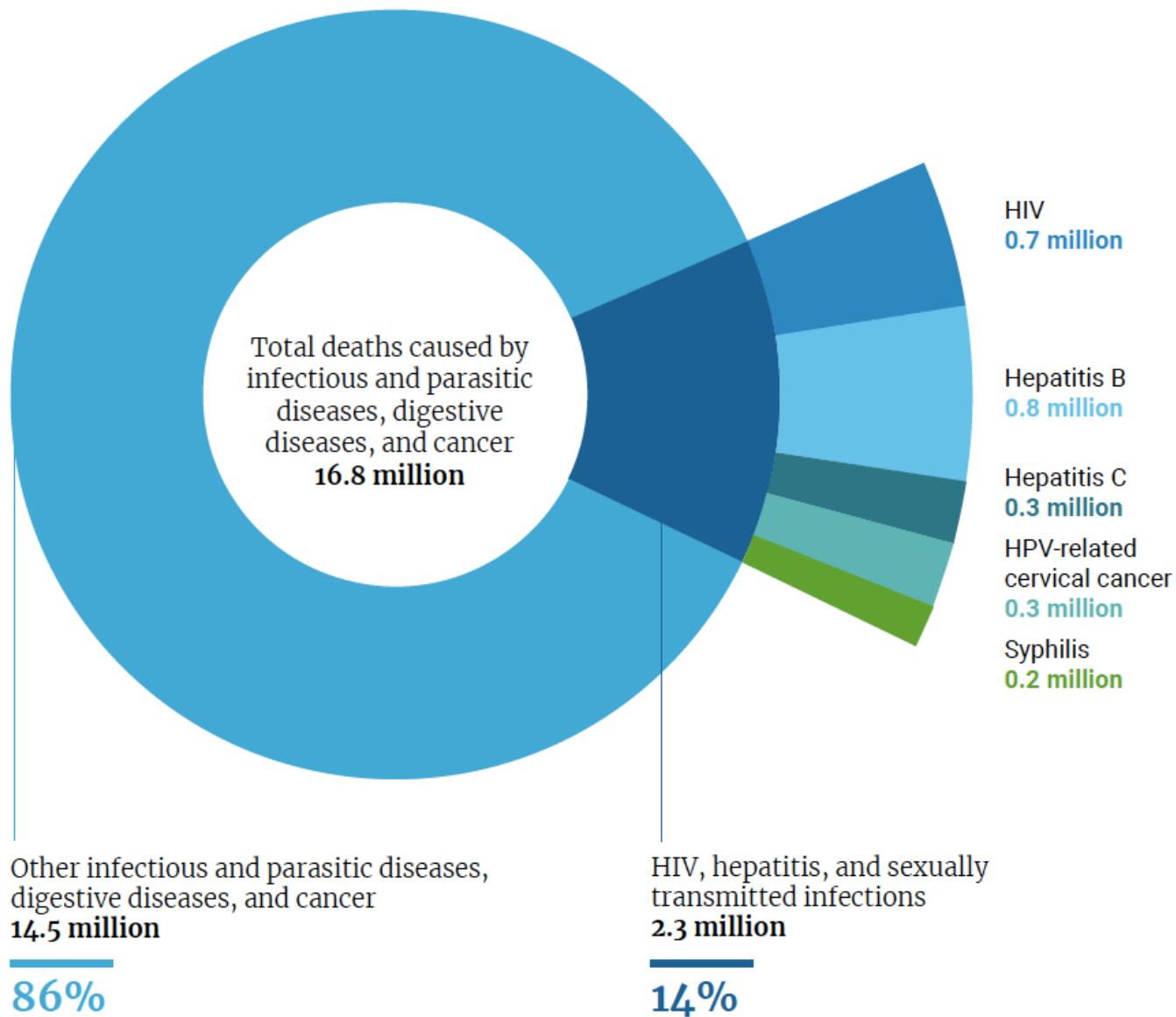
WHO region	Map key	Incidence of HCV infection			
		Incidence rate (per 100 000)		Total number (000)	
		Best estimate	Uncertainty interval	Best estimate	Uncertainty interval
African Region		31.0	22.5–54.4	309	222–544
Region of the Americas		6.4	5.9–7.0	63	59–69
Eastern Mediterranean Region		62.5	55.6–65.2	409	363–426
European Region		61.8	50.3–66.0	565	460–603
South-East Asia Region		14.8	12.5–26.9	287	243–524
Western Pacific Region		6.0	5.6–6.6	111	104–124
Global		23.7	21.3–28.7	1 751	1 572–2 120

Fig. 6. Hepatitis B and C new infections and mortality by WHO region, 2019



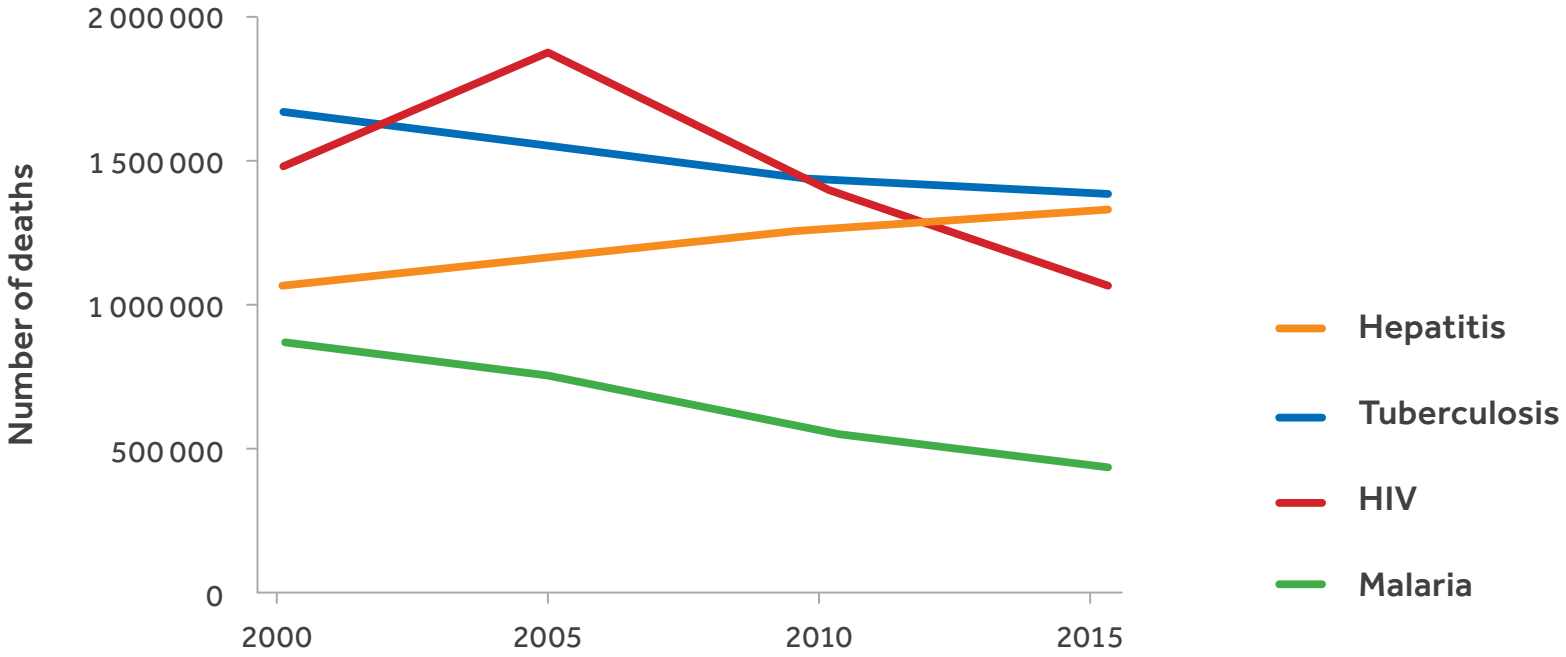
Sources: WHO, 2021

Fig. 2. Deaths related to HIV, viral hepatitis and STIs among all deaths related to infectious and parasitic diseases, digestive diseases, and cancer, 2019



Mortalité liée aux hépatites virales en hausse

Fig. 2. Global annual mortality from hepatitis, HIV, tuberculosis and malaria, 2000–2015: unlike HIV, tuberculosis and malaria, the trend in mortality from viral hepatitis is increasing



L'accès aux soins demeure le problème majeur

Fig. 8. Cascade of care for HCV infection, by WHO region, 2015

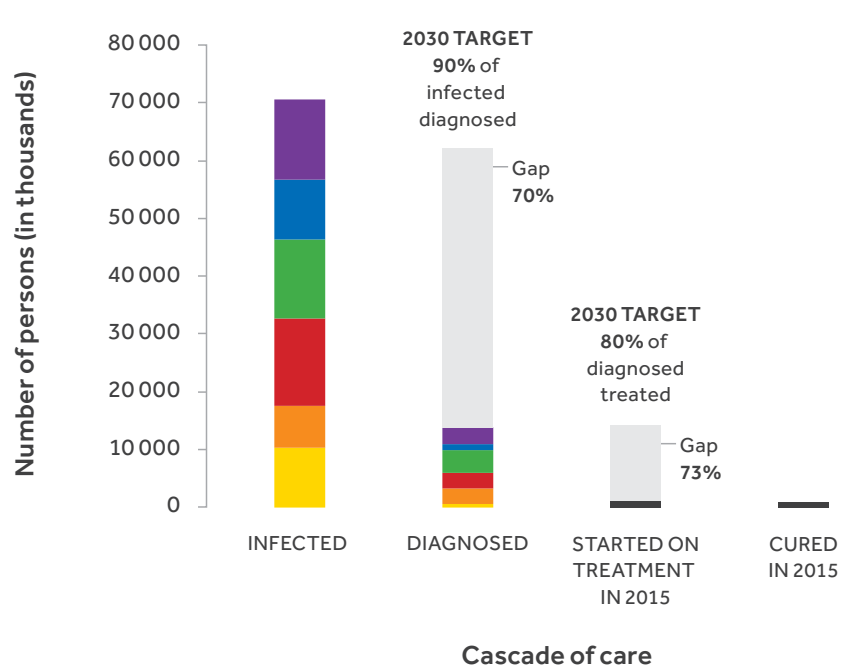
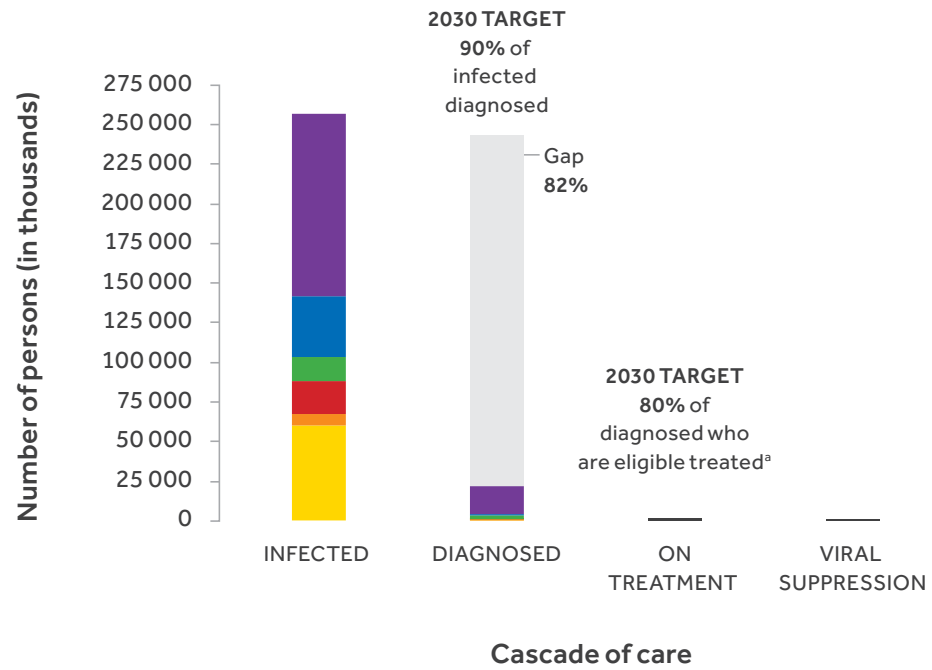


Fig. 7. Cascade of care for HBV infection, by WHO region, 2015: effective treatment is underused in most regions

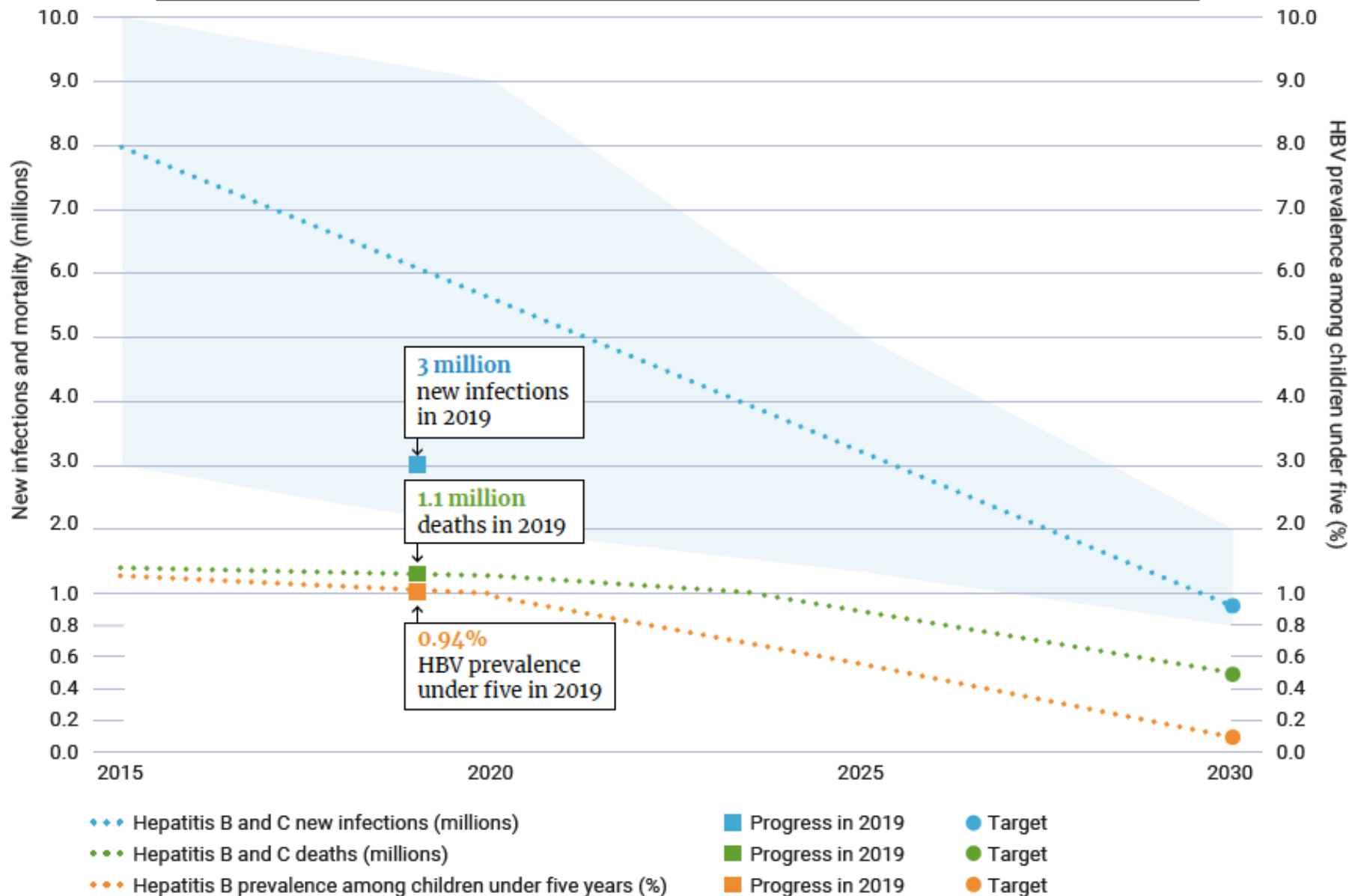


- African Region
- Region of the Americas
- Eastern Mediterranean Region
- European Region
- South-East Asia Region
- Western Pacific Region



Impact	
Targets (by 2020 and 2030)	Status
<ul style="list-style-type: none"> • 30% reduction in new cases of chronic viral hepatitis B and C infections by 2020, 90% reduction by 2030 • 10% reduction in viral hepatitis B and C deaths by 2020, 65% reduction by 2030 	<ul style="list-style-type: none"> • 1.5 million [1.1 million–2.6 million] people were newly infected with chronic hepatitis B infection in 2019 • 1.5 million [1.3 million–1.8 million] people were newly infected with chronic hepatitis C infection in 2019 • 820 000 [450 000–950 000] people died from hepatitis B infection–related causes in 2019 • 290 000 [230 000–580 000] people died from hepatitis C infection–related causes in 2019
Service coverage	
<ul style="list-style-type: none"> • 90% coverage of hepatitis B virus vaccine (third dose) by 2020 • 50% coverage of prevention of mother-to-child transmission of hepatitis B virus by 2020, 90% coverage by 2030 • 95% of blood donations screened in a quality-assured manner by 2020, 100% screened by 2030 • 50% of injections administered with safety-engineered devices in and out of health facilities by 2020, 90% by 2030 • 200 sterile needles and syringes provided per person who injects drugs per year by 2020, 300 by 2030 • 30% of chronic viral hepatitis B and C infections diagnosed by 2020, 90% by 2030 • 80% of eligible people with chronic hepatitis B and C virus infection treated by 2030, respectively 	<ul style="list-style-type: none"> • 85% coverage of hepatitis B vaccine (third dose) in 2019 • 43% global coverage for timely birth dose of hepatitis B vaccine in 2019 • Only baseline data available: 97% of donations screened with quality assurance in 2015 • 3.9% reuse of injection equipment in 2017 • 33 syringes or needle sets per person who injects drugs per year in 2017 • 30.4 million [24.3 million–38.0 million] people living with hepatitis B knew their hepatitis B status in 2019 • 6.6 million [5.3 million–8.3 million] people diagnosed with hepatitis B received treatment in 2019 • 15.2 million [11.2 million–19.0 million] people living with hepatitis C knew their hepatitis C status in 2019 • 9.4 million [7.5 million–11.7 million] people diagnosed with hepatitis C infection had been treated using direct-acting antiviral drugs between 2015 and 2019

**NEW HEPATITIS B AND C INFECTIONS AND MORTALITY AND HEPATITIS B PREVALENCE AMONG CHILDREN:
2030 TARGETS AND PROGRESS IN 2019**



Source: WHO, 2021.

Prévalence des hépatites B et C en population générale métropolitaine (Barotest 2016)

Hépatite chronique C (ARN VHC +)

Prévalence : 0,30% (IC 95% 0,13-0,70)

→ 133 466 personnes infectées (IC 95% 56 880-312 626)

Dont 80,6% (IC 95% 44,2-95,6) connaissent leur infection

→ 25 892 non diagnostiquées (IC 95% 5,873-74 474)

Hépatite chronique B (Ag HBs +)

Prévalence : 0,30% (IC 95% 0,13-0,70)

→ 135 706 personnes infectées (IC 95% 58 224-313 960)

Dont 17,5% (IC 95% 4,9-46,4) connaissent leur infection

→ 111 957 non diagnostiquées (IC 95% 72 738-129 056)

BS-2016 : 20 032
personnes interviewées

BaroTest : 17 781
personnes sollicitées

39%

6 945 personnes
ayant renvoyé un
buvard exploitable

ÉTUDE NATIONALE SUR LES CARACTÉRISTIQUES DES PERSONNES MIGRANTES CONSULTANT DANS LES PERMANENCES D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ EN FRANCE EN 2016

Motifs de consultation déclarés et/ou diagnostics, Permanences d'accès aux soins de santé (PASS), France, 2016

	Proportion par spécialités n (%) N=1 421 motifs déclarés*	Proportion par motif/pathologie** n (%) N=803 patients
Pathologies digestives	188 (13,2%)	Douleur abdominale : 77 (9,6%) Pathologie intestinale : 17 (2,1%) Pathologie gastroduodénale : 12 (1,5%)
Maladies infectieuses	185 (13,0%)	Hépatite B chronique : 26 (3,2%) Hépatite C chronique : 11 (1,4%) VIH : 7 (0,8%) Examen de dépistage d'IST : 37 (4,6%)
Pathologies musculo-squelettiques	171 (12,0%)	Douleurs articulaires : 101 (12,6%) Arthrose : 18 (2,2%)
Autres symptômes et pathologies	103 (7,2%)	Anomalie des examens sanguins : 9 (1,1%)
Pathologies psychiatriques	99 (7,0%)	Dépression et/ou anxiété : 46 (5,7%)
Pathologies néphrologiques et urologiques	83 (5,8%)	Hypertrophie prostatique : 16 (2,0%)
Pathologies endocriniennes	78 (5,5%)	Diabète (tous types confondus) : 48 (6,0%) Obésité : 10 (1,2%) Dyslipidémie : 3 (0,4%)
Pathologies vasculaires	76 (5,3%)	Hypertension essentielle : 58 (7,2%) Phlébite : 1 (0,1%)
Pathologies neurologiques	69 (4,9%)	Épilepsie : 8 (1%)
Pathologies pulmonaires	65 (4,6%)	Asthme : 1 (0,1%) Maladie chronique pulmonaire : 1 (0,1%)
Pathologies dermatologiques	61 (4,3%)	
Traumatologie	54 (3,8%)	Traumatologie et plaies*** : 57 (7,1%)
Grossesse	53 (3,7%)	Examen et test de grossesse : 10 (1,2%) Interruption volontaire de grossesse : 3 (0,4%) Douleur thoracique : 29 (3,6%)
Pathologies cardiaques	34 (2,4%)	Coronaropathie : 8 (1%) Anomalie du rythme cardiaque : 6 (0,7%)
Pathologies ophtalmologiques	29 (2,0%)	
Pathologies dentaires	26 (1,8%)	
Pathologies ORL	20 (1,4%)	
Pathologies tumorales	14 (1,0%)	
Pathologies hématologiques	12 (0,8%)	Anémie : 2 (0,2%) Drépanocytose : 1 (0,1%)
Autres		Renouvellement d'ordonnance : 67 (8,3%) Vaccination antigrippale : 4 (0,5%) Autre vaccination : 1 (0,1%)

DÉPISTAGE DU VIH, DES HÉPATITES ET DES IST CHEZ LES PERSONNES MIGRANTES PRIMO- ARRIVANTES AU CASO DE MÉDECINS DU MONDE DE SAINT-DENIS, DE 2012 À 2016

Dépistages réalisés, perdus de vue et statut sérologique antérieur, lors de la consultation de dépistage des infections sexuellement transmissibles au Caso de Saint-Denis, 2012-2016

	VIH	VHB (Ag HBs+)	VHC (Ac anti-VHC)	Syphilis	Gonocoques	<i>Chlamydiae</i>
Tests réalisés						
N	1 028	1 032	1 037	972	546	546
dont N positifs	37	112	85	16	9	35
% positifs	3,6%	10,9%	8,2%	1,6%	1,6%	6,4%
Non venus chercher des résultats						
N	127	124	128	110	61	61
dont N positifs	4	10	8	3	1	6
Positivité par région de naissance (%)						
Afrique subsaharienne	5,5%	14,3%	3,4%			
Sous-continent indien	1,0%	7,0%	16,6%			
Europe de l'Est	0,0%	6,2%	9,6%			
Afrique du Nord	1,6%	3,2%	9,7%			
Positivité par sexe (%)						
Femmes	8,7%	9,9%	2,8%	0,9%	0,7%	4,0%
Hommes	2,1%	11,2%	9,1%	1,9%	2,0%	7,3%
Connaissance du statut sérologique (%)						
Femmes	48,2%	21,3%	19,0%	9,5%	-	-
Hommes	34,8%	21,9%	24,9%	6,4%	-	-
Total	37,8%	21,7%	23,5%	7,1%	-	-
<i>Caso de France*</i>	30,0%	25,0%	25,0%	-	-	-

INFECTIONS PAR LE VHB ET LE VHC CHEZ LES PERSONNES MIGRANTES, EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ, REÇUES AU COMEDE ENTRE 2007 ET 2016

Statut sérologique vis-à-vis du VHB et du VHC chez les personnes ayant réalisé un bilan de santé au Comede en 2014

	VHB		VHC	
	Résultats des marqueurs	%	Résultats des marqueurs	%
Pas de contact viral infectieux retrouvé	Ag HBs négatif Ac anti-HBs négatifs Ac anti-HBc négatifs	48,7	Ac anti-VHC négatifs	97
Immunité vaccinale pour le VHB	Ag HBs négatif Ac anti-HBs négatifs Ac anti-HBs positifs	6		
Contact viral infectieux	Ag HBs positifs et/ou Ac anti-HBc positifs	45,3	Ac anti-VHC positifs	3
<i>Antécédent d'infection</i>	Ag HBs négatif Ac anti-HBs positifs Ac anti-HBc positifs	<i>25,1</i>	Ac anti-VHC positifs ARN VHC négatif	<i>1</i>
<i>Infection chronique</i>	Ag HBs positif Ac anti-HBc positifs	<i>9,4</i>	Ac anti-VHC positifs ARN VHC positif	<i>2</i>
<i>Infection par le VHB dite « occulte »</i>	Ag HBs négatif Ac anti-HBs négatifs Ac anti-HBc positifs	<i>10,8</i>		

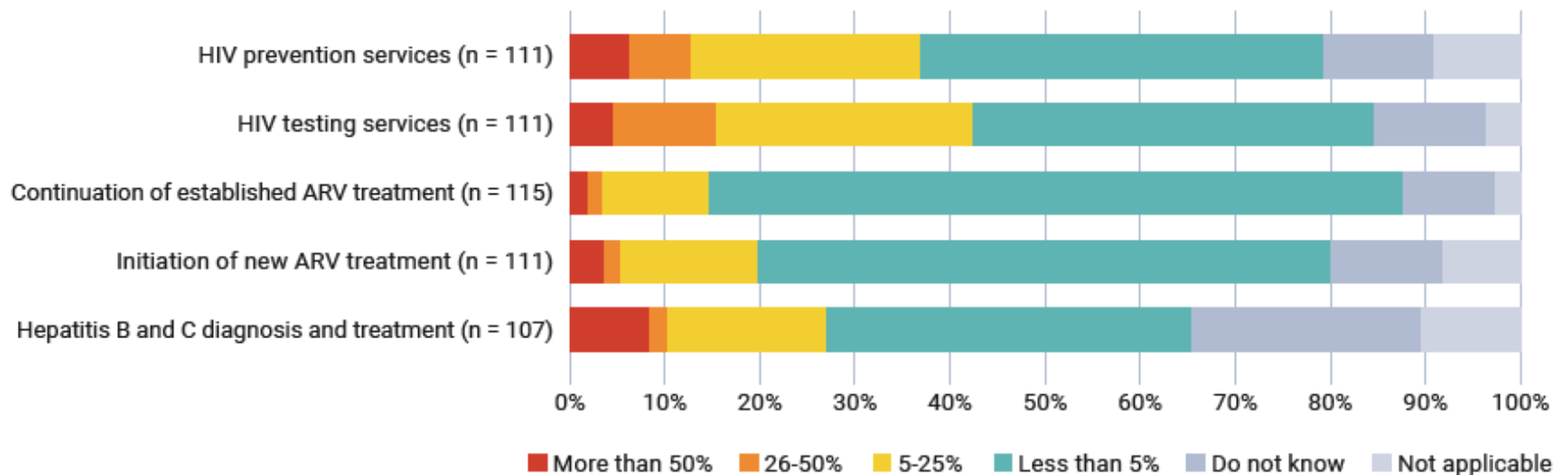
INFECTIONS PAR LE VHB ET LE VHC CHEZ LES PERSONNES MIGRANTES, EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ, REÇUES AU COMEDE ENTRE 2007 ET 2016

Prévalences (en %) des infections chroniques par le VHB et le VHC selon le sexe et les régions de naissance parmi les personnes accueillies en consultation de médecine générale entre 2007 et 2016 au Comede

Région de naissance	VHB			VHC		
	Femmes n=4 626	Hommes n=11 469	Total N=16 095	Femmes n=4 626	Hommes n=11 469	Total N=16 095
Afrique centrale	3,6	10,6	6,8	3,5	3,1	3,3
Afrique du Nord	1,5	2,3	2	1,5	3	1,7
Afrique de l'Ouest	6,8	17,1	14,3	1,1	0,6	0,8
Asie centrale	1,5	6,7	5,7	14,7	4	5,9
Asie de l'Est	6,7	13,5	10,9	4,4	0	1,6
Asie du Sud	0,2	2,7	2,4	0	0,8	0,7
Caraïbes	8	7,1	7,6	0	0	0
Europe de l'Est	0,6	5,4	4,1	3,1	5,4	4,7
Moyen Orient	0	1,5	1,2	0	6,7	5,4
Total	3,8	8	6,8	2,2	1,6	1,8

Impact du COVID sur les prises en charge : Dépistage, diagnostic et traitement

Fig. 13. Disruption in other services for HIV and viral hepatitis, March 2021



Situations cliniques

VHC

Circonstances:

- Dépistage
- Demande traitement
- Prise en charge des complications : cirrhose, CHC

Contexte:

- Usage de drogue fréquent
- Barrière de la langue (Europe de l'Est)
- Changement radical avec les AVD
- Titre de séjour lié à l'infection et à la guérison...

VHC

- Mr R. 51 ans
- **Bulgare**, arrivé en France avec un visa touriste, en août 2019
- Découverte aux urgences d'une **cirrhose VHC + OH**
- Pas de domicile, vit dans sa voiture
- Bilan de cirrhose :
 - Facteur V 50%, 50 000 plaquettes
 - VO avec signes de fragilité
 - 5 séances de ligature
- **VHC G 1, jamais traité**
 - Début du ttt VHC en juillet 2021, 12 semaines
- Patient toujours SDF
- Organisation du traitement complexe, échanges difficiles
- Difficulté d'observance et de conservation du traitement dans la voiture
- Refus d'une place en foyer
- On espère qu'il parviendra au terme de son traitement....

VHC

- Mr M âgé de 49 ans
- **Géorgien**, arrivé en France de puis décembre 2018, **demandeur d'asile**
 - Pianiste, ne parle que Géorgien et Russe
 - Pas de place en CADA
- **VHC diagnostiqué en Géorgie (G3)**
 - TTT anti VHC en Géorgie (programme Géorgien, MDM)
- DOA en Géorgie : découverte d'un CHC avec thrombose porte
- **Vient en France pour être traité**
 - **Arrive aux urgences sans droits ouverts**
- Hématémèse > LVO
- RCP : pas de traitement du CHC, du fait de la décompensation
- Discussion traitement du VHC
- **Soins palliatifs : ne souhaite pas retourner en Géorgie**
- Hébergement d'urgence trouvé en foyer... puis place en CADA

VHC

- Mr N âgé de 60 ans, **arménien en France depuis 10 ans.**
 - Parcours personnels complexe, syndrome dépressif prolongé qui évolue favorablement
 - Dépendance aux opiacés substitution par méthadone
 - Hépatite C compliquée d'un carcinome hépatocellulaire opéré il y a 5 ans. **VHC guéri depuis par AVD.**
 - **Titre de séjour étranger malade**

- Mr P âgé de 45 ans, **arménien en France depuis 6 ans.**
 - Arménien originaire du Haut Karabagh, a émigré en Russie où il a été persécuté et torturé.
 - Musicien de jazz.
 - Dg de **cirrhose VHC et dysmétabolique décompensée** à son arrivée en France
 - **VHC guéri depuis 2 ans**
 - Surveillance de la cirrhose, titre de séjour étranger malade
 - A été rejoint par sa famille

VHC

- Mme B âgée de 63 ans originaire du **Cameroun**, en France depuis 2008, **hébergée dans une famille** pour laquelle elle travaille
- Découverte fortuite d'une infection VHC en 2011, pas de prise en charge
- Vue en consultation en 2017. Traitement évoqué
 - Inquiétude de la réaction de ses hébergeurs
- **Mise à la rue, sans papier, et découverte d'une absence de statut depuis son arrivée en France**
- SDF, dégradation physique et psychique rapide
- Guérison de l'infection à VHC et prise en charge sociale et associative complexe...
- **Obtention d'un titre de séjour et d'une autorisation de travail après 18 mois sans logement...**

VHC

Pope géorgien....

- Homme de 45 ans arrivé en France récemment, hébergé dans la communauté.
 - Demandeurs de soins face à une baisse de l'état général rapide, manifestations dépressives
 - Demande de titre de séjour pour soins
 - Infection VHC connue
 - **Dg d'une cirrhose non décompensée**
 - **Traitement par AVD**
 - **Retour en Géorgie après guérison**

Situations cliniques

VHB

Circonstances:

- Dépistage, grossesse
- Demande traitement
- Prise en charge des complications : cirrhose, CHC

Contexte:

- Immigration ancienne (Asie du Sud est)
- Souvent francophone
- Complexité de l'infection
- Enquête familiale souvent difficile
- Vaccin
- Indications thérapeutiques et traitement au long cours
- Spécificité du VHD

VHB et grossesse

- Mme S âgée de 22 ans, venue des **Comores** pour rejoindre son mari
- Vue en 2015 lors de la découverte d'une **infection VHB au cours de sa première grossesse.**
 - ALAT nle, Ac anti HBe +, ADN VHB 88 UI/ml
 - Echo: nle, marqueurs sériques de fibrose (F0)
 - portage inactif – suivi ADN VHB – Sérovaccination du bébé
- Revu en 2017 lors de sa seconde grossesse
- Revue en 2020 avec des nausées et un retard de règles > Beta HCG ++

VHB et grossesse

- Mme B, 32 ans
- Originaire du **Cameroun**, arrivée en France au début de sa seconde grossesse
- Dépistage VHB:
 - **ALAT nles, Ag HBe +, ADN VHB: 8,5 log UI/ml**
- Prescription de TDF au 3^{eme} trimestre, non pris pour des pbs de prise en charge
- Revue en 2016 lors de sa troisième grossesse: prescription TDF
- Arrêt du TDF après la grossesse sans suivi
- Revue récemment avec projet d'études d'aide soignante:
 - ADN VHB : 8,3 log, ALAT : 97 (56)
- **Indication de traitement**

VHB

- Mr M. mineur de 17 ans, originaire du **Cameroun**, dont il est parti à l'âge de **15 ans** pour des raisons familiales.
- Long parcours en Afrique, blessure par balle du visage lors du passage de la frontière à Ceuta.
 - En Espagne pendant quelques mois puis arrivée en France
- Statut de **mineur isolé**, scolarisation, hébergement à l'hôtel
- Dépistage VHB au centre de dépistage
 - ALAT: 2xN, Ac anti Hbe +, ADN VHB : 130 000 UI/ml, Marqueurs de fibrose F1/F2
 - Traitement par NUC
- **Incarcération au centre de rétention suite à une remise en cause de son statut de mineur**
- Chirurgie plastique du visage
- Très bonne réussite scolaire
- « lâché » brutalement dès sa majorité par les services sociaux et hébergé à l'internat de son lycée avant d'obtenir un contrat jeune majeur
- Réussite de sa formation professionnelle en alternance et embauche rapide à l'issue de ses études, projet de formation supérieure....
- **A obtenu un titre de séjour « vie privée vie familiale »**

VHB

- Mme B âgée de 32 ans, originaire du **Congo-Brazzaville**, arrivée en France depuis juin 2017 via l'Espagne. A quitté le Congo après l'enlèvement de son frère et l'assassinat de son père. A un enfant de 5 ans vivant avec son père en RCA
- **Demandeuse d'asile** (recours dans le cadre d'une procédure Dublin)
- Sans hébergement fixe, situation irrégulière, peu de soutien administratif et juridique..
- VHB dépisté à son arrivée en France:
 - ALAT nles, Ac anti Hbe +, ADN VHB fluctuant > 20 000 UI/ml
 - Fibroscan : 4,6 Kpa
 - Indication de traitement: début NUC
- **CMU désactivée : arrêt du traitement à plusieurs reprises**
- Situation administrative complexe à laquelle elle ne comprend rien.... et nous non plus...

VHB + VHD

- Mr O âgé de 48 ans, originaire **d'Arménie**, arrivé en France en 2010 dans un contexte d'insuffisance rénale terminale
- **Hépatite B Delta** avec:
 - ALAT 3xN, Ag HBe +, ADN VHB 250 000 UI/ml, ARN Delta +
 - Métavir : A2, F2
 - Début traitement NUC
 - Puis tentative de PEG IFN : thrombopénie , sévère et intolérance clinique
- **Transplantation rénale en 2016**
- Actuellement: majoration de la cytolyse et ARN Delta +++
- Marqueurs de fibrose stable
- Début récent d'un traitement par Myrcludex (1 injection sous cutanée quotidienne)

VHB VHD

- Mme B âgée de 35 ans, venue du **Cameroun** pour rejoindre son mari, il y a 5 ans.
- Poussée cytolytique initiale avec marqueurs auto-immuns associés à un Ag HBs +, un Ac anti HBe + et un ADN VHB indétectable: traitement successif par NUC, corticoïdes, PEG IFN...
- Puis diagnostic d'une **infection delta** avec réplication forte.
- Marqueurs de fibroses : F2, cytolyse fluctuante..
- **Hyperthyroïdie** sous PEG IFN
- Surveillance sous NUC

VHB VHD alcool...

- Mme D âgée 53 ans, originaire de **Mongolie**
 - Parcours complexe avant d'arriver en France
 - Découverte d'une **infection B + Delta dans un contexte d'alcoolodépendance**
 - A vécu un moment à la rue, puis hébergement en foyer ...
 - Apprentissage du français et contrôle progressif de la consommation d'alcool
 - Suivi régulier : **ADN VHB contrôle sous NUC et ARN delta indétectable**

- Mr T âgé de 38 ans, originaire du **Cameroun**
 - A un titre de séjour et travaille en France
 - **Hépatite B Delta + alcool**
 - Sevrage alcool
 - PEG IFN un an puis NUC
 - **Perte de l'Ag HBs** quatre ans après le traitement par PEG

Autres hépatopathies

- Mr T âgé de 33 ans adressé 8 mois après son arrivée d'**Erythrée** pour cytolyse et dysmorphie hépatique ..
- Bilan virologique: VIH et VHC -, VHB guéri.
- Pas de consommation d'alcool
- Aspect de cirrhose avec HTP et varices oesophagiennes, thrombopénie.
- Sérologie **bilharziose** positive et septa fibreux disséquant avec granulomes à la biopsie hépatique...

Conclusions

- Populations migrantes représentent la majorité des nouvelles hépatites virales prises en charge.
- Parcours et histoires souvent complexes
- Situations parfois dramatiques
- Il est illusoire de prendre en charge les pathologies hépatiques sans tenir compte du contexte
- Rôle central des travailleurs sociaux et des partenaires associatifs
- Complexité des parcours administratifs et difficulté à conseiller et orienter au mieux ses patients souvent très démunis.
- Confrontation quotidienne à la dimension éthique et politique de cette problématique...