



tiré de SOS hépatites Collection « être hépatant »

Éditorial

Hépatite C

La partie principale de ce numéro concerne le traitement de l'hépatite C. Il y a quatre ans, un numéro consacré au même sujet abordait surtout les voies de transmission et l'évolution de l'infection. Aujourd'hui, la réduction des risques reste primordiale, mais en dépit de ses résultats concluants en faveur d'une baisse de l'incidence de l'infection, la prévalence de l'hépatite C reste élevée. L'absence de vaccin et le faible nombre de traitements conduits auprès des usagers de substances participent au maintien de cette situation.

Articulés autour d'une situation clinique, les aspects suivants du traitement de l'hépatite C seront traités : dépistage et démarrage du traitement, collaboration avec les spécialistes, influence des consommations parallèles. La partie théorique abordera les résultats récents de la prévention, le rôle des généralistes, l'impact des consommations de substances sur l'évolution de l'hépatite C et le traitement, l'éducation thérapeutique des patients, l'hépatite C en prison, ainsi que la présentation du projet de sensibilisation d'Infodrog dans le domaine de l'hépatite C (HepCh).

Le domaine de l'hépatite C évolue rapidement. Il se modifie constamment et reste controversé sur bien des aspects, notamment en raison des nombreux spécialistes aux approches diversifiées qui sont impliqués. On trouve parfois des différences entre recommandations officielles et pratiques locales dues à des expériences ou publications récentes. Il est donc parfois nécessaire de se renseigner sur les possibilités et les modalités pratiques des traitements au niveau local et régional, ceci dans l'idée de rester en phase avec les changements et de transmettre des informations cohérentes au patient.

Les chapitres habituels "lu pour vous" et annonces diverses ne manquent pas, on vous invite à les découvrir. Bonne lecture et bon été à vous!

Vignette clinique

Première consultation

Généraliste, vous suivez Franck, un jeune homme de 28 ans en bonne santé générale, pour un traitement de méthadone. Sa dose est stabilisée à 65 mg. Au début de sa cure il y a deux ans, vous aviez effectué un bilan global de sa santé physique, en particulier une série de dépistages : VIH, hépatite C, immunisation hépatite A ; tous étaient négatifs. Franck est vacciné contre l'hépatite B. Lors d'une consultation de suivi vous reprenez les comportements à risque. Franck, gêné, vous informe d'une consommation occasionnelle de cocaïne par voie intraveineuse il y a environ 11 mois, en compagnie d'un petit groupe d'amis, associée à une absorption importante d'alcool. Il n'a pas osé vous en parler avant. Ses souvenirs de la soirée sont vagues. Dans ce contexte, vous lui proposez d'effectuer à nouveau un dépistage du VIH et de l'hépatite C.

Commentaire de la vignette : dépister l'hépatite C

Le dépistage est recommandé lors de tout début de traitement, puis en fonction des prises de risques et des habitudes de consommation. Les pratiques à risque doivent être régulièrement abordées, afin de définir les nouveaux besoins de dépistage. Une fréquence régulière (de l'ordre de six ou 12 mois) pour détecter les séroconversions n'est en revanche pas justifiée en l'absence d'anamnèse de prise de risque (*voir également le paragraphe « Dépistage » de l'article « Traitement de l'hépatite C auprès des patients en traitement de substitution » par Ph Bruggmann, B Broers et D Meili, publié en allemand dans le Swiss Medical Forum, 2007;7:916–919 et disponible en français sur www.romandieaddiction.ch et www.ssam.ch*).

Le dépistage de l'hépatite C recherche : Anticorps VHC et fonctions hépatiques. La quantification du virus (PCR) et son géotypage se font lorsque les anticorps sont présents. Une demande globale des trois examens auprès du laboratoire permet d'éviter deux prises de sang. Vous pouvez indiquer sur la demande d'effectuer la virémie et le géotypage uniquement si présence d'anticorps. D'autres examens biologiques, dont les fonctions hépatiques, peuvent être nécessaires et effectués à la même occasion (voir chapitre Bilan somatique et mesures préventives, dans Toxicodépendance : Problèmes somatiques courants, COROMA, 2003). La transmission de l'hépatite C lors de consommation de substances par voie intraveineuse reste le mode d'infection le plus fréquent. En raison d'une polyconsommation souvent associée, les circonstances exactes de la transmission (partage du matériel par exemple) restent vagues.

Seconde consultation 10 jours plus tard

Vous communiquez les résultats à Franck : le VIH est négatif, en revanche le dépistage du VHC positif: les anticorps et la virémie sont positives. Vous avez rappelé le labo pour un géotypage: il s'agit d'un géotype 3. Les ASAT sont à 34 (normal) et les ALAT à 85 (2 fois la norme) UI/L. Les autres fonctions hépatiques sont normales. Considérant la prise de risque 12 mois auparavant, Franck a probablement une hépatite C chronique. Vous effectuez une vaccination contre l'hépatite A et vous reprenez de manière détaillée les mesures préventives de la transmission et les risques liés à la consommation de l'alcool. Vous proposez à Franck de compléter le bilan auprès d'un spécialiste et de le revoir par la suite

Commentaire de la vignette : confirmer et compléter le diagnostic de l'hépatite C chronique, prévenir la transmission

La séroconversion de l'hépatite C peut prendre plusieurs semaines (12 en moyenne). En cas de forte suspicion de contamination récente, le RNA du virus peut être positif avant que les anticorps ne soient détectables (après une à deux semaines). En cas d'hépatite C aiguë (piste à toujours explorer) un suivi rapproché s'impose, car en cas de persistance de virus après 3 mois, un traitement antiviral (interféron pégylé seul pendant 6 mois) permet une guérison dans la grande majorité des cas.

Le diagnostic d'hépatite C chronique est posé lorsque que la virémie est positive depuis > 6 mois.

La vaccination contre l'hépatite A (tout comme l'hépatite B) est recommandée en cas d'hépatite C chronique, afin d'éviter l'hépatite fulminante en cas de co-infection. Ce vaccin est remboursé depuis janvier 2008 pour les populations à risque.

Une fois le dépistage effectué, le patient peut être adressé à un spécialiste (gastro-entérologue ou infectiologue selon les régions). Ce dernier complète le bilan hépatique (biopsie ou fibroscan), informe le patient des conditions et des effets secondaires du traitement et pose l'indication. Les médecins qui ont l'habitude de traiter l'HCV peuvent également effectuer cette étape (à part le fibroscan et biopsie qui restent l'affaire des spécialistes). De même, le suivi du traitement peut être effectué par le spécialiste, en collaboration avec le généraliste ou par ce dernier.

Troisième consultation 2 mois plus tard

Franck a vu le spécialiste. Le degré de fibrose hépatique est minime et le traitement est indiqué. Il a encore quelques hésitations cependant en raison de sa situation professionnelle qui vient de se modifier. Il souhaite se stabiliser avant de démarrer le traitement. Vous reprenez également avec lui d'autres points importants, dont le désir d'être père, les consommations d'alcool et de cocaïne (quantités, voies, etc.). Vous lui proposez de le revoir régulièrement dans l'idée de faire des bilans de son hépatite C, de se préparer et de débiter le traitement en temps opportun.

Commentaire de la vignette : débiter le traitement ? Si oui, quand ?

Un temps de réflexion et de préparation avant de débiter le traitement est nécessaire, tant du point de vue des objectifs et de la vie du patient que sur le plan médical. S'il est communément admis que le démarrage du traitement ne relève pas de l'urgence, il est préférable de traiter l'hépatite C au plus tôt (voir également Recommandations de la SSAM). En effet, dans la perspective du vieillissement de la population des usagers et de l'aggravation concomitante d'une addition de problèmes somatiques chroniques (insuffisance respiratoire sur tabagisme chronique par exemple; consommation nocive d'alcool), le traitement sera mieux toléré en présence d'un état de santé général satisfaisant. Par ailleurs, outre les contre-indications médicales, de nombreux éléments sont à considérer dans la décision de débiter le traitement. Par exemple, la procréation est incompatible durant tout le traitement (et 7 mois après son arrêt chez les hommes, 4 mois chez les femmes).

Les consommations parallèles non contrôlées peuvent être problématiques en termes d'adhérence, de sur-infections et de nouvelle infection après élimination du virus. Une approche d'ordre motivationnel, la réduction des risques et les programmes de consommation contrôlée sont des ressources importantes pour stabiliser la consommation et préparer le patient au traitement. (voir également le paragraphe « Indications et contre-indications » des Recommandations de la SSAM).

Éléments théoriques

L'hépatite C : une problématique de santé publique ?

Les efforts menés en termes de prévention de la transmission de l'hépatite C ont globalement permis de réduire son incidence (Edlin 05). En raison de l'évolution chronique de l'infection, les répercussions (fibrose hépatique, cirrhose, hépatocarcinome) et les coûts seront manifestes de manière différée seulement (Alter 07). Ce décalage retarde la prise de conscience de l'envergure de la problématique de l'hépatite C en termes de santé publique. Une conséquence pourtant visible auprès des usagers est le décès suite aux complications de l'hépatite C (voir également le paragraphe « Contexte » des Recommandations de la SSAM).

Le dépistage de l'hépatite C : un rôle pour le généraliste

Dans la mesure où, en Suisse, 60% des traitements de substitutions sont administrés par les médecins généralistes, le suivi des troubles somatiques les concerne directement aussi. Une étude menée en Irlande s'est penchée sur les différentes tâches qui concernent les généralistes dans le contexte de l'hépatite C. Les auteurs rapportent l'importance de la transmission des recommandations médicales aux généralistes, de leur formation, de l'éducation des patients et

de la présence d'une infirmière de liaison comme éléments accroissant le dépistage (Cullen 06). En Suisse, la couverture du dépistage a augmenté entre 2000 et 2006. La pratique de l'injection a diminué, tout comme le partage de matériel servant à l'injection. L'utilisation de seringues ou aiguilles usagées persiste auprès d'une minorité (Enquête menée auprès des consommateurs, IUMSP 2007).

L'investigation de l'hépatite C

Outres les différents tests sanguins nécessaires avant, pendant et après le traitement (présentés sous forme de tableau plus bas sous le paragraphe traitement), il existe :

-Biopsie hépatique

La biopsie hépatique permet de quantifier l'activité inflammatoire (grade) et d'identifier le degré de fibrose (stade).

Activité: AO : sans activité A1 : activité minime ; A2 : activité modérée ; A3 : activité sévère

Fibrose : F0 : sans fibrose ; F1 : fibrose portale sans septa ; F2 : fibrose portale et quelques septas ; F3 : fibrose septale sans cirrhose ; F4 : cirrhose (Source : www.hepatoweb.com)

-Fibroscan®

Il permet de mesurer l'élasticité du foie de manière non invasive. Le schéma suivant indique comment interpréter les résultats (mesurés en KPa).

(Tiré de P. Melin, 2008)

Ou d'après www.hepatoweb.com, F0 : ~3 kPa ; F2 : ~9 kPa ; F4 : ~13 kPa

Le choix entre la biopsie ou le fibroscan repose par exemple sur : le génotype, l'âge du patient, les résultats sanguins, le statut clinique, l'expérience du praticien.

Score de Child-Pugh

Sur la base de résultats de laboratoire (albumine, bilirubine, TP) et de l'examen clinique (ascite, encéphalopathie hépatique), le score Child-Pugh donne une estimation de la gravité de cirrhose et de la fonction hépatique.

On distingue trois stades (A, B, C) corrélés à l'espérance de vie à un an.

Le traitement de l'hépatite C

Les points importants concernant le traitement sont synthétisés sous forme de tableau. Attention, ils sont soumis à de constantes évolutions !

Des adaptations individualisées du traitement (prolongation de la durée prévue par exemple) par les spécialistes sont également possibles dans certaines situations.

Génotype	Traitement	Contrôle de la réponse virologique soutenue: à 24 semaines après la fin du traitement
	<p>Interféron pégylé, injection sous-cutanée hebdomadaire</p> <ul style="list-style-type: none"> o alpha-2a 180 µg ou o alpha-2b (1,5µg/kg/sem) <p>et</p> <p>ribavirine caps 200mg ou 400 mg (disponible de juillet):</p> <ul style="list-style-type: none"> o < 64 kg : 800 mg/j o 65-85 kg : 1000 mg/j o 85 kg : 1200 mg/j <p>Deux prises par jour pendant les repas, à 12h d'intervalle</p>	
Génotype 1	<p>Durée prévue : 48 semaines</p> <p>La réponse virologique est mesurée à 12 semaines. En cas de non-réponse, le</p>	

FLASH ADDICTION N° 10, juillet 2008

	traitement est interrompu. Les patients répondeurs (RNA-VHC négatif) poursuivent le traitement.	
Génotype 1 à faible charge (<400 000 UI/ml)	La réponse virologique est mesurée à 4 semaines. En cas de négativation, et si le patient n'a pas de cirrhose, le traitement peut être raccourci à 24 semaines; si par contre la virémie est positive à 4 semaines, retester à 12, et en cas de négativité, traiter pendant 48 semaines	
Génotype 2 et 3	Durée prévue : 24 semaines; si pourtant la virémie est négative après 4 semaines (et s'il n'y a pas de cirrhose), considérer la possibilité d'un traitement réduit (12 à 16 semaines).	
Génotype 4	Durée prévue : 48 semaines La réponse virologique est mesurée à 12 semaines. Une durée raccourcie de traitement est actuellement débattue	

Sources : Compendium

Traitements courts

Des études récentes suggèrent qu'en cas de virémie négative après seulement quatre semaines de traitement (Rapid Viral Responders), le traitement peut être raccourci dans certains cas à 16 semaines pour les génotypes 2 et 3 et à 24 semaines pour le génotype 1. Des conditions suivantes sont nécessaires : virémie faible (< 400'000 IU/ml) avant le début du traitement (pour le génotype 1), absence de cirrhose (tous les génotypes) et bonne adhérence de la dose de ribavirine en cours de traitement (au moins 80% de la dose surtout pendant les premières 12 semaines). Il est cependant recommandé de poursuivre un traitement se déroulant sans problèmes pour toute la durée prévue, les résultats étant les meilleurs dans ces conditions. Le traitement court est envisageable lorsque les conditions nommées ci-dessus sont réunies.

Suivi médical et bilan, avant et lors d'un traitement HCV

Avant le traitement

Bilan extensif: dépistage VIH, hépatites A et B ; virémie HCV, FSC, ASAT/ALAT, PA, gamma-GT, bilirubine, créatinine, urée, glycémie, insulïnémie, TP, albumine, cholestérol, triglycérides, FAN, TSH, alpha-1-antitrypsine, ceruloplasmine, anticorps anti muscle lisse, ferritine, US. Selon indication : contrôle ophtalmologique, dentiste, biopsie hépatique, fibroscan

Lors du traitement.

Proposition d'un suivi selon le schéma ci-dessous, mais le suivi doit être individualisé, et le bilan adapté évidemment selon pathologies connues et/ou nouvelles

semaine	J0	S1 à 3	S4	S8	S12	S16	S20	S24	1/mois	S48	Après le traitement	S+24
Visite médicale	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Selon besoins	X
FSC	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
ASAT/ALAT	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
TSH	X				X			X				
Alpha-1-antitrypsine					X			X				

FLASH ADDICTION N° 10, juillet 2008

Virémie HCV selon génotype :

Génotype 1 à faible charge virale (< 400 000 UI/ml)

Semaine	J0	S4	S12	S24 (si -2Log mais positive à S12)	A 24 semaines dès la fin du traitement
Virémie	X	X	X	X	X

Génotype 1 (autres cas)

Semaine	J0	S4	S12	S24 (si -2Log mais + à S12)	A 24 semaines dès la fin du traitement
Virémie	X		X	X	X

Génotype 4

Semaine	J0	S4	S12	S24 (si -2Log mais + à S12)	A 24 semaines dès la fin du traitement
Virémie	X		X	X	X

Génotype 2 et 3

Semaine	J0	S4	S12 (si + à 4 sem)	S24 (si -2Log mais + à S12)	A 24 semaines dès la fin du traitement
Virémie	X	X	X	X	X

Comment répondre aux effets secondaires les plus fréquents, voire les anticiper ?

Les effets secondaires risquent d'occasionner des interruptions de traitement, remettant en jeu les résultats. Le but est de répondre rapidement à ces effets secondaires afin de poursuivre les traitements dans des conditions optimales pour les patients. De plus, les effets secondaires peuvent être associés à des consommations de substances psycho-actives en cours de traitement. Ces deux sujets doivent être abordés régulièrement avec le patient.

La réponse à une partie des effets secondaires (syndrome pseudo-grippal) peut faire l'objet d'une éducation thérapeutique afin que le patient puisse répondre individuellement à ses besoins. Dans d'autres cas (anémie, leucopénie, interruption de traitement), la réponse sera apportée par le médecin.

Certains effets secondaires peuvent être observés à l'arrêt du traitement, voire perdurer quelques semaines après encore.

Il est important d'insister sur la prise régulière de ribavirine, les études ayant démontré que la réapparition du virus est à l'arrêt du traitement peut être liée à une prise irrégulière de ribavirine.

Dans l'idée de mener le traitement à son terme, il est essentiel de pouvoir répondre à certains effets secondaires. Les exemples les plus courants sont présentés dans le tableau ci-dessous. La fréquence d'apparition des effets secondaires varie grandement selon les sources de la littérature, les préparations, les doses et les durées de traitement. Les valeurs de fréquence d'apparition des effets secondaires présentées sont tirées du Compendium.

Un mot en particulier sur l'apparition des symptômes pseudo-grippaux après les injections de l'interféron (comme transpirations, douleurs musculaires, fatigue, mal-être), mais aussi l'apparition d'une thymie triste, qui peuvent être interprétés par le patient comme des symptômes de manque d'opioïdes. Il semble donc prudent de proposer le traitement HCV pendant le traitement de substitution d'opiacés ou à distance (plusieurs mois) d'un sevrage d'opioïdes. L'adaptation temporaire du dosage de traitement de substitution peut s'avérer nécessaire (Bruggmann 2007)

FLASH ADDICTION N° 10, juillet 2008

Effet secondaire	Fréquence approximative	Traitement	Anticipation, remarque
Réaction locale site injection	17-20%	Glace sur site d'injection	Changer de site d'injection
Insomnie	40%	Hygiène de sommeil, évt somnifère	Attention au recours systématique aux BZD Organiser journée, avertir proches
Fatigue	> 60%		Anticiper, avertir et soutenir proches
Irritabilité	33%		Anticiper, avertir et soutenir proches
Symptômes dépressifs	33%	Antidépresseur, psychothérapie de soutien	Cf Bruggmann 2007 Préférence SSRI
Tentative de suicidaire	1%	Arrêt tout traitement antiviral	Attention symptômes psychiques présents, hospitalisation ? Cf Bruggmann 2007
Symptômes de manque d'opioïdes	attention confusion symptômes de manque et sy pseudogrippal	Ajuster la dose de substitution si nécessaire, méthadonémie	
Syndrome pseudo-grippal (fièvre, myalgie)	50%	Paracétamol 3x1gr max par jour	Effet secondaire particulièrement en début de traitement
Céphalées	60%	Traitement symptomatique	
Troubles digestifs (nausées, perte de poids, anorexie, vomissements, diarrhées)	15-40%	Repas fractionnés, vitamines, conseils alimentaires	
Troubles fonction thyroïdienne	5-10%	Traitement selon résultats de TSH	
Perte de la libido		Rassurer sur la réversibilité de l'ES	
Anémie (degré variable)	7-30%	EPO	Informé médecin conseil assurance
Leucopénie, baisse des polynucléaires		Si neutropénie <750 baisser interféron (cf compendium)	Surveillance des signes infectieux en cours de traitement
Troubles cardiaques	Rares		ECG et surveillance des risques d'infarctus
Sécheresse de la peau, prurit Alopecie	20-45%	Hydratation intense, crème corticostéroïdes (+/- antibiotiques)	Bannir les savons liquides parfumés en vente dans le commerce !
Troubles dentaires : gingivites, sécheresse buccale	10%	Brossage régulier des dents	Révision de l'état dentaire avant le traitement
Yeux (atteinte de la rétine)	Rare		Examen ophtalmologique avant/pendant traitement, selon indication

Hépatite C et consommation de substances psycho-actives

La consommation de substances en cas d'infection VHC soulève de nombreuses questions. En particulier, les pratiques professionnelles demandent à être réajustées dans la mesure où :

- Les traitements de l'hépatite C et des addictions requièrent une collaboration interdisciplinaire.
- Le traitement de l'hépatite C peut redonner du sens aux soins de la problématique addictive.
- L'addiction peut entraver l'évolution et le traitement de l'hépatite C (impact sur la santé générale, indication, préparation et suivi du traitement de l'hépatite C, prévention des réinfections).

Les substances les plus fréquemment consommées et leur impact principal dans le contexte de l'hépatite C sont passés en revue ici. Un accompagnement individualisé, selon la prédominance de telle ou telle substance, reste préconisé.

Alcool

L'alcool et l'hépatite C sont reliés à plusieurs titres : association fréquente en termes épidémiologiques, facteur de progression de la fibrose en fonction de la quantité journalière consommée, facteur défavorable pour l'adhérence au traitement. Les mécanismes des effets combinés de l'alcool et du VHC sont peu connus. Des hypothèses sont : augmentation de la réplication virale et de la toxicité hépatique, diminution de la réponse immune. Des études ont montré une augmentation de la virémie chez les consommateurs excessifs d'alcool (Mallat 08).

La consommation d'alcool reste un des points les plus discutés dans le processus décisionnel pour démarrer un traitement de l'hépatite C. D'un côté, l'élimination du virus de l'hépatite C lors de la consommation d'alcool, permet d'enlever au moins un des facteurs impliqués dans la toxicité hépatique et ainsi réduire la progression de la cirrhose. De l'autre, les résultats de traitement lors de consommation d'alcool sont controversés. Si l'abstinence n'est plus obligatoirement un préalable absolu au démarrage du traitement, une consommation contrôlée et stabilisée est en revanche nécessaire pour des questions d'adhérence et dans l'idée de freiner l'évolution de la fibrose. En ce sens les outils développés dans le domaine de l'alcoologie sont des ressources précieuses. Par exemple : l'intervention brève (Edlin 05) ou la consommation contrôlée, et ce également dans le cadre de la médecine générale (Cullen 06).

En l'absence de traitement antiviral la consommation excessive d'alcool peut faire l'objet d'un objectif thérapeutique à part entière, dans l'idée de réduire la progression de la maladie chronique du foie.

Voir également le paragraphe « Alcool » des Recommandations de la SSAM.

Cocaïne

La cocaïne a un effet toxique dose-dépendant sur le foie, risquant même de décompenser une cirrhose. Les mécanismes ne sont pas totalement expliqués. Un effet indirect par vasoconstriction et les radicaux libres ont été évoqués (Nalpas 2006).

Opioïdes

Un des effets secondaires du traitement, le syndrome pseudo-grippal peut être ressenti par les patients de manière comparable à un manque d'opioïdes. Des adaptations de la dose de substitution peuvent être nécessaires, avec contrôle de méthadone basale (méthadonémie) dans des situations complexes. Des risques de rechute de la consommation d'opioïdes peuvent également être associés (Litwin 05, Bruggmann 07).

Cannabis

Le système endocannabinoïde joue un rôle dans l'évolution de l'hépatite C chronique, en particulier dans le développement de la stéatose et la progression de la fibrose. L'usage régulier de cannabis est donc déconseillé (Mallat 08). La question du cannabis doit donc être abordée avec le patient, d'autant plus lorsque le cannabis est pris en cours de traitement pour apaiser certains effets secondaires (nausées, insomnies).

Tabac

La fumée du tabac n'induit pas de dommages hépatiques chroniques pour les individus en bonne santé. En revanche, en présence d'hépatite C chronique, la progression de la fibrose est accélérée (Mallat 08).

Benzodiazépines (BZD)

Les comportements à risques de transmission pour le VIH et le VHC ont été étudiés auprès de

patients substitués. Une comparaison entre abuseurs de BZD et non abuseurs a montré que le risque d'infection par le VHC était supérieur pour le premier groupe qui adoptait davantage de comportements à risque, sans pour autant consommer les BZD par voie intraveineuse (Bleich 1999). L'abus de benzodiazépines mérite donc d'être considéré à plusieurs titres dans le cadre de l'hépatite C : pratiques à risques, interférences potentielles avec l'adhérence au traitement, auto-médication en cas d'effets secondaires au traitement. La consommation de BZD doit donc également être stabilisée avant le traitement antiviral.

Autre facteur d'influence sur le foie : *la stéatose*

La stéatose est décrite dans 40 à 80% des hépatites C chroniques. Elle est associée à une progression plus rapide de la fibrose et une réponse inférieure au traitement antiviral. La stéatose est induite par le virus de l'hépatite C ainsi que : résistance à l'insuline (diabète, obésité), hyperlipidémie, usage quotidien du cannabis et consommation d'alcool (Hezode 2008).

Hépatite C en prison

Les usagers de substances étant surreprésentés en milieu carcéral, les prévalences des infections par le VIH et le VHC y sont également importantes. La prison représente un lieu à risque de transmission lorsque les conditions de réduction des méfaits, en particulier les programmes d'échanges de seringues, ou de traitements ne sont pas réunies. La prévention, le dépistage et le traitement de l'hépatite C doivent donc s'inscrire de manière cohérente et logique dans l'approche des addictions en milieu carcéral. Lorsque la durée d'incarcération le permet, ce milieu présente en effet des caractéristiques favorables au traitement : réduction, voire absence, de consommations parallèles (en particulier pour l'alcool), adhérence accrue, suivi rapproché avec détection précoce des effets secondaires (Macalino 2004). Les résultats (réponse virale) en prison sont comparables à ceux obtenus en liberté (Spauling 2006).

En Suisse, les données épidémiologiques sont imprécises. Les soins en milieu carcéral varient grandement selon les cantons et les établissements. Dans le cadre de sa stratégie générale de lutte contre les maladies infectieuses en prison, L'OFSP a défini des objectifs généraux allant dans le sens de la réduction des risques de transmission des infections et de la mise en place de conditions de dépistage et traitement selon les principes d'équivalence internationaux relatifs aux soins en milieu carcéral (OFSP 2008).

Education thérapeutique

L'éducation thérapeutique est une ressource fondamentale dans la prise en charge des personnes souffrant d'une maladie chronique. Elle améliore l'adhérence au traitement de l'hépatite C (Cacoub 07).

L'éducation thérapeutique est un ensemble de démarches et de conditions qui permettent à une personne d'acquérir des connaissances et une autonomie dans ses prises de décisions pour sa santé. Elle a été définie ainsi par la Haute autorité de santé (HAS 07) : « Selon l'OMS, l'éducation thérapeutique du patient 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 fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.

○ Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie.

Une information orale ou écrite, un conseil de prévention peuvent être délivrés par un professionnel de santé à diverses occasions, mais ils n'équivalent pas à une éducation thérapeutique du patient. »

En pratique, une première étape consiste à définir les besoins d'apprentissage du patient. En d'autres termes, il s'agit de délimiter les compétences nécessaires au patient, en fonction de son projet de vie, de sa maladie et du traitement. Des exemples de compétences visées sont: prévenir la transmission (adopter des comportements protecteurs) ; en cas d'hépatite C traitée : détecter et traiter les effets secondaires, s'adresser aux urgences. L'éducation thérapeutique se déroule le plus souvent au cours d'entretiens individuels menés par le médecin, le psychologue ou le personnel infirmier formés à cette fin.

Campagne de sensibilisation Hep-CH d'Infodrog

(Paragraphe écrit par A. Bernhardt Keller (a.bernhardt@infodrog.ch). Pour des informations complémentaires, c.monterrubio@infodrog.ch

L'aide suisse contre le sida de Winterthur a lancé la première campagne régionale hépatite C dans le canton de Zürich en 2000. La même année, le Fachverband Sucht avait mis en place une journée sur l'hépatite C pour les professionnel-le-s du domaine des dépendances. Les résultats de cette journée montraient un besoin urgent de définir un plan d'action. En 2001, l'OFSP prit alors l'initiative de soutenir une campagne nationale hépatite C dans le but d'améliorer les connaissances des consommateur-trice-s de drogues comme celles des professionnel-le-s du bas-seuil. Finalement, le BRR, sur mandat de l'OFSP, a lancé le Manuel HepCH en 2005. Les projets pilotes menés en Suisse romande ont montré que, malgré un apport d'information, les comportements à risques sont encore répandus. L'hépatite C, en tant qu'épidémie silencieuse qui ne présente longtemps aucun symptôme, touche encore beaucoup de consommateur-trice-s de drogues et des efforts soutenus doivent encore être fournis pour améliorer la situation. Partant de ce constat, Infodrog a entrepris de mettre en place une campagne de sensibilisation HepC qui s'adresse tant aux professionnel-le-s de l'addiction qu'aux consommateur-trice-s de drogues, dont la plupart ne connaissent pas suffisamment les risques de transmission de l'hépatite C et les traitements existants. Echelonnée sur plusieurs années, cette campagne a pour but de réduire le nombre d'infections à l'hépatite C, de faciliter l'accès des consommateur-trice-s de drogues aux traitements et d'assurer un transfert régulier des connaissances acquises aux professionnel-le-s et aux consommateur-trice-s. Le point fort de cette campagne est de mettre à disposition des professionnel-le-s de l'addiction un outil leur permettant de mener des actions de sensibilisation dans les institutions. Cette campagne comporte le matériel suivant:

- Le manuel HepCH : lancé en 2005 et actualisé par un groupe d'expert-e-s afin d'intégrer les derniers développements sur l'hépatite C, le Manuel HepCH constitue l'ouvrage de référence pour le travail quotidien des professionnel-le-s.
- Le matériel de prévention : l'accent est mis sur le développement des messages de la campagne et sur l'élaboration de matériel spécifique destiné aux divers groupes-cibles. L'objectif est ici d'élaborer des messages préventifs aussi restreints que possible mais pertinents, ainsi que d'autres moyens tels que des autocollants pour seringues, un blog pour les consommateur-trice-s de drogues, un quiz, etc.
- Le matériel de formation : destiné aux professionnel-le-s du secteur médical et psychosocial, il représente un autre instrument d'importance, qui permet, entre autres, l'élaboration de guidelines pour les modes de transmission, le dépistage et le traitement de l'hépatite C. Une fois la campagne lancée, des formations seront régulièrement mises sur pied.
- Le film sur l'hépatite C : réalisé avec des usagers du local d'injection de Bienne, ce film cherche à sensibiliser les consommateur-trice-s de drogues grâce à une approche réaliste favorisant une meilleure identification de leur part.

L'ensemble de ce matériel sera rassemblé dans une mallette qui sera mise à disposition des professionnel-le-s du terrain pour mener des actions de sensibilisation sur la thématique de l'hépatite C. Il est primordial que les professionnel-le-s disposent de connaissances suffisantes sur l'hépatite C pour pouvoir informer et sensibiliser les consommateur-trice-s de drogues. Le début de la campagne est prévu pour l'automne 2008.

Synthèse

L'hépatite C est une préoccupation majeure en termes de santé publique. D'une manière moins dramatique que le VIH il y a une vingtaine d'années, la remise en question est cependant bien présente: l'hépatite C interroge la place des différents intervenants concernés et perturbe des pratiques professionnelles encore souvent clivées. Si au cours de ces dernières années, les indications et les modalités de traitement se sont précisées et les taux de réussite ont progressé, de nombreux points restent encore à explorer, en particulier dans l'indication au traitement anti-viral. La population des usagers est vieillissante et souffre de multiples comorbidités somatiques dont l'accumulation affecte la qualité de vie et rend la prise en charge globale très complexe, notamment dans la décision difficile de traiter en priorité telle ou telle maladie. Dans ce contexte, un traitement précoce de l'hépatite C dans l'idée d'écartier au moins un des facteurs nocifs pour la santé et la qualité de vie prend tout son sens. Accroître les efforts pour traiter davantage d'usagers infectés ne se fait pas au détriment de la prévention et de la réduction des risques qui doivent absolument être poursuivies : « Il est donc urgent d'intensifier le traitement de l'hépatite C auprès des usagers de substances. De plus, le traitement et la réduction des sources d'infections sont à considérer comme une démarche accrue de prévention. » (Bruggmann 2007)

Liens internet

www.infodrog.ch/pages/fr/prod/hepch.htm et www.hepch.ch/

www.soshepatites.org: site de l'association des personnes infectées par le VHC, présente des brochures d'informations à leur intention et à commander gratuitement (collection « Etre Hépatant »).

www.sevhep.ch: site du groupe des Experts Suisses en Hépatites Virales. Comporte de nombreuses informations destinées aux professionnels.

Bibliographie

-Alter MJ, 2007, Epidemiology of hepatitis C virus infection, *World J Gastroenterol* ; 13 (17) : 2436-2441.

-Évolution de la consommation et des pratiques à risques de transmission du VIH et du VHC chez les consommateurs de drogue par injection en Suisse, 1993-2006, *Bull OFSP* 2007 ; N° 45, 804-9.

-Bleich A, Gelkopf M, Schmidt V, Hayward R, Bodner G, Adelson M, 1999, Correlates of benzodiazepine abuse in methadone maintenance treatment. A 1 year prospective study in an Israeli clinic, *Addiction*, 94(10), 1533-1540.

-Balthasar H et al, 2007, Evolution de la consommation et des pratiques à risques de transmission du VIH et du VHC chez les consommateurs de drogue par injection en Suisse, *Bull 45 OFSP*, 804-809.

-Bruggmann P, Broers B, Meili D, 2007, Hepatitis-C-Therapie bei Patienten unter Opioids substitution, Empfehlungen de Schweizerischen Gesellschaft fur Suchtmedizin, (SSMA), *Schweiz Med Forum*; 7: 916-919. Disponible sur www.ssam.ch

-Cacoub P, Ouzan D, Fontanges T, 2007, Patient Education Improves Adherence to Peginterferon alfa-2b and Ribavirin in Chronic Genotype 2 or 3 Hepatitis C Virus Infection: A Prospective, Real-Life Study (CHEOBS Study), Poster #325, 58th Annual Meeting of the American Association for the Study of Liver Diseases; November 2-6, 2007; Boston, Massachusetts.

-Castéra L, Constant A, Couzigou P, Henry C, 2004, Manifestations psychiatriques et psycho-comportementales au cours de l'hépatite chronique C, in *Hépatite C*, ouvrage coll sous la direction de Pawlotsky et Dhumeaux D, EDK Paris.

-Cullen W, Stanley J, Langton D, Kelly Y, Staines A, Bury G, 2006, Hepatitis C infection among injecting drug users in general practice : a cluster randomised controlled trial of clinical guidelines' implementation, *British Journal of General Practice* ; 56 : 848-856.

- Edlin BR et al, 2005, Overcoming barriers to prevention, care, and treatment of hepatitis C in illicit drug users, *Clinical Infectious Disease*; 40, S276-85.
- Haute Autorité de Santé (HAS), 2007, Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques, Guide méthodologique, téléchargeable www.has-sante.fr
- Hézode C, et al 2008, Daily Cannabis Use: A novel risk factor of steatosis Severity in Patients With Chronic Hepatitis C, *Gastroenterology*; 134:432-439
- Litwin AH, Soloway I, Gourevitch MN, 2005, Integrating services for injection drug users infected with hepatitis C virus with methadone maintenance treatment: challenges and opportunities, *Clinical Infectious Disease* ; 40: S339-45.
- Macalino GE, et al. 2004, Hepatitis C infection and incarcerated populations, *International Journal of Drug Policy* 15: 104-114
- Nalpas B, 2006, Effets dur le foie de l'alcool, des drogues et des médicaments, in *Traité d'addictologie*, ouvrage collectif sous la dir. De M Reynaud, Médecine-Sciences, Flammarion, Paris.
- OFSP 2008, Office fédéral de la santé publique (OFSP), contrat 07.006506 Planification du projet de mise en œuvre « Lutte contre les maladies infectieuses en milieu carcéral (LuMMic) 2008-2010 »
- Spaulding AC et al. 2006, A framework for management of hepatitis C in prisons, *Ann Intern Med*, 144: 762-769.
- Mallat A, Hezode C, Lotersztajn A, 2008, Environmental factors as disease accelerators during chronic hepatitis C, *Journal of Hepatology*, 48, 657-665.

Lu pour vous

Patchs de nicotine avant l'arrêt de tabac : une méta-analyse

(Shiffman C, Ferguson SG. Nicotine patch therapy prior to quitting smoking: a meta-analysis. *Addiction* 2008; 103: 557-563. Avec un commentaire dans le même numéro (page 564-565): Stapleton JA. Breaking away from a narrow prescribing protocol for medicinal nicotine)

Pour le traitement du tabagisme les pharmacothérapies actuelles (produits substitutifs de nicotine, bupropion, varénicline) améliorent le taux de succès, mais des traitements plus efficaces restent souhaitables. Proposer aux patients de baisser, sans aide, leur consommation de cigarettes avant l'arrêt complet a été associé à des moins bons résultats, probablement car le patient fume les cigarettes restants plus intensément, renforçant ainsi l'effet et comportement addictifs. L'article s'interroge sur l'intérêt de prétraiter des patients désireux d'arrêter le tabac avec des substituts nicotiniques.

Méthode: Méta-analyse de 4 études randomisées, en double aveugle, avec un suivi à 6 mois, et des groupes actifs qui ont reçu des patchs de nicotine (15 mg ou 21 mg/jour) pendant 2 à 4 semaines avant l'arrêt du tabac.

Résultats : Les taux d'abstinence de nicotine à 6 semaines pour les groupes traités variaient entre 23 et 50%, à 6 mois entre 21 et 30%, et étaient deux fois supérieurs par rapport aux groupes non-prétraités.

Commentaire : Proposer à vos patients des patchs de nicotine avant l'arrêt du tabac semble doubler leurs chances de réussir. Même si ni la durée optimale (2, 4 semaines ou plus), ni le dosage optimal (15, 21 mg ou moins), ni les mécanismes facilitateurs, ni la meilleure combinaison avec d'autres approches ne soient élucidés, un prétraitement avec des patchs de nicotine peut donc être une option intéressante.

Cette étude était financée par un fabricant de patchs de nicotine. Si elle avait été non-concluante, aurait-t-on suspecté un financement par les fabricants de cigarettes ? Le coût des patchs et des cigarettes revenant au même pour nos patients, je préfère quand même leur proposer un substitut sans fumée.

Annonces de congrès

3-5 septembre 08: Roads to innovation. Colloque à l'occasion des 80 ans de professeur Uchtenhagen à Zürich. uc-congress@isgf.uzh.ch

22-24 octobre 08: Premier colloque international francophone sur le traitement de la dépendance aux opioïdes, Montréal. www.txsubstitution.info

Judi 6 novembre 08 : Journée CoRoMa à Genève : Addictologie : enjeux éthiques et légaux.

Un calendrier de congrès et colloques, très complet, se trouve sur le site www.infoset.ch

Infos – Nouveautés

Le site www.romandieaddiction.ch a un nouveau visage!

Sur le site de l'observatoire européen des drogues www.emcdda.europa.eu vous trouverez régulièrement de nouveaux rapports et documents liés au phénomène de la drogue en Europe

Sur le site de l'association Première Ligne vous pouvez vous inscrire pour recevoir régulièrement par email une revue de presse: www.premiereligne.ch

Ce Flash a été préparé par Catherine Ritter et Barbara Broers pour le Collège Romand de Médecine de l'Addiction : info@romandieaddiction.ch. Nous remercions les docteurs Martine Monnat, Francesco Negro, Christian Junet et Philippe Bruggmann pour leur lecture critique et suggestions de modifications