



Humanitaire

Enjeux, pratiques, débats

40 | 2015

Épidémies : ce qu'Ebola nous dit

L'hépatite B en Afrique : une épidémie oubliée

Cyril Feray



Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/humanitaire/3142>

ISSN : 2105-2522

Éditeur

Médecins du Monde

Édition imprimée

Date de publication : 1 mai 2015

Pagination : 68-73

ISSN : 1624-4184

Référence électronique

Cyril Feray, « L'hépatite B en Afrique : une épidémie oubliée », *Humanitaire* [En ligne], 40 | 2015, mis en ligne le 15 avril 2015, consulté le 24 octobre 2022. URL : <http://journals.openedition.org/humanitaire/3142>

Tous droits réservés

L'hépatite B en Afrique : une épidémie oubliée

Par Cyril Feray

Dans l'ombre d'Ebola - mais également du VIH-sida -, une bombe à retardement sommeille en Afrique de l'Ouest. C'est ce que nous explique Cyril Feray s'agissant de l'hépatite B et du cancer primitif du foie qu'elle peut, à terme, engendrer.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le virus de l'hépatite B (VHB) est la dixième cause de décès et la troisième cause de cancer dans le monde. Deux milliards de sujets ont été en contact avec ce virus et plus de 550 millions sont infectés chroniquement. Le département d'hépatologie de l'hôpital Henri Mondor, réputé dans le domaine des hépatites virales, consacre une partie de son activité à soigner des patients originaires d'Afrique de l'Ouest, parmi lesquels d'innombrables cas ont été infectés par le VHB dans la petite enfance. Certains sont déjà atteints par la pire conséquence de l'infection VHB, le cancer primitif du foie, ou carcinome hépato-cellulaire (CHC). D'autres souffrent d'une maladie chronique du foie nécessitant un traitement antiviral. Tous ont besoin d'une surveillance indéfinie et d'un dépistage dans leur entourage. Enfin, un sujet infecté sur vingt est également porteur d'une co-infection par le redoutable virus Delta qui accélère l'évolution vers la cirrhose et le CHC. Le VHB est très bien connu tant au niveau fondamental que médical, les traitements antiviraux efficaces existent depuis des décennies et les vaccins pourraient théoriquement conduire à une éradication mondiale du virus. Alors pourquoi un si grave problème de santé publique persiste-t-il ?

— Le VHB à l'ombre du VIH

L'histoire naturelle du VHB en Afrique, comme dans tous les pays de forte endémie, est bien connue : infection périnatale ou dans la petite enfance, suivie d'une tolérance immunologique du VHB avec peu de dégâts hépatiques, une réplication variable et une contagiosité souvent importante. Plus le virus réplique et plus longtemps il le fait, plus fréquents sont les phénomènes d'intégration de l'ADN viral dans l'ADN des cellules hépatiques conduisant à des mutations de gènes qui favorisent le cancer.

Vers 40 ou 50 ans – espérance de vie de plus en plus souvent atteinte par les habitants des régions d'Afrique de l'Ouest –, ces intégrations, le développement d'une maladie chronique du foie et l'exposition à différentes toxines naturelles conduisent au cancer du foie. Dans ces pays, la séroprévalence de l'hépatite chronique B varie de 8 à 15 % (suivant les données de l'OMS), tandis que le CHC y est le premier cancer par sa prévalence et sa mortalité chez l'homme. Des traitements précoces et coûteux chez des patients dépistés pour ce cancer permettent des rémissions intéressantes, mais en dehors de ces cas, sa mortalité reste forte au stade symptomatique, le plus fréquent en Afrique. Par ailleurs, de nombreux antiviraux sont actifs sur le VHB. Mais si, en Afrique de l'Ouest notamment, certains d'entre eux sont disponibles dans le cadre de l'infection VIH-sida, ils ne le sont pas pour le VHB ! Or, comme le VIH, le VHB ne disparaît pas – même si la réplication est contrôlée par un médicament ou par l'immunité : il reste présent dans les cellules hépatiques des sujets ayant été infectés. Et comme le VIH, le VHB peut conduire à la mort tout en étant plus contagieux que lui. Autrement dit, le VHB marche dans l'ombre du VIH ! Mais alors que ce dernier a fait l'objet d'un effort international sans précédent, le premier reste méconnu, aussi bien des populations concernées que de leurs dirigeants et des organisations internationales.

— Vaccination néonatale : la priorité

En revanche, il existe de nombreux vaccins très efficaces et peu coûteux contre le VHB. Si elle est parfois remise en cause chez l'adulte, notamment en France, leur innocuité chez l'enfant est totale. Certains pays d'Asie voient ainsi la prévalence du VHB puis celle du CHC reculer sous l'effet de vastes programmes de vaccinations des enfants. Ce n'est malheureusement pas le cas en Afrique où stopper la transmission périnatale serait pourtant un objectif réaliste.

Pour une patiente infectée et porteuse d'une répllication du VHB, la procédure optimale consiste à vacciner l'enfant dès l'accouchement, voire – chez les mères ayant une forte répllication du VHB – à utiliser des traitements antiviraux durant le dernier trimestre de la grossesse.

De fait, parmi les femmes infectées en Afrique subsahélienne, une parturiente sur cinq a une charge virale importante. Mais dans de nombreux pays, il n'existe pas d'autorisation de mise sur le marché des vaccins et des traitements antiviraux nécessaires à la femme et au nouveau-né. La seule possibilité est donc de vacciner l'enfant contre le VHB avec un vaccin polyvalent qui n'est utilisable qu'après la sixième semaine alors que – rappelons-le – la transmission périnatale est majeure dans ces pays d'Afrique de l'Ouest et constitue le moteur essentiel de la propagation du VHB. Le dépistage de la femme enceinte pourrait être la porte d'entrée pour le dépistage de son entourage en cas de positivité. Là encore, tout cela est bien connu depuis des années, mais rien ne bouge.

— Pénurie de financements

La vaccination n'est pas tout même si, potentiellement, elle est susceptible de tout résoudre. Les récentes recommandations internationales préconisent que tous les sujets ayant une répllication virale B et un parent du premier degré atteint de CHC et tous ceux porteurs d'une atteinte hépatique notable reçoivent de manière indéfinie un traitement antiviral. Cela représente des millions de patients. Mais c'est probablement la meilleure option pour la prévention de la transmission virale, du développement d'une maladie chronique du foie ou du cancer : il existe une relation très forte en répllication virale et risque de CHC dans toutes les grandes séries asiatiques notamment.

Avant de bénéficier de programmes d'accès, il serait facile pour les autorités d'autoriser administrativement les thérapies pertinentes. Il est néanmoins clair qu'actuellement le problème majeur est financier. Pourquoi autoriser des traitements s'il n'existe pas de financements ? Alors que pour le VIH, le Viread coûte 26 dollars par an, le traitement du VHB est cent fois supérieur ! Et aucun financement n'est prévu pour le VHB par ceux qui financent la lutte contre le sida comme le Global Fund, le President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR), la Fondation Bill Gates ou encore UNITAID.

— Les raisons de l'angle mort africain

Pourquoi un tel décalage entre la maîtrise de l'épidémie VIH et cet angle mort concernant l'épidémie VHB en Afrique ? Sa propagation a commencé des siècles avant l'épidémie VIH et perdurera encore longtemps ; ses victimes en Afrique sont aussi nombreuses que celles du VIH, de la tuberculose ou de la malaria. Le caractère silencieux et prolongé sur des décennies de l'infection est une raison essentielle. Mais elle est universelle.

Un autre aspect étayé par le témoignage de centaines de consultants africains infectés apparaît central. C'est celui d'un certain déni du VHB qui reste une entité mystérieuse dont le caractère viral et contagieux n'est pas évident alors que ces concepts sont parfaitement intégrés pour le VIH ou la tuberculose. Quand bien même le caractère contagieux et viral est compris, le principal danger – le CHC – est rarement identifié. D'ailleurs, il ne semble pas exister de mots dans les langues vernaculaires africaines, du Sénégal au Ghana, désignant clairement le VHB ou le cancer du foie. Ce n'est pas le cas, par exemple, pour le VIH souvent traduit comme « la maladie aux quatre lettres ».

C'est lors d'un récent voyage en Afrique que je me suis rendu compte que tout restait à faire dans le domaine du VHB et de son corollaire, le CHC. Mais faute d'être réellement identifié ni ressenti comme une menace par la population, pourquoi s'intéresserait-on à sa principale cause, le VHB ? Une approche pédagogique auprès des populations et de leurs dirigeants politiques est donc capitale. Elle doit s'appuyer sur l'expérience du VIH tout en intégrant une spécificité : l'absence de symptôme lors de l'infection chronique par le VHB. À cet égard, l'expression *silent killer* est vraiment bien adaptée à cette infection VHB (comme elle sied à l'hépatite C).

Malgré une instabilité politique et divers aléas, ces pays d'Afrique de l'Ouest connaissent une croissance indubitable et une espérance de vie en constante augmentation. Mais l'obésité, l'alcoolisme et la toxicomanie ont également connu une évolution au diapason (comme dans beaucoup de pays émergents d'ailleurs). Or le vieillissement de la population et l'obésité chez des patients infectés chroniquement accroîtra encore l'incidence du CHC et des cirrhoses décompensées, à l'instar de ce que connaît la Chine actuellement : le VHB est donc une véritable bombe à retardement au cœur de l'Afrique ! Et pourtant aucune recommandation concernant le VHB n'a jusqu'à présent été émise par l'OMS alors même qu'il est urgent de structurer la lutte contre ce virus et de mobiliser des financements.

— La place des sciences humaines

La médecine ne résoudra rien sans l'appui des sciences sociales. Il apparaît en effet important de mieux définir dans les populations concernées les concepts d'épidémie, de virus, de risque à long terme, de cancer. Sans une appréhension des déterminants socioculturels, il est difficile de concevoir des programmes de sensibilisation (dépistage, vaccination) ou d'interventions thérapeutiques (programmes d'accès aux thérapies) réellement efficaces. Sans attendre les initiatives internationales qui tardent à venir, de rares pays lancent des programmes de sensibilisation et de dépistage. L'intention doit être saluée, même si les messages généraux s'avèrent parfois inadaptés. Ainsi, lors d'une campagne de sensibilisation aux hépatites B et C récemment lancée en Côte d'Ivoire – d'un grand mérite dans ce pays se relevant d'une décennie difficile –, l'accent était mis sur les symptômes de maladie hépatique et non sur le cancer du foie alors que c'est ce dernier et l'absence de symptôme qu'il est essentiel de faire comprendre. Un plaidoyer pour une approche ethnologique et sociologique de ces phénomènes est indispensable à la lutte contre ce fléau oublié.

— L'auteur

Le professeur Cyril Féray est un expert reconnu des hépatites virales. Ancien directeur de recherche de l'Inserm, il est clinicien dans le service d'hépatologie de l'hôpital Henri Mondor.