

# LE FLYER

Bulletin de liaison des Centres de Soins Spécialisés pour Toxicomanes et  
médecins relais, réseaux de soins, pharmaciens d'officine, ECIMUD et  
structures de soins auprès des usagers de drogue

Novembre 2007

Hors-série n°4 Vol. 2

**Hépatite C**

**&**

**Usagers de drogues**

# COMITÉ SCIENTIFIQUE DU FLYER

## Rédacteur en chef :

Mustapha BENSLIMANE

NOVA DONA

PARIS

## Comité de rédaction :

Dr Laurent MICHEL

Sce d'addictologie

LIMEIL BREVANNES

Dr Béatrice CHERRIH

E.L.T.

CHARLEVILLE MEZIERES

Stéphane ROBINET

Pharmacien

STRASBOURG

Dr Pierre BODENEZ

C.H.U.

BREST

Christine CALDERON

AIDES

PANTIN

Dr Yves CAER

Hôpital CAREMEAU

NIMES

## Comité de lecture :

Dr Richard LOPEZ

Réseau VISA

CHAMPIGNY-S/MARNE

Dr Pierre LAUZON

C.R.A.N.

MONTREAL

CANADA

Dr Didier BRY

E.L.S.A.

AVIGNON

François LAFRAGETTE

Pharmacien

PARIS

Dr Béatrice GOSPODINOV

D.A.S.

SARREBRUCK

ALLEMAGNE

Dr Nelson FELDMAN

Protex

GENEVE

SUISSE

Dr Karine BARTOLO

CSST

MARSEILLE

Dr Xavier AKNINE

Gainville

AULNAY-S/BOIS

Fabrice OLIVET

A.S.U.D.

PARIS

Dr Antoine GERARD

Service d'addictologie

LE PUY-EN-VELAY

Dr Brigitte REILLER

C.E.I.D.

BORDEAUX

Dr Jean-Pierre JACQUES

Centre Baudelaire

BRUXELLES

BELGIQUE

Dr Olivier POUCKET

Service d'addictologie

METZ

Dr Thierry LEDENT

La Boutique

CARVIN

Dr Catherine PEQUART

C.H.U. St-Roch

PARIS

Dr Colette GERBAUD

NICE

## Pour écrire à la rédaction du Flyer :

**Mustapha BENSLIMANE**

**Centre Nova Dona**

**104, rue DIDOT**

**75674 PARIS CEDEX 14**

**E-mail : [novamb@club-internet.fr](mailto:novamb@club-internet.fr)**

---

Editorial

p. 4

---

**Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France. Etude InVS-ANRS Coquelicot, 2004**

Marie JAUFFRET-ROUSTIDE et al., Institut de Veille Sanitaire

p. 5

---

**Prise en charge de l'hépatite C chez les usagers de drogues**

EDLIN BR et al., New-York, USA

p. 14

---

**Prise en charge de l'hépatite C dans un CSST hospitalier**

Interview du Dr Béatrice BADIN DE MONTJOYE, Paris

p. 18

---

**Bordeaux, Limoges, Hauts-de-Seine, Paris...**

Quelques expériences de prise en charge de l'hépatite C  
chez l'usager de drogues

p. 22

---

**Projet de 'Centre de ressources' pour faciliter  
l'accès au traitement de l'hépatite C des patients les plus vulnérables**

Dr Xavier AKNINE, Aulnay-sous-bois

p. 37

---

**Brèves bibliographiques :**

**Efficacité d'une prise en charge multi-disciplinaire pour des patients usagers de drogue  
dans le cadre du traitement de leur hépatite C**

Dr GUADAGNINO et al., Nocchiero Study Group, Italie

p. 39

**Interactions pharmacocinétiques méthadone et interférons pegylés**

Sulkowski et al., Baltimore, USA

Gupta et al., Kenilworth, USA

Berk et al., New-York, USA

p. 40

**Traitement de l'hépatite C des usagers de drogues, analyse de deux études**

Dalgard, Oslo, Norvège

p. 42

# Éditorial

L'hépatite C et les usagers de drogues, une problématique qui n'en finit pas de faire couler encre et salive. Dans ce volume 2 du Flyer consacré à cette thématique, nous nous sommes penchés, cette fois plus précisément, sur des exemples concrets de prises en charge multidisciplinaires. A cet égard, les expériences de Bordeaux, Limoges, Paris et d'autres encore mettent en valeur l'imagination, la créativité et la ténacité des équipes, comme des médecins généralistes, qui sont au contact des usagers de drogues.

Il reste probablement à faire encore quelques efforts pour que des usagers de drogues, fréquentant assidûment des soignants pour cause de Traitement de Substitution Opiacée (par exemple), se voient proposer un dépistage de leur hépatite C, un rendez-vous avec un spécialiste, voire un traitement pour ceux qui en relèvent, et le suivi multidisciplinaire qu'ils requièrent.

Mais si l'attention se porte naturellement sur les centres de soins et services spécialisés qui accueillent les usagers de drogues, il ne faut pas perdre de vue que l'immense majorité d'entre eux, notamment ceux qui bénéficient d'un TSO, sont suivis par des médecins généralistes.

En effet, si l'on ajoute aux 85 000 patients recevant du Subutex® prescrit par un médecin généraliste et délivré par un pharmacien d'officine, les 20 000 patients recevant un traitement par la méthadone dans les mêmes conditions, ce sont plus de 90 % des patients 'toxicomanes', comme on ne les nomme plus, qui sont suivis en ville, échappant alors aux dispositifs pertinents mis en place par les structures spécialisées.

La bataille de l'hépatite C ne se gagnera pas sans l'implication des médecins généralistes. Il reste à trouver les moyens pour obtenir cette implication. A l'autre bout du parcours (de soins), il faut encore probablement convaincre les hépatologues, ou tout au moins une partie d'entre eux, d'adapter leur modèle de prise en charge aux patients usagers de drogues.

Et enfin, pour éviter la séroconversion des usagers de drogues non encore infectés (ou la ré-infection de ceux déjà traités), faisons confiance aux mesures évaluées dans l'Amsterdam Cohort Study. Il s'agit en l'occurrence de l'association « Echange de Seringues » et « Traitement de Substitution Opiacée par la méthadone (> à 60 mg/jour) » qui a prouvé, dans une étude publiée récemment dans *Addiction*, qu'elle était la plus efficace pour réduire le risque de séroconversion. Les CSST qui promeuvent cette double approche le pressentaient, c'est maintenant établi et publié (*Van Den Berg et al. Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus : evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users. Addiction, 102, 1454–1462*).

***Le Comité de Rédaction***

# Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France. Etude InVS-ANRS Coquelicot, 2004

Marie Jauffret-Roustide<sup>1</sup>, Elisabeth Couturier<sup>1</sup>, Yann Le Strat<sup>1</sup>, Francis Barin<sup>2</sup>, Julien Emmanuelli<sup>1</sup>,  
Caroline Semaille<sup>1</sup>, Martine Quaglia<sup>3</sup>, Nicolas Razafindratsima<sup>3</sup>, Géraldine Vivier<sup>3</sup>, Lila  
Oudaya<sup>1</sup>, Cécile Lefevre<sup>3</sup>, Jean-Claude Desenclos<sup>1</sup>

1. Institut de Veille Sanitaire, Saint-Maurice
2. Centre National de Référence du VIH, Tours
3. Institut d'Etudes Démographiques, Paris

## Résumé

### Introduction

En France, une politique de réduction des risques liés à l'usage de drogues a été mise en place en 1993. Jusqu'à présent, les données françaises de prévalence du VIH et du VHC chez les usagers de drogues (UD) étaient issues de données déclaratives. En 2004, l'InVS a mis en place une enquête de séroprévalence auprès d'UD afin de décrire les profils et pratiques des UD, d'estimer la séroprévalence du VIH et du VHC et d'évaluer la politique de réduction des risques.

### Méthode

Une enquête transversale multivilles (Lille, Strasbourg, Paris, Bordeaux, Marseille) a été menée chez les UD ayant sniffé ou injecté au moins une fois dans leur vie. Une stratégie d'échantillonnage a été mise en œuvre à deux degrés (services recevant les UD et UD). Un questionnaire socio-comportemental était administré par un enquêteur à l'UD et un auto-prélèvement de sang au doigt sur buvard était réalisé par l'UD. La recherche des anticorps anti-VIH et anti-VHC sur les buvards a été réalisée à l'aide de tests Elisa. Les résultats présentent des estimations qui prennent en compte le plan de sondage.

### Résultats

Au total, 1462 (61%) UD ont accepté de participer. La séroprévalence du VHC était de 59,8% [IC95% : 50,7-68,3] et de 28% chez les moins de 30 ans. Au total, 27% des UD croyaient être négatifs à tort pour le VHC. La séroprévalence du VIH était de 10,8% [IC95% : 6,8-16,6] et de 0,3% chez les moins de 30 ans. La coinfection VIH/VHC était de 10,2% [95% CI : 6,3-15,9]. Durant le dernier mois, 13% des UD ont partagé leur seringue, 38% le petit matériel, et 25% la paille de sniff.

### Discussion

La prévalence élevée du VHC chez les jeunes UD laisse supposer des contaminations dès l'initiation. Les pratiques à risque persistent, ce qui constitue des conditions favorables à la poursuite de la transmission du VHC, mais aussi du VIH.

**Mots-clés :** séroprévalence, usagers de drogues, VHC, VIH, comportements à risque, perception des risques

## CONTEXTE

En France, l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies estime entre 170 000 et 190 000 le nombre d'usagers de drogues (UD), dont un peu plus de la moitié pourraient être des injecteurs actifs. Afin de minimiser le risque d'infections en lien avec l'usage de drogues, une politique de réduction des risques a été mise en place en France, il y a une dizaine d'années. La réduction des risques est une politique pragmatique qui propose de réduire l'ensemble des risques sociaux et sanitaires liés à l'usage de drogues en les hiérarchisant. Le premier outil de la réduction des risques est la libéralisation de la

vente des seringues en pharmacie en 1987, suivie au début des années 90 des programmes d'échange de seringues, de la diffusion des traitements de substitution aux opiacés (le Subutex® en 1994 et la méthadone en 1995), et de l'accès aux soins avec la création des premiers dispositifs bas-seuil<sup>1</sup> à partir de 1993 [1]. Sur un plan international, de nombreux articles et études ont montré que la réduction des risques avait eu un impact important sur la transmission du VIH chez les UD, mais que cet impact était plus limité pour le VHC [2, 3].

Jusqu'à présent, les données de prévalence du VIH et du VHC chez les UD en France étaient issues de données déclaratives et portaient sur des échantillons non aléatoires [4, 5, 6]. Aucune estimation de la prévalence du VIH et du VHC portant sur un échantillon aléatoire d'UD et s'appuyant sur des données biologiques n'était disponible en France. Il était donc difficile d'évaluer précisément l'importance de ces deux infections chez les UD et l'impact de la politique de réduction des risques.

En 2004, l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) a mis en place, après une phase pilote [7], une enquête de séroprévalence auprès d'UD (enquête Coquelicot), soutenue par l'Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les Hépatites virales (ANRS) et réalisée en collaboration avec l'Institut National d'études Démographiques (INED) et le Centre National de Référence (CNR) du VIH de Tours. Les objectifs de cette étude étaient d'estimer les prévalences du VIH et du VHC chez les UD à partir de données biologiques, de décrire les caractéristiques de la population UD, leurs consommations de produits psychoactifs et leurs modalités et d'identifier leurs pratiques à risque. Il s'agissait également de contribuer à l'évaluation de la politique de réduction des risques et notamment son impact différentiel sur le VIH et le VHC chez les UD. Dans cet article, les principaux résultats de l'étude sont présentés, mais des analyses plus détaillées seront disponibles ultérieurement dans un rapport d'étude.

## **MATERIEL ET METHODES**

### **Population d'étude**

Les sujets inclus sont des UD volontaires ayant injecté et/ou sniffé « au moins une fois dans leur vie ». Cette enquête est multivilles (Lille, Strasbourg, Paris, Bordeaux, Marseille) et le recrutement des UD s'est effectué, entre septembre et décembre 2004, dans l'ensemble des services issus de la chaîne thérapeutique spécifique aux UD (Centres de Soins Spécialisés pour Toxicomanes, Centres de Post-Cure, Appartements thérapeutiques, Sleep-in, Boutiques, Programmes d'Echange de Seringues, Equipes de rue) et dans des cabinets de médecins généralistes prescripteurs de traitements de substitution aux opiacés.

### **Echantillonnage**

Un plan de sondage stratifié (villes et services/médecins) a été mis en œuvre. Concernant les services, pour chaque ville, une base de sondage des services par demi-journée d'ouverture a été constituée. Des couples (services-demi-journée) basés sur les files actives déclarées par les services ont été tirés au sort par un sondage aléatoire simple sans remise, permettant de constituer un calendrier des visites au cours de la période d'enquête. Au sein de chaque service, les UD étaient tirés au sort de manière aléatoire, à l'exception des hébergements où tous les UD étaient interrogés. Concernant les médecins, un sondage en grappe a été appliqué dans chaque ville. Un sondage aléatoire simple des médecins prescripteurs, avec stratification sur le volume de prescription de traitements de substitution (gros/moyens prescripteurs) a été mis en place. Puis tous les UD ont été enquêtés chez les médecins tirés au sort.

### **Données recueillies**

Les données socio-comportementales ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire administré à l'UD par un enquêteur professionnel. Un auto-prélèvement de sang au doigt déposé sur buvard a été effectué et la recherche des anticorps anti-VIH et anti-VHC sur les buvards a été réalisée par le Centre National de Référence VIH de Tours à partir de tests Elisa.

---

<sup>1</sup> Abaisser le seuil d'exigence revient à ne plus imposer le sevrage comme condition d'accès au dispositif de prise en charge et de soins. La notion de bas-seuil correspond donc à des dispositifs où le seuil d'exigence vis-à-vis de l'UD est minimal, celle de haut-seuil renvoie à l'inverse à des dispositifs où le sevrage peut être envisagé à plus ou moins long terme.

## Aspects éthiques

Pour obtenir des données de séroprévalence, des échantillons biologiques ont été recueillis auprès des UD interrogés au moyen de l'auto-prélèvement de sang au doigt sans restitution individuelle des résultats. Les investigateurs se sont donc engagés à fournir des informations aux UD, par le biais de brochures et d'affiches, sur l'intérêt de se faire dépister et prendre en charge. Les enquêteurs ont orienté les UD qui le souhaitent vers les intervenants spécialisés afin de favoriser la démarche de dépistage. Le Comité Consultatif de Protection des Personnes dans le cadre de la Recherche Biomédicale (CCPPRB) de Créteil a émis un avis favorable avec « Bénéfice Individuel Direct ».

## Analyse

Tous les résultats présentés dans cet article sont des estimations qui prennent en compte la stratégie d'échantillonnage (stratifications, degrés, poids de sondage) et portent sur la population des UD pris en charge dans les dispositifs spécialisés et chez les médecins généralistes dans les cinq villes. Un poids de sondage a été affecté à chaque UD en utilisant la méthode généralisée du partage des poids [8,9] prenant en compte les fréquentations des UD au cours de l'enquête dans tous les services participants.

L'analyse a considéré globalement l'ensemble des répondants. Des comparaisons ont ensuite été systématiquement effectuées en fonction de l'âge. Une comparaison a été effectuée selon la ville de recrutement uniquement pour les prévalences du VIH et du VHC. Ont été définis comme « jeunes UD », les individus âgés de moins de 30 ans. Ce critère de définition a scindé les UD en deux classes, ceux nés avant et après 1974. Le choix de cette délimitation est tout d'abord lié au fait qu'il est généralement établi qu'un UD entame une démarche de soins 10 années après son initiation et que l'âge moyen de l'initiation au sniff et à l'injection se situant en moyenne vers 20 ans, les premières démarches de soins s'effectuent le plus souvent à partir de 30 ans. Ensuite, ce choix s'appuie sur le fait que les UD nés après 1974 ont commencé à consommer des produits psychoactifs après la mise en place de l'ensemble des mesures de réduction des risques, soit après 1994. Cette scission en deux classes peut ainsi nous permettre de contribuer à l'évaluation de l'impact de la réduction des risques sur les prévalences du VIH et du VHC chez les UD.

Les estimations de prévalence sont présentées accompagnées de leur intervalle de confiance à 95% (IC95%) et les comparaisons ont été effectuées avec le test du chi<sup>2</sup>, avec un seuil à 5%. Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel Stata V.8.2.

## RESULTATS

Sur 2389 UD à qui il a été proposé de participer, 1462 UD ont accepté, soit un taux de participation de 61%. Parmi eux, 79% ont accepté le prélèvement de sang au doigt. Notre population a été recrutée pour 58% dans les dispositifs bas-seuil, 31% dans les dispositifs haut-seuil et 11% chez les médecins généralistes. Parmi les non-répondants, 93% ont été contactés dans les dispositifs spécialisés et 7% chez les médecins. Il n'existe pas de différences significatives entre répondants et non-répondants concernant l'âge et le sexe.

### Profil socio-démographique

La population des UD est essentiellement masculine (74% d'hommes), l'âge moyen est de 35,6 ans pour les hommes et de 34,5 ans pour les femmes.

Au moment de l'enquête, 65% d'entre eux ne travaillent pas. La majorité des UD (79%) déclare un niveau d'études secondaire, 1% dit n'avoir jamais été scolarisé, 7% s'être arrêtés en primaire et seuls 12% sont allés au-delà du baccalauréat.

Seuls 45% des UD ont un logement stable. Ainsi, 55% d'entre eux sont dans une situation d'instabilité vis-à-vis du logement, c'est-à-dire qu'ils ne vivent ni chez eux, ni chez un conjoint ou ni chez leurs parents. Et parmi ceux-ci, 19% sont confrontés à une grande précarité et vivent dans un squat ou dans la rue.

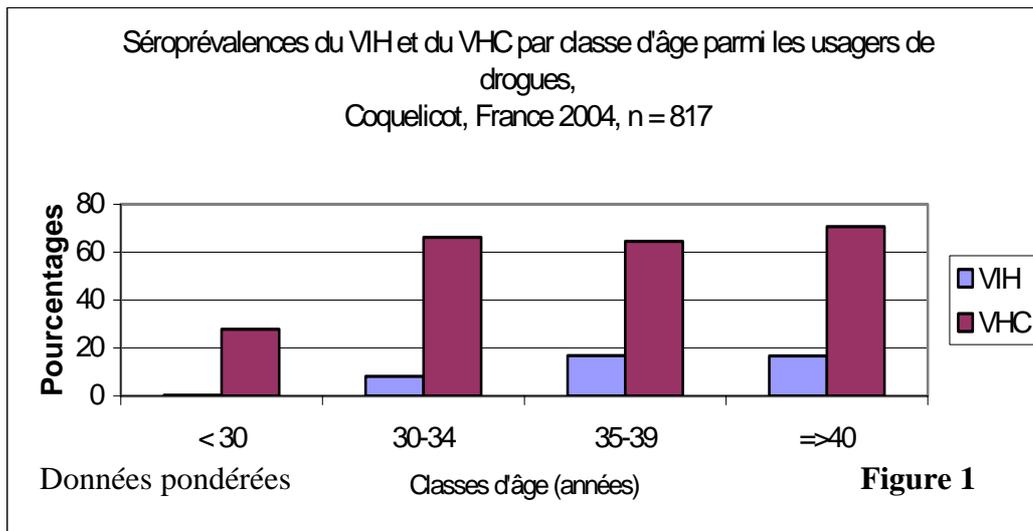
La majorité des UD (61%) ont connu un antécédent d'incarcération au cours de leur vie.

Concernant le profil socio-démographique, la seule spécificité des moins de 30 ans par rapport aux plus de 30 ans est d'avoir un niveau d'études plus élevé. Les autres marqueurs d'exclusion (précarité de l'emploi et du logement) sont similaires au reste de la population des UD.

### Séroprévalences du VIH et du VHC

La séroprévalence globale du VIH est de 10,8% [IC95% : 6,8-16,6]. La séroprévalence du VHC est de 59,8% [IC95% : 50,7-68,3]. La co-infection VIH/VHC est de 10,2% [IC95% : 6,3-15,9]. La quasi-totalité des UD séropositifs pour le VIH ont été également contaminés par le VHC.

La séroprévalence du VIH croît régulièrement avec l'âge : elle est quasi nulle chez les moins de 30 ans (0,3%) et atteint 17% chez les UD âgés de 35-39 ans ainsi que chez les plus de 40 ans (**figure 1**). La séroprévalence du VHC croît également avec l'âge : elle est déjà élevée chez les moins de 30 ans (28%) et, à 40 ans et plus, 71% des UD ont été contaminés par le VHC (**figure 1**).



Les données de séroprévalence portent uniquement sur les prélèvements interprétables (taille suffisamment importante de la goutte de sang prélevée).

Une analyse par année de naissance montre clairement que la diminution de la séroprévalence du VIH démarre avec la cohorte née après 1970 (soit moins de 34 ans aujourd'hui), alors que, pour le VHC, la diminution commence à être marquée pour la cohorte plus jeune de 10 années, née après 1980 (soit les moins de 24 ans) (**tableau 1**).

Année de naissance	VIH + % [IC95 %]	VHC + % [IC95 %]
≤1959 n=68	17,3 [8,6-31,9]	65,9 [43,9-82,7]
1960-1964 n=142	16,4 [8,5-29,1]	72,1 [56,1-83,9]
1965-1969 n=206	16,7 [10,4-25,8]	64,5 [53,9-73,7]
1970-1974 n=207	8,2 [1,7-31,1]	66,2 [46,8-81,3]
1975-1979 n=124	0	35,1 [20,3-53,5]
1980-1984 n=60	1,1 [0,2-5,9]	11,1 [4,4-25,1]
1985-1989 n=6	0	0
Global n=817	10,8 [6,8-16,6]	59,8 [50,7-68,3]

\* Données pondérées

La séroprévalence du VIH diffère significativement selon la ville, variant de 1% à Lille à 32% à Marseille ( $p < 10^{-4}$ ) (**tableau 2**). En revanche, il n'existe pas de différence statistiquement significative pour le VHC, la séroprévalence variant de 44% à Lille à 66% à Marseille ( $p = 0,19$ ).

Le niveau de dépistage des UD est élevé. Plus de 95% des UD déclarent avoir déjà été testés au moins une fois dans leur vie pour le VIH et 91% pour le VHC. Les moins de 30 ans déclarent un niveau de dépistage moins élevé pour le VIH que les UD plus âgés (89% versus 97%,  $p < 10^{-3}$ ), mais la probabilité d'être dépisté au cours de la vie augmente naturellement avec l'âge. Toutefois, il n'existe pas de différence significative selon l'âge pour le dépistage du VHC.

La comparaison entre les données biologiques et déclaratives montre que 27% des UD se déclarent séronégatifs pour le VHC à tort. Pour le VIH, les résultats déclaratifs et biologiques sont quasiment concordants, 2% des UD se déclarent négatifs à tort.

Ville	VIH + % [IC95 %]	VHC + % [IC95 %]
Lille n=100	1 [0,2-5,7]	43,7 [30,4-57,9]
Strasbourg n=130	4,3 [1,8-10,2]	54,4 [40,6-67,6]
Paris n=335	10,9 [5,9-18,9]	62 [49,9-72,7]
Bordeaux n=123	3,4 [0,9-11,4]	47,2 [30,4-64,7]
Marseille n=129	31,5 [20,6-44,8]	65,9 [55,1-75,4]
Total n=817	10,8 [6,8-16,6]	59,8 [50,7-68,3]

\* Données pondérées

### Traitement de substitution

Dans les 6 derniers mois, la majorité des UD (71%) reçoivent un traitement de substitution aux opiacés, dont 57% le Subutex® et 36% de la méthadone. Le traitement est prescrit dans le cadre d'un centre spécialisé pour 48% des cas et par un médecin de ville pour 37%. Une minorité d'UD (10%) se procurent leur traitement hors cadre médical. Les moins de 30 ans se procurent plus souvent leur traitement hors cadre médical (22% versus 7%,  $p = 0,01$ ).

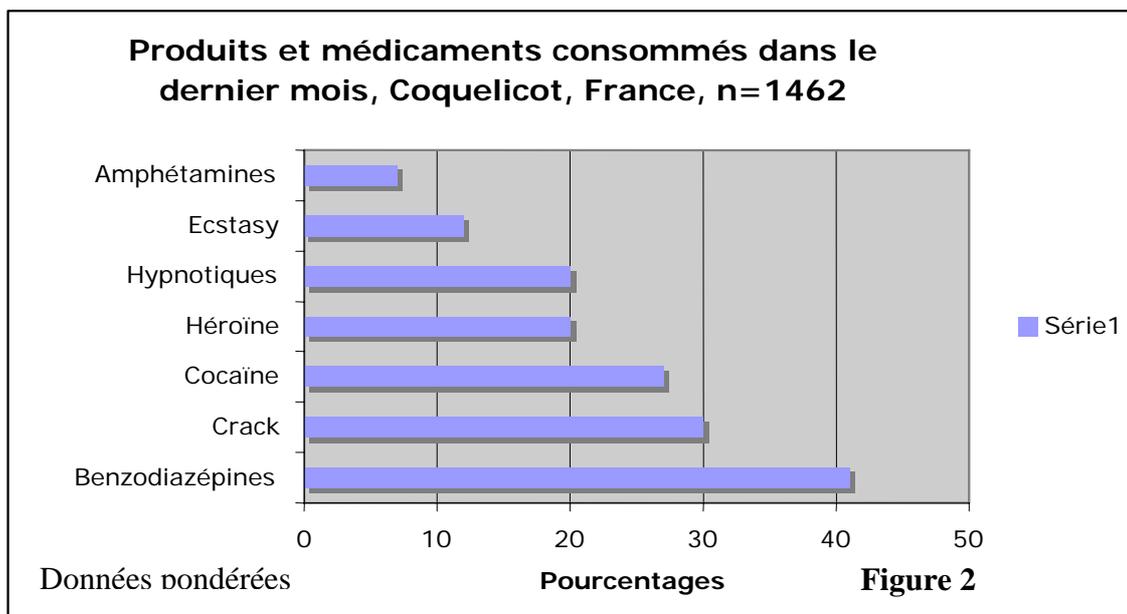
### Consommation de produits psychoactifs et de médicaments

Dans le dernier mois, les principaux produits psychoactifs illicites consommés par les UD sont le crack (30% des UD), la cocaïne (27%), l'héroïne (20%) et l'ecstasy (12%) (**figure 2**). Les principaux médicaments consommés sont les benzodiazépines (40% des UD), les hypnotiques (20%) et les amphétamines (7%). Même si les moins de 30 ans consomment moins fréquemment du crack que les plus de 30 ans (18% versus 33%,  $p = 0,01$ ), ils se distinguent par une consommation plus fréquente de produits stimulants et hallucinogènes. Ils consomment, en effet, plus souvent de la cocaïne (40% versus 23%,  $p < 10^{-4}$ ), de l'ecstasy (26% versus 8%,  $p < 10^{-4}$ ), des amphétamines (14% versus 5%,  $p < 10^{-3}$ ), du LSD (12% versus 1%,  $p < 10^{-4}$ ) et des hallucinogènes autres que le LSD (11% versus 1%,  $p < 10^{-4}$ ).

### Modalités de consommation

L'injection a été pratiquée par 70% des UD au moins une fois dans leur vie. Lors de la première injection, l'âge moyen est de 20,4 ans et la première injection est réalisée par un autre UD dans 83% des cas.

Dans le dernier mois, 40% des UD ont eu recours à l'injection. Parmi eux, 39% ont injecté tous les jours, 30% au moins une fois par semaine et 31% au moins une fois dans le mois. Les produits les plus fréquemment injectés sont les sulfates de morphine (64%), la cocaïne (37%) et l'héroïne (29%). Les moins de 30 ans sont significativement plus nombreux que les plus de 30 ans à avoir pratiqué l'injection dans le dernier mois (58% versus 35%,  $p = 0,007$ ).



La quasi-totalité des UD (98%) ont sniffé au moins une fois dans leur vie. L'âge moyen au premier sniff est de 20,1 ans. Dans le dernier mois, 37% ont eu recours au sniff. Parmi eux, 32% ont sniffé tous les jours, 42% au moins une fois dans la semaine et 26% au moins une fois dans le mois. Les moins de 30 ans sont significativement plus nombreux (50% versus 34%,  $p=0,03$ ) à avoir sniffé un produit dans le dernier mois.

### Pratiques à risque vis-à-vis du VIH et du VHC

Dans le dernier mois, les pratiques à risque sont largement déclarées puisque 13% des UD déclarent avoir partagé la seringue, 38% le petit matériel lié à l'injection (coton, cuillère, eau) et 74% déclarent avoir réutilisé leur seringue (ce qui peut être considéré comme une pratique à risque si un élément relatif à la préparation du produit est mis en commun). Le partage de la pipe à crack est une pratique très répandue car 73% des UD déclarent y avoir eu recours dans le dernier mois. Les pratiques à risque liées à l'injection ou au fait de fumer du crack ne varient pas en fonction de l'âge (plus ou moins de 30 ans).

Dans le dernier mois, 25% des UD ont partagé la paille de sniff et cette pratique est plus fréquente chez les moins de 30 ans (37% versus 20%,  $p=0,03$ ).

Le moment de l'incarcération favorise l'exposition au risque en raison de la pénurie de matériel d'injection stérile en prison. Parmi les UD ayant été incarcérés au moins une fois dans leur vie (61%), 12% ont eu recours à l'injection en prison dont 30% ont partagé la seringue au cours d'une période d'incarcération.

### Connaissance des risques d'exposition au VIH et au VHC

Le niveau de connaissance des UD vis-à-vis des principaux modes de transmission du VIH et du VHC est globalement élevé. En effet, les principaux modes de contamination du VIH (partage de la seringue, relations sexuelles non protégées) sont connus par 90% des UD et ceux du VHC (partage de la seringue) sont connus par 84% des UD. En revanche, concernant le partage du petit matériel, le niveau de connaissance diminue à 71% pour le risque VIH et à 65% pour le risque VHC. De plus, les moins de 30 ans ont une moins bonne connaissance des risques de transmission du VIH en lien avec le tatouage (63% versus 75%,  $p=0,02$ ) et le piercing (63% versus 76%,  $p=0,004$ ) que les plus de 30 ans.

## DISCUSSION ET CONCLUSIONS

Une des forces de l'étude Coquelicot est qu'elle repose sur une stratégie d'échantillonnage permettant de fournir des estimations dans la population des UD pris en charge dans les dispositifs spécialisés et chez des médecins généralistes dans 5 villes en France. Une de ses faiblesses est de mal nous renseigner sur les populations d'UD dites « cachées » c'est-à-dire ne fréquentant pas les dispositifs de soins ou de prévention. Un volet qualitatif de l'étude Coquelicot en cours actuellement [10] s'efforcera de fournir des éléments sur les profils et les pratiques de ces populations dites « cachées ».

Ainsi, globalement, les profils des UD (qui fréquentent les dispositifs spécialisés et les médecins généralistes) sont très fortement marqués par la précarité sociale. Les UD sont fréquemment sous traitement de substitution. Les produits illicites les plus couramment consommés sont des stimulants (crack et cocaïne) et la pratique d'injection est fréquente. Malgré l'amélioration de l'accessibilité au matériel stérile, les pratiques à risque persistent tant vis-à-vis de l'injection que des autres modes de consommation. Les plus jeunes UD se caractérisent par une consommation plus importante de produits illicites et en particulier de stimulants et d'hallucinogènes et ils ont également plus souvent recours à l'injection.

Pour la première fois en France, une estimation nationale des prévalences des anticorps anti-VIH et anti-VHC chez les UD (qui fréquentent les dispositifs spécialisés et les médecins généralistes) est disponible. Elle est élevée pour le VHC (59,8%) en comparaison à celle du VIH (10,8%). Une analyse par année de naissance montre clairement l'impact différentiel de la politique de réduction des risques sur le VIH et le VHC entre les UD âgés de moins de 30 ans (qui ont pu bénéficier de l'ensemble des mesures de réduction des risques) et les UD plus âgés.

Dans l'étude Coquelicot, la quasi-absence de contamination par le VIH chez les moins de trente ans (0,3%) tient sans doute à l'impact des actions et messages de réduction des risques qui ont pu se traduire par des changements de normes comportementales individuelles et collectives chez les UD. Le discours de la réduction des risques a certainement été progressivement intériorisé et les comportements ont pu se normaliser au moins sur la question du partage de la seringue, comme l'attestent les 13% de partage dans le dernier mois et le bon niveau de connaissance des UD concernant les risques de transmission du VIH et du VHC liés à cette pratique (plus de 90% des UD en sont conscients). De plus, on peut supposer que les moins de 30 ans ont commencé à consommer des drogues par voie injectable après que les seringues aient été mises en vente libre en France (1987), mesure dont n'ont pas pu bénéficier les usagers les plus âgés au moment de leur initiation.

Toutefois, l'importance de la séroprévalence du VHC (28%) chez les moins de 30 ans est particulièrement préoccupante. Elle résulte d'une combinaison de deux facteurs, une prévalence globale beaucoup plus élevée (59,8%) dans la population UD et une transmissibilité plus élevée du VHC comparée à celle du VIH. Comme le VIH, le VHC se transmet surtout par le partage de seringues chez les UD. Néanmoins, le VHC se transmet plus facilement que le VIH [11]. Le virus de l'hépatite C est plus résistant à la dessiccation que le VIH. Plusieurs études ont montré que la transmission du VHC chez les UD était également liée au partage du matériel de préparation (eau, filtre, cuillère) et au fait d'injecter des drogues [12]. De ce fait, la transmission du VHC peut se produire pour un nombre d'injections et de partage plus faible que pour le VIH et peut concerner des UD n'ayant injecté qu'une seule fois dans leur vie. Au-delà du partage de seringue, la transmission du VHC est également fortement liée au partage du petit matériel (eau, cuillère, coton). Ainsi, dans la cohorte d'UD recrutés dans le Nord et l'Est de la France [13], après ajustement sur le partage de la seringue, le partage du coton utilisé pour la préparation de l'injection restait fortement associé à la séroconversion au VHC. Dans l'étude Coquelicot, le niveau de partage du petit matériel reste très élevé (38%). De plus, il ressort que 35% des UD ignorent que le partage du petit matériel est une pratique à risque de transmission pour le VHC alors qu'il est confirmé que cette pratique est un vecteur de contamination du VHC [14].

L'importance de la séroprévalence du VHC chez les moins de 30 ans indique des contaminations rapides après le début de l'usage. Le moment de l'initiation constitue un moment particulièrement à risque pour la transmission du VHC car les jeunes UD sont souvent initiés à l'injection par des pairs plus âgés et donc probablement infectés par le VHC. La contamination par le VHC se produit souvent au début du recours à la voie intraveineuse [15]. Dans l'étude Coquelicot, l'initiation a été réalisée par un tiers dans 83% des cas. Etant donné la prévalence très élevée du VHC (59,8%) dans la population UD, l'initiateur peut potentiellement être contaminé par le VHC, ne pas être conscient de sa contamination (27% pensent être négatifs pour le VHC à tort) et constituer un vecteur de transmission par le VHC pour l'initié.

La fréquence de l'initiation à l'injection par des tiers plus âgés et la persistance des comportements à risque constituent des conditions favorables à la persistance de la transmission du VHC mais aussi du VIH, en particulier chez les plus jeunes UD. Il semble donc important de repenser les messages de prévention à destination des UD en ciblant les évolutions de pratiques et les nouveaux publics et en prenant en compte le contexte de consommation, en insistant plus particulièrement sur la prévention du passage à l'injection, le partage du petit matériel et l'initiation à la pratique d'injection tant du côté de l'initié que de l'initiateur.

## REMERCIEMENTS

A tous les usagers de drogues, les professionnels des dispositifs spécialisés et les médecins généralistes ayant participé à l'enquête dans les 5 villes

**Paris** : Nova Dona, Pierre Nicolle, Horizons, La Corde Raide, Charonne, SOS DI, Drogues Jeunesses, Moreau de Tours, Murger, Cassini, Emergence, EGO, MDM, AIDES, La Terrasse, Marmottan, Dr Majerloch, Dr Margelisch, Dr Molinier, Dr Joory, Dr Ekue, Dr Bezanson, Dr Demoor, Dr Francoz, Dr Gandour

**Lille** : Boris Vian, CITD, Espace du Possible, Le Cèdre Bleu, AIDES, Dr Marousez, Dr Heunet, Dr Messaadi, Dr Debomy, Dr Matton, Dr Riff, Dr Flageollet

**Strasbourg** : Espace Indépendance, ALT, Le fil d'Ariane, Dr Bernard-Henry, Dr Verhnes, Dr Garnier, Dr Gras, Dr Michel, Dr Rolland-Jacquemin, Dr Sellam

**Bordeaux** : MDM, CEID, Montesquieu, Pellegrin, Parlement Saint-Pierre, Dr Lorans, Dr Quilichini, Dr Sagardoy, Dr Thibaut, Dr De Ducla, Dr Canovas

**Marseille** : AMPTA, MDM, AIDES, Sainte-Marguerite, Intersecteur des pharmacodépendances, SOS DI, Le Cabanon, Dr Beria, Dr Federici, Dr Philibert, Dr Martin, Dr Robichon, Dr Brun, Dr Hakoun, Dr Hariton, Dr Chiappe

### Enquêteurs :

**Paris** : A. Aberkane, I. Alet, P. Boudet, B. Burnel, C. Flament, S. Golenishev, E. Guillais, C. Hamelin, H. Léon, L. Quaglia, J. Quenet-Vincent, M. Roussier, M. Tiloy, B. Schuh

**Lille** : P. Legroux, A. Luyckx, M. Makouala, C. Sarazin

**Strasbourg** : M. Duwig, N. Olivier-Martin, J. Oswald,

**Bordeaux** : F. Bordes, P. Chambreau, E. Lion, E. Martinheira, E. Rappeneau

**Marseille** : C. Coquillat, J. Denoyer, H. Habert, C. Latard, M. Mounition, H. Sigaud

**Suivi des enquêteurs** : K. Guenfoud, A-M. Noel

**Comité scientifique** : F. Beck, V. Doré, A. Ehrenberg, JM. Firdion, I. Grémy, F. Lert

*La rédaction du Flyer remercie Marie Jauffret-Roustide et l'InVS qui nous autorise ici la reproduction de cette étude déjà publiée dans le BEH n° 33 du 5 septembre 2006*

## REFERENCES

- [1] Jauffret-Roustide M. 2004. Les drogues : approche sociologique, économique et politique. La Documentation française, Paris
- [2] Murray J, Law M, Gao Z, Kaldor J. The impact of behavioural changes on the prevalence of human immunodeficiency virus and hepatitis C among injecting drug users. *International Journal of Epidemiology* 2003; 32 : 708-714
- [3] Crofts N., Aitken CK, Kaldor JM. The force of numbers : why hepatitis C is spreading among Australian drug users while HIV is not. *Med J Aust* 1999; 170 : 220-21
- [4] Institut pour la Recherche en Épidémiologie de la Pharmacodépendance (IREP). Etude multicentrique sur les attitudes et les perceptions des usagers de drogues vis-à-vis du VIH et du VHC 1996
- [5] Direction de la recherche, de l'évaluation et des études statistiques (Drees). Toxicomanes suivis dans les structures sanitaires et sociales, enquête Novembre, Etudes et résultats ; n° 1 décembre 1998 et n°59 avril 2000
- [6] Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. 2005. Phénomènes émergents liés aux drogues en 2004. Sixième rapport national du dispositif TREND
- [7] Jauffret-Roustide M, Emmanuelli J, Barin F, Quaglia M, Arduin P, Laporte A et al. Impact of a harm-reduction policy on HIV and HCV transmission among drug users. Recent French data – The ANRS-Coquelicot Study. *Substance Use & Misuse* 2006 (in press)
- [8] Lavallée P. 2002. Le sondage indirect ou la méthode généralisée du partage des poids. Editions de l'Université de Bruxelles. Ellipses.
- [9] Marpsat M., Firdion JM. 2000. La rue et le foyer : une recherche sur les sans-domicile et les mal-logés dans les années 1990. Presses universitaires de France : Institut national d'études démographiques, Paris
- [10] Jauffret-Roustide M. Sciences sociales et épidémiologie : des approches méthodologiques qui se complètent, à propos de la question des pratiques à risque chez les usagers de drogues ; *BEH* 2006, n°2/3 : 21-23
- [11] CDC. Recommendations for prevention and control of hepatitis C virus (HCV) infection and HCV-related chronic disease. *MMWR* 1998. 47 : 6-7
- [12] Tortu S, McMahon JM, Pouget ER, Hamid R. Sharing of noninjection drug use implements as a risk factor for hepatitis C. *Substance use & misuse* 2004; 39, 2, 211-224
- [13] Lucidarme D, Bruandet A, Ilef D, Harbonnier J, Jacob C, Decoster A et al. Incidence and risk factors of HCV and HIV infections in a cohort of intravenous drug users in the North and East of France. *Epidemiol. Infect.* 2004 Aug; 132 (4) : 699-708
- [14] Hagan H, et al. Sharing of drug preparation equipment as a risk factor for hepatitis C. *Am J Public Health* 2001 ; 91 : 42-6
- [15] Novelli A et al. Circumstances surrounding the first injection experience and their association with future syringe sharing behaviours in young urban injection drug users. *Drug and Alcohol Dependence* 2005; 77 : 303-309

## **Analyse bibliographique :**

### **Prise en charge de l'hépatite C chez les usagers de drogues.**

*Edlin BR, Carden MR, Ferrando SJ. Managing hepatitis C in users of illicit drugs. Current Hepatitis Reports 2007 ; 6 : 60-7.*

Cet article est une revue de synthèse complète sur les points essentiels de la prise en charge de l'hépatite C chez les usagers de drogue (UD), selon l'analyse d'études récentes menées dans cette population.

#### **En préambule, quelques rappels formulés par les auteurs**

Les récentes avancées des traitements ont montré qu'il était possible d'éradiquer le virus de l'hépatite C (VHC). La grande majorité des patients ayant obtenu une réponse virologique prolongée (RVP : ARN-VHC indétectable 24 semaines après l'arrêt du traitement) est considérée comme guérie. Ces données encourageantes ont permis d'étendre les recommandations de traitement aux UD jusqu'ici exclus.

En effet, les UD par injection représentent le groupe de patients atteints d'hépatite C le plus important, avec un taux élevé de nouvelles contaminations.

Aux Etats-Unis on estime que :

- 70 % à 90 % des personnes ayant injecté des drogues pendant au moins 10 ans sont infectées par le VHC.
- 10 % à 40 % des UD non infectés, sont contaminés chaque année.

**Le contrôle de l'épidémie d'hépatite C doit donc passer par de nouvelles stratégies de prévention et de prise en charge de cette maladie chez les usagers de drogues.**

#### **Les freins au traitement de l'hépatite C chez les UD**

Les obstacles à l'instauration d'un traitement de l'hépatite C se situent à différents niveaux :

- le patient (addiction, troubles psychiques, pauvreté, sans-abri...),
- le médecin (méconnaissance des addictions, manque d'expérience dans la prise en charge des UD, attitudes préjudiciables...),
- le système de santé (déficit des structures de prise en charge).

Les UD, comme les autres patients, peuvent ne pas suivre les conseils de leur médecin, ne pas respecter leurs rendez-vous par exemple... Mais les médecins et les équipes soignantes ne se sentent pas toujours à l'aise, en l'absence de formation adaptée à la spécificité de la prise en charge des 'toxicomanes'. Ils préfèrent alors confier ces patients à un spécialiste des addictions ou à un service de toxicomanie. Les médecins auraient donc besoin d'une meilleure formation.

Afin de lever les freins au traitement de l'hépatite C chez les UD et d'améliorer leur prise en charge, les cliniciens impliqués peuvent s'appuyer sur une vingtaine de principes rappelés dans cet article et conçus pour faciliter les relations soignants - UD. Ceux-ci ont été établis selon les recherches et les expériences cliniques menées au cours de différentes maladies virales chroniques, notamment l'infection VIH.

La réussite du traitement de l'hépatite C chez les UD nécessite une collaboration médicale multidisciplinaire entre les spécialistes de l'hépatite C et les spécialistes de la prise en charge des UD. Ainsi pourront être développés des programmes de prise en charge adaptés.

Avoir des objectifs atteignables (pour éviter la frustration et le ressentiment), une bonne connaissance des conséquences morales et physiques de l'addiction, sans jugement moral sont les clefs de la réussite des programmes de prise en charge de l'hépatite C chez les UD.

### Données existantes sur le traitement de l'hépatite C chez les UD

**De nombreuses études menées ces sept dernières années nous montrent qu'un nombre important d'usagers de drogues peut obtenir une réponse virologique prolongée (RVP), même en présence de comorbidités psychiatriques et/ou d'une toxicomanie active.**

L'expertise dans le traitement du VHC, l'expérience dans la prise en charge des UD, la gestion des effets secondaires (dépression) et la possibilité de prescrire un traitement de substitution adapté sont les points communs essentiels retrouvés dans ces études récentes. Les taux de RVP obtenus varient de 28 à 75 % selon le traitement (interféron seul, interféron-ribavirine ou peginterféron-ribavirine) et sont comparables à ceux retrouvés dans une population non toxicomane.

Ces études montrent que de nombreux patients 'toxicomanes' actifs, consommateurs d'alcool et ayant des comorbidités psychiatriques peuvent être traités avec succès pour l'hépatite C.

### L'approche thérapeutique chez les UD

Il est rappelé que les UD sont souvent traumatisés, peuvent aussi avoir une mauvaise expérience du système de santé et sont méfiants envers les soignants. Leur montrer de l'empathie, prendre soin d'eux permettra de créer un climat de confiance. Des explications claires et des échanges positifs renforceront les relations avec les soignants et responsabiliseront les patients.

Il est nécessaire d'évaluer les freins au traitement et de travailler avec le patient pour les lever. Cette démarche renforcera les liens et l'observance du patient à son traitement.

Le passé de tous les patients atteints d'hépatite C doit être analysé pour avoir connaissance de l'usage de drogues ou de consommation d'alcool.

Les auteurs rapportent qu'aux Etats-Unis, selon une étude menée en 2005 par le « National Survey on Drug Use and Health » :

- 105 millions d'américains âgés de 18 ans ou plus ont consommé des drogues illicites, soit 48,2 % de la population ;
- parmi ces 105 millions :
  - 67 millions ont consommé d'autres drogues illicites que la marijuana (33 millions ont consommé de la cocaïne et 3,5 millions de l'héroïne),
  - 1 à 1,5 millions consomment régulièrement des drogues injectables.

Lorsque l'usage de drogue est révélé, il est important que le médecin collabore activement avec le patient pour l'aider à évaluer l'impact de sa toxicomanie sur sa santé, en abordant plusieurs points liés à la quantité de drogue consommée, la fréquence et le mode d'absorption, sa relation avec la drogue, son mode de vie, l'hygiène... Cette approche permettra de consolider la relation médecin – patient.

Lorsque le patient est consommateur d'alcool, le médecin doit informer le patient de l'effet de l'alcool sur la progression de l'hépatite. L'alcoolisme doit donc également donner lieu à un traitement spécifique.

De façon générale, le traitement de l'hépatite C devrait être envisagé dans un contexte général prenant en compte une éventuelle poursuite d'usage de drogue, un traitement de substitution et/ou un alcoolisme. Il est important d'instaurer un traitement antiviral tenant compte de l'état de santé du patient et de son mode de vie.

**Le médecin et le patient doivent prendre ensemble la décision de débiter un traitement pour l'hépatite C en évaluant les bénéfices et les risques.**

Le traitement le plus urgent à instaurer est chez les patients ayant une hépatite aiguë (car plus efficace) et chez les patients ayant une fibrose avancée avec un risque rapide de cirrhose. Pour certains patients, débiter un traitement est l'élément déclencheur pour interrompre ou stopper définitivement la toxicomanie. Pour d'autres, se stabiliser ou rentrer dans un système de soins suffiront pour les décider à traiter leur hépatite C.

### **L'adhésion au traitement**

Le moment idéal pour traiter un patient contre l'hépatite C est variable pour chaque patient selon ses conditions psychologiques et sa motivation. Les freins à l'observance doivent être anticipés et une stratégie discutée. Une fois la faisabilité du traitement évaluée, et le traitement débuté, le patient doit être suivi périodiquement pour évaluer et encourager l'observance.

### **Les troubles psychiatriques**

Avant de traiter le patient, il est important d'évaluer l'impact des troubles psychiatriques potentielles car les patients atteints d'hépatite C peuvent être psychiatriques pour différentes raisons.

- L'hépatite C peut engendrer des troubles psychiques ou une dépression en réponse au diagnostic : incertitude sur l'avenir, incertitude quant à l'efficacité du traitement, isolement et discrimination.
- La maladie en elle-même pourrait aussi générer des troubles cognitifs (difficultés de concentration ...).
- Le traitement de l'hépatite C par interférons peut provoquer des effets neuropsychiatriques (dépression..) et des perturbations cognitives.
- La co-infection VIH/VHC peut générer des troubles démentiels, quels que soient les stades de l'infection VIH ou VHC.

**Etant donné ces multiples risques, l'état psychique des patients (dépression, fatigue, dysfonctionnements cognitifs, toxicomanie et autres troubles mentaux) doit être bien évalué avant et pendant le traitement de l'hépatite C.**

### **La co-infection VIH/VHC**

Les UD ont souvent contracté le VHC lors d'injections non stériles et peuvent donc avoir aussi été contaminés par le VIH. En cas de co-infection, la progression de la maladie VHC est plus rapide et le risque de mortalité accru. Le traitement anti-VHC doit être envisagé et décidé avec le patient et avec le médecin en charge du traitement anti-VIH.

## L'hépatite aiguë C

Le taux de réponse virologique prolongée (RVP) est proche de 100 % si le traitement est instauré lors de la phase aiguë de l'hépatite. Le traitement devient donc une urgence lorsque le patient se trouve dans cette phase pour se donner toutes les chances de guérison. Les patients UD qui sont à haut risque (UDIV) doivent donc être dépistés régulièrement (tous les 3 mois).

## Risque de surinfection

Un patient guéri de son hépatite C peut être réinfecté ultérieurement lors d'une injection non stérile. Plusieurs études ont suggéré qu'une éducation efficace et une mise au point sur les mesures d'hygiène lors de l'injection permettent de diminuer le risque.

## Etude pilote d'un modèle de prise en charge collaborative multidisciplinaire

Les auteurs relatent une étude pilote chez neuf patients toxicomanes actifs traités par peginterféron et ribavirine. Cette étude utilise les ressources et l'expertise d'un programme sur le partage des seringues et celles d'un centre de soins pour l'hépatite C. Six patients ont négativés l'ARN VHC. Quatre ont obtenu une RVP, un est en fin de traitement et le dernier est toujours sous traitement. Cinq patients ont cessé l'utilisation de drogues. Chez ces six patients traités, le facteur motivant leur décision de débiter un traitement anti-hépatite C a été la perspective d'un test ARN-VHC négatif.

Cette étude a montré qu'une prise en charge collaborative multidisciplinaire permet d'optimiser l'efficacité du traitement, même si les patients continuent l'utilisation de drogues pendant le traitement.

## Les besoins de recherche à venir

**Des études de plus grande envergure devraient être menées afin de déterminer au mieux les éléments clefs de la réussite du traitement de l'hépatite C tant au niveau du profil des patients qu'à celui du programme de prise en charge.** En effet, dans le cadre des études rapportées dans cet article, le recrutement des patients avait été réalisé selon des critères de sélection bien précis, et souvent chez des patients en cours de traitement de substitution (méthadone, buprénorphine). En réalité, peu de données sont disponibles sur les patients qui consomment des drogues régulièrement ou par intermittence. En ce qui concerne les nouveaux traitements anti-VHC en cours de développement, malheureusement, ces traitements ne sont pas évalués chez les patients ayant recours à la méthadone ou la buprénorphine.

## Conclusion

**Les UD sont au centre de l'épidémie d'hépatite C. Pour ce type de patient, un programme de traitement efficace doit être global et multidisciplinaire avec une approche spécifique des usagers de drogues, sans jugements moraux et une bonne compréhension du comportement addictif. Les chances de succès du traitement de l'hépatite C s'intègrent dans cette prise en charge optimisée.**

## Prise en charge de l'hépatite C dans un CSST hospitalier

Interview du Dr Béatrice BADIN DE MONTJOYE, Paris

Depuis maintenant six ans, le centre Cassini à Paris a fait du dépistage et de la prise en charge du VHC une de ses priorités. Retour avec sa responsable, la psychiatre Béatrice Badin de Montjoye, sur une approche à la fois transversale et globale, où tous les rôles – ceux des médecins, psychiatres, hépatologues, infirmières, éducateurs et assistantes sociales – sont étroitement imbriqués.

« Je suis là depuis six ans, raconte Béatrice Badin de Montjoye, et la première chose que j'ai vérifiée à mon arrivée était le taux de dépistage des patients, qu'il s'agisse du VIH, du VHC et, depuis quelques mois, du VHB. » Dès la première entrevue, les patients sont donc « très vivement » encouragés à se faire dépister. Une proposition généralement bien acceptée, d'autant qu'ils peuvent le faire sur place et gratuitement, « un gros avantage, explique-t-elle, car certains tests, comme le génotypage, coûtent très cher ».

Les patients étant presque toujours d'accord, la responsable du centre n'a ainsi « pas souvenir d'avoir essuyé un seul refus », même si débiter le traitement peut ensuite prendre plusieurs mois.

### Attendre le temps qu'il faudra

« Cela ne se décide pas forcément en quelques jours, reprend la psychiatre. Il faut attendre que les conditions soient réunies (voir tableau 1), parce que les personnes sont parfois dans de telles situations professionnelles, de logement, ou judiciaires qu'elles ont la tête trop prise et ne sont pas disponibles pour pouvoir commencer ». Avoir l'attention accaparée par la survie immédiate, comme trouver où dormir le soir n'offre pas la disposition d'esprit nécessaire pour suivre un traitement long qui, malgré les améliorations, reste encore lourd.

« Il faut au moins avoir un logement stable et une prise en charge à 100% avant de démarrer », explique Béatrice Badin de Montjoye, qui souligne le rôle indispensable des éducateurs et assistantes sociales. « Tout ceci serait impossible sans l'aide des infirmières, bien sûr, mais aussi des travailleurs sociaux dont le rôle est très important pour démêler les imbroglios administratifs, trouver une mutuelle, un logement, permettre 3 jours d'hospitalisation si nécessaire... Ils sont toujours là et savent faire ce que, nous médecins, ne savons pas. » Ceci permet également au patient de se sentir pris en charge dans sa globalité.

### Critères évalués avant d'entamer un traitement

- La stabilité psychique ;
- L'existence d'épisodes dépressifs majeurs ;
- La présence d'autres dépendances physiques, psychiques et comportementales ;
- les réticences au traitement ;
- Le vécu de la substitution et la qualité de l'alliance avec le thérapeute ;
- L'amélioration des troubles de la temporalité ;
- La stabilité sociale ;
- Le logement.

Tableau 1

S'ils sont dépistés positifs, l'équipe propose donc aux patients de rencontrer l'hépatologue, Philippe Podevin, qui dépend du service d'hépatogastro-entérologie de Cochin. Il consulte dans le centre une fois par semaine, mais peut voir aussi les patients à Cochin durant ou au décours d'une hospitalisation pour sevrage ou bilan, ce qui offre une grande disponibilité.

### **Moins d'appréhensions, plus de facilités**

Quand le traitement s'avère nécessaire, la prise en charge s'effectue dès l'accueil, puis avec les infirmières qui leur apprennent à se faire les injections d'interféron. *« Ils peuvent très bien faire faire les injections en ville par une infirmière libérale, ou eux-mêmes, à leur domicile, précise la praticienne, mais certains préfèrent cependant venir sur place se faire faire l'injection qu'ils ne veulent pas faire tout seul ».*

*« On leur distribue beaucoup de brochures d'information fournies par les laboratoires, explique-t-elle, mais ils s'informent également pas mal sur Internet, et si nécessaire, on en reparle après. C'est très différent selon les patients, mais on leur demande toujours lors de l'entretien d'évaluation ce qu'ils savent sur le VHC. Et c'est souvent très intéressant : certains ont peur, d'autres sont, à l'inverse, complètement en confiance. Certaines peurs trouvent leur fondement dans ce qu'on a lu dans les médias, et méritent d'être dites avant de commencer le traitement. Cela permet de rassurer et d'éviter les arrêts spontanés face aux complications psychiques comme l'irritabilité, l'agressivité ou les troubles du sommeil. »*

Cette approche permet donc de dédramatiser, même si parallèlement, les choses ont également beaucoup évolué. *« Même si la biopsie reste parfois nécessaire, explique encore la psychiatre, l'arrivée des marqueurs non invasifs de fibrose a beaucoup simplifié les choses. De plus en plus de gens sont désormais traités, et les patients connaissent de plus en plus souvent quelqu'un qui l'a été, et pour lequel le traitement a marché. Il y a donc beaucoup moins d'appréhensions. Mais il y a aussi beaucoup plus de facilités, notamment pour obtenir un mi-temps thérapeutique quand on travaille. Le traitement n'est plus aussi stigmatisant qu'avant. »*

### **Traitement de Substitution Opiacée bien équilibré**

Mais le fait que les patients reçoivent déjà un traitement de substitution facilite aussi beaucoup les choses (Ndlr : Des études faites à l'étranger nous montrent la voie. On a démontré, notamment avec la méthadone, un meilleur accès à la bi-thérapie et des résultats comparables en terme de compliance et de réponse virale soutenue que sur des populations non toxicomanes (1) (2) (3) (4)). *« On attend pour débiter un traitement que les patients soient complètement stabilisés au niveau du traitement de substitution, reprend Béatrice Badin de Montjoye. On attend, s'ils continuent à injecter leur Subutex® ou s'ils prennent encore beaucoup de cocaïne. »* Car meilleure sera la compliance au traitement de substitution, meilleure devrait être la compliance au traitement à la bi-thérapie du VHC. *« Ce qu'il faut avant tout, c'est la disponibilité d'esprit suffisante pour débiter un traitement de plusieurs mois ».* Mieux vaut donc parfois différer le traitement somatique de quelques semaines.

Persuadée que les choses se passent mieux s'ils n'ont pas vécu le manque, l'équipe a fait, par ailleurs, le choix de laisser ses patients aux mêmes posologies de traitements de substitution pendant la durée de traitement du VHC. Des posologies qui varient beaucoup d'un individu à l'autre, pour la méthadone comme pour le Subutex®.

Il ne leur est pas demandé une abstinence totale à l'égard de l'alcool (ou autre), mais simplement qu'ils fassent preuve de tempérance. « *Pendant la durée du traitement, ils n'ont généralement pas envie de boire*, indique la responsable du centre (Ndlr : la littérature nous apprend également que la connaissance du statut et la perspective d'un traitement ont un impact très favorable sur la consommation d'alcool elle-même (5). En outre, une étude multicentrique a récemment démontré des taux de réponse virologiques comparables chez les buveurs excessifs que chez les autres patients (6)).

Des réactions qui dépendent aussi beaucoup des gens et de la stabilité de leur entourage. « *On attend le meilleur moment pour commencer, et c'est toujours très individuel.* » Reste qu'avec des scores de fibrose de 0 ou 1, de nombreux patients ne relèvent pas non plus d'une indication au traitement, selon l'hépatologue.

### **À chacun sa spécialité**

Encore plus entourés au centre méthadone (voir présentation des structures) où ils reçoivent en même temps leur méthadone et leur interféron, les patients parlent facilement à l'hépatologue qui adapte, si nécessaire la posologie d'interféron à la recherche de la meilleure tolérance.

« *S'il les trouve déprimés, il me les envoie* », explique Béatrice Badin de Montjoye. « *Si nécessaire, on rajoute un antidépresseur, mais toujours prescrit par le psychiatre, jamais par l'hépatologue – chacun sa spécialité. On essaye d'être rigoureux à ce niveau-là, et même pour un somnifère, c'est le psychiatre qui prescrit. C'est une prise en charge complexe, qui doit rester multidisciplinaire* ».

Un suivi conjoint avec l'hépatologue permet beaucoup : « *On se connaissait avant, et on s'entend bien. C'est comme ça que nous avons décidé de travailler ensemble. Grâce à l'infrastructure du CHU, il y a aussi toujours quelqu'un pour répondre aux questions ou recevoir les patients en urgence... Même si cela peut aussi avoir des inconvénients, notamment en ce qui concerne les démarches administratives, on bénéficie de ses gardes, de son plateau technique, etc.*, reconnaît la praticienne. *Et bien entendu, nous restons en lien, de façon étroite parfois, avec le médecin généraliste pendant toute la durée du traitement* ».

Mais ce type de lieu et de prise en charge peut convenir à une certaine population.

### **Et après ?**

Si la durée du traitement dépend notamment du génotype (un an pour les génotypes 1 ou 4 et les patients co-infectés par le VIH), la réussite dépend, elle aussi, de nombreux facteurs, en particulier de la complémentarité des pratiques médicales (psy, hépato...). « *Après ? Ils sont surtout bien contents*, raconte la psychiatre. *Certains arrêtent, d'autres ne répondent pas, mais l'équipe n'a pour l'instant pas eu à déplorer d'arrêt en raison de troubles psychiques. Une fois guéri, on le reste, mais il faut encore attendre 6 mois après l'arrêt du traitement pour en être sûr.*

Les résultats diffèrent-ils en fonction des traitements de substitution ? « *On n'en sait rien pour l'instant, répond-elle, mais on envisage de lancer une étude sur le sujet. Dans l'échantillon suivi lors d'une précédente enquête (80 patients), les personnes sous méthadone étaient généralement plus précaires que celles sous Subutex®, donc plus déprimées, avec plus de difficultés sociales, etc. Malgré cela, elles ont aussi bien tenu que les autres* » précise, pour conclure, Béatrice Badin de Montjoye.

## Présentation des structures

### L'unité fonctionnelle d'addictologie :

L'unité fonctionnelle d'addictologie du service de psychiatrie de l'hôpital Cochin comporte :

- Le centre Cassini : centre d'accueil, d'information, d'orientation, de soins et de suivi pour les personnes et les familles en difficulté avec un produit (drogues, alcool, médicaments). Une équipe pluridisciplinaire (soignants, infirmières, éducateurs, et assistantes sociales) offrant une prise en charge psychothérapeutique et des traitements en ambulatoire, un suivi social et éducatif, des consultations médicales (psychiatrie, alcoologie, médecine interne, hépato-gastro-entérologie) et des orientations spécialisées).  
8 bis, rue Cassini, 75014 Paris (01 58 41 16 78 ; [consult.toxico@cch.aphp.fr](mailto:consult.toxico@cch.aphp.fr); [centre.cassini@cch.aphp.fr](mailto:centre.cassini@cch.aphp.fr));
- Le centre méthadone : traitements de substitution avec prise en charge psychosociale.  
27, rue du Faubourg Saint-Jacques, 75014 Paris (01 58 41 16 81 ; [centre.methadone@cch.aphp.fr](mailto:centre.methadone@cch.aphp.fr))
- Et une équipe mobile d'addictologie (EMA) intervenant auprès des patients usagers de drogues et/ou en difficulté avec l'alcool, admis dans les différents services de l'hôpital. Sont également concernées les femmes enceintes toxicomanes dont le suivi est assuré par une sage-femme de l'équipe à la maternité de Port-Royal.

Trois structures dont la file active est d'environ 950 patients par an (une centaine sous méthadone). **En 2005, une vingtaine de traitements pour l'hépatite C ont été menés à terme chez des patients mono ou coinfectés.**

### Bibliographie :

1. Mauss et al. A Prospective Controlled Study of Interferon-Based Therapy of Chronic Hepatitis C in Patients on Methadone Maintenance. *Hepatology*, Vol. 40, No. 1, 2004
2. Walley et al. Knowledge of and interest in hepatitis C treatment at a methadone clinic. *J Subst Abuse Treat*, 2005, 28, 181-187
3. Edlin et al. Overcoming Barriers to Prevention, Care, and Treatment of Hepatitis C in Illicit Drug Users. *Clin Infect Dis*. 2005 April 15; 40(Suppl 5): S276-S285.
4. Geert Robaey, Hans Van Vlierberghe, Catharina Mathei, Marc Van Ranst, Liesbeth Bruckers, and Frank Buntinx on behalf of the members of the BASL Steering Committee and the Benelux Study Group. Similar compliance and effect of treatment in chronic hepatitis C resulting from intravenous drug use in comparison with other infection causes. *Eur J Gast. Hepatol*, Feb. 2006
5. McCusker et al. Influence of hepatitis C status on alcohol consumption in opiate users in treatment. *Addiction* 2001. 96
6. Anand et al., Alcohol use and treatment of hepatitis C virus : results of a national multicenter study. *Gastroenterology* 2006, 130:1607-1616

*Interview réalisée par Isabelle CELERIER en novembre 2006*

## **Prise en charge de l'hépatite C chez l'utilisateur de drogues, quelques expériences...**

Les questions soulevées par la prise en charge de l'hépatite C chez l'utilisateur de drogues débordent largement le cadre purement clinique et thérapeutique. Les difficultés existent avant même la notion de dépistage, qui nécessite une conscience du risque. Plus tard, le dépistage effectué, c'est l'accès au traitement et au bilan préalable qu'il faut patiemment organiser. Enfin, le traitement lui-même demande une coopération active entre le patient et l'équipe qui le soigne.

De nombreuses initiatives cherchent à apporter des solutions à l'une ou l'autre de ces embûches. Quand le laboratoire Roche est sollicité, il apporte son soutien à ces expériences sous la forme la plus adaptée au projet. Ce chapitre de ce Flyer hors-série décrit cinq actions concrètes entreprises pour améliorer, à des étapes différentes, avec des moyens différents, la prise en charge de l'hépatite C chez l'utilisateur de drogues. Peut-être ces actions inspireront-elles d'autres initiatives.

**Bordeaux : Le Fibroscan pour amener au dépistage de l'hépatite C**

**Limoges : Des conseils patiemment répétés pour venir à bout des réticences**

**Hauts-de-Seine : Le Plan Hépatites du Trait d'union**

**Paris : Une consultation d'hépatologie dans un lieu de vie pour faciliter les soins**

**Médiateur en santé publique : Faciliter la communication pour améliorer le soin**

## **Bordeaux :**

### **Le Fibroscan pour amener au dépistage de l'hépatite C**

Le CEID de Bordeaux, dirigé par le Dr DELILE, comme toutes les structures prenant en charge des usagers de drogues, a bien identifié « l'ennemi actuel », les infections virales. L'hépatite C est au premier rang de celles-ci, associant à une forte prévalence des difficultés de dépistage et d'accès aux soins. L'amélioration du dépistage est donc devenue une priorité, mais les solutions efficaces sont difficiles à mettre en œuvre.

La nécessité de cette amélioration est apparue d'autant plus évidente que les structures du CEID avaient été sites de recueil pour l'étude Coquelicot. Il avait été ainsi vérifié que les statistiques locales rejoignent les statistiques nationales : 70 % des UD-IV sont contaminés par le VHC, dont 1/3 environ ignorant leur état. De plus, une proportion non négligeable de sujets avertis de leur séropositivité n'avaient pas eu recours à un traitement, malgré un stade parfois de fibrose avancée.

Ces usagers infectés, ignorant leur statut et non traités, présentent de plus un haut risque de contamination des autres usagers.

#### **L'IDENTIFICATION DES OBSTACLES**

L'objectif du CEID est donc devenu d'améliorer le dépistage, en identifiant les obstacles qui s'interposaient entre les usagers et les ressources disponibles en matière de dépistage et de prise en charge de l'hépatite C.

L'équipe s'est appuyée sur des entretiens socio-anthropologiques qui avaient été menés parallèlement à l'étude Coquelicot. Elle a par ailleurs interrogé des usagers bien connus du Centre, avec lesquels la relation de confiance était telle qu'ils ont accepté de réfléchir à ce sujet.

Il est apparu qu'il s'agissait en partie d'un manque d'information. Cependant ce manque est relatif : en effet, si les nouveaux toxicomanes n'ont pas toujours conscience du risque de contamination par le VHC, il est en revanche bien connu des usagers de longue date.

Parmi les usagers avertis du risque, certains comportements sont ceux de tout être face à la maladie : le déni, « l'autruche », la peur des traitements... Mais, plus spécifique à l'hépatite C, se surajoute la crainte de la ponction-biopsie hépatique, examen réputé pénible, douloureux, impressionnant : les usagers communiquent entre eux et se livrent leurs expériences. Par ailleurs, il s'agit d'un examen pratiqué dans un contexte institutionnel, avec une programmation, sur rendez-vous ; autant de contraintes pas toujours faciles à négocier pour un usager.

Enfin, les usagers redoutent la prise de sang pour dépistage biologique car ils ont un capital veineux périphérique très amoindri et les prélèvements sont souvent longs, difficiles, douloureux...

Réticence face au prélèvement sanguin, crainte à l'égard de la PBH, peur du diagnostic, tout concourt à un sous-dépistage de l'infection par le VHC chez les usagers.

#### **LE FIBROSCAN POUR « MONTRER » SON FOIE À L'USAGER**

Forte également de l'expérience de l'étude Coquelicot, l'équipe du CEID de Bordeaux a donc recherché des solutions pour améliorer le rendement des campagnes de dépistage.

La réflexion s'est faite avec le service d'hépatogastro-entérologie du Pr Couzigou au CHU de Bordeaux, avec lequel le CSST et le CAARUD travaillent de longue date en collaboration étroite notamment avec le Dr Juliette Foucher. La méthode par prélèvement au doigt ainsi

que le dépistage dans la salive, non encore validés, n'ont pas été retenus. Restait le Fibroscan, examen non invasif, qui permettrait non pas le diagnostic de séropositivité au VHC mais de visualiser l'état du foie et d'inciter « sur preuve » à poursuivre les explorations. Mais se posait alors le problème de l'accès à l'examen : il devait pouvoir être réalisé dès que proposé, afin d'éviter la déperdition inévitable dès lors que les usagers doivent prendre rendez-vous ou se rendre dans un autre lieu.

Le site idéal était donc une structure de première ligne, comme le CAARUD. Les usagers s'y rendent plus facilement, attirés par la possibilité de prendre un café, une douche, de se reposer, de rencontrer un médecin ou une infirmière sans rendez-vous, de se procurer du matériel de réduction des risques... Cette structure permet même de proposer ce dépistage à des toxicomanes actifs, non encore demandeurs d'une substitution.

Après discussions avec ses partenaires hépatologues, le Centre a donc évoqué son projet auprès du Laboratoire Roche. Celui-ci a très rapidement signé un accord de partenariat et a financé la mise à disposition d'un Fibroscan pour le CAARUD qui dispose donc du seul Fibroscan de Bordeaux intra muros !

Le Fibroscan est devenu opérationnel en janvier-février 2006. L'objectif initial était de suivre 300 usagers, et de valider l'acceptabilité de cette méthode de dépistage grâce à une étude d'évaluation.

Les premiers résultats ont été très encourageants : aucun refus à la proposition d'imagerie. En plus de son caractère non invasif, l'aspect ultramoderne de l'exploration, ordinateur, écran, score en temps réel..., y est sans doute pour beaucoup !

L'explication et la mobilisation autour de la problématique hépatique demandent quelques minutes, 5 à 10 tout au plus. La découverte d'un score un peu élevé permet d'évoquer le dépistage classique « pour en savoir plus ». Il est alors bien accepté. Si le score est normal, on peut quand même proposer le bilan, toujours pour en avoir le cœur net. Le prélèvement est alors réalisé sur place.

Cette approche de séduction par l'imagerie accompagnée d'information a permis de nombreux primo-dépistages.

Un observatoire, TOXSCAN, a été mis en place pour évaluer avec rigueur l'opération.

## **UNE CONSULTATION SPÉCIALISÉE DÉCENTRALISÉE**

Reste un dernier obstacle dans la prise en charge des usagers présentant une hépatite C : la mise en route du traitement. Une consultation d'hépatologie avancée hebdomadaire a donc pu être organisée, permettant l'initiation du traitement de l'hépatite C.

L'observance, dans ces conditions d'accompagnement, est bonne. Un constat analogue avait été fait dans le cadre de la prise en charge du VIH : le traitement de l'hépatite est un facteur de motivation supplémentaire, avec un impact très positif sur les consommations parasites, d'alcool notamment.

Comme cela a d'ailleurs été souligné dans le rapport du Groupe de travail sur l'amélioration de la prise en charge de l'hépatite C que coordonnait le Professeur Michel DOFFOEL (Comité stratégique du Programme national Hépatites virales du Ministère de la Santé), l'expérience du CEID de Bordeaux, CSST et CAARUD, illustre ainsi combien l'unité de lieu d'intervention des différents acteurs de la prise en charge des problèmes multiples liés à l'utilisateur renforce l'efficacité des mesures mises en œuvre.

*D'après un entretien avec le Dr DELILE, Directeur du CEID, BORDEAUX*

## **Limoges :**

### **Des conseils patiemment répétés pour venir à bout des réticences**

Depuis quelques années, les membres de l'équipe médicale de l'Intersecteur Régional de Soins en Addictologie (IRSA), dirigée par le Dr Pierre VILLÉGER, réfléchit aux problèmes posés par les comorbidités associées aux pratiques addictives, en particulier les hépatites virales.

C'est en effet de leur responsabilité de soignants, d'autant plus que c'est par leur intermédiaire que de nombreux usagers de drogues (usagers) s'engagent dans un processus de soin. La prise en charge sera alors globale, médicale, psychiatrique et sociale.

Plusieurs constats ont alimenté cette réflexion.

En premier lieu, les données épidémiologiques : la population des usagers est estimée en France à 160 000 à 300 000 personnes dépendantes (dont environ 60 % par injection) et 130 000 à 240 000 usagers occasionnels. Le taux de contamination de ces usagers par le VHC est de 50 à 70 % selon les études, avec environ 4 000 nouveaux cas par an.

En second lieu, l'impact du plan de réduction des risques : l'accès facilité des usagers aux seringues stériles et aux traitements de substitution a permis de limiter la transmission du VIH mais n'a pas procuré les mêmes résultats à l'égard du VHC. La connaissance des modes de contamination est insuffisante tant chez les usagers que chez certains professionnels. Le dépistage s'en trouve retardé.

Enfin, l'existence de freins au recours au soin de la part des usagers : toutes les équipes reconnaissent les réticences des usagers face aux investigations comme au traitement.

#### **RÉPÉTER L'INFORMATION**

Une démarche de prévention, d'information, de dépistage, de soins plus adaptée est alors apparue nécessaire.

Afin d'évaluer avec précision l'importance du problème au sein de la file active de patients du secteur, un questionnaire reproductible a été établi, prévu pour être présenté par tout intervenant de l'équipe, médecin, psychologue, infirmier... Ce questionnaire explore les conduites à risque, les antécédents médicaux et chirurgicaux, les vaccinations, la consommation d'alcool... Il est facilement transposable en pratique de ville (cf. annexe 1).

Une information sur les modes de transmission du VHC est rapidement dispensée, avec remise au patient d'une documentation s'il le désire.

Quand un facteur de risque est détecté, un dépistage est proposé au patient. Il s'accompagne d'une information brève mais plus précise, sur les modalités de ce dépistage, sur la possibilité de guérison de l'hépatite, avec présentation des résultats des traitements. Des documents ici encore sont disponibles, en particulier le Livre de Max, fruit d'une précédente initiative limousine.

L'entretien prend au total 5 à 10 minutes.

L'évaluation et les messages d'information ont été répétés à plusieurs reprises, à M1, M3, M6 et après 1 an.

La démarche de l'équipe a été pragmatique, évolutive, ajustée aux besoins mis à jour progressivement. Ainsi, assez rapidement, le défaut de connaissance des usagers sur le sujet des hépatites est apparu évident. La passation du questionnaire s'est alors accompagnée d'information et de conseils de prévention et de dépistage. Par ailleurs, si le fond du questionnaire et des conseils est « standardisé », chaque intervenant les présente à ses patients selon son empathie, non comme un examen informatisé ! Mais le support reste reproductible dans le temps.

## L'ÉVALUATION PAR LES USAGERS

L'enquête s'est déroulée sur une année. Une évaluation a été réalisée par les patients eux-mêmes à M12 (cf. annexe 2). Les résultats obtenus ont montré combien certaines croyances étaient ancrées dans la mémoire collective. Un travail a dû s'attaquer, en petits groupes, aux idées fausses des patients concernant les modes de transmission du VHC et à leur réticence à l'égard de la vaccination contre le VHB. Malgré l'information brève répétée et la remise de documents, elles étaient encore présentes chez plus de 50 % des usagers après 1 an.

En ce qui concerne le dépistage, le travail motivationnel a été essentiel pour augmenter le nombre de patients connaissant leur statut sérologique. La difficulté d'accès aux soins, le mauvais état veineux, l'absence de régularité aux rendez-vous fixés, les problèmes judiciaires et l'incarcération qui vient interrompre le suivi, la crainte d'un résultat positif sont autant d'éléments qui retardent le dépistage. L'enquête a montré que le dépistage était effectivement réalisé pour la majorité des patients au bout de 3 à 6 mois, soit après 3 à 4 sollicitations en moyenne. L'équipe considère que la répétition de l'évaluation et l'incitation au dépistage ont été « rentables ». Mais l'enquête constitue un temps et une charge de travail supplémentaires. C'est le soutien des laboratoires Roche qui a rendu possible en particulier le traitement informatisé des questionnaires et l'activité de secrétariat qu'il représente.

## L'ACCÈS AU TRAITEMENT

L'IRSA se préoccupe également de l'accès au traitement de l'hépatite C pour ces patients dont le résultat du dépistage est positif. Le retard à ce traitement dépend de plusieurs causes. Le traitement du VHC n'est pas toujours l'objectif le plus pressant de la prise en charge. La priorité du patient peut être l'accès aux programmes de substitution, la disparition des syndromes de manque, la mise en place du traitement d'autres dépendances... Les pathologies psychiatriques qui ne manquent pas de survenir sur un terrain addict peuvent être une voie d'entrée dans le soin que les patients n'associent pas prioritairement à une pathologie infectieuse.

Les priorités sociales sont souvent au premier plan des éléments justifiant le soin ou l'obligation de soin. La prise en charge des pathologies somatiques comme l'infection par le VHC apparaît alors comme un objectif à moyen terme.

Un second frein qu'il ne faut pas négliger non plus est la peur du traitement associée à des croyances erronées sur l'inefficacité des traitements et les effets secondaires insupportables des médicaments contre le VHC, croyances dont la pérennité a été confirmée par l'enquête. La gestion « standardisée » du problème est synonyme de déshumanisation de la relation et génère de grandes craintes et frustrations chez les patients.

En ce qui concerne la population fréquentant l'IRSA, il faut de plus prendre en considération les troubles psychologiques ou psychiatriques éventuellement graves qu'il faut évaluer et stabiliser avant la mise en route du traitement anti-VHC. Ce traitement lui-même n'est pas dénué de complications psychiatriques qui peuvent justifier un suivi prolongé. C'est avec prudence que doit être évaluée la situation sur le plan de l'addiction et sur le plan psychiatrique. Le doute peut retarder l'acceptation ou le début du traitement de l'hépatite chronique C.

La tenue d'une consultation avancée d'hépatologie au sein du centre, dans le cadre d'un échange de temps médical avec le CHU, facilitera cette prise de décision. Hépatologues et psychiatres conviennent que la prise en charge de l'hépatite C est plus volontiers acceptée lorsqu'elle est proposée et suivie par les équipes de réseau de l'intersecteur. Les patients qui vont au soin bénéficient d'un accompagnement que les équipes d'hépatologie ne peuvent réaliser de façon aussi rapprochée.

*D'après un entretien avec le Dr VILLÉGER, CHS Esquirol, Limoges*

Annexe 1 : QUESTIONNAIRE (modifié pour adaptation à exercice MG)

A J0

- Evaluation des facteurs de risque
  - Utilisation de produits O/N
  - Si Oui, quelles voies :
    - IV O/N
    - Pernasale O/N
    - Autre
  - Si IV :
    - Echanges de seringue O/N
    - Echange du matériel O/N
  - Tatouage : O/N
  - Piercing : O/N
- ATCD médicaux et chirurgicaux
- Consommation d'alcool
  - actuelle O/N (combien : )
  - antérieure O/N (combien : )
- poids, taille
- vaccins : hépatite O/N, tétanos O/N
- ex clinique
- conseils standardisés : échange de seringue, paille, petit matériel, conduites à risque et remise de documentation
- proposer sérologies VHC, VHB, VIH
- RV consultation systématique à 1 mois

Consultations suivantes :

- Evaluation des risques(idem)
- Modification du comportement O/N (si non, pourquoi ? si oui, comment ?)
- **Renforcement sur le dépistage et les conseils standardisés**
- Vérifier si sérologies faites O/N
  - Si non : proposer de nouveau le dépistage
  - Si oui :
    - Négative : renforcement des conseils
    - Positive : évaluer la motivation à être traité ; mise en place d'une éducation pré-thérapeutique, avec préparation aux explorations complémentaires.

Annexe 2 : FICHE D'ÉVALUATION PAR LE PATIENT

- L'information reçue a-t-elle été claire ? O/N
- L'information a-t-elle été suffisante ? O/N
- Vous a-t-elle paru utile dans votre vie actuelle ? O/N
- Si oui, pour vous-même ou votre entourage ?
- Quand le dépistage s'est avéré positif, l'accompagnement proposé a-t-il été suffisant ? O/N
- Pour le VHC, existe-t-il une contamination sexuelle ? O/N
- Pour le VHC, peut-on se contaminer si on sniffe ? O/N
- Est-ce une maladie grave ? O/N
- Existe-t-il des traitements ? O/N
- Les traitements sont-ils efficaces ? O/N
- Le traitement pour les toxicomanes est-il plus difficile ? O/N
- Peut-on se re-contaminer avec le VHC ? O/N
- Est-ce que je peux continuer à boire de l'alcool ? O/N
- Commentaires libres :

Le **Trait d'Union** est une association loi de 1901, qui gère des services et des établissements dédiés à la prise en charge des toxicomanies et plus largement des addictions.

L'établissement que dirige le Dr Morel est un CSST comportant 2 structures dans les Hauts-de-Seine, l'une à Boulogne, l'autre à Villeneuve-la-Garenne, plus au nord du département. Les équipes y comptent au total 5 médecins et une trentaine d'autres salariés, travailleurs sociaux, infirmières, psychologues...

#### UNE PRISE DE CONSCIENCE

En 2004, l'association a décidé de mobiliser l'ensemble des services autour de la prise en charge des hépatites, tout particulièrement l'hépatite C. Cette question s'inscrit dans le cadre des missions de santé des CSST, au cœur de la problématique addictive chez les usagers ayant (ou ayant eu) des pratiques à risque. L'usage de drogues constitue en effet le mode de contamination principal et les usagers représentent la population la plus **exposée au risque** de contamination par le VHC. Les CSST en tant que **lieu privilégié de rencontre** avec ces malades potentiels ont donc des responsabilités particulières.

Une « mobilisation » était cependant nécessaire, car les équipes ne sont pas toujours à l'aise avec ces questions très médicales.

Le premier temps de cette mobilisation a consisté en des formations sur la maladie, sur ses liens avec les addictions, sur le dépistage. Les explications apportées ont permis de lever un certain nombre de préjugés et de doutes sur l'efficacité du traitement, ses effets secondaires ou sur la ponction-biopsie hépatique.

À cette phase préliminaire de sensibilisation a succédé un travail sur les moyens nécessaires à la prise en charge de l'hépatite C parmi les patients reçus :

- Évaluation des moyens nécessaires, déjà disponibles ou à créer.
- Adaptation des solutions concrètes aux caractéristiques des patients UD et au contexte pratique à Boulogne d'une part, à celui de Villeneuve d'autre part.
- Homogénéisation des outils de travail autour de la santé, en particulier le dossier médical.

#### LES OBJECTIFS DU PLAN

À l'issue de cette réflexion pragmatique, un « Plan Hépatites » a été élaboré pour les 2 Centres, avec 4 objectifs :

1. L'actualisation des **dépistages** : un dépistage annuel pour chaque patient
2. L'amélioration de **l'accès au traitement** :  
On estime habituellement à 60 % la proportion d'usagers de drogues VHC +, dont au moins 20 % nécessitent immédiatement un traitement. Appliquée à la file active du CSST, cette évaluation aboutit à une prévision de 100 malades qui devraient être déjà sous traitement ou y avoir accès.
3. La sensibilisation à la campagne de **vaccination contre l'hépatite B** :  
L'estimation du nombre de sujets concernés est du même ordre.
4. La mise en place d'un dispositif offrant à chaque malade une **unité de lieu, d'acteurs de soins et de temps**, pour la prise en charge des hépatites dans le cadre de l'accompagnement global, médico-psychosocial, dispensé par l'institution :

- Dépistage
- Premier bilan biologique
- Fibrotest éventuel
- Décision de mise sous traitement
- Prescription de ce traitement
- Suivi et prise en charge des effets du traitement
- Décision de fin de traitement
- Suivi post-traitement.

## LES MOYENS NÉCESSAIRES

Pour atteindre ces objectifs, ont été définis les moyens suivants :

1. La désignation d'un professionnel de santé comme **coordinateur** pour chacun des 2 Centres :
  - L'intéressé a été formé à cet effet.
  - Par ailleurs, un médecin référent Hépatites a été attribué à **chaque patient**.
2. La **formation** de l'ensemble des équipes :
  - Sur les modes de contamination, les modalités de dépistage, l'actualité en matière de bilan et de traitements.
  - Des outils de formation, les plus simples possible, ont été mis à disposition des équipes.
3. La formalisation de **partenariats** entre le CSST, les services hospitaliers, les laboratoires :
  - Du temps de travail infirmier affecté aux prélèvements de sang dans le centre de Villeneuve la Garenne.
  - Équipement des 2 pôles pour les actes médicaux courants (lit d'examen, matériel stérile de prise de sang, tensiomètre, élimination des déchets...)
  - À Boulogne, présentation des dossiers aux référents hospitaliers (Service de médecine interne du Pr Rouveix et service d'hépatogastro-entérologie du Dr Lesur, hôpital Ambroise Paré) pour décision de traitement et primo-prescription de peg-interféron/ribavirine.
  - À Villeneuve, l'un des médecins du Trait d'Union, le Dr Ménahem, s'est beaucoup impliqué dans la question des hépatites. Il est associé au service d'hépatologie du Pr Poynard à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière et de ce fait habilité à primo-prescrire ces traitements.

## LES PREMIÈRES RÉALISATIONS

Un bilan de cette mobilisation est prévu tous les 6 mois. L'évaluation des premières réalisations a montré des différences entre les 2 Centres.

- À Villeneuve la Garenne, les choses se sont mises en place très vite et très facilement. Il est vrai que le CSST est situé dans les locaux d'un hôpital de proximité, l'Hôpital Nord-92. Deux infirmières en poste sur place peuvent pratiquer à la fois les prélèvements, les injections et dispenser le traitement de substitution. De plus, le médecin du Trait d'Union dans cet hôpital est en capacité de primo-prescrire les traitements anti-VHC ainsi que les traitements de substitution. C'est donc le même médecin qui prend en charge la toxicomanie, le dépistage de l'hépatite, l'ensemble des traitements et leurs suivis. Les usagers du centre savent ainsi qu'ils seront suivis de façon régulière et personnalisée dans un même lieu et par les mêmes soignants. Si le problème du traitement est au début très médical, il devient plus tard plutôt psychosocial, lié au vécu des effets secondaires. Ici, la même équipe apporte des réponses humaines et

relationnelles après avoir mis en œuvre les solutions techniques à la maladie somatique. **Les objectifs du Centre de Villeneuve ont été grandement remplis.**

- À Boulogne, les conditions pratiques sont très différentes.

Le Centre n'est pas un lieu de dispensation de méthadone ; elle y est prescrite mais délivrée en officine. Il n'y a pas d'infirmière ni de laboratoire d'analyses. Le patient doit donc sortir du centre et aller au laboratoire pour tout dépistage ou bilan biologique. Certes, des relations privilégiées sont entretenues avec les pharmacies et les laboratoires proches. Mais, aussi courte que soit la distance entre le Centre et le laboratoire, il y a toujours une déperdition des patients ou des délais très longs pour qu'ils effectuent leurs examens, d'autant qu'ils sont nombreux à appréhender le geste de la prise de sang en raison de l'état de leurs veines.

Autre différence propre au Centre de Boulogne : dans un premier temps, conformément au protocole prévu, les patients étaient adressés en consultation d'hépatologie à l'hôpital Ambroise Paré. L'équipe du Centre entretient d'excellentes relations avec les services hospitaliers, l'accueil par les spécialistes y est compétent et très humain. Cependant, ici aussi, le patient doit prendre rendez-vous et se déplacer de son plein gré. C'est une autre étape qui entraîne un risque supplémentaire de « déperdition » dans le processus allant jusqu'au traitement.

Pour cette raison, il a été établi avec les référents spécialistes de l'hôpital une procédure simplifiée qui convient à la grande majorité des situations : quand un malade revient au centre avec son bilan, les résultats sont immédiatement envoyés à l'hépatologue par télécopie. L'hépatologue renvoie également par télécopie sa primo-prescription que le médecin du Trait d'Union transmet et explique au patient. Cette réduction des délais et des distances entre les acteurs a permis d'éviter un certain nombre de ruptures dans le cheminement jusqu'au traitement.

Toutefois, en raison de ces difficultés, les résultats du Centre de Boulogne sont moins satisfaisants que ceux de Villeneuve, avec moitié moins de patients traités pour une file active plus importante.

- Ces écarts de résultats sont le reflet des dispositifs de suivi différents dans les 2 pôles : Boulogne autonomise beaucoup ses usagers et fonctionne essentiellement par le biais de consultations, (excepté pour les patients qui séjournent dans les appartements thérapeutiques ou dans le Centre Thérapeutique Résidentiel dont dispose le Trait d'Union à Clamart) . En revanche, Villeneuve offre des modalités de suivi pour les patients sous méthadone qui permettent un suivi médicalisé, mais également pluridisciplinaire, rapproché, et institutionnalisé, dans un même lieu et sur du long terme.

Des améliorations sont recherchées pour augmenter l'accès au traitement dans le Centre de Boulogne, mais cela nécessite des bilans et une relance annuels de la mobilisation de l'équipe.

Le CSST est financé par l'assurance maladie. Pour ce « plan hépatites », des aides financières supplémentaires ont été apportées par diverses sources dont les laboratoires pharmaceutiques. Roche et d'autres firmes participent ainsi au financement complémentaire des fibrotests, grâce à la mise à disposition d'ordonnances qui assurent à l'intéressé la gratuité totale de l'examen. Roche est également un partenaire actif des actions de formation des équipes et de l'information des patients.

*D'après un entretien avec le Dr MOREL, Le Trait d'Union, Boulogne*

## **Paris :**

# **Une consultation d'hépatologie dans un lieu de vie pour faciliter les soins**

Le centre « 110 Les Halles » se situe à la convergence des 4 premiers arrondissements parisiens, au 110 de la rue Saint-Denis. Il est locataire de 450 m<sup>2</sup> dans un immeuble que rien ne singularise, dans une rue passante. Le centre se fonde dans la rue, aucun signe extérieur n'indique qu'il existe ici un centre de soins pour usagers de drogues (UD). Il a pris place dans les locaux réaménagés d'une ancienne école de danse. Les 4 étages supérieurs du bâtiment appartiennent à des particuliers.

## **UN CENTRE D'ACCUEIL PLUTÔT QUE LA RUE**

Le Docteur Aline Lupuyau est la plus ancienne des 19 salariés, présente depuis l'ouverture du Centre en janvier 2004. En fait, elle a participé au projet bien auparavant, dès sa conception.

Le Centre 110 Les Halles est né de la volonté du Groupe Associatif SOS, de la Mairie de Paris, des différentes tutelles et financeurs, DASS, Assurance-Maladie. La nécessité d'un tel centre était clairement apparue à l'issue d'une étude sociologique menée par la Préfecture de Paris dans les quartiers Beaubourg-Montorgueil-Saint-Denis. En effet, les UD, aux opiacés comme aux médicaments détournés, sont nombreux dans le centre de Paris. Leur présence dans le métro, les impasses, les cages d'escaliers... inquiétait les riverains.

C'est pourquoi la création d'un centre d'accueil a été décidée, centre d'accueil de jour.

Il s'agissait en quelque sorte d'un pari, car les UD eux-mêmes n'ayant pas été interrogés, nul ne savait comment ils recevraient cette offre de service.

Le 110 Les Halles devait en premier lieu remplacer le centre CSST classique de l'avenue Parmentier. Mais il a été conçu pour être beaucoup plus, un centre de soins de substitution enrichi d'un espace de repos..

C'était un pari que de vouloir faire cette offre globale. Mais les usagers ont bien répondu : 110 Les Halles pensait accueillir 50 à 55 personnes par jour, ce sont aujourd'hui plus de 85 qui viennent quotidiennement. La file active était de 55 au 15/09/2004, elle est passée à 601 UD fin 2006. Les objectifs ont été dépassés. Le pari a été gagné : le besoin existait.

D'autres associations opèrent dans le secteur, mais n'offrent pas de soins. Le centre s'est fait connaître après de toutes les structures partenaires de proximité. Un dépliant a été édité, présentant le plan d'accès et une photo de l'espace accueil-repos-hygiène ; il a été diffusé le plus largement possible.

L'accueil, de plain-pied, est assuré par 4 personnes, trois accueillants et une aide-soignante. Ils gèrent l'accès à l'espace d'hygiène, en sous-sol, où il est possible de prendre une douche, faire une lessive, se reposer dans l'un des 10 lits de repos mis à disposition. L'espace collectif d'accueil offre matin et après-midi une collation et des boissons.

L'accueil des visiteurs est inconditionnel. Très vite, il a été nécessaire d'organiser un entretien de pré-admission, au cours duquel on explique au visiteur la mission du Centre, dispenser des soins à des usagers de drogues. Ce premier entretien, réalisé par un infirmier et un accueillant, est déclaratif. Si l'intéressé ne se signale pas comme UD, il sera ré-orienté en fonction de sa demande vers l'hôpital, le centre d'aide sociale, un laboratoire d'analyses médicales ...

## **LES SOINS AUX USAGERS DE DROGUES**

Dès l'entretien initial, l'utilisateur est informé de ses droits, conformément au Code de l'Action sociale et de la Famille. On lui propose l'accès à une consultation de médecine générale ou de psychiatrie, un entretien avec un travailleur social. L'utilisateur peut prendre rendez-vous tout de suite. L'équipe médicale est nombreuse : 1,89 équivalent temps-plein de médecine générale, 0,7 ETP psychiatres. Le centre travaille avec les pharmaciens du quartier, les autres CSST, participe au groupe de travail sur le plan crack.

Les MG proposent systématiquement un dépistage VIH et VHC. Mais les prélèvements n'étant pas faits sur place, la démobilisation des usagers est fréquente.

Les résultats des sérologies sont évoqués lors de la réunion hebdomadaire de l'équipe. Si un sujet séropositif ne revient pas voir le MG, les autres membres tenteront de lui rappeler la nécessité d'une visite médicale lors de ses passages au centre pour du repos ou une collation. L'équipe du centre ne se déplace pas vers les « campements », ce n'est pas une équipe de rue, ni une maraude. Le Centre réalise un programme d'accompagnement de soins médicaux, qui nécessite la volonté et l'adhésion de l'intéressé.

### **L'HÉPATOLOGUE VIENT VERS L'USAGER**

La nécessité d'une consultation hépatite C sur place vient du constat d'une grande déperdition des usagers entre le Centre et la consultation spécialisée externe. A l'hôpital, les usagers rencontrent un médecin inconnu, parfois un attaché qui n'est présent qu'une demi-journée par semaine. S'il survient des incidents, l'hépatologue n'est pas joignable. De plus, l'hépatologue n'est pas toujours très à l'aise avec les usagers de drogues, avec une réputation de patients difficiles, au profil particulier, intolérants à la frustration. Pour toutes ces raisons, les usagers n'aiment pas toujours aller à l'hôpital.

Ils n'aiment pas toujours, non plus, consulter un hépatogastro-entérologue libéral, ayant le sentiment parfois de n'être pas accueillis comme les autres patients. Les usagers actifs dans leurs consommations ont besoin d'un accompagnement particulier, d'autant plus qu'ils sont parfois en situation de grande précarité.

Le Centre a alors recherché un hépatologue qui n'aurait pas une représentation négative des usagers de drogue, qui accepterait de venir régulièrement pour voir uniquement des usagers présentant des problèmes hépatiques.

Le dossier a été présenté à Roche, qui a immédiatement souscrit au projet. Roche accorde ainsi au Centre une donation annuelle, qui a été affectée au financement de la consultation d'hépatologie.

Le Dr Landau a adhéré à cette approche du soin aux usagers de drogues. Le Dr Lupuyau et lui-même sont diplômés de la même faculté de médecine, à Necker, et le Dr Landau fait partie de l'équipe médicale du service d'hépatologie du Pr Stanislas Pol.

Il est maintenant totalement impliqué dans le fonctionnement du Centre : il participe aux réunions d'équipe, il est impliqué dans le projet d'établissement. Il peut assurer des consultations directes mais en général, il reçoit sur orientation des MG du Centre. Il assure la formation des équipes, afin que tous les accueillants soient sensibilisés à l'hépatite C, autant que les médecins généralistes ou les psychiatres.

Pour le Dr Landau, sa tâche est facilitée par la réunion au centre 110 Les Halles de tous les moyens utiles à la prise en charge globale des patients usagers de drogues. Il dispose d'une unité d'espace et de temps : les consultations avec le psychiatre, l'aide à l'observance des

traitements pratiquée sur place, la proximité de l'assistante sociale... Tout ce travail coordonné assure une prise en charge au plus près des usagers infectés par le VHC.

Lors de la consultation spécialisée d'hépatologie, une évaluation non invasive de la fibrose hépatique est réalisée, qui permet d'amener le patient à l'acceptation de sa prise en charge. Le Dr Landau se charge alors de la primo-prescription des traitements du VHC. Par ailleurs, les relations étroites que le Dr Lupuyau et le Dr Landau entretiennent avec le Service d'hépatologie de l'Hôpital Cochin ont permis d'organiser un circuit de prise en charge des cas difficiles. Une évaluation plus approfondie est réalisée au moindre doute. Le suivi est alors assuré par le même praticien, toujours pour entretenir la relation de confiance à laquelle les patients, et les usagers tout particulièrement, sont attachés.

En pratique, le MG adresse les patients usagers à l'hépatologue et au médecin psychiatre lorsque le diagnostic de séropositivité au VHC est établi. Le Centre ne dispose pas de Fibroscan ; si une PBH est nécessaire, elle est réalisée à l'hôpital Cochin. Pour ce qui concerne les patients co-infectés VIH-VHC, ils ont un suivi VIH hospitalier ; la problématique du VHC est alors prise en charge par la même équipe. Cependant, le traitement des patients co-infectés VIH/VHC peut également être réalisé au Centre, notamment lorsqu'ils sont en rupture de suivi. Plusieurs patients ont ainsi ré-initié ou débuté un traitement antirétroviral au Centre avant de mettre en route le traitement du VHC.

Les traitements sont administrés par les IDE du Centre, les MG gèrent les difficultés possibles, essentiellement les effets secondaires.

Le bilan de cette consultation d'hépatologie intégrée est le suivant : en 2006, la file active était de 25 patients usagers de drogues suivis pour VHC + ; 71 RV pris ont été honorés, 38 non honorés.

Le Centre effectue également un travail de réduction du risque, en fournissant notamment des jetons gratuits permettant de retirer des kits d'injection auprès des automates installés dans le quartier. L'équipe a un « bas seuil » d'exigence : elle permet un accès facilité aux traitements de substitution même s'il y a poursuite de la toxicomanie. Car si l'intéressé vient au Centre, la 1<sup>ère</sup> étape est franchie, le travail de fond de l'équipe permettra d'aider l'usager à franchir les suivantes s'il le souhaite.

L'approche du soin est globale et toutes les prises en charge sont menées de front, la substitution, la psychothérapie, le traitement des infections et le suivi social. D'ailleurs, l'observance aux traitements par les usagers de drogues est généralement bonne pour le traitement des hépatites.

## **LE SOUTIEN À L'ÉQUIPE**

L'équipe est composée de professionnels. Il est difficile de recruter du personnel médical et paramédical, déjà en pénurie globalement, qui accepte de ne s'occuper que d'usagers de drogues. Il faut savoir désamorcer des situations de crise. L'équipe bénéficie d'un soutien sous la forme d'une supervision mensuelle par un psychologue de l'institut psychanalytique de Paris.

Le 110 les Halles est ainsi à même d'assurer les missions qui lui sont confiées et d'apporter l'aide nécessaire aux patients usagers de drogues.

*D'après des entretiens avec le Dr LUPUYAU et le Dr LANDAU, 110 Les Halles, Paris*

## **Médiateur en santé publique : Faciliter la communication pour améliorer le soin**

Hélène Delaquaize était coloriste designer. Mais « un accident de la vie » l'a un jour confrontée à l'épreuve de l'hépatite C.

Hélène se souvient bien de son incompréhension à l'annonce du diagnostic : tant de questions à poser, d'assurances à rechercher, de soutien à demander et si peu de réponses, si peu de temps à lui consacrer de la part des soignants surchargés de travail...

Une autre période difficile l'attendait, celle du traitement, à l'époque de l'interféron simple et ses injections 3 fois par semaine.

En ces années 1990, les problématiques VIH et VHC étaient confondues. Il n'y avait pas de ressources propres à soutenir les patients présentant une hépatite C.

Hélène était suivie à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière dans le service du Pr Poinard par le Docteur Moussali, Elle s'est ouverte à ce dernier de ce besoin inassouvi, de cette nécessité vécue d'un interlocuteur disponible pour écouter, expliquer, expliquer de nouveau, comprendre... quelqu'un dégagé des responsabilités liées au soin.

La malade et son médecin se sont retrouvés demandeurs de ce relais compétent.

Hélène a alors rebondi et entrepris de nouvelles études dans le domaine de la santé.

### **PROMOTION EXPÉRIMENTALE : LE MÉDIATEUR EN SANTÉ PUBLIQUE**

Le cursus qu'Hélène a suivi est un mastère de « médiateur en santé publique », avec un Diplôme d'Université (DU) Hépatites et un DU VIH-IST.

Cette fonction nouvelle découle des recommandations de la Charte d'Ottawa adoptée en novembre 1986 par la première Conférence internationale pour la promotion de la santé. En France, la loi d'août 2004 relative à la santé publique dispose que « l'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées constitue un dispositif prioritaire de santé publique ».

Des promotions expérimentales de médiateur en santé publique (MSP) ont ainsi vu le jour. Ni médecin, ni infirmière, ni psychologue, ni assistante sociale, le MSP, très proche des populations en difficulté, doit accompagner le patient dans le suivi des soins en tenant compte de son niveau social. L'une de ses grandes missions est de relayer l'information de tout ordre, car rares sont les usagers du système de santé qui maîtrisent le fonctionnement des dispositifs sanitaires et sociaux.

### **L'ACTION DE LA MSP HÉPATITE C**

Hélène est la première et, semble-t-il, à ce jour la seule MSP pour l'hépatite C et ses complications, cirrhoses, cancers, transplantation, à exercer au sein d'hôpitaux. Elle a été embauchée par le Centre médical Marmottan, qui dépend du CHS de Perray-Vaucluse. Pour ce faire, une subvention « Adulte-Relais » a été accordée pour 3 ans par la Direction Interministérielle de la Ville, renouvelable 1 fois.

La mission de la MSP est la facilitation de l'accès au soin du VHC des usagers de drogues (UD) par un travail d'information, de liaison entre les structures de soin, de liaison avec les associations dédiées aux hépatites comme à l'infection par le VIH.

Elle constitue un relais indispensable entre médecins et patients, apportant informations et conseils. La MSP prend le temps d'écouter les patients, ce que les médecins peuvent rarement se permettre. Formée à l'écoute, mais aussi très au fait des différents aspects de la maladie, son exploration ou son traitement ainsi que des droits du patient, elle répète, reformule, réexplique ce que le malade désire ou doit savoir et comprendre. Elle assure la liaison entre le patient et l'interlocuteur adapté aux difficultés qui lui ont été confiées : infirmière, assistante sociale ... Son intervention permet l'éducation à une meilleure observance afin que le patient devienne acteur de sa santé. De plus, sa présence dédramatise l'hôpital.

Hélène, eu égard à ses bonnes relations avec le service d'hépatologie de la Pitié-Salpêtrière, a contribué à la signature d'une convention entre ce dernier et le Centre Marmottan. Une consultation d'hépatologie a été mise en place à Marmottan, assurée par le Dr Moussali. De son côté, Hélène a, à l'hôpital, rencontré tous les patients infectés par le VHC, le VHB, le VHD et présentant une co-infection VIH / hépatite, intervenant pour dédramatiser l'annonce d'une séropositivité et compléter les informations sur les traitements.

Mais elle a surtout organisé une passerelle entre les 2 structures pour que les usagers de drogues aient un accès au traitement. Pour leurs patients communs, après la prescription des examens par l'hépatologue, elle se chargeait de la création du dossier, de la prise des rendez-vous auprès de l'équipe d'hospitalisation de jour du service du Pr Poynard pour les tests, en rapportant à Marmottan les convocations pour les patients les plus précarisés. Lors de la consultation en hôpital de jour, elle accueillait des patients, en expliquant en quoi consistent Fibrotest et FibroScan, quel est leur intérêt... Hélène collectait les résultats pour qu'ils soient discutés en réunion par l'hépatologue et l'équipe du centre Marmottan.

C'est ainsi qu'elle a facilité la consultation spécialisée pour 26 patients de Marmottan, patients toxicomanes et désocialisés qui n'auraient vraisemblablement pas consulté sans son intervention. De même, elle a accompagné l'hospitalisation de jour de 11 patients. Des patients jugés « impiquables » ont pu être confiés à la dextérité des infirmières du service d'hépatologie.

A la Pitié-Salpêtrière, 51 patients de la file active de la médiatrice ont eu accès à l'éducation thérapeutique, 19 patients du centre Marmottan ont eu un suivi multidisciplinaire pour leur accompagnement thérapeutique en 2006.

La passerelle a facilité également la thérapeutique : des patients de Marmottan ont pu bénéficier de prescriptions d'érythropoétine, impossibles hors l'hôpital ; de même, la primoprescription des traitements contre le VHC a été facilitée par la présence hebdomadaire de la médiatrice dans les murs du Service d'hépatologie. L'accès rapide à l'hôpital a permis la mise en place d'une prise en charge spécifique des patients chez qui un carcinome hépatocellulaire a été découvert en dépit de la guérison de leur hépatite C.

### **DES RÉSULTATS À METTRE À SON CRÉDIT ?**

Le Centre Marmottan a été en 2006 centre de recueil pour l'enquête Coquelicot menée par l'InVS. Les résultats de cette étude peuvent donc être mis en parallèle avec les chiffres du rapport d'activité de Marmottan de 2000, c'est-à-dire avant l'arrivée de la médiatrice.

Selon Coquelicot, 59,8 % des UD sont VHC +.  
28 % des moins de 30 ans sont VHC +  
27 % des UD sont VHC + sans le savoir  
10,2 % des UD sont co-infectés VIH/VHC ;

En 2000, on relevait à Marmottan « 70 % VHC +, dont 26 % co-infectés VIH/VHC. Le patient VHC est orienté pour un diagnostic, essentiellement la ponction-biopsie hépatique (PBH). Mais ce suivi dans un hôpital n'a concerné que 13 % des patients vus en 2000. 38 % ont déclaré n'avoir aucun suivi pour leur hépatite C. Le passage obligé par la PBH et les effets indésirables psychiques de l'interféron sont également préoccupants, en raison de la fragilité psychologique des patients suivis dans l'institution. »

Hélène espère que les 835 entretiens qu'elle a eus soit à Marmottan, soit à la Pitié ont contribué à l'amélioration de la situations des UD infectés par le VHC.

C'est pourquoi sa déception est immense de ne pas avoir vu son contrat renouvelé à l'issue de ces 6 années. Certes, elle va dorénavant être MSP dans un Espace Rencontre Information (ERI) pour le cancer à l'Hôpital de l'AP-HP Avicenne à Bobigny, ERI qu'elle doit amener à un espace poly-pathologies. Mais elle va beaucoup manquer aux patients comme aux médecins et aux personnels soignants aux deux extrémités de la passerelle.

*D'après un entretien avec Mlle Delaquaize, Médiatrice en Santé Publique.*

# Projet de 'Centre de ressources' pour faciliter l'accès au traitement de l'hépatite C des patients les plus vulnérables

*Dr Xavier AKNINE, CSST Aulnay-sous-bois (93)*

## Introduction

De nombreuses années d'expérience nous ont appris que le parcours de soins pour l'hépatite C est plus compliqué pour les personnes cumulant plusieurs facteurs de vulnérabilité (précarité, conduite addictive, trouble psychologique...) ou traversant des périodes de deuil dans leur trajectoire de vie. Ces personnes ont un risque majeur de se trouver dans l'impossibilité de réaliser un parcours de soins complet.

Devant ces constats, les médecins généralistes regroupés dans l'ANGREHC (Association Nationale des Médecins Généralistes pour la Réflexion et l'Etude sur l'Hépatite C) proposent un nouveau concept de coordination des soins et d'intervention sociale : le Centre de ressources et interventions en mini-réseaux de proximité.

Ce nouveau dispositif est un réseau de soins coordonné qui s'appuie sur les structures existantes (réseau Ville-Hôpital VIH- VHC-addictions mais aussi pluri-pathologies (diabète, cancers...), médecins généralistes, CSST ...)

Ce type de projet est en cours d'élaboration dans plusieurs régions ; celui d'Aulnay a fait l'objet d'une demande de contractualisation avec l'état (FAQSV).

## Objectif général du projet

Réduire les risques socio-sanitaires des personnes vulnérables par la mise en place d'équipes sociales mobile (coursiers sanitaires et sociaux) conçues pour intervenir auprès des structures de soins (médecins généralistes, pharmaciens ...) pour faciliter la prise en charge de patients complexes, restés en dehors du circuit de soins.

Ce dispositif permettra de simplifier le parcours de soins coordonné en apportant une aide supplémentaire aux soignants, à leurs patients et à leur entourage.

Il permettra aussi d'améliorer l'accès au dépistage et au traitement du VHC ainsi que la continuité des soins en prenant en compte le cumul des facteurs de vulnérabilité socio-sanitaires du patient.

## Fonctionnement

Qui appelle le centre de ressources ?

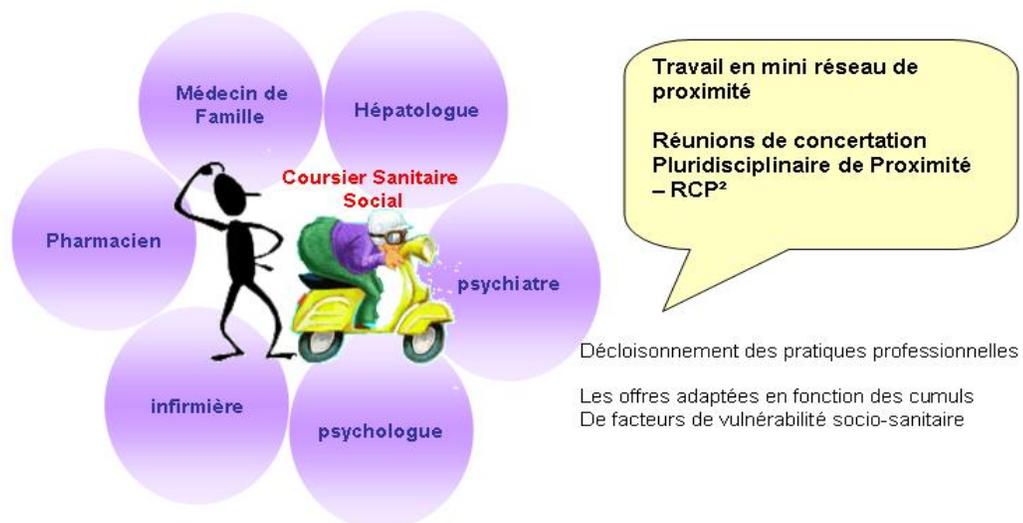
- Les professionnels libéraux : médecins généralistes, pharmaciens, hépatologues et autres spécialistes.
- Les médecins de structures (hospitaliers, CSST, CCAA, Centres de santé).
- Les partenaires sociaux et associatifs.
- Les patients ou leur entourage.

Ce projet mené par l'ANGREHC s'appuie sur plusieurs partenaires avec qui une convention est passée :

- l'Hôpital R. Ballanger qui hébergera le secrétariat du centre de ressources,
- la Maison Médicale de Garde tenue par des Médecins Généralistes (située dans l'hôpital),
- le réseau Ville-Hôpital Aulnay 93,
- le CSST Gainville et l'unité fonctionnelle d'alcoologie (intra-hospitaliers),
- la Maison des Patients (dans l'hôpital),
- le réseau diabète (Dianefra 93),
- le réseau Oncologie 93,
- le CAARUD (Association FIRST) situé à Aulnay .

**Ce projet n'est pas une structure nouvelle mais un moyen de fédérer les offres de service sanitaire et social en fonction des besoins de la personne et d'assurer une meilleure continuité des soins pour des patients difficiles qui sont à haut risque de complications/ hépatite C .**

#### **SCHEMA D'INTERVENTION DU COURSIER SANITAIRE ET SOCIAL AUPRES DES ASSURES SOCIAUX ET LEURS SOIGNANTS AU MOMENT DE CRISES**



Pour tous renseignements complémentaires,  
contacter l'ANGREHC : 1, rue Draperie Rouge  
34000 MONTPELLIER  
e-mail : [angrehc@wanadoo.fr](mailto:angrehc@wanadoo.fr)

## Brèves bibliographiques :

**# Effectiveness of a multi-disciplinary standardized management model in the treatment of chronic hepatitis C in drug addicts engaged in detoxification programmes.** *Vincenzo Guadagnino, Maria Paola Trotta, Franco Montesano, Sergio Babudieri, Benedetto Caroleo, Prlando Armignacco, Jessica Carioti, Giuseppe Maio, Roberto Monarca & Andrea Antinori for the Nocchiero Study Group. Addiction 2007 ; 102 : 423-31*

Six services de maladies infectieuses et 11 unités d'addictologie de 5 Régions du sud de l'Italie ont conduit cette étude observationnelle prospective. Son objectif était d'évaluer l'influence d'un protocole multidisciplinaire standardisé de prise en charge sur l'efficacité du traitement de l'hépatite C chez des usagers de drogues (UD) engagés dans une démarche de substitution.

Ce modèle de prise en charge faisait intervenir une équipe composée d'un addictologue, un spécialiste des maladies infectieuses, un psychiatre ou un psychologue et au moins un infirmier. Le suivi virologique régulier selon le génotype du VHC était assuré par les services d'infectiologie mais l'information sur la maladie et son traitement, l'injection hebdomadaire, la surveillance des effets secondaires, la mesure de l'observance et la prise en charge des difficultés rencontrées étaient gérés par les centres d'addictologie. Les modalités et le calendrier d'intervention de chacun des membres de l'équipe étaient programmés à l'avance. 53 sujets UD VHC + ont été inclus dans l'étude, dont 43,4 % infectés par des virus de génotype 1 ou 4. Une réponse virologique en fin de traitement a été obtenue chez 58,5 % des patients en ITT (39,1 % génotype 1 ou 4, 73,4 % génotype 3) et une réponse virologique soutenue 24 semaines après fin du traitement chez 54,7 % des patients en ITT (34,8 % génotype 1 ou 4, 70,0 % génotype 3).

**Les auteurs considèrent ces résultats comme comparables à ceux obtenus dans d'autres populations non exclusivement UD. Ils concluent que leur approche multidisciplinaire standardisée de prise en charge facilite l'obtention d'une RVP chez les UD VHC +.**

### Commentaires de la rédaction :

Malgré ses limites méthodologiques (faible effectif, caractère non comparatif), cette étude conforte dans la conviction que le succès d'un traitement du VHC chez l'usager de drogues est un objectif à portée de main. Les moyens à mettre en œuvre doivent s'adapter à cette population, qui fournit les plus gros contingents de patients à traiter : organisation de réseaux de transmission de l'information médicale, échange de temps médical, avec consultations spécialisées avancées. Le personnel paramédical dédié et spécialement formé est également un élément de poids. Le suivi étroit mais laissant la place au volontariat autorise des succès sur tous les plans : succès hépatologique, mais également addictologique, l'usager de drogues pouvant à l'occasion de son hépatite, s'engager dans une démarche de substitution ou la reprendre avec une plus grande motivation. Dans cette étude italienne, sur 19 patients ayant dû interrompre leur traitement antiviral, 10 ont poursuivi leur programme de soins addictologiques.

L'une des conclusions de Guadagnino *et al.* est que le centre d'addictologie est le lieu privilégié de prise en charge de patients UD présentant une hépatite C, en relation organisée avec les autres intervenants du diagnostic et du traitement. Ils rejoignent en cela les résultats des différentes expériences de terrain relatées dans ce numéro du Flyer consacré à la prise en charge de l'hépatite C chez l'usager de drogues.

**# Peginterferon alfa-2a does not alter the pharmacokinetics of methadone in patients with chronic hepatitis C undergoing methadone maintenance therapy.** *Sulkowski M, Wright T, Rossi S, Arora S, Lamb M, Wang K, Gries J-M, Yalamanchili S. Clinical Pharmacology & Therapeutics 2005 ; 77(33) : 214-24*

Cette étude pharmacocinétique évalue l'effet du traitement de l'hépatite chronique C par peginterféron alfa-2a sur la pharmacocinétique de la méthadone chez des patients usagers de drogues par injection (UDI), recevant un traitement de substitution par méthadone. La pharmacocinétique et la pharmacodynamique du peginterféron alfa-2a ont aussi été étudiées chez ces patients. Le métabolisme stéréospécifique de la méthadone est médié par l'intermédiaire d'isoenzymes CYP qui sont aussi impliqués dans l'activité de l'interféron alfa, à la base du traitement de l'hépatite C. Chez la souris, par exemple, la méthadone possède une propriété anti-interféron.

Au cours de cette étude, divers dosages ont été effectués dans le sérum des patients : méthadone, peginterféron alfa-2a, ARN-VHC et activité de la 2',5'-oligoadénylate synthétase (2',5'-OAS : indicateur de l'activité interféron) ; puis plusieurs paramètres pharmacocinétiques et pharmacodynamiques ont été calculés selon des méthodes et des modèles bien précis.

Dans cette étude, 24 patients sous méthadone (aucune posologie spécifique sélectionnée) et recevant une injection sous-cutanée de 180 µg de peginterféron alfa-2a par semaine, pendant 4 semaines, ont été inclus. Les valeurs des paramètres pharmacocinétiques mesurés (C<sub>max</sub>, t<sub>max</sub>, AUC : aire sous la courbe, clairance totale apparente, volume apparent de distribution) ont été comparées à des valeurs de base avant administration de l'un ou l'autre des traitements. Une augmentation de 10-15% de l'exposition à la méthadone a été notée.

**Aucun patient n'a eu de symptômes ou signes cliniques de surdosage en méthadone.** Sur le plan pharmacodynamique, l'activité de la 2',5'-OAS est restée inchangée. Le taux d'ARN-VHC des patients traités par méthadone et peginterféron alfa-2a a évolué comme celui de patients traités uniquement pour une hépatite chronique C. Parmi les 24 patients, la moitié a répondu après 4 semaines de traitement par peginterféron alfa-2a (ARN-VHC indétectable ou diminué de plus de 2-log<sub>10</sub>). La méthadone n'a donc entraîné aucune altération de l'effet pharmacodynamique du peginterféron alfa-2a. Les effets secondaires observés ont été pour une grande partie, les mêmes que ceux causés par un traitement classique à base d'interféron ou de peginterféron.

Cette étude a néanmoins quelques limites puisqu'elle a été menée avec une monothérapie sur 4 semaines seulement. Par ailleurs, il resterait également à évaluer l'effet de la ribavirine sur les paramètres pharmacocinétiques de la méthadone puisque le traitement de référence de l'hépatite chronique C est l'association peginterféron alfa-2a et ribavirine.

**En conclusion, le peginterféron alfa-2a n'induit pas de modification significative de la pharmacocinétique de la méthadone. Ainsi, un traitement par méthadone chez un UD ne doit pas être un frein au traitement par peginterféron-alfa2a et les posologies de l'un ou l'autre des traitements n'ont pas besoin d'être réajustées.**

**# The effect of multiple doses of Peginterferon alfa-2b on the steady pharmacokinetics of methadone in patients with chronic hepatitis C undergoing Methadone Maintenance Therapy.** *Samir K. Gupta et al., Journal of Clinical Pharmacology, March 2007.*

Cette étude ouverte multicentrique étudie les effets de doses répétées d'interféron pegylé sur les concentrations plasmatiques de méthadone auprès de 20 adultes infectés par le virus de l'hépatite C et suivant un Traitement de Substitution Opiacée par la méthadone. Les 20 sujets ont reçu des doses d'interféron alfa-2b pegylé de 1,5 µg/kg par semaine pendant 4 semaines en continuant leur traitement par la méthadone dans les conditions habituelles. Des échantillons sanguins ont été prélevés juste avant la première prise d'interféron et après la quatrième prise. Les taux sanguins de méthadone ont augmenté de 15 % en moyenne, qu'il s'agisse de R-méthadone ou de S-méthadone (ndlr : la quasi-totalité des présentations de méthadone dans le monde est une formulation dite racémique, contenant 50% des deux énantiomères). Cette augmentation modeste ne présente aucun risque et n'a pas d'incidence clinique significative.

**# Effects of Pegylated Interferon alpha-2b on the pharmacokinetics and pharmacodynamic properties of methadone : A prospective, non randomized, crossover study in patients coinfecting with hepatitis C and HIV receiving Methadone Maintenance Treatment.** *Steven I. Berk et al., Clinical Therapeutics/Volume 29, n° 1, 2007.*

Cette étude réalisée sur un échantillon de 9 patients, présente des résultats similaires à celle de Gupta et al. (ci-dessus) en terme d'impact d'un traitement interféron pegylé sur les concentrations plasmatiques de méthadone. La posologie moyenne des patients est de 104 mg/jour de méthadone, et à la différence des patients de Gupta et AL, ils sont co-infectés VIH-VHC (leur taux de CD4 est compris entre 200 et 1170). Il y a une hausse globale de 16,5 % des taux sériques de méthadone liés à la prise d'interféron pegylé (AUC) sans que cette hausse ne soit significative. Les échelles de mesure d'un syndrome de sevrage opiacé (SWOS et OOWS) ainsi que le BDI (Beck Depression Inventory) relevées aux différents temps de l'étude (baseline, 7, 14 et 21 jours), ne subissent pas de variations significatives. Les auteurs concluent, malgré la taille réduite de la population étudiée, qu'il n'y a pas de variation significative des taux sanguins de méthadone liée à la prise d'interféron pegylé, et qu'un ajustement de la posologie de méthadone ne paraît pas utile. L'effet d'un traitement interféron pegylé à long terme (24 ou 48 semaines) sur les paramètres pharmacocinétiques de la méthadone nécessiterait d'être évalué, selon les auteurs.

**Commentaire de la rédaction :**

Les 3 études qui viennent d'être analysées confirment ce que les cliniciens observent : il n'y a pas d'interactions pharmaco-cinétiques suffisantes entre la bi-thérapie de l'hépatite C et la méthadone qui pourraient s'exprimer par l'apparition de signes cliniques pouvant déstabiliser le patient. Ces études révèlent une majoration de 15 % des taux plasmatiques de méthadone. Si dans ces études, des modifications de posologie n'ont pas paru utiles, cela n'exclut pas que pour certains patients, une variation de la posologie, à la baisse ou la hausse, puisse être nécessaire, comme dans toute autre situation nouvelle pour un usager de drogues recevant un traitement de substitution opiacée, par méthadone, comme par buprénorphine.

**# Follow-up studies of treatment for hepatitis C virus infection among injection drug users. Olav Dalgard. *Clinical Infectious Diseases* 2005 ; 40 : S336-38**

L'injection de drogues constitue le mode de transmission principal de l'hépatite C en Europe et aux Etats-Unis. La possibilité d'une réinfection par le virus de l'hépatite C (VHC) chez des usagers de drogues par injection (UDI) déjà infectés par ce virus une première fois a été étudiée. Le système immunitaire ne semble pas capable de développer une immunité humorale ou cellulaire au VHC, c'est pourquoi des tentatives de mise au point d'un vaccin anti-VHC ont échoué. Quelques cas de réinfection pour le VHC chez l'homme ont déjà été publiés et les virus responsables des 2 infections chez un même patient n'avaient pas le même génotype.

L'article résume les résultats de deux études : l'une réalisée sur une cohorte de 69 UDI, et l'autre sur un groupe de 395 patients. Ces deux études ont évalué la réinfection de patients traités et guéris d'une première infection.

Dans l'étude portant sur les 69 UDI, 27 ont obtenu une RVP après traitement, 9 ont rechuté dans la toxicomanie et parmi ces 9 patients, un seul a présenté une réinfection au VHC ; l'incidence de réinfection est donc de 0,8 cas/100 personnes/an. Ce taux est très faible comparativement à l'incidence d'une première infection (15-40 cas/100 personnes/an) observée dans une population d'UDI non infectés. D'après l'auteur, la faible incidence de réinfection observée pourrait s'expliquer, d'une part, par un bon respect des règles d'hygiène (seringues propres) des UDI participant à l'étude, et d'autre part, par une éventuelle (et partielle) immunité développée suite à la première contamination dans cette étude. La seconde étude portant sur 395 patients (dont 40% contaminés par UD) ayant une RVP après traitement, a également révélé une faible incidence de réinfection (1,8 %).

**L'auteur conclut que chez les UDI, une réinfection au VHC après un traitement anti-VHC efficace est possible. L'incidence de réinfection reste faible, même si les UDI sont enclins, pour certains, à reprendre leur consommation de drogues après une période d'abstinence au cours du traitement anti-VHC.**

**Commentaire de la rédaction :**

Cette analyse de la littérature met en avant deux points essentiels. En premier lieu, la mise en place d'une bi-thérapie de l'hépatite C n'a pas lieu d'être ajournée sous le seul prétexte qu'un usager de drogues peut potentiellement se réinfecter. En effet, le taux de réinfection observé suggère la mise en œuvre consciente d'une réduction des pratiques à risques pour les patients ayant été guéris de leur hépatite C. Cet article suggère également que le suivi addictologique des patients ayant bénéficié d'une bi-thérapie de l'hépatite C doit se maintenir, voire se renforcer. Une étude publiée récemment, sur laquelle nous reviendrons dans un prochain Flyer, prouve que la combinaison « Programme d'échange de seringues » + « traitement par la méthadone à une posologie > à 60 mg/jour » est efficace sur le taux de séroconversion à l'hépatite C et au VIH (*Van Den Berg et al. Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus:evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users. Addiction, 102, 1454–1462*).

# Notes

*"En application de la Loi Informatique et Libertés du 6 Janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données vous concernant. Vous pouvez exercer ce droit auprès de la Rédaction du Flyer"*

## Déjà parus :

### ➤ Les Hors-série

#### **Le Flyer Hors-série n° 1, juin 2003**

Pharmaco-dépendances aux opiacés, grossesse et parentalité

#### **Le Flyer Hors-série n° 2, décembre 2003**

Médicament de substitution, pratiques de seuil & expériences nouvelles

#### **Le Flyer Hors-série n° 3, volume 1, septembre 2004**

Pharmaco-dépendances aux opiacés et comorbidités psychiatriques

#### **Le Flyer Hors-série n° 3, volume 2, juin 2005**

Pharmaco-dépendances aux opiacés et comorbidités psychiatriques

#### **Le Flyer Hors-série n° 4, volume 1, septembre 2006**

Hépatite C et usagers de drogue

---

### ➤ Les numéros Spéciaux

#### **Le Flyer Spécial Prisons, volume 1, décembre 2004**

#### **Le Flyer Spécial Prisons, volume 2, septembre 2006**

#### **Le Flyer Spécial Arrêt de traitement, (*à paraître février 2008*)**

**Les articles du FLYER reflètent l'opinion et l'expérience de leurs auteurs qui ont souhaité faire partager leurs connaissances dans un souci d'échange des pratiques en matière de prise en charge des patients pharmaco-dépendants aux opiacés, et n'engagent que leurs auteurs.**

La rédaction du Flyer remercie le Laboratoire ROCHE pour leur concours dans la réalisation et la diffusion de ce numéro du Flyer consacré à la prise en charge de l'hépatite C chez les usagers de drogue