
**COMMENT AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES
USAGERS DE DROGUE ATTEINTS D'HEPATITE C ?**

*Bernard FILOCHE
CHU, Lille*

Ce qui est déjà une formulation différente de :

« Comment améliorer la prise en charge de l'hépatite C du toxicomane ? »

Le constat de départ est le suivant :

- la toxicomanie IV est le principal mode de contamination pour le VHC (1), (2)
- l'hépatologue envisage le patient
- l'infectiologue envisage le réservoir de virus
- ce réservoir se modifie sans cesse et n'est pas statique
- la prise en charge des UDIV reste notoirement insuffisante malgré la conférence de consensus de 2002

Pourquoi ?

L'interface UDIV – soignant reste trop souvent problématique.

Comment améliorer ?

- l'information
- le dépistage
- la prise en charge spécialisée
- la PBH
- la substitution

L'information :

- bien sûr
- Mais l'UDIV a d'autres préoccupations, surtout en période de défoncé.

Le dépistage :

Le dépistage tel qu'il est conçu actuellement est peu efficace.

Pour améliorer ce dépistage, 2 voies sont possibles :

- le dépistage sanguin par piqûre au doigt avec la technique du buvard
- les salivettes.

J'argumenterai essentiellement sur la salivette qui est ma pratique quotidienne.

La faisabilité des salivettes est de 98 à 100 % (selon que le produit est plus ou moins bien mastiqué). (3), (4)

La salivette à un côté ludique : c'est un gadget.

Le dépistage par technique intra-veineuse pose toujours d'énormes problèmes chez le toxicomane :

- 1/3 est non piquable : 1/3 réellement non piquable, 2/3 très difficilement piquables
- dans ce 1/3 non piquable si on fait une salivette, beaucoup sont positifs et représentent les vieux routiers de la toxicomanie.

Dans notre série personnelle :

- sur 150 dépistés sanguins, 11 se sont avérés positifs pour le VHC.
- sur les sujets non piquables, plusieurs se sont avérés positifs lorsqu'ils ont été testés par la salivette
- sur 150 dépistés salivettes, 15 ont été positifs.
- l'inconvénient de la salivette est l'existence d'une zone douteuse, faible, mais indiscutable (5)
- l'avantage de la salivette est qu'on peut la répéter car le test est particulièrement simple et bien accepté.

En pratique :

- si on veut améliorer le dépistage
- il faut modifier la stratégie

- la salivette a l'avantage de la faisabilité, de la simplicité, de son côté gadget, ce qui favorise la répétition du test
- la salivette a l'inconvénient d'une sensibilité plus faible et d'une zone douteuse
- le buvard a des résultats diamétralement opposés.

L'avantage de la salivette est que c'est le test le plus simple à introduire

- en médecine générale,
- ou dans les boutiques
- *car l'important est de faire le dépistage le même jour que le passage du toxicomane : un test différé est toujours inefficace.*

La prise en charge spécialisée :

C'est la « consultation hépatologique avancée » sur les lieux de consultation du toxicomane.

Le nouvel intervenant qu'est l'hépatologue :

- ne reçoit plus à l'hôpital, lieu qui effarouche l'UDIV
- mais fait la démarche de se déplacer au devant du patient potentiel.

Encore difficile à inculquer dans nos mentalités, mais ?

La PBH :

J'insisterai peu sur ce sujet épineux :

- la conférence de consensus de 2002 a retenu la possibilité d'initier le traitement de l'hépatite C sans PBH préalable pour les génotypes 2 et 3, sauf comorbidité (6)
- le développement des tests biologiques de fibrose peut représenter une alternative

- vis à vis d'un examen qui est fort mal perçu dans cette population particulière de patients.

Inversement :

- la PBH garde un intérêt pour apprécier les comorbidités: alcool notamment
- ou les co addictions : benzodiazépines

Elle garde donc sa place, non pas comme pré requis , mais comme procédure d'accompagnement.

La substitution :

Une étude personnelle récente nous a montré que :

- chez les toxicomanes non substitués, les nouvelles contaminations dans les 2 ans précédant l'inclusion ont baissé en quelques années (des années 98 aux années actuelles) de 21 % à 11 %
- chez les toxicomanes substitués à la buprénorphine, les pourcentages sont pratiquement les mêmes : 21 % à 11 %
- en revanche, chez les toxicomanes substitués la méthadone, le taux de nouvelles contaminations reste bas à environ 3 %.

Comment interpréter ces chiffres ?

- il y a peu de différence entre les toxicomanes non substitués et les toxicomanes substitués sous buprénorphine
- La différence est importante pour les toxicomanes substitués sous méthadone.
- L'efficacité de la méthadone semble donc supérieure pour baisser l'incidence de l'hépatite C chez les toxicomanes, surtout s'ils sont VHC -.
- Cela confirme l'ancienne série de Genève, où on pouvait constater une

diminution parallèle des contaminations VHB, HIV, et VHC dans le canton de Genève, qui est un centre exclusivement méthadone.

- En d'autres termes, le seuil de 3 à 4 % semble être le seuil le plus bas au-dessous duquel il est difficile de descendre.

Est ce dire pour autant que la substitution à la buprénorphine n'ait aucune valeur ?

Certainement pas :

- Elle a permis de diminuer l'incidence médico-légale : agression, etc.
- Elle a permis de diminuer certaines complications : notamment les infections aux points d'injection
- Elle a permis de diminuer les over doses.

En revanche, en termes de contrôle de l'endémie virus C., la buprénorphine semble peu efficace.

Dans le cadre d'une politique de santé générale, faut-il donc privilégier une substitution à la buprénorphine, ou à la méthadone : Ce propos n'est pas innocent quand on sait qu'actuellement en France il y a 85 000 substitués la buprénorphine contre seulement 10 000 à la méthadone.

Avec des coûts très différents.

Quelles pourraient être les raisons de la moindre efficacité de la buprénorphine dans le contrôle de l'endémie liée au virus C. ?

- la méthadone est donnée par voie orale
- la buprénorphine est normalement donnée par voie orale
- mais l'expérience prouve que la plupart des toxicomanes substitués à la buprénorphine se l'injectent au moins occasionnellement
- ces injections occasionnelles représentent une prise de risque qui peut expliquer d'autres contaminations.