

TRAITEMENT DE L'HÉPATITE C

Soutenir la mobilisation pour que les personnes atteintes de VHC aient accès au traitement.

PAR LINA NOËL, M.A., HÉLÈNE POLIQUIN, INF, B.SC., DESS,
ET NICOLE MAROIS, B.ÉD.

Au Québec, près de 2 000 cas d'hépatite C sont déclarés chaque année. La majorité des personnes infectées par le virus de l'hépatite C (VHC) ne présentent pas de symptômes à court terme, mais environ 80 % deviennent porteurs chroniques et peuvent transmettre l'infection. De ces porteurs chroniques, environ 30 % souffriront de complications graves telles que la cirrhose, l'insuffisance hépatique et le cancer hépatocellulaire (Pinette et al., 2009). L'hépatite C constitue donc un important problème de santé publique.

Souvent marginalisées, les personnes atteintes ont peu accès au suivi et au traitement en raison notamment du peu de ressources adaptées et coordonnées en VHC. De plus, l'expertise des cliniciens de première ligne reste à consolider. Cette expertise concerne autant les compétences cliniques en traitement et suivi du VHC que l'approche envers les utilisateurs de drogues injectables (UDI).

LE TRAITEMENT EST POSSIBLE

Des études ont démontré qu'il est possible de traiter avec succès des personnes atteintes de l'hépatite C même lorsqu'elles pré-



© Julia Phovarova / Dreamstime.com

L'utilisation de drogues injectables n'est pas une contre-indication absolue au traitement.

sentent de multiples problèmes de santé, notamment de santé mentale, de dépendance ou une co-infection par le VIH (Bruggmann *et al.*, 2008 ; Edlin *et al.*, 2005 ; Harris *et al.*, 2010 ; Loftis et Hauser, 2003 ; Sylvestre, 2005). Les lignes directrices canadiennes sur la prise en charge de l'hépatite C chronique recommandent de faire évaluer chaque patient afin de déterminer s'il peut bénéficier d'un traitement. La décision de traiter doit tenir compte du risque de progression de la maladie, des comorbidités, de la probabilité de réussite du traitement et de ses effets indésirables possibles, ainsi que de la volonté de la personne atteinte de se faire traiter ou non (Sherman *et al.*, 2007).

L'utilisation de drogues par injection n'est pas une contre-indication absolue au traitement. Il est toutefois recommandé que la personne ait stabilisé sa consommation afin d'accroître ses chances de compléter le traitement (Sherman *et al.*, 2007). Dans l'éventualité d'une décision de ne pas traiter immédiatement, un suivi médical régulier de l'évolution de la maladie est indiqué afin de trouver un moment plus propice au traitement (Pinette *et al.*, 2009).

Chez les UDI, une prise en charge globale de leurs problèmes concomitants de santé mentale et physique, ainsi que de leurs problèmes psychosociaux (accès à un logement, à de la nourriture, à un revenu), favorise leur adhésion au traitement et, de ce fait, en augmente les chances de réussite (Sherman *et al.*, 2007). Il va de soi que cette clientèle requiert l'expertise d'une équipe interdisciplinaire fondée sur des partenariats entre les acteurs clés du réseau de la santé. En fait, une plus grande intégration des services est souhaitable pour assurer la continuité et la complémentarité des soins donnés par les différents intervenants (Harris *et al.*, 2010 ; Kresina *et al.*, 2005 ; Litwin *et al.*, 2005 ; Sylvestre *et al.*, 2004). Ainsi, le succès du traitement et du suivi du VHC est favorisé par des corridors de services établis entre les différentes ressources (groupe de médecine de famille, centre hospitalier, clinique de méthadone, milieu carcéral, services spécialisés en dépendances et en santé mentale, etc.). Les interventions de proximité et les rendez-vous selon des horaires flexibles augmentent les chances de réussite du traitement.

LE QUÉBEC SE MOBILISE

À cet égard, des professionnels de la santé de différentes régions du Québec innovent en se mobilisant pour une mise en commun des savoirs et des expertises afin d'améliorer l'offre de soins et de services aux personnes atteintes de l'hépatite C (Noël *et al.*, 2007). Ces intervenants ont élaboré des approches cliniques et communautaires permettant d'offrir un encadrement à leurs patients en traitement. Des liens de collaboration se sont tissés entre des médecins traitants, des infirmières et des intervenants en toxicomanie et en santé mentale pour assurer le suivi des patients. Des expériences de jumelage entre des organismes communautaires en prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) et des professionnels du réseau de la santé sont en cours et les résultats sont prometteurs.

Ainsi, les intervenants du réseau communautaire, qui assurent déjà un suivi psychosocial des UDI atteints du VHC, peuvent collaborer avec les professionnels du réseau de la santé en vue d'une meilleure prise en charge. Quant à la contribution de

l'infirmière, elle est reconnue comme étant essentielle autant en prévention qu'en cours de traitement du VHC. Des compétences en évaluation de l'état de santé, en enseignement au patient, en relation d'aide, en liaison avec les partenaires, ainsi que des connaissances diverses, notamment en ITSS, en dépendances et en hépatologie sont requises.

Le partage de valeurs et d'une vision commune garantit également de bonnes collaborations entre les acteurs. Une étude réalisée au Québec en 2004 (Noël *et al.*, 2007) montre que les professionnels travaillant auprès des personnes infectées par le VHC partagent des valeurs et un savoir-faire sur lesquels ils s'ap-



© Marko Skrbic / Dreamstime.com

Le plus grand défi repose sur la mobilisation des différents milieux cliniques.

puient pour développer une approche adaptée à la clientèle des UDI. Les participants à cette étude ont permis de dégager des enjeux auxquels le réseau de la santé aura à faire face pour favoriser l'entrée en traitement des nombreuses personnes atteintes du VHC et prévenir la transmission du virus.

Le plus grand défi repose sur la mobilisation des différents milieux cliniques pour soutenir la mise en place d'équipes interdisciplinaires dans les régions du Québec. À cet égard, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) offre une formation sur la prise en charge en réseau des personnes atteintes du VHC. Cette formation entend accroître l'accès au suivi et

Prêt(e) à relever le défi d'une vie professionnelle stimulante?

Travailler au sein du CSSS de Gatineau, c'est faire partie d'une équipe de quelque 5 000 employés qui mettent leurs compétences et leur engagement au service du bien-être de la population, le tout dans un milieu de travail chaleureux et dans une ville animée entourée de parcs, d'espaces verts et de rivières.

Nous vous offrons :

- Possibilité d'un forfait d'installation de 3 000 \$
- Quart de travail de 12 heures bonifié de 7 %
- Primes de soir et de nuit majorées

Transmettez votre CV à
emplois@csssgatineau.qc.ca

CSSS de Gatineau, DRH, 909, boulevard La Vérendrye Ouest,
Gatineau (Québec) J8P 7H2. Téléphone : 819 966-6070 ou
sans frais 1 866 595-2002. Télécopieur : 819 966-6041.

Pour tomber sous le charme d'une ville et d'une région
magnifiques, visitez le www.ville.gatineau.qc.ca



www.csssgatineau.qc.ca

NOUVELLE FORMATION

Pour accroître l'accès au suivi et au traitement des personnes infectées par le VHC, l'INSPQ offre une nouvelle formation s'adressant aux infirmières et aux médecins du Québec. Ce programme a pour titre « Virus de l'hépatite C : pour une prise en charge en réseaux des personnes infectées ». Il vise particulièrement le réseautage de tous les intervenants engagés dans les continuums de soins et le suivi des personnes les plus vulnérables et marginalisées. Il se divise en trois modules, à prendre séparément ou ensemble. La formation aide les praticiens à repérer et à dépister les personnes à risque d'infection, à effectuer le suivi des personnes infectées et à leur offrir le traitement.

au traitement des personnes infectées dans toutes les régions du Québec en optimisant les habiletés cliniques et de collaboration entre les différents acteurs. Néanmoins, la volonté politique des décideurs et l'engagement des gestionnaires sont des conditions *sine qua non* pour pérenniser ces initiatives.

Les auteures travaillent à l'Institut national de santé publique du Québec : Lina Noël est sociologue. Hélène Poliquin est agente de planification, de programmation et de recherche. Nicole Marois est coordonnatrice des programmes nationaux de formation dans le domaine des ITSS.

Références :

- Bruggmann, P., L. Falcato, S. Dober, B. Helbling, O. Keiser, F. Negro *et al.* « Active intravenous drug use during chronic hepatitis C therapy does not reduce sustained virological response rates in adherent patients », *Journal of Viral Hepatitis*, vol. 15, n° 10, oct. 2008, p. 747-752.
- Edlin, B.R., T.F. Kresina, D.B. Raymond, M.R. Carden, M.N. Gourevitch, J.D. Rich *et al.* « Overcoming barriers to prevention, care, and treatment of hepatitis C in illicit drug users », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 40, n° 5(Suppl.), 15 avril 2005, p. S276-S285.
- Harris, K.A., J.H. Arnsten et A. Litwin. « Successful integration of hepatitis C evaluation and treatment services with methadone maintenance », *Journal of Addiction Medicine*, vol. 4, n° 1, mars 2010, p. 20-26.
- Kresina, T.F., R.D. Bruce, V.A. Cargill et L.W. Cheever. « Integrating care for hepatitis C virus (HCV) and primary care for HIV for injection drug users co-infected with HIV and HCV », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 41, n° 1(Suppl.), 1^{er} juill. 2005, p. S83-88.
- Litwin, A.H., I. Soloway et M.N. Gourevitch. « Integrating services for injection drug users infected with hepatitis C virus with methadone maintenance treatment: challenges and opportunities », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 40, n° 5(Suppl.), 15 avril 2005, p. S339-S345.
- Loftis, J.M. et P. Hauser. « Hepatitis C in patients with psychiatric disease and substance abuse: screening strategies and co-management models of care », *Current Hepatitis Reports*, vol. 2, 2003, p. 93-100.
- Noël, L., J. Laforest et P.-R. Allard. *L'accès au suivi et au traitement pour les personnes atteintes de l'hépatite C au Québec - Analyse de l'offre de services*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2007, 110 p. [En ligne : www.inspq.qc.ca]
- Pinette, G.D., J.J. Cox, J. Heathcote, L. Moore, K. Admowski et G. Rielh. « Soins primaires de l'hépatite C chronique : guide de référence professionnel 2009 », Collège des médecins de famille du Canada et Agence de la santé publique du Canada, Ottawa, 2009, 6 p. [En ligne : www.phac-aspc.gc.ca/hepc/pubs/pdf/hepc_guide-fra.pdf]
- Sherman, M., S. Shafran, K. Burak, K. Doucette, W. Wong, N. Girgrah *et al.* *Prise en charge de l'hépatite chronique: lignes directrices de consensus*, Toronto, Toronto General Hospital, 2007, 33 p. [En ligne : www.hepatology.ca/cm/Default.asp?Page=33]
- Sylvestre, D.L. « Approaching treatment for hepatitis C virus infection in substance users », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 41, n° 1(Suppl.), 1^{er} juill. 2005, p. S79-S82.
- Sylvestre, D.L., J.M. Loftis, P. Hauser, S. Genser, H. Cesari, N. Borek *et al.* « Co-occurring Hepatitis C, substance use, and psychiatric illness: treatment issues and developing integrated models of care », *Journal of Urban Health*, vol. 81, n° 4, déc. 2004, p. 719-734.