

ou au Samu social (sans abri), 7% d'un grand isolement social et relationnel. Sur un plan administratif, 30% sont en cours de procédure d'asile, 2% sont mineurs, 18% ont été admis au séjour et 48% sont déboutés et sans-papiers. En matière de protection maladie, 82% bénéficient d'une protection optimale (CMU-C 45%, AME 36%, ALD 1%), 7% du régime assurantiel de base (mutuelle 3%), et 11% n'ont pas de droits ouverts. Le suivi médical est incomplet dans près d'un quart des cas (α -foeto protéine manquante 23%, taux de prothrombine 22%, échographie 22%).

> « étrangers malades » en danger

Le recours à un avis médical spécialisé est fréquent (63%). Pour le VHC, il retrouve des génotypes 1 ou 3 dans les trois quarts des cas. Pour le VHB, la dernière charge virale (CV) mentionnée est supérieure à 2000 UI dans 34% des cas, et comprise entre 12 et 2000 dans 53% des cas. Le score Métavir, réalisé par PBH (47%), fibrotest (30%), ou

fibrosan (23%), permet de poser l'indication d'un traitement dans 35% des cas (\geq A2 ou F2). Le VHB est non caractérisé dans 41% des cas (*indétermination entre un virus mutant avec CV faible et un virus sauvage avec CV < 2000 et Ag Hbe -*) ; mutant dans 23% des cas (*CV variable >> 12 et < 10 000, Ag Hbe -, risque de cirrhose*) ; sauvage avec portage quiescent 9% (*CV < 12, AgHBe -, risque évolutif non connu*) ; sauvage avec tolérance immune 2% (*CV > 2000, AgHBe+, risque élevé de cancer*) ; alors que 7% des patients concernés suivent un traitement antiviral et que 16% des dossiers ne permettent pas de déterminer la phase (résultats manquants). Pour le VHC, 33% des malades sont traités ou doivent commencer un traitement, 22% doivent bénéficier d'une surveillance médicale évolutive, et 12% sont guéris après traitement (33% des dossiers sont insuffisamment renseignés pour conclure). Cinq dossiers font en outre mention d'un échec thérapeutique. Enfin, parmi les 43 cas d'avis médicaux défavorables recensés dans le cadre d'une demande de régularisation, 56% se fondent exclusivement sur la « dispo-

POUR LA VACCINATION CONTRE LE VHB

Le statut sérologique VHB a été analysé pour un échantillon de 281 consultants du Comede en 2009 stratifié sur les 4 principales régions d'origine. L'absence de protection immunitaire est particulièrement fréquente chez les exilés originaires d'Asie du Sud (71% AgHBs- et Ac anti-HBs-, dont 3% Ac anti-HBc+), mais elle l'est également chez ceux d'Europe de l'Est (52%, dont 6% Ac anti-HBc+), et dans une moindre mesure parmi ceux d'Afrique centrale (49%, dont 19% Ac anti-HBc+), et d'Afrique de l'Ouest (42%, dont 55% Ac anti-HBc+).

nibilité des traitements dans le pays d'origine », 16% contestent la gravité du défaut de prise en charge médicale, et 28% associent les deux motifs. Compte-tenu du risque évolutif de ces pathologies et de la « perte de chance » en cas d'éloignement vers leur pays d'origine, l'observation des réponses préfectorales pour ces « étrangers malades » constitue un enjeu majeur de santé publique. ■

EVOLUTION DU DROIT AU SÉJOUR DES ÉTRANGERS VIVANT AVEC LE VHB OU LE VHC

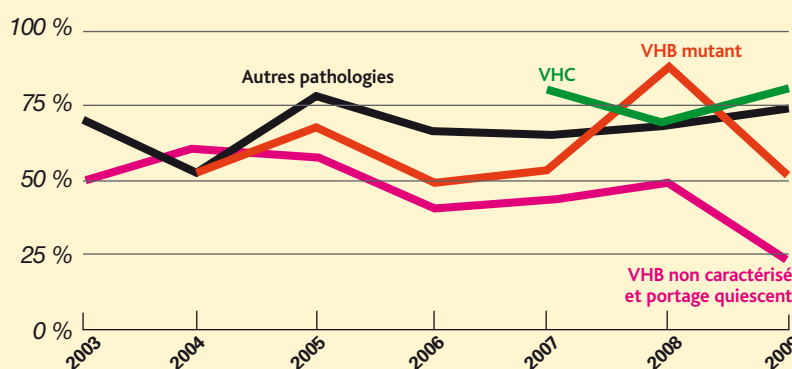
Entre 2003 et 2009, le Comede – avec la Cimade dans le cadre de l'Espace santé droit - a soutenu 559 exilés dans leurs demandes de régularisation auprès de la préfecture pour raison médicale (Art. L313-11 1° du Ceseda). Parmi eux, 207 étaient porteurs chroniques du VHB (dont 51 Maliens, 36 Congolais RD, 34 Mauritanais, 12 Angolais, 11 Guinéens, 11 Ivoiriens, 8 Sénégalais et 7 Bangladais), et 40 porteurs chroniques du VHC (dont 9 Congolais RD, 5 Pakistanais et 4 Camerounais). Sur la période observée, l'infection à VHB représente 28% du total des demandes de premières délivrance (653) et de renouvellement (568), et l'infection par le VHC 6%.

Dans un contexte global de diminution de la protection juridique des étrangers malades (voir Rapport 2009 du Comede), les taux d'accord observés en cas d'hépatite virale chronique connaissent une évolution particulière. Les porteurs chroniques du VHC restent davantage protégés que les autres malades, mais un quart de leurs demandes sont néanmoins rejetées en dépit du risque grave en cas d'interruption de la prise en charge médicale. La situation est encore plus préoccupante pour les porteurs chroniques du VHB : en dehors des situations de traitement et de tolérance immune pour lesquelles les taux d'accord restent élevés, les situations pathologiques les plus nombreuses – celles dont l'estimation du risque évolutif grave est mal documentée – conduisent à des rejets de plus en plus fréquents, notamment en cas de virus mutant et surtout de portage quiescent.

Taux d'accord des préfectures selon la pathologie du demandeur 1221 Réponses documentées pour 559 malades dans 15 départements

Pathologie (effectif)	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total
Infection à VHC (71)	5/5	5/8	5/8	7/8	80%	69%	81%	76%
* A traiter / en cours (30)	1/1	1/1	2/3	6/6	2/3	6/8	7/8	83%
* Infection à surveiller (25)	4/4	1/4	1/2	0/1	3/4	3/5	3/6	60%
Infection à VHB (339)	59%	56%	63%	51%	52%	69%	53%	57%
* A traiter / en cours (38)	4/4	3/5	5/6	4/8	4/4	5/6	5/5	79%
* Tolérance immune (19)	1/2	2/3	4/4	2/2	2/3	2/2	2/3	79%
* Virus mutant (107)	2/5	54%	67%	50%	54%	88%	53%	59%
** VNC / P. quiescent (141)	50%	60%	58%	42%	44%	50%	24%	48%
Autres pathologies (811)	71%	54%	77%	67%	66%	69%	74%	69%
Total (1 221)	70%	55%	72%	62%	62%	69%	71%	66%
Effectif observé	119	148	170	164	190	198	232	1 221

* Situations qui ont pu être déterminées ** Virus non caractérisé et portage quiescent



Maux d'exil

Billet

« La Nation garantit à tous la protection de la santé »

Au tournant des années 1990 en France, cet extrait du préambule de notre constitution (article 11) était régulièrement mis en exergue dans les recommandations et circulaires ministérielles en faveur de l'accès aux soins. Face à l'ampleur de l'exclusion des soins pour les personnes en situation de grande vulnérabilité, en particulier dans le domaine de la lutte contre le VIH/sida, de nombreux progrès ont été alors réalisés, depuis la réforme de l'Aide médicale en 1992 jusqu'à celle de la couverture maladie « universelle » en 1999, notamment pour améliorer la prévention, le dépistage, et l'accès de tous aux avancées thérapeutiques face au VIH.

Mais pour les « exclus de l'universel », la situation s'est à nouveau détériorée sur le plan du droit (restrictions législatives de l'accès à l'AME en 2002 et 2003), et surtout sur celui des pratiques de terrain à l'égard des étrangers, conduisant à de dangereuses interruptions de soins. Aujourd'hui, les enjeux de la lutte contre les hépatites virales nous rappellent ceux de la période passée : comme face au VIH, c'est de l'exercice de la responsabilité de tous les acteurs de la santé – usagers, soignants et décideurs – que dépendra la protection réelle de la santé « de tous ».

De ce point de vue, on peut considérer qu'une étape importante vient d'être franchie pour favoriser les objectifs du plan national de lutte contre les hépatites en faveur de la protection des étrangers malades menacés d'éloignement. Dans deux arrêts du 7 avril 2010, le Conseil d'État réuni en formation solennelle vient en effet de rappeler aux autorités médicales et administratives compétentes leur obligation, sous le contrôle du juge, de vérifier qu'il existe non seulement des possibilités de *traitement approprié* dans le pays d'origine, mais surtout que l'intéressé peut *effectivement* en bénéficier. C'est effectivement ce qui est inscrit dans la loi depuis 1998.

Arnaud Veïsse
Directeur du Comede

DOSSIER : HEPATITES ET INFECTIONS A VIRUS VHB ET VHC CHEZ LES EXILES

Une priorité
de santé
publique

De l'infection invisible à la solidarité

Pascal Revault,

Médecin coordinateur, directeur opérationnel du Comede



© Joël et Julien Sallé

La mobilisation contre le VIH, en grande partie associative, a facilité la mise en place de nombreuses recommandations de la part du ministère de la Santé pour garantir l'accès aux soins des étrangers infectés. Force est de constater aujourd'hui que d'autres pathologies chroniques n'ont pas eu la même clarification, notamment pour le droit au séjour permettant la continuité des soins des étrangers malades. Les infections chroniques par le VHC

et le VHB en sont un exemple particulièrement prégnant. En effet elles motivent tout particulièrement les demandes de régularisation pour raison médicale. Or l'observation effectuée par le Comede a confirmé en 2009 l'hétérogénéité des réponses préfectorales, et révélé que les personnes avec une indication de traitement avaient davantage de réponses favorables que celles qui nécessitent un suivi biomédical parfois prolongé (voir page 8).

> Contrôler le développement mondial de la maladie

Pourtant les recommandations 2009 de prise en charge des personnes qui présentent une hépatite B chronique par l'Association Européenne pour l'Étude du Foie (EASL) rappellent qu'« *aujourd'hui les cliniciens, les patients et les autorités de santé publique doivent continuer à faire des choix sur la base de preuves qui ne sont pas encore tout à fait mûres* ». Cette institution prévient également que « *Les mouvements de population et la migration sont en train de changer la prévalence et l'incidence de la maladie dans plusieurs pays de faible endémie d'Europe et ailleurs. Des ressources*

SOMMAIRE
MARS 2010
NUMERO 29

P1 > DE L'INFECTION INVISIBLE A LA SOLIDARITE
P3 > SOS HEPATITES FEDERATION, ASSOCIATIONS DE MALADES
P5 > MIEUX SURVEILLER ET MIEUX SOIGNER
P7 > EPIDEMIOLOGIE MEDICO-SOCIALE PARMIS LES EXILES PORTEURS
DU VHB ET DU VHC

financières significatives vont devoir être mobilisées pour contrôler le développement mondial de la maladie ».

Les hépatites virales constituent effectivement la seconde cause de morbidité grave chez les personnes reçues au Comede, après les troubles sévères de la santé mentale (voir page 7). Le VHB est en cause dans 80% des cas, le plus souvent sans symptomatologie particulière, avec une contamination survenue probablement avant l'âge adulte ou en tant qu'adulte jeune (à noter que plus de 9 personnes sur 10 ont découvert leur infection en France et que l'âge moyen de consultation est de 33 ans en 2009).

> Vulnérabilité et épidémiologie

Un certain nombre de facteurs de vulnérabilité sont retrouvés de façon concordante avec les études réalisées en France : près de la moitié des personnes sont déboutées et/ou sans papiers, plus de 70% sont hébergées par un tiers, 80% ont une CMUc ou une AME. Au cours du bilan de santé, il apparaît que la quasi-totalité des personnes non infectées par le VHB n'ont jamais été vaccinées. Or l'absence de protection immunitaire concerne une partie importante des exilés (voir page 8). Le virus de l'hépatite B, plus contagieux que le VIH, a la particularité de persister dans le matériel génétique du noyau des cellules du foie, à la différence de celui de l'hépatite C (voir page 5). Ce virus est responsable

de 2 milliards d'infections dans le monde (1/3 de la population) et de près de 350 millions d'infections chroniques. Le nombre de décès annuel dus à l'hépatite B est estimé à 620 000 personnes, essentiellement après une cirrhose ou un cancer du foie. Les enfants infectés jeunes ont une probabilité plus grande de développer une infection chronique et le *risque de décès* est estimé par l'OMS à « approximativement 25% chez les porteurs adultes chroniques si l'infection a eu lieu pendant l'enfance ». En France, le nombre de personnes touchées par le VHB est estimé à 280 800 personnes, dont moins de la moitié connaissent leur statut sérologique. Même si le nombre de personnes infectées en France par le VHC est supérieur (323 800), la dynamique de l'épidémie au niveau mondial et l'usage de drogue par voie intraveineuse ou intranasale comme premier facteur indépendamment associé à la présence d'anticorps contre le VHC, expliquent que l'ensemble des exilés qui consultent au Comede sont aujourd'hui plus nombreux à être infectés par le VHB, même si les personnes originaires d'Afrique centrale, d'Europe de l'Est, d'Asie centrale (prévalence de 20% en Mongolie), du Pakistan et d'Égypte sont particulièrement touchées par le VHC (voir page 7).

Dans ce contexte d'une épidémie mondialisée, pourtant assez silencieuse, les signes cliniques et le *sentiment d'usure* étant peu spécifiques, la contamination étant souvent ancienne et non connue par les personnes, des traitements sont accessibles en France (50% des hépatites C sont guéries aujourd'hui et 80% des hépatites B sont contrôlées) qui améliorent significativement le pronostic vital et la qualité de la vie, et de nouvelles associations thérapeutiques vont probablement améliorer encore ces résultats dès 2011. En revanche les relations soignants - soignés, malgré la mobilisation d'associations de personnes infectées (voir page 3), n'ont pas connu la transformation qu'ont réalisé les acteurs de la lutte contre le sida. L'éducation thérapeutique, bien codifiée pour une maladie comme le diabète, est en phase de construction concernant les hépatites, alors même que l'apparition de résistances virales en dépend. Des études autour du VIH ont démontré que les patients qui

PROJET « PARCOURS »

Parcours de vie, VIH et hépatite B chez les migrants africains en Ile de France

L'infection par le VIH/Sida et l'hépatite B partagent des modes de transmission communs et affectent toutes deux lourdement la population d'origine africaine vivant en France. Cependant ces deux maladies diffèrent dans leurs répercussions sur la situation sociale des patients et leur circulation entre la France et leur pays d'origine. Un projet de recherche est destiné à mieux comprendre pourquoi et comment ces deux maladies surviennent dans la vie des migrants, ce qui conditionne la rapidité et la qualité de leur prise en charge, et comment ces maladies influent sur les parcours de vie en France.

Ce projet « Parcours » associe le Comede, des équipes de recherche de l'IRD, de l'Inserm et de l'Inpes, des hépatologues, et des collectifs d'associations comme le RAAC Sida et le Forim. Une enquête sera conduite dans les services de santé auprès de 3 groupes de 1000 personnes nées en Afrique subsaharienne : un groupe de personnes vivant avec le VIH, un groupe ayant une hépatite B chronique, et un groupe n'ayant ni l'un ni l'autre, afin d'identifier les difficultés propres à la maladie en général et à ces infections en particulier. Cette recherche sera menée en Ile de France, entre 2010 et 2012.

déclaraient « être considéré comme une personne » lors des soins avaient une charge virale significativement inférieure et une meilleure observance que ceux qui disaient le contraire. Les priorités à mettre en œuvre dans ce domaine, citées par Daniel Defert, co-fondateur de Aides, lors de la conférence internationale de lutte contre le sida à Montréal en 1989 sont toujours d'actualité : « *le partage et le contrôle du savoir médical ; la transformation de la société [face] à la maladie ; la modification de la relation médecin-malade ; la transformation de l'organisation hospitalière.* » Dans le même sens, le décloisonnement des programmes de santé publique doit être poursuivi. Si l'intérêt d'un programme national de lutte contre les hépatites est réel, l'écueil d'une surimposition d'actions sans articulation entre elles serait problé-

RÉFÉRENCES :

- EASL Clinical Practices Guidelines. Management of chronic hepatitis B, *Journal of Hepatology* 50 (2009), 227-242.
- InVS. Surveillance et prévention des hépatites B et C en France : bilan et perspectives, BEH, 19 mai 2009/ n°20-21.
- OMS. Hépatite B, Aide mémoire N°204. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/fr. Consulté le 4 avril 2010.
- N. Vignier. L'hépatite B chez les migrants originaires d'Afrique subsaharienne vivant en France. Etat des lieux et étude de leur perception de la maladie, Thèse pour le Doctorat de médecine, Université Pierre et Marie Curie, 2009.

matique. Les déterminants sociaux de l'infection et de la maladie à travers les parcours de vie des exilés, les situations de vulnérabilité particulières (logement, langue, protection maladie, droit au séjour, réseau relationnel...) doivent être précisés et utilisés dans les recommandations en matière de politiques sociales, de coopérations internationales et bien sûr de prévention et de soins. L'offre de dépistage, suivie d'une offre de vaccination gratuite si indiquée dans le cas du VHB, est encore insuffisamment pratiquée en direction des migrants.

> Risques et politiques de santé

Dans le cas du VHB, sachant que l'âge à l'infection joue un rôle majeur dans le passage à la chronicité (90% pour une infection périnatale), sachant d'autre part que des facteurs comme la consommation de toxines alimentaires (voir page 6), jouent un rôle dans la survenue de cancer du foie, sachant qu'une personne présentant un « virus quiescent » dit inactif peut néanmoins voir se développer un cancer du foie, sachant qu'il s'agit d'une infection sexuellement transmissible, mondialement répandue ; sachant enfin qu'un suivi prolongé est nécessaire, que les différences entre stades d'évolution ne sont pas toujours évidentes et qu'une réactivation virale est toujours possible, il apparaît utile pour le moins de considérer avec attention les possibilités de soin et de suivi *complet* des pays d'origine des exilés. Or les traitements et les infrastructures nécessaires font largement défaut, dans le temps (discontinuité) et dans nombre de pays. Plus largement, la notion de *risque faible* de décès chez les porteurs de VHB quiescent pose la question de la solidarité qu'une société veut se donner tant du point de vue de l'éthique des soins, de la relation à l'autre et de son accès réel aux soins, que de l'utile solidarité avec d'autres populations issues de pays qui n'ont pas les moyens ou la volonté de mettre en place une politique de soins efficaces. En ce sens la question posée par les hépatites, au-delà du corps souffrant et rapidement menacé de mort, qui légitime une présence en France dans le cadre du VIH par exemple, est celle du soin *potentiel* auquel toute personne devrait avoir droit. ■

Des
patients
mobilisés

SOS Hépatites Fédération, associations de malades

Michel Bonjour

Vice-président de la Fédération SOS-Hépatites

La place et le concept des associations de malades dans le monde médical ont été bouleversés par le VIH. Avant 1980, les associations de patients étaient essentiellement des groupes d'auto-support pour des publics tels que les alcooliques ou les diabétiques ; leur rôle était de soutenir les patients là où le corps médical était défaillant. Avec l'épidémie de sida dans les années 1980, les malades ont découvert le pouvoir des groupes de patients et l'importance de la parole commune. Les associations sont alors devenues un véritable contre-pouvoir médical.

> Emergence des associations de malades d'hépatite

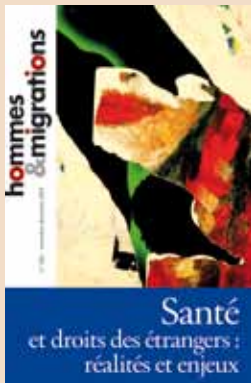
La première vague d'associations a été créée sur la dynamique de la contamination transfusionnelle. Elles ne mettaient en avant que l'hépatite C et donnaient au malade un statut de victime qu'il fallait reconnaître et indemniser. Il faut attendre 1997 pour qu'apparaissent trois ou quatre associations régionales ayant une vision plus globale de la problématique de l'hépatite C. Elles naissent d'une nécessité de reconnaissance et de proximité mais, surtout, d'un besoin d'information et d'une volonté d'échange entre les patients. En revanche, des années après la découverte du virus de l'hépatite C, aucune association n'a encore suffisamment de « voix » pour exercer un lobbying aussi efficace que celui des associations de lutte contre le sida. Par ailleurs, le travail des associations serait vain s'il n'était élaboré et discuté avec le corps médical. C'est le sens de l'engagement des quelques médecins au sein de SOS Hépatites, décidés à être à côté des malades plutôt qu'en face d'eux. L'association est un espace de paroles qui permet l'expérimentation d'un autre type d'accompagnement au-delà de la prescription.



Fondée en 1996, la Fédération SOS hépatites a pour but de réunir l'action de toutes les associations régionales adhérentes ayant pour objectif commun la prévention, l'information, la solidarité, la défense de toutes les personnes concernées par les hépatites virales, quels que soient les virus et les modes de contamination ; ainsi que la promotion de la recherche. La Fédération soutient l'implantation régionale et transfrontalière des associations adhérentes, de nombreux partenariats étant en cours avec des associations du Maghreb et d'Afrique de l'Ouest. Elle participe, par le biais des associations adhérentes, aux réseaux médico-sociaux existants. Elle contribue également à la formation des membres ainsi que des personnels soignants. Les publications imaginées et conçues par des membres de l'association, des personnes atteintes par le virus d'une hépatite virale et leurs proches, sont validées par des médecins.

> Formation des soignants à l'éducation thérapeutique

En 2002, le laboratoire Schering-Plough a conduit une étude observationnelle prospective et multicentrique sur l'*adhérence* aux traitements de l'Hépatite C (étude CHEOBS). Des traitements de plus en plus efficaces permettent aujourd'hui d'obtenir une guérison de près de la moitié des patients avec des taux atteignant 90% pour certaines hépatites C chroniques, mais ces résultats sont obtenus si les patients respectent les bonnes doses et les bonnes durées de traitement (6 à 12 mois).



SANTÉ ET DROITS DES ÉTRANGERS : RÉALITÉS ET ENJEUX

Revue *Hommes et migrations*, N°1282 novembre-décembre 2009

Les articles de ce dossier montrent comment le corps malade ou souffrant des migrants peut leur permettre de revendiquer des droits en bénéficiant de la législation française en matière d'immigration et d'asile. Ils décrivent également comment les professionnels de santé interviennent aux côtés des réseaux associatifs dans la protection des droits des étrangers et l'accès aux soins.

www.hommes-et-migrations.fr

Or à cause des effets secondaires, 1 patient sur 5 abandonne son traitement. Pour améliorer cette situation, le programme AVANCE (Agir, Vivre, Anticiper contre l'hépatite C Ensemble) a conduit à la formation de plus de 1 000 soignants depuis 5 ans. L'éducation thérapeutique vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle est intégrée de façon permanente à la prise en charge du patient. L'éducation thérapeutique s'articule autour d'activités et d'un soutien psychosocial, pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci les aide, ainsi que leurs familles, à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge de maintenir et d'améliorer leur qualité de vie.

Plus de 4 000 études internationales ont montré que la prise scrupuleuse d'une prescription médicale varie de 30 à 78%, et

que malheureusement le meilleur facteur d'observance est la douleur. Une équipe genevoise de diabétologie a notamment démontré qu'une consultation ambulatoire sur les soins de pieds faisait baisser de 79% la fréquence des amputations. L'éducation du malade est une approche singulière de la médecine où l'individu, considéré dans sa globalité, devient un gestionnaire de sa santé. Elle éveille sa sensibilité et cherche à lui permettre d'en conserver la maîtrise. La première étape de toute action d'éducation est l'accès à l'information et l'appropriation de celle-ci par le malade pour lui permettre d'acquérir un pouvoir d'expertise.

> Acquérir la maîtrise de son parcours de soins

Souvent focalisé sur les aspects techniques, le médecin n'est peut-être pas le plus apte à gérer ce temps d'éducation. Dans une enquête réalisée par SOS Hépatites pour son Forum national 2001 à Bordeaux et portant sur plus de 300 questionnaires, on découvrirait qu'un malade biopsié sur 4 ne connaissait ni son génotype, ni son score Métavir (voir pages 6 et 8) ; 75% des personnes se disaient correctement informées sur la maladie et 25% répondaient négativement. Cependant, 70% des personnes interrogées s'estimaient être en attente d'informations supplémentaires.

Ce travail d'éducation nécessite de mobiliser l'ensemble des acteurs de santé : médecins généralistes, infirmières, médecins spécialistes et associations de malades. L'objectif de l'hépatologue et de l'équipe avec laquelle il partage la responsabilité de prendre en charge les traitements et le suivi des patients n'est pas seulement de traiter l'hépatite. Il est aussi la guérison du malade. Pour que celle-ci soit la meilleure possible, la dimension psychologique - et donc humaine - ne doit pas être négligée. L'éducation thérapeutique agit sur la qualité de vie du malade pour que celle-ci soit la meilleure possible. Elle est donc indispensable pour le patient car elle permet de le rendre maître de son parcours de soins en tenant compte de son « être au monde » et en respectant sa vie quel que soit sa culture et son niveau social. Ce travail avec l'éducateur thérapeutique lui permet de trouver ses propres solutions pour vivre le mieux possible sa maladie. ■

LES SERVICES DU COMEDE

www.comede.org - ☎ 01 45 21 39 32

■ MAUX D'EXIL, 4 NUMÉROS PAR AN

Abonnement gratuit et frais de diffusion pris en charge par le Comede. Abonnement et annulation par mail à contact@comede.org indiquant vos noms, activités, et adresses.

■ GUIDE COMEDE ET LIVRETS BILINGUES EN 23 LANGUES

Diffusion gratuite par l'Inpes, Service diffusion, 42 bd de la Libération, 93203 Saint-Denis Cedex, par Fax 01 49 33 23 91, ou par mail edif@inpes.sante.fr

■ PERMANENCE TÉLÉPHONIQUE DU SUIVI MÉDICAL ☎ 01 45 21 39 59

Sur les questions relatives aux soins médicaux, psychologiques, prévention, bilans de santé, certification médicale pour la demande d'asile ou le droit au séjour.

■ PERMANENCE TÉLÉPHONIQUE DE L'ACCÈS AUX SOINS ☎ 01 45 21 63 12

Sur les conditions d'accès aux dispositifs de soins, les droits et les procédures d'obtention d'une protection maladie (Sécurité sociale, CMU-C, AME).

■ FORMATIONS ☎ 01 45 21 38 93

Animées par les professionnels et les partenaires du Comede, les formations portent sur la santé des exilés, le droit d'asile et le droit à la santé des étrangers.

■ CENTRE DE SANTÉ À BICÊTRE (94)

Consultations médicales, infirmières, psychothérapeutiques, sociales et juridiques en 20 langues, sur rendez-vous du lundi au vendredi. ☎ 01 45 21 38 40.

■ ESPACE SANTÉ DROIT AVEC LA CIMADE À AUBERVILLIERS (93)

Consultations socio-juridiques et évaluation médico-juridique sur rendez-vous du mardi au vendredi. ☎ 01 43 52 69 55.

EN 2009, LES ACTIVITÉS DU COMEDE ONT ÉTÉ SOUTENUES PAR DES DONATEURS PRIVÉS, ET :

- L'Assistance publique des hôpitaux de Paris et le Centre hospitalo-universitaire de Bicêtre ;
- La Direction générale de la santé ;
- L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé ;
- Le Service de l'asile ;
- Le Fonds européen pour les réfugiés ;
- Le Fonds de contribution volontaire des Nations-Unies pour les victimes de la torture ;
- L'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances, nationale et Ile-de-France ;
- La Direction générale de l'action sociale ;
- Le Groupement régional de santé publique d'Ile-de-France ;
- Le Conseil régional d'Ile-de-France ;
- La Délégation régionale du droit des femmes et de l'égalité ;
- Sidaction, Ensemble contre le Sida ;
- La Fondation de France, la Fondation Marc et la Fondation des entreprises du médicament ;
- La Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé de la Ville de Paris.

Une
approche
médicale en
pleine
évolution

Mieux surveiller et mieux soigner

Michel Beaugrand,

Professeur de médecine, Chef du service d'hépatogastro-entérologie de l'Hôpital Jean Verdier, CHU de Seine-Saint-Denis

Certains populations de migrants vivant en France présentent des taux d'infection par les virus des hépatites supérieurs à ceux de la population autochtone, pour le VHB et pour le VHC (ainsi que, dans une bien moindre mesure le virus de l'hépatite D). On estime ainsi qu'environ 10% de la population malienne est porteuse de l'Ag HBs. Les pourcentages les plus élevés pour le VHC sont quant à eux observés en Egypte où 15% de la population au moins est infectée. Les migrants venant de l'Europe de l'Est affichent également des taux supérieurs à ceux observés dans la population française.

> Difficultés spécifiques à la prise en charge médicale des migrants

La prise en charge médicale de ces patients à risques - nonobstant les obstacles matériels et administratifs - soulève des difficultés spécifiques, en premier lieu l'évaluation de la maladie et de son pronostic faute de données épidémiologiques suffisantes. L'histoire naturelle des maladies virales du foie dépend beaucoup de l'âge à la contamination. Or celle-ci ne peut être évaluée que de façon probabiliste par le sous type de virus en cause et par l'existence de co-morbidités, et elle n'a jamais été étudiée dans les pays dont sont originaires les migrants. On ne peut donc procéder que par extrapolation, à partir de données issues de pays occidentaux ou de la

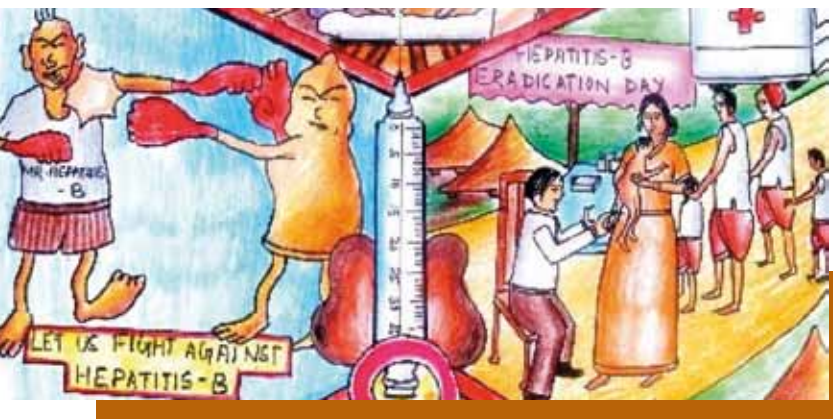
Chine. Un certain nombre des facteurs confondants vont en outre influencer le devenir de la maladie hépatique et ces facteurs ne sont pas toujours identifiables, encore moins quantifiables ou remédiables. L'exposition à l'Aflatoxine B1 (une puissante mycotoxine cancérigène) augmente considérablement le risque de carcinome hépatocellulaire chez des malades porteurs du VHB. L'Aflatoxine B1 est présente dans les pays chauds et humides (en Asie du Sud-Est et dans certains pays d'Afrique). La contamination se fait par l'alimentation mais l'exposition au risque peut varier considérablement en fonction des régions, du type d'alimentation et du statut social. Elle n'est guère quantifiable. Autre facteur à prendre en compte, la bilharziose à *Schistosoma mansoni*, présente en Egypte et dans de nombreux pays d'Afrique, peut donner une atteinte hépatique qui se traduit par de la fibrose ; mais elle peut surtout aggraver la fibrose hépatique due à d'autres agents comme le VHB ou le VHC. Le diagnostic peut être très difficile voire impossible quand l'atteinte est ancienne. Il s'agit plutôt d'un élément d'anamnèse. Enfin l'obésité et le syndrome métabolique posent des problèmes chez des malades présentant une infection par le VHC car celle-ci accentue des lésions de stéatose hépatique dysmétabolique et le développement de la fibrose est

beaucoup plus rapide. Or le surpoids et le syndrome de résistance à l'insuline augmentent non seulement la vitesse de progression de la fibrose en cas d'hépatite C, mais aussi l'incidence du carcinome hépatocellulaire. Ils diminuent de plus de façon importante la probabilité d'une réponse virologique prolongée après traitement.

Certaines difficultés sont propres à chaque virus, les importantes différences entre les infections par le VHB et le VHC ne pouvant qu'être esquissées ici. S'agissant du VHB, la plupart des migrants suivis à l'hôpital sont infectés depuis l'enfance, voire depuis la naissance. La grande majorité d'entre eux ne répliquent plus le virus B de façon significative : l'ADN du virus est présent en faible quantité, moins de 2000 ou au maximum 10 000 copies/ml. Ils n'ont pas de lésions actives du foie, mais peuvent avoir une cirrhose résiduelle.

> Des difficultés spécifiques à chaque virus

Le nombre des malades qui relèvent d'un traitement antiviral est faible, si l'on s'en tient aux recommandations internationales, mais il existe chez tous une réelle menace, à savoir la survenue d'un carcinome hépatocellulaire. Si les principaux facteurs prédictifs sont connus et évaluables (sexe, âge, existence ou non d'une cirrhose, niveau de répllication du virus), l'exposition antérieure à l'Aflatoxine B1 ne peut, en revanche, être que présumée à partir du mode de vie et de l'origine géographique du malade. En cas d'infection par le VHB, il peut être difficile d'évaluer le stade de fibrose et en particulier porter un diagnostic de cirrhose, surtout quand celle-ci est inactive et macro-nodulaire. La mesure de l'élasticité du foie peut être mise en défaut, surtout si la fibrose a régressé. La biopsie elle-même est d'interprétation difficile. Le diagnostic de cirrhose a néanmoins un impact très important sur les indications thérapeutiques et surtout sur le risque ultérieur de carcinome hépatocellulaire. Le traitement n'est, à priori, indiqué qu'en cas de maladie active ou de cirrhose, mais il doit alors être poursuivi alors plusieurs années, voire de façon indéfinie. S'il est régulièrement efficace et prévient la progression de la fibrose, une mauvaise observance peut favoriser l'émergence de mutants résistants et l'arrêt



Pragyan
Paramita Nanda,
Inde, Lauréat
d'un concours
de la World
hepatitis alliance

intempestif du traitement annihile tous ses bénéfices. On imagine les difficultés rencontrées dans l'observance de traitements aussi prolongés ! La mort est essentiellement liée au développement du carcinome hépatocellulaire, le risque de survenue de celui-ci étant élevé chez les malades atteints de cirrhose qui justifient un dépistage au minimum semestriel. Il est plus faible mais plus difficile à évaluer chez les autres. La réalisation d'une échographie annuelle chez des malades non cirrhotiques est sans doute insuffisante pour assurer un dépistage efficace. Les difficultés d'obtenir un dépistage, ne serait-ce qu'échographique, régulier et prolongé dans le temps, sont de toute façon considérables quelle que soit la périodicité.

En ce qui concerne le VHC, les choses sont assez différentes. La grande majorité des malades présentant une sérologie C positive, c'est-à-dire des anticorps anti-VHC, ont une répllication du virus (> 70%) et l'indication du traitement dépend alors, non pas de ce niveau de répllication, mais de l'importance des lésions du foie, en particulier du stade de fibrose. Le risque de carcinome hépatocellulaire est aussi présent chez ces malades, mais il ne concerne que ceux porteurs d'une cirrhose ou d'une fibrose mutilante. Les indications du traitement et du dépistage du carcinome hépatocellulaire sont, à priori, mieux délimitées. Les difficultés pratiques restent les mêmes. Le traitement est long (1 an minimum chez des malades atteints par le VHC de type I ou IV), difficile à supporter et générateur de troubles psychologiques parfois graves. L'observance et la continuité du traitement jusqu'à son terme sont des conditions essentielles du succès. Enfin, comme on l'a vu, l'obésité et le syndrome de

résistance à l'insuline constituent des facteurs d'échec du traitement. Le taux de guérison chez les migrants est donc fortement conditionné par leur accès à un traitement efficace et par la qualité de leur information thérapeutique.

Malgré tout, la demande de traitement est souvent forte de la part des malades issus de pays d'endémie qui connaissent la gravité potentielle de la maladie et qui savent qu'ils ne bénéficieront d'aucun traitement s'ils retournent dans leur pays d'origine. Pour certains étrangers malades en séjour précaire, il arrive que la régularisation administrative dépende de la mise en œuvre ou non d'un traitement (voir l'évolution du droit au séjour pour raison médicale page 8). Un malade porteur d'un stade de fibrose F1 dans la classification Métavir, et qui relève d'un suivi médical sans traitement, risque ainsi d'être expulsé vers son pays d'origine. Or quelle certitude a-t-on qu'il n'évoluera pas plus tard vers la cirrhose et la mort ?

> Quelles améliorations pour la prise en charge médicale ?

Comme pour les autochtones concernés, l'amélioration de la prise en charge de ces malades, en terme de coût comme d'efficacité, impliquerait d'agir à trois niveaux, le dépistage, les indications thérapeutiques et le suivi. Le dépistage se fait actuellement de façon aléatoire : seules les femmes enceintes hospitalisées se voient proposer un dépistage systématique de l'Ag HBs. En outre le parcours complexe sur lequel débouche la mise en évidence d'une infection virale est à la fois coûteux et inadapté. Le dépistage de l'AgHBs, par exemple, est généralement suivi d'exams simples, tels que le dosage des transaminases ou la quantification de l'ADN du virus B. Tout se complique ensuite s'il est nécessaire de réaliser, ce qui est un cas fréquent, des explorations complémentaires spécialisées telle la biopsie hépatique qui fait toujours figure de référence dans le domaine de l'hépatite chronique B pour l'évaluation de l'activité cellulaire et de la fibrose hépatique. La consultation hospitalière, la biopsie éventuelle et l'hospitalisation sont des étapes coûteuses pour la société, dissuasives pour le malade et dont la rentabilité globale est faible en termes d'indications thérapeutiques. Il en est à peu près de même pour le VHC. On pourrait être tenté par une démarche de dépistage visant à mettre en évidence directement la fibrose par la mesure de l'élasticité du foie. Cette mesure est simple, bien

JOURNÉE MONDIALE DE LUTTE CONTRE LES HÉPATITES B ET C LE 19 MAI

Dans le cadre du plan national de lutte contre les hépatites et à l'occasion de la journée mondiale, un colloque se tiendra le mercredi 19 mai 2010 au ministère de la Santé et des sports à Paris à l'initiative de la Direction générale de la santé.

Cette journée veut renforcer la visibilité des hépatites et dynamiser les interventions locales dans un nouveau contexte institutionnel régional.

Pour tous renseignements contacter

Mme Nadine Bouche :

nadine.bouche@sante.gouv.fr, Dr. Lionel

Lavin: lionel.lavin@sante.gouv.fr

acceptée, et elle peut sélectionner avec une grande spécificité et un faible coût des malades qui vont à coup sûr bénéficier d'une prise en charge et probablement d'un traitement. Un travail récent effectué dans un échantillon de la population générale issue d'une zone suburbaine a montré la prévalence élevée des maladies du foie occultes et l'excellente spécificité du dépistage par le Fibroscan pour le diagnostic de cirrhose ou même de fibrose hépatique significative. D'autres évaluations devraient être effectuées, incluant l'évaluation du rapport coût/efficacité comparé à celui du dépistage traditionnel qui fait appel à la recherche de marqueurs d'infection virale.

Les conditions de mise en œuvre du traitement pourraient être uniformisées. Elles restent encore trop dépendantes du type de spécialistes consultés, et parfois du contexte social et administratif du malade. Enfin si l'on veut aboutir à un traitement efficace, une prise en charge spécifique du suivi par des infirmières dédiées, en collaboration avec les services sociaux, est nécessaire. L'observance est un problème majeur des traitements anti-viraux et son défaut une cause majeure d'insuccès, alors que le rôle positif des infirmières dédiées au cours du traitement de l'hépatite C a été démontré. Et si les inhibiteurs de la répllication du VHB ne posent pas les mêmes problèmes de tolérance que l'Interféron, même pégylé, la durée du traitement est beaucoup plus longue et les risques d'interruption au moins aussi élevés.

Il faudrait donc mettre en œuvre des actions de dépistage et de suivi plus adaptées, faisant appel à une démarche simplifiée qui ne sacrifie pas à la qualité et pourrait donc bénéficier à l'ensemble de la population. ■

Maux d'exil - Le Comede

Hôpital de Bicêtre, BP 31,
78 rue du Général Leclerc,
94272 Le Kremlin Bicêtre Cedex
Tél. 01 45 21 38 40 - Fax 01 45 21 38 41
Mél : contact@comede.org
Site : www.comede.org

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION :
Didier Fassin

DIRECTEUR DE LA RÉDACTION :
Arnaud Vèisse

ONT PARTICIPÉ À CE NUMÉRO :

Assane Aw, Gabrielle Buisson-Touboul,
Carole Chazoule, Karine Crochet, Christophe
David, Benjamin Demagny, Catherine Donnas,
Laure Feldmann, Françoise Fleury, Juliette
Guéguen, Claire Katembwe, Olivier Lefebvre,
Didier Maille, Marie Petrucci, Julien Sallé.

Epidémiologie médico- sociale parmi les exilés porteurs du VHB et du VHC

Le Comede, Rapport d'observation et d'activité 2009

Au cours de l'année 2009, le Comede a accueilli, soigné et soutenu 4 490 exilés de 97 nationalités au Centre de santé (3 967 patients) et à l'Espace santé droit (523). Dans cette population de migrants/étrangers en situation précaire, les hépatites virales chroniques représentent la deuxième cause de morbidité grave après les psycho-traumatismes, et constituent la première cause de demande de carte de séjour pour raison médicale. À partir des données du rapport d'observation 2009 du Comede sur la santé des exilés, cet article abordera successivement les questions de prévalence des infections chroniques par le VHB et le VHC, puis les aspects relatifs à la prise en charge médico-sociale aux soins et à l'accompagnement, et enfin l'évolution de la protection juridique pour les « étrangers malades ».

> Prévalence des hépatites virales et caractéristiques des malades

Dans le cadre d'un partenariat développé depuis 1984 avec les laboratoires de la Dases de Paris, les médecins proposent à tous les nouveaux patients du Centre de santé du Comede de pratiquer un bilan de santé, ou de le compléter par les examens complémentaires requis lorsque ce bilan a été initié lors d'un recours médical préalable « en ville » ou à l'hôpital. Il est ainsi possible de dresser une carte épidémiologique permettant de cerner les besoins et de cibler les actions prioritaires à mettre en place. La prévalence des affections considérées est ici sous-estimée en raison de l'absence d'exhaustivité de la pratique des bilans de santé (environ 70%) par les patients et du repérage des affections par les médecins, mais les indicateurs disponibles sont significatifs de la diversité pathologique et de l'évolution épidémiologique.

Le tableau ci-contre indique les taux de prévalence observés par sexe et par nationalité. Sur les 7 dernières années, parmi 18 728 personnes qui ont consulté en médecine,

TAUX DE PRÉVALENCE OBSERVÉS AU COMEDE PAR SEXE, PAR RÉGION ET PAR PAYS D'ORIGINE

Taux pour 1000 personnes, parmi
18 728 consultants en médecine
2003-2009.

Les cases ■■■ signalent les taux de
prévalence supérieurs au taux global.

Région & Pays effectifs Femmes - Hommes	VHB		VHC	
	F	H	F	H
Taux global 4 639-14 089	43	72	24	15
Taux global France	7		8	
Taux global Monde	58		31	
Afrique australe 58-46	-	22	-	43
Madagascar 31-23	-	-	-	1 cas
Afrique centr. 2 095-2 448	41	90	36	24
Angola/Cabinda 129-289	47	118	70	35
Cameroun 203-235	69	119	94	21
Congo 249-316	32	106	16	3
Congo RD 1 430-1 505	38	74	29	28
Rwanda 45-33	22	-	67	-
Afrique de l'Est 61-149	33	20	16	7
Soudan 6-77	1 cas	26	-	-
Afrique du Nord 139-349	7	17	14	14
Algérie 113-262	-	4	9	4
Maroc 17-53	-	-	1 cas	19
Afrique de l'O. 930-3 536	87	163	11	8
Côte d'Ivoire 181-423	66	161	39	19
Guinée Conakry 285-603	77	146	11	7
Mali 131-684	137	222	-	4
Mauritanie 88-1 103	159	150	-	5
Nigeria 78-209	38	100	-	10
Sénégal 51-187	98	209	-	11
Sierra Leone 40-94	75	149	-	11
Togo 27-71	1 cas	85	-	-
Asie centrale 58-185	155	59	155	86
Afghanistan 3-107	-	-	-	28
Mongolie 46-53	174	208	196	208
Asie de l'Est 50-67	80	149	20	15
Chine/Tibet 30-39	100	128	-	-
Asie du Sud 662-5 345	-	17	2	7
Bangladesh 65-1 900	-	36	-	2
Inde 17-339	-	18	-	3
Pakistan 7-268	-	45	-	112
Sri Lanka 571-2 829	-	2	2	1
Caraïbes 173-177	40	40	-	6
Haïti 172-172	41	41	-	6
Europe de l'E. 342-1 605	20	49	35	27
Arménie 31-46	-	-	65	-
Géorgie 17-50	1 cas	20	1 cas	300
Moldavie 21-52	1 cas	96	1 cas	77
Russie/Tchéch. 85-210	12	29	35	81
Turquie 136-1 139	29	54	-	3
Moyen-Orient 22-107	-	19	-	19

1 210 étaient porteuses chroniques du VHB (94% d'entre elles ont découvert leur maladie après l'arrivée en France) et 319 du VHC (89%). Pour l'hépatite B chronique, les taux de prévalence les plus importants sont observés chez les hommes d'Afrique de l'Ouest (163 pour 1000), les hommes d'Afrique centrale (90), les femmes d'Afrique de l'Ouest (87), ainsi que chez les Mongoles, Chinoises et Chinois, et les hommes de Moldavie. Pour l'hépatite C chronique, les taux les plus importants sont observés chez les femmes d'Afrique centrale (36), les femmes d'Europe de l'Est (35), les hommes d'Europe de l'Est (27), les hommes d'Afrique centrale (24), ainsi que chez les Mongols, Mongoles, Pakistanaï, Ivoiriennes et Afghans.

> Soins et accompagnement

En 2009, le Centre de santé du Comede a accueilli 301 personnes infectées par le VHB (hommes 88%, âge médian 33 ans, Afrique de l'Ouest 60%, Afrique centrale 22%, Asie du Sud 11%, Europe de l'Est 3%) ; et 76 personnes infectées par le VHC (hommes 64%, âge médian 41 ans, Afrique centrale 44%, Asie du Sud 22%, Europe de l'Est 14%, Afrique de l'Ouest 9%). Outre les données épidémiologiques recueillies à titre systématique, une enquête a été réalisée à partir de l'examen des dossiers médicaux du Centre de santé. Elle portait sur un échantillon des 204 dernières consultations pour des patients suivis depuis le premier semestre 2009.

Leurs caractéristiques socio-démographiques sont comparables à celles de l'ensemble des patients suivis pour hépatite au Comede. Huit sur 10 sont porteurs du VHB et 2 sur 10 du VHC. Un tiers d'entre eux sont également suivis pour d'autres pathologies graves (1 seul cas de coinfection VHC VHB, et aucun cas de coinfection VIH). Sur un plan social, 70% de ces personnes sont hébergées chez un tiers et 14% en foyer ; 13% des dossiers font mention d'une nuit au moins passée dans la rue