

# Le virus, ennemi intime

*Modérateurs :*

**Catherine Chevalier, Limoges**

**Pascal Melin, Saint-Dizier**



# Programme

14h30-16h30

- Objectif: éradiquer la maladie virale chez les usagers de drogues:  
pourquoi, comment ?  
Pascal Melin, Saint-Dizier
- Améliorer le dépistage de l'hépatite C grâce au micro-prélèvement  
capillaire  
Martine Bidaud, Poitiers
- L'importance de l'éducation thérapeutique  
Teresa Antonini, Sylvie Hillon, Villejuif
- Une meilleure gestion des troubles psychiatriques pour éradiquer le  
virus de l'hépatite C  
Jean-Philippe Lang, Erstein
- Grippe, mensonges, tout et n'importe quoi !  
Jean-Marie Cohen, Paris
- Discussion



**Objectif:**  
**Eradiquer la maladie virale chez  
les usagers de drogues  
Pourquoi, comment ?**

**Dr Pascal Melin**

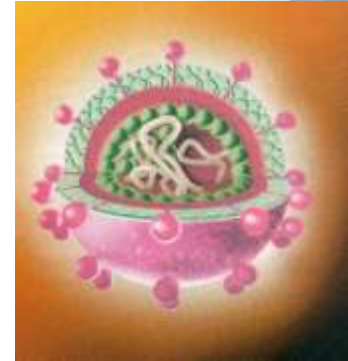
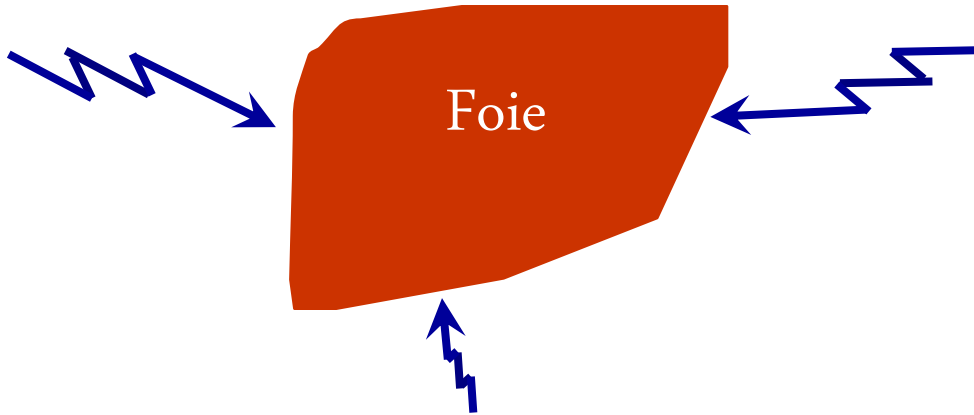
**Centre Hospitalier de Saint Dizier**

P. Melin (1,2,3) ; M. Marc (1,2) ; M. Schoeny (1,2) ;  
M. Guillaumot (2) ; E. Grosjean (1,3) ; E. Ragot (1,3) .  
(1) Médecine Interne et Addictologie, CHG, Saint Dizier;  
(2) Csapa 52; (3) UTEP CHG Saint-Dizier

# Le foie... ses agresseurs



Alcool

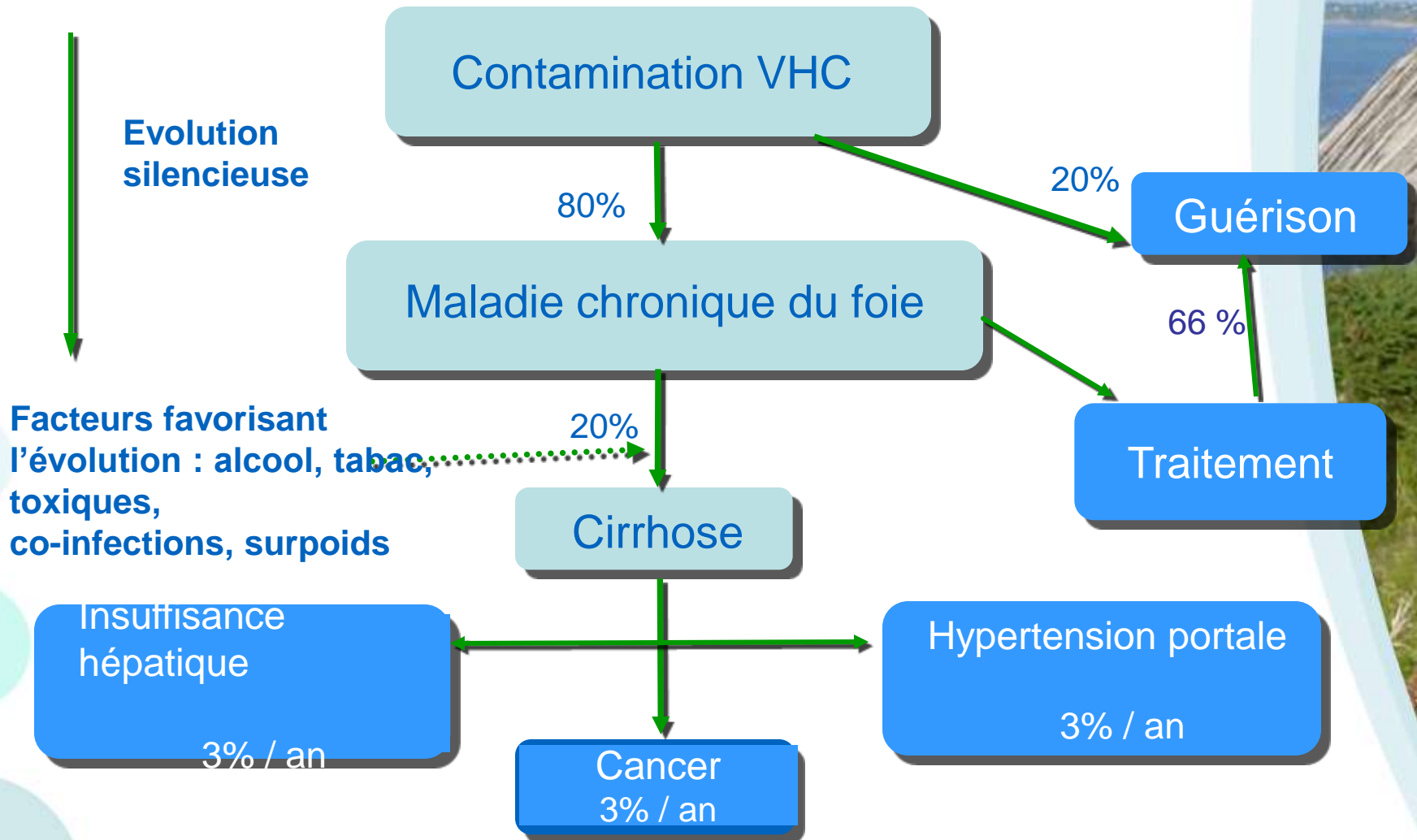


Virus



Médicaments

# Hépatite C : une maladie silencieuse mais d'évolution grave



# L'hépatite virale C : le constat

## Une maladie fréquente

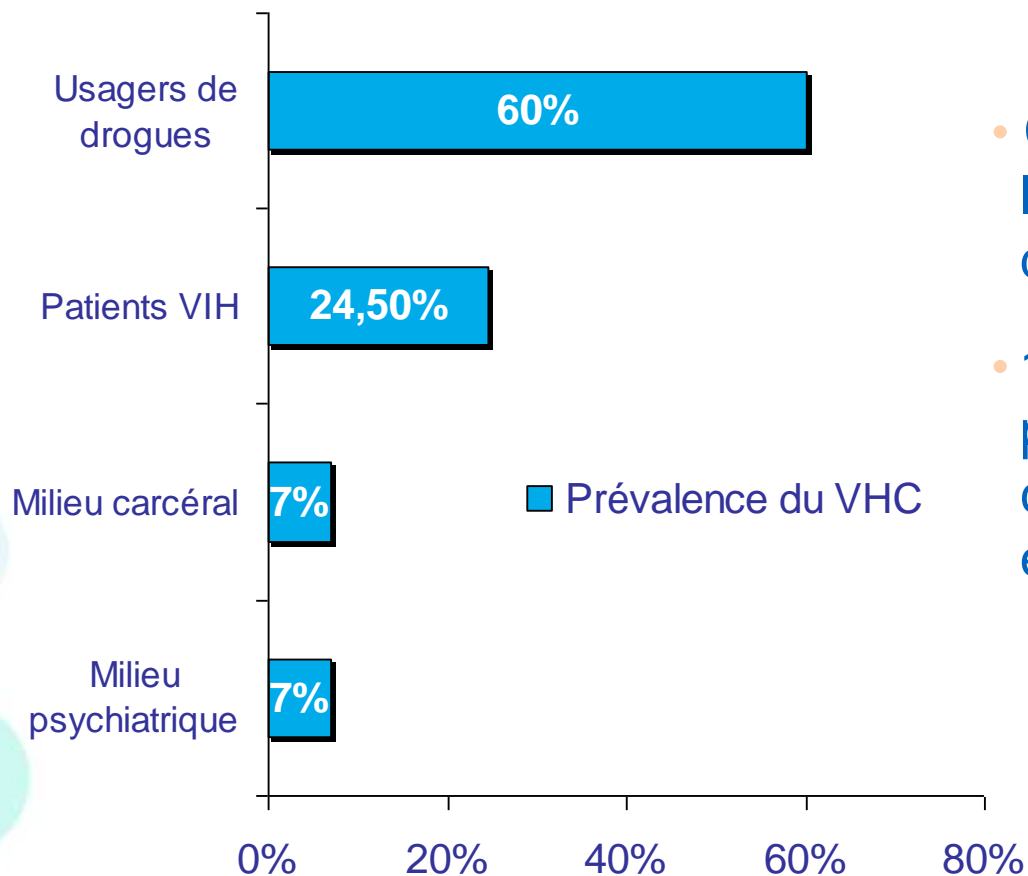
- 368 000 personnes en France
- 5 000 nouveaux cas par an

## Une maladie potentiellement grave avec risque de cirrhose et de cancer

- 3 500 décès par an
- équivalent à 60 % des décès sur la route selon la prévention routière



# Des populations particulièrement touchées



- Chez les buveurs excessifs, la prévalence du VHC varie de 14 à 36 %
- 18 % des patients infectés par le VHC ont une consommation excessive d'alcool [H > 60g/j, F > 50 g/j (1 verre = 10 g)]

# Hépatite C et usage de drogues

- Actuellement la cause la plus fréquente
- **60% des usagers de drogues (UD)** sont porteurs du virus de l'hépatite C
- **30% des UD se déclarent à tort non porteurs** du virus de l'hépatite C

Chaque UD atteint d'hépatite C qui continue à s'injecter ou sniffer est le maillon d'une chaîne de contamination  
Il faut se faire dépister !





# Hépatite C: Quels traitements ?

Interféron pégylé + ribavirine

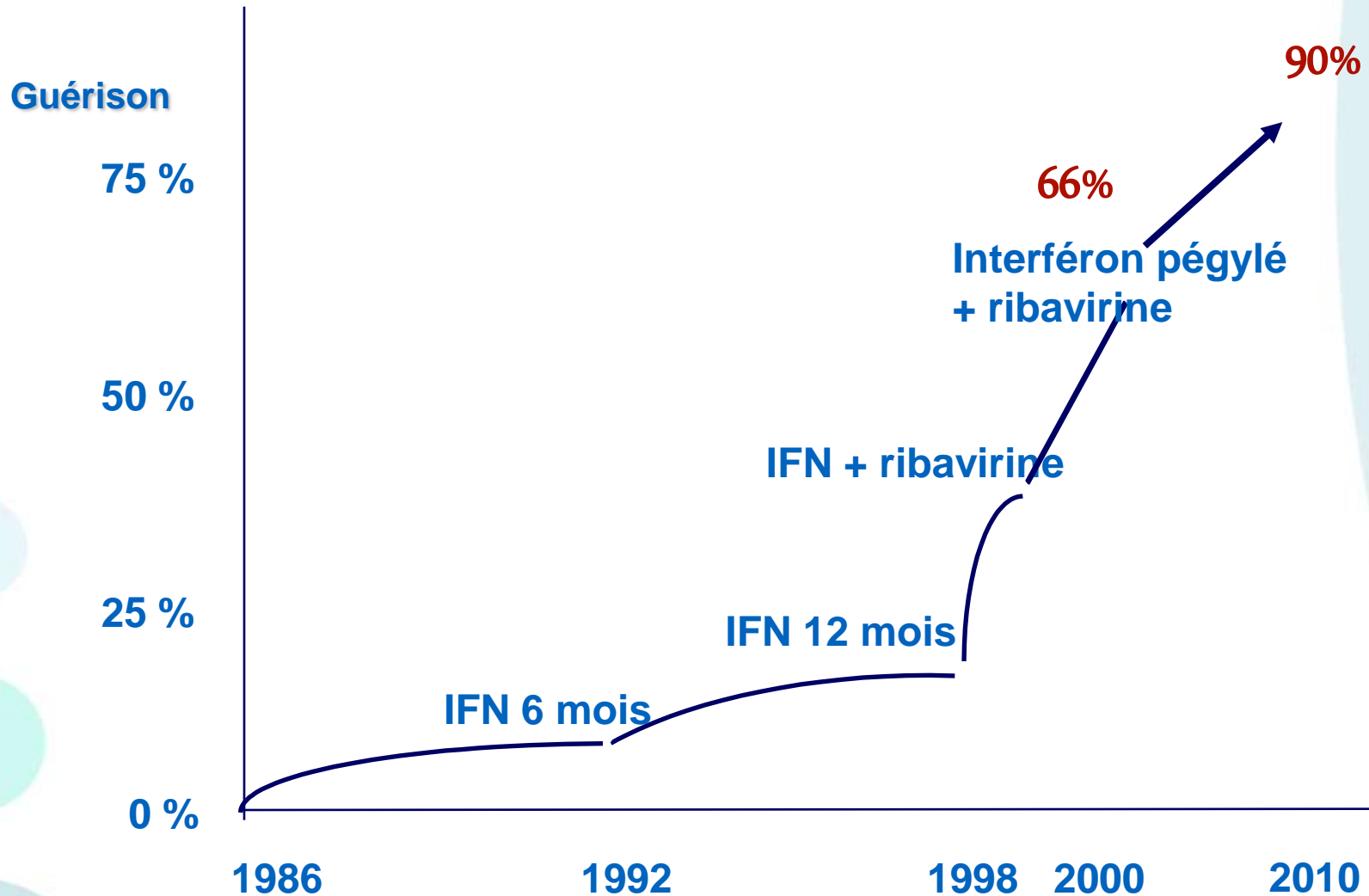
**Traitement injectable 1 fois/semaine + Traitement par voie orale quotidien**

*Durée limitée (24 à 72 sem)*

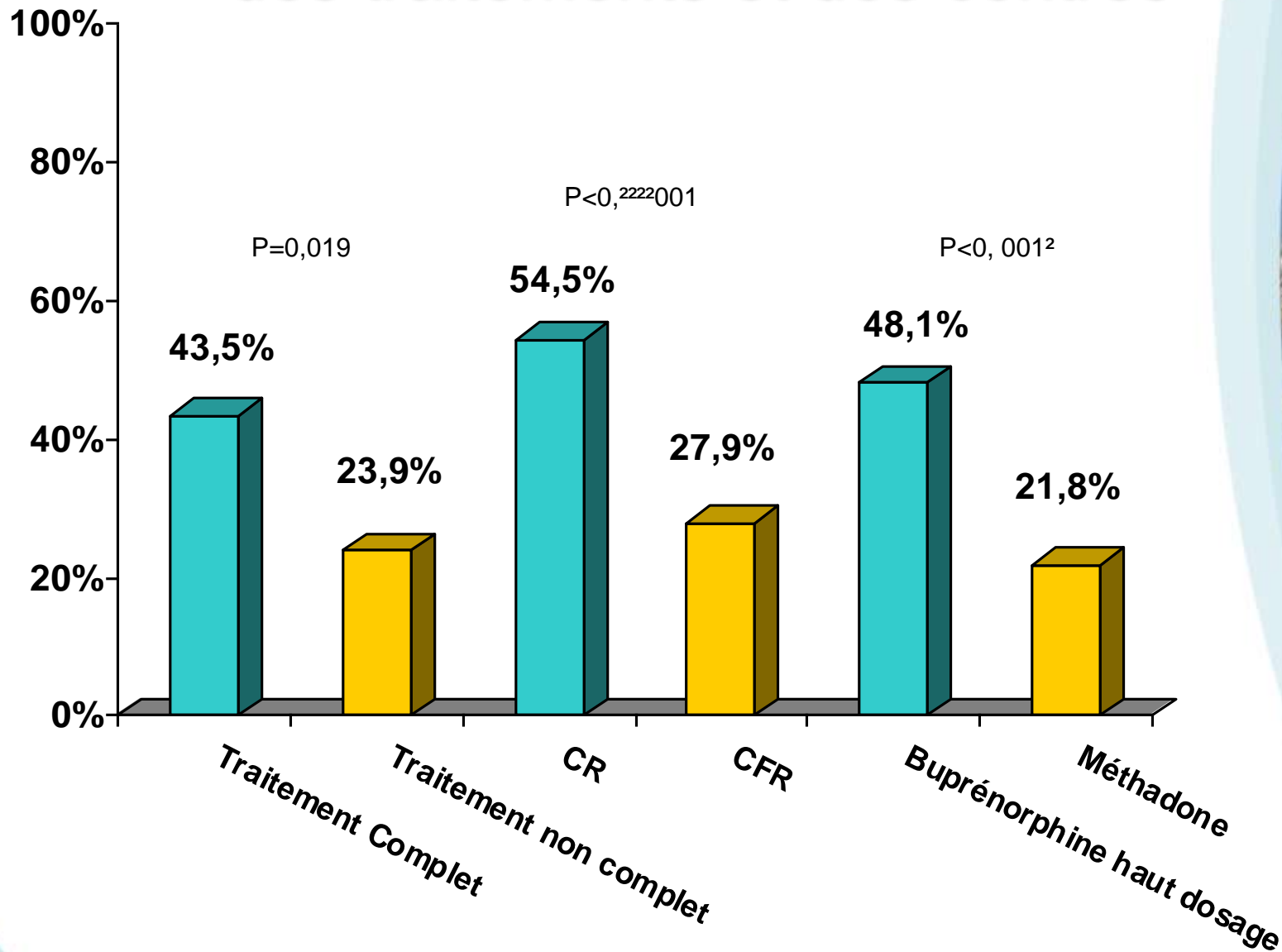
**Objectif : Guérison**



# Evolution des taux de guérison



# Taux de guérison en fonction des traitements et des centres



# Facteurs prédictifs de guérison

## – Centres

✓ CR : 54,5% versus CFR: 27,9 %,  $p < 0,0001$

## – Meilleure couverture sociale

✓ mutuelle : 51,6 %

✓ Absence de mutuelle : 26,5 %  $p = 0,007$

## – Traitement complètement suivi

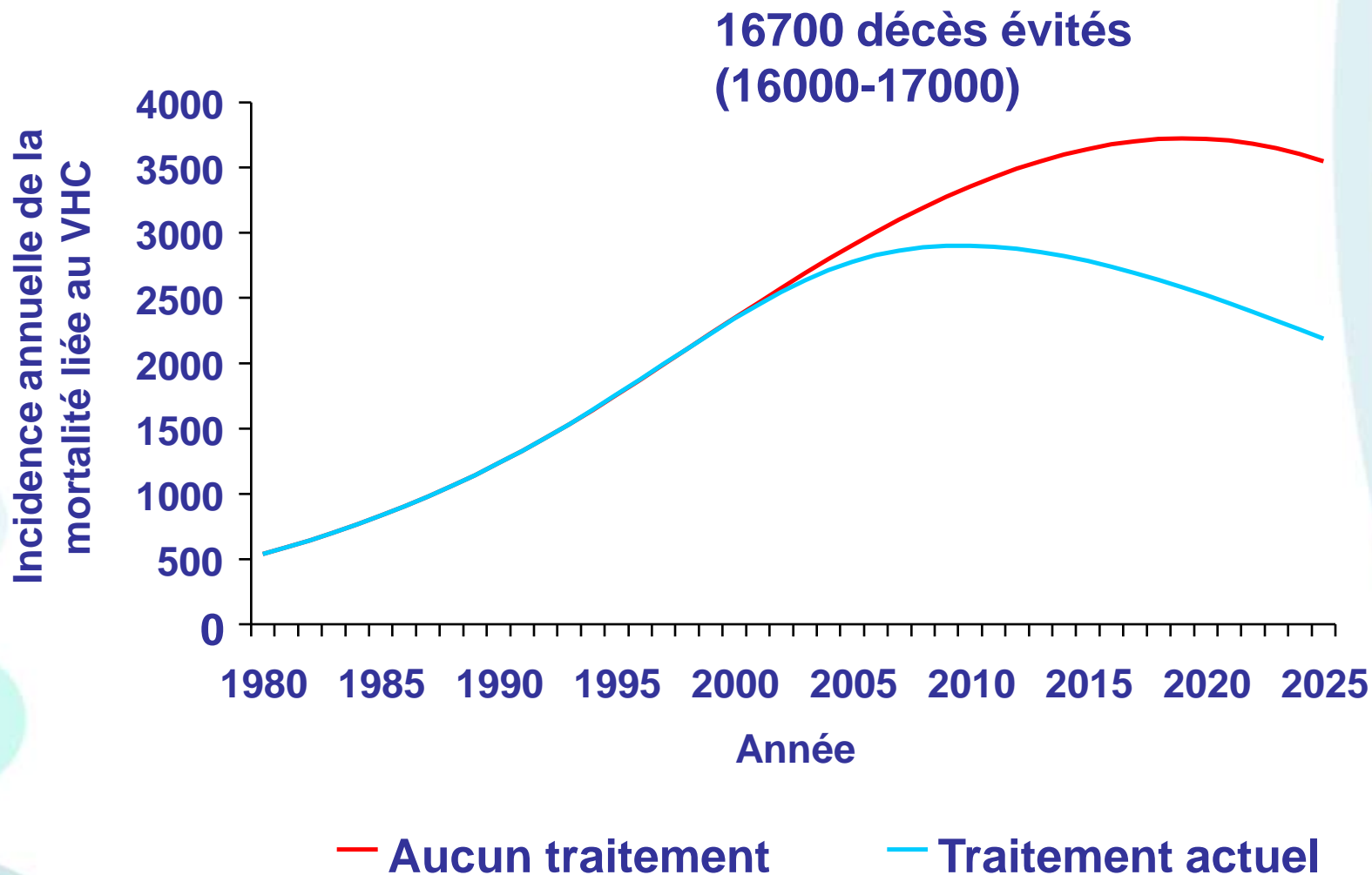
✓ Oui : 43,5 versus Non : 23,9 %  $p = 0,02$

En analyse multivariée:

facteur centre prédominant (OR 0,373,  $p = 0,009$ )



# Impact de la maladie et du traitement sur la mortalité



# Conclusion

- 100 % des malades guéris ont accepté le dépistage et le traitement
- Les usagers de drogues ont **les mêmes chances de guérison** que les non usagers
- La clef de la guérison
  - La **transdisciplinarité et l'expérience** du centre
- Aucun professionnel ne peut prendre en charge un usager seul
  - **2010 devrait être l'année de la transdisciplinarité...**

**Bienvenue dans l'atelier!**



# Programme

14h30-16h30

- Objectif: éradiquer la maladie virale chez les usagers de drogues:  
pourquoi, comment ?  
Pascal Melin, Saint-Dizier
- Améliorer le dépistage de l'hépatite C grâce au micro-prélèvement  
capillaire  
Martine Bidaud, Poitiers
- L'importance de l'éducation thérapeutique  
Teresa Antonini, Sylvie Hillon, Villejuif
- Une meilleure gestion des troubles psychiatriques pour éradiquer le  
virus de l'hépatite C  
Jean-Philippe Lang, Erstein
- Grippe, mensonges, tout et n'importe quoi !  
Jean-Marie Cohen, Paris
- Discussion



# **Améliorer le dépistage de l'hépatite C :**

## **Le micro-prélèvement capillaire**

**Mme Martine Bidaud  
CSST Le Tourniquet - Poitiers**





# Dépistage et prise en charge

- **Dépistage**

- 2004 : Dépistage sur site (prélèvement veineux)
- 2008: **Prélèvement micro-méthode**

- **Accès aux soins**

- 2006: Consultation avancée de gastro-entérologie (½ journée par semaine)



# Les points forts de la technique

- Permet de pratiquer le dépistage des **hépatites virales C et B et du VIH**
- **Technique fiable** qui ne nécessite pas de confirmation par test sanguin
- Ne pose aucun problème pour le laboratoire
- La technique est la même que pour le prélèvement tube



# Intérêt du micro-prélèvement capillaire

→ Optimiser les bilans sérologiques

## POUR L'USAGER

- Non invasif
- Peu douloureux
- Moins d'appréhension

## POUR LE SOIGNANT

- Moins d'incertitude pour la réussite de l'acte



# Pour quel usager ?

- Capital veineux épuisé
- Pour le contrôle des usagers ayant des conduites à risques persistantes
- Forte appréhension des prises de sang

契



# Le matériel

- Lancette (3 positions)
- Micro tube



# La technique

- **Doigt** : Majeur ou annulaire
- Piquer sur le coté du doigt



# La technique

- Pression sur le doigt pour faire affluer le sang



# La technique

- Effleurer la goutte de sang et la laisser descendre dans le capillaire





# Dépistage

- **Juin 2008 : file active : n = 421**
- **Sérologies effectuées : 386 (91,6%)**
- **Sérologies non effectuées : 35 (8,4%)**



# Où en sommes-nous

- **Décembre 2008: file active : 508**
- **51 Micro prélèvements pratiqués**
- **100% des usagers sont dépistés**



**Eradiquer le virus de l'HEPATITE C :**

**L'importance de l'éducation  
thérapeutique**

**Dr Teresa Antonini  
Centre Hépato-Biliaire,  
Hôpital Paul Brousse Villejuif**



# Le VHC en France :

## Un problème de santé publique

- 300 000 sujets infectés chroniques (0,8% de la pop. en 2004)
- 1 patient sur 2 non dépisté
- Evolution vers une hépatite chronique dans 50 à 90 % des cas
- Evolution vers une cirrhose +/- Carcinome hépato-cellulaire
- Facteur de gravité, avec une évolution plus rapide vers les complications si VIH+
- Responsable de 2640 décès en 2004

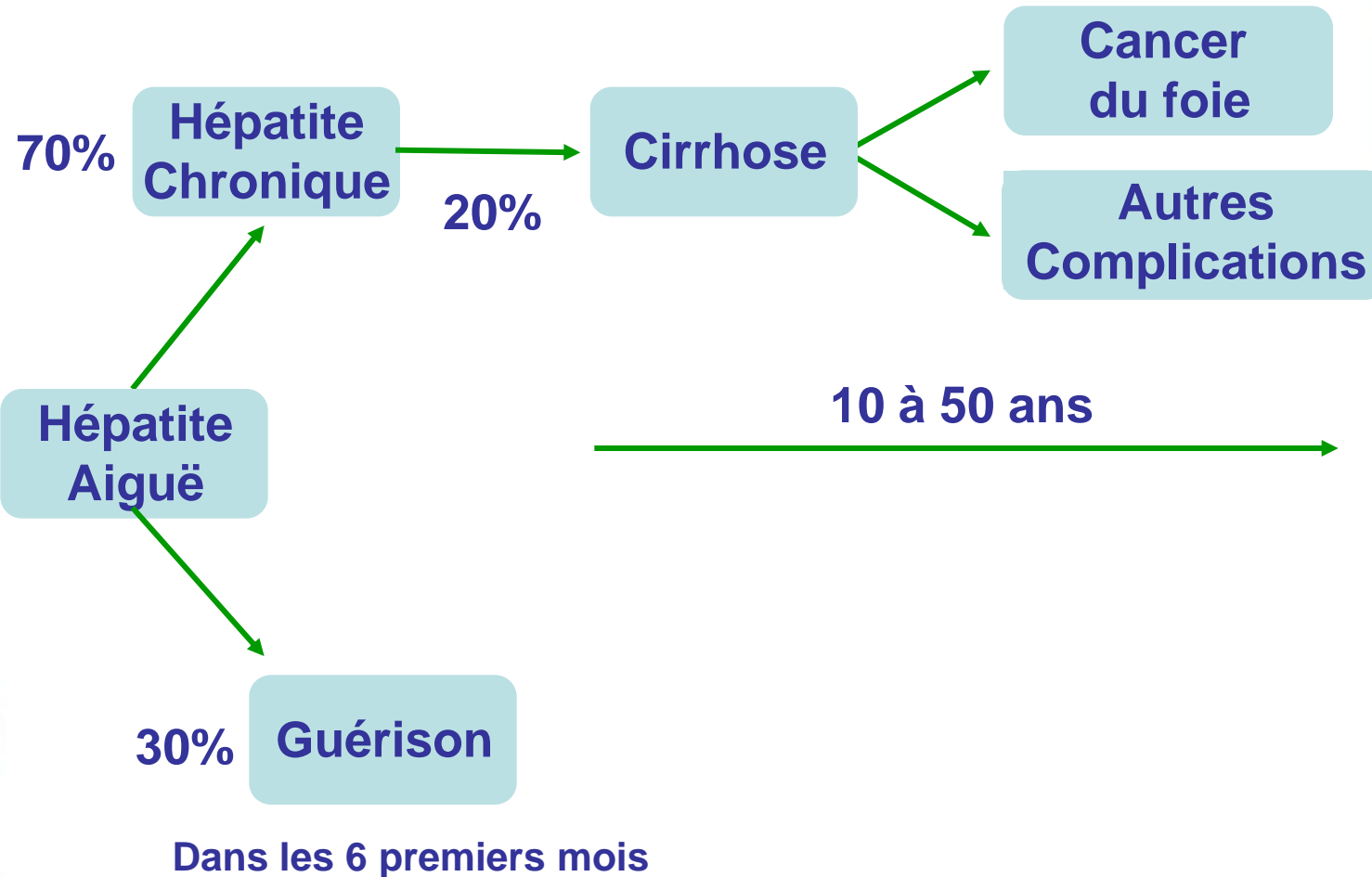


# Les usagers de drogues sont particulièrement concernés

- Transmise par contact direct ou indirect avec le sang (dans le passé)
- Persiste en tant qu' épidémie chez les usagers de drogue: **6 patients sur 10 sont concernés** (mode de transmission principale)
- Chez les usagers de drogues, 10% des personnes porteuses du VIH sont co-infectés par le VHC (étude Coquelicot)



# Histoire naturelle du VHC



# Traitement anti-VHC

Taux de guérison variable selon

- **Génotype:**

- ✓ Génotype 2
- ✓ Génotype 3
- ✓ Génotype 4
- ✓ Génotype 1



84%

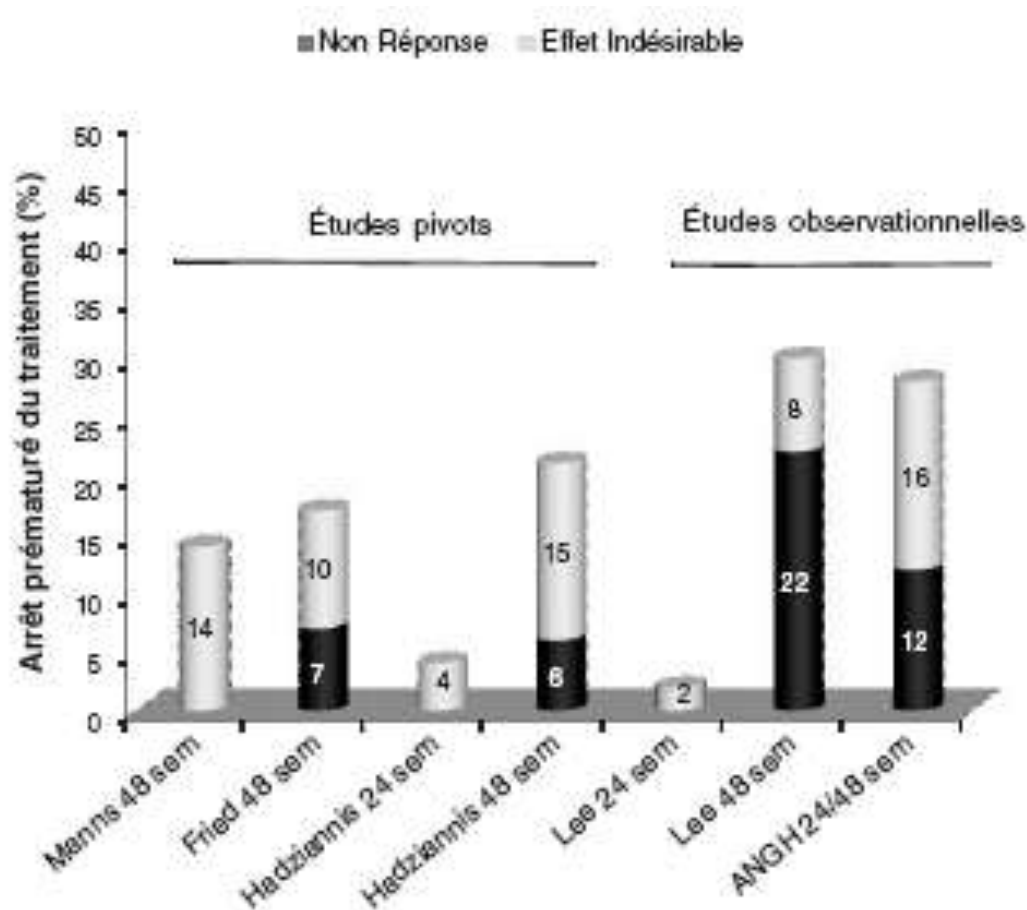
52%

- **Surpoids**

- **Alcool**



# Traitement anti-VHC



Taux et causes d'arrêt prématuré d'un premier traitement chez les patients atteints d'une hépatite chronique C.



# Améliorer la prise en charge (1) avant la mise en place du traitement

## • Informer :

- ✓ Traitement
- ✓ Résultats
- ✓ Effets secondaires

## • Préparer le traitement :

- ✓ Syndrome dépressif
  - ✓ Absence de logement/ Isolement social
  - ✓ Contexte familial difficile
- ⇒ Psychiatre  
⇒ Assistante sociale  
⇒ IDE spécialisée

## • Education thérapeutique :

- ✓ Consultation IDE spécialisée
- ✓ Outils (remise documentation, piluliers...)

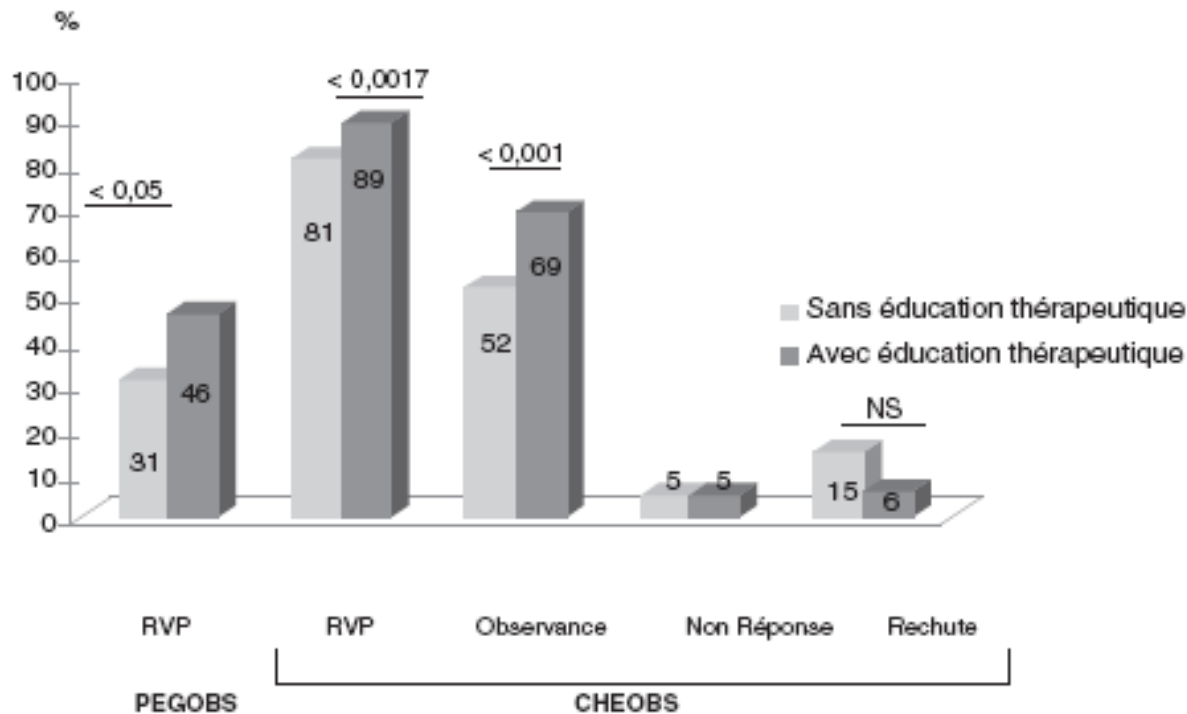


# Améliorer la prise en charge (2) pendant le traitement

- Accompagnement
- +/- Soutien psychiatrique
- Gestion effets indésirables
- Gestion des résultats..



# Importance de l'Education Thérapeutique



<b>Pegobs<sup>10</sup></b>	125 patients naïfs	Tout génotype	Bithérapie PEG α-2a selon AMM
<b>Cheobs<sup>7</sup></b>	641 patients naïfs	Génotype 2/3	Bithérapie PEG α-2b selon AMM

Impact de l'éducation thérapeutique sur l'observance au traitement et le taux de réponse virologique prolongée (RVP) chez les patients sous traitement antiviral C. (Observance=>28 CP RIBA/semaine à S24)

# Intérêt de l'éducation thérapeutique

## Etude PEGOBS

Etude prospective comparant l'effet d'une éducation thérapeutique par une infirmière versus un traitement pragmatique par PegIFN alfa-2a et Ribavirine dans l'hépatite chronique C

**D Larrey (1,2), A Salsé (1), C Castelli (3), MC Bozonnat (3),  
GP Pageaux (1,2), D Ribard (4), N Kharlov (5), JP Daurès (3)  
et le Groupe PEGOBS**

1 – Hépatogastroentérologie – Hôpital Saint-Eloi - Montpellier

2 – Inserm 632 - Montpellier

3 – Département Biostatistiques – IURC – Montpellier

4 – Hépatogastroentérologie – Hôpital Carémeau – Nîmes

5 – Recherche Clinique – Laboratoire Roche - Paris

Avec le soutien du Laboratoire Roche

# Schéma de l'étude

250 patients randomisés  
244 patients traités



Consultation infirmière  
Systématique : 123 pts

Prise en charge pragmatique  
121 pts



Echantillonnage randomisé dans les 2 groupes thérapeutiques



MEC :  
Médico-économique  
**63**

Sans MEC  
**60**

MEC :  
Médico-économique  
**58**

Sans MEC  
**63**

# Caractéristiques des malades

	Groupe A (n= 123)	Groupe B (n=121)	
Age moyen (ans)	47	47	NS
Sexe (% hommes)	64	61	NS
IMC moyen	23,9	24,5	NS
ALT méd. Pré T (xN)	1,5	1,6	NS
ARN Pré T (10 <sup>6</sup> UI/ml)	2,3	1,1	NS
Génotype 1 (%)	56,6	52,8	NS
Génotype 2/3 (%)	36	38	NS
Métavir F3-F4 (%)	29,4	32,1	NS



# Simulation des coûts chez 100 patients en cas de retraitement (1er et 2ème traitement)

*Données du centre expert*

**24 semaines de traitement**

Coûts par bras  
Education thérapeutique 14 406€      TT Pragmatique 14 265€

**RVS 70%**

retraitement 30 patients  
48 semaines  
21 580 €/patient

**RVS 55%**

retraitement 45 patients  
48 semaines  
21 580 €/patient

**Pour 100 patients**

Coût 1er TT	1 440 600€	1 426 500€
Coût 2ème TT	647 400€	971 100€
Total	2 088 000€	2 397 600€

**Economie 309 600€**

# CONCLUSION

Les consultations d'éducation thérapeutique permettent une **augmentation significative des taux de guérison**

L'augmentation des coûts par éducation thérapeutique est très largement compensée par une **meilleure adhérence au traitement** et une **réponse virologique soutenue**, évitant des retraitements.





# Eradiquer le virus de l'HEPATITE C :

**L'importance de l'éducation  
thérapeutique**

*L'expérience réussie de l'hôpital Paul  
Brousse*

**Mme Sylvie Hillion**

**Centre Hépato-Biliaire, Hôpital Paul  
Brousse Villejuif**

# Prise en Charge de l'HEPATITE C au Centre Hépato-Biliaire

- Environ **150 patients traités chaque année** pour cette pathologie.
- Formes avancées : Cirrhose, co-infection, co-morbidité, transplantés
- Traitement lourd et difficile tant sur le plan physique que psychique
- Patients traités en ambulatoire
- Depuis Janvier 2004, la prise en charge de ces patients est devenue **pluridisciplinaire** : Médecins, IDE



# Le rôle de l'infirmière référente HEPATITE C

- Participer aux **consultations médicales**
- **Éduquer** le patient vis-à-vis de son traitement
- Répondre aux patients lors des **entretiens téléphoniques**
- Surveiller les **bilans biologiques intermédiaires**
- Établir un **registre** et une **feuille de suivi informatique** de ces patients (bilans, traitements et enquêtes)
- Effectuer les **fibroscans** sur prescription médicale



# Le Fibroscan

Le **Fibroscan** est un appareil qui utilise des ultrasons

Il permet d'apprécier indirectement le degré de fibrose du foie en mesurant son élasticité

Cette technique quantifie la **fibrose hépatique** de façon instantanée

Donne un résultat en Kilo Pascal (KPal)



# Le rôle de l'infirmière référente HEPATITE C: Participer aux consultations médicales

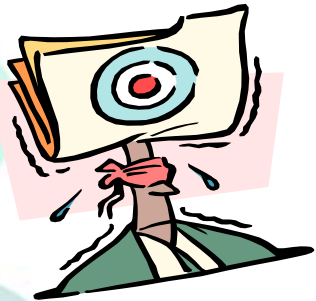
- Première prise de contact avec le patient
- Contrôle de la **bonne compréhension** des informations données par le médecin
- Explication de **l'importance des examens avant traitement**
- Réponse aux **interrogations des patients**
- Remise des **coordonnées téléphoniques de l'infirmière**



# Le rôle de l'infirmière référente

## HEPATITE C: Eduquer le patient vis-à-vis de son traitement

- Durée de l'entretien environ 45 minutes, **si possible avec le conjoint**
- **Informations sur le traitement**
  - ✓ Mode d'administration et de délivrance des médicaments
  - ✓ Durée
  - ✓ Effets secondaires :
    - » Physiques: Fatigue, perte de poids
    - » Psychiques: Dépression, irritabilité, insomnie
    - » Biologiques : Anémie, neutropénie, thrombopénie



# Le rôle de l'infirmière référente

## HEPATITE C: La surveillance du traitement

- **Bilan à réaliser** : NFS + plaquettes, ASAT, ALAT, GGT
  - ✓ Toutes les semaines le 1er mois
  - ✓ Tous les 15 jours pendant 2 mois
  - ✓ Enfin, tous les mois pendant toute la durée du traitement
- Les bilans intermédiaires sont faxés au médecin qui contrôle
  - ✓ Si modification du traitement l'infirmière contacte le patient
- Pour évaluer l'efficacité du traitement, une **charge virale C** (HCV-RNA) est prélevée à M1, M3, M6, M12 et 6 mois après l'arrêt du traitement.



# Le rôle de l'infirmière référente Hépatite C

- **Éducation pour l'auto-injection**
  - ✓ Présentation du produit
    - » soit en stylo
    - » soit en seringue pré-remplie
  - ✓ L'injection se fait soit
    - » par l'infirmière
    - » par le patient
    - » par un proche
- **Remise des boîtes pour récupération des aiguilles souillées**
- **Remise des sacs isothermes**





# Le rôle de l'infirmière référente Hépatite C

- Remise des documents
  - ✓ Pour l'auto-injection
    - » CD ROM
    - » Document écrit
  - ✓ Pour information générale
    - » Documents SOS hépatites



# Les « plus » pour la prise en charge des patients VHC

- **Importance de la présence du conjoint** lors de l'entretien
- **Disponibilité d'une infirmière** joignable du lundi au vendredi sur une ligne directe
- **Relation de confiance établie entre le patient et l'équipe** lors de l'entretien d'éducation thérapeutique
- **Possibilité de faire effectuer l'injection par les IDE de l'hôpital de jour du CHB** pour les patients « difficiles », afin d'avoir un suivi plus rapproché qu'avec une IDE libérale



# Difficultés rencontrées lors de la prise en charge des patients VHC

- **Réticence de certains patients** ayant un passé de conduites addictives à prendre un traitement lors d'effets secondaires psychiques
- **Difficultés dans la rigueur et le suivi** (consultations & bilans sanguins) pour certains patients en situation socio-économique précaire



# Infirmière Référente HEPATITE C

## En conclusion

### L'infirmière référente

- Est **l'intermédiaire** entre le malade et le médecin
- Est la **personne capable de répondre** aux innombrables interrogations de certains patients très anxieux
- **Complète l'information du patient et l'éduque** sur les modalités de son traitement
- **Rassure et soutient les patients**
- Participe à une meilleure prise en charge et surtout à une **meilleure adhésion du patient au traitement**



# Infirmière Référente Hépatite C

**INFORMER**

**EDUQUER**

**SOUTENIR**

**Objectif : Optimiser et améliorer  
l'adhésion du patient à son  
traitement**



# **Une meilleure gestion des troubles psychiatriques pour éradiquer le virus de l'hépatite C**

**Dr Jean-Philippe Lang  
Centre Hospitalier, Erstein**





# Évaluer et traiter les troubles psychiatriques au cours d'une hépatite C

Comité scientifique :  
A. GAUCHET, Grenoble – C. HENRY, Créteil  
J-Ph LANG, Strasbourg – P. MELIN, Saint-Dizier  
L. MICHEL, Limeil-Brévannes – M. SCHOEFFLER, Erstein

# Hépatite C, troubles psychiatriques et addictions :

3 problématiques associées  
qui doivent nous faire modifier  
nos pratiques de prise en charge



# Des troubles psychiatriques

- Pré-existant chez le patient contaminé
- Survenant au décours de la maladie
- Pendant et après le traitement
- Accompagnés dans 50 % des cas d'une comorbidité addictive qui aggrave leur évolution et entrave leur soin

# Origine des troubles psychiatriques

- **Réactionnels**
  - Annonce de la séropositivité<sup>(1)</sup>
  - Conditions de vie précaires ou isolement du patient
  - Usage ou sevrage substances psycho-actives
- **Secondaires**
  - Liés au VHC
    - Directement : virus neurotrope<sup>(2)</sup>
    - Indirectement<sup>(3)</sup>  
(dysthyroïdie, cryoglobulinémie mixte, vascularite, lymphotropisme)
  - Au traitement
    - Interféron alpha<sup>(4-7)</sup>
    - Ribavirine<sup>(8)</sup>

Ces troubles surviennent indépendamment de la gravité de la maladie hépatique et peuvent entraîner une altération de la qualité de vie dès le début de la maladie<sup>(9)</sup>

# Quels types de troubles ?

## Avant traitement antiviral <sup>(1)</sup>

- Dépression (15%)
- Anxiété (13%)
- Impulsivité, Irritabilité (11%)
- Troubles neurocognitifs
- Pathologie psychiatrique préexistante

Troubles bipolaires

Schizophrénie

Trouble de la personnalité

Dépression

## Pendant traitement antiviral <sup>(1-6)</sup>

Troubles de l'humeur (30-40%) <sup>(5-7)</sup>

- Dépression (30%)
- Manie – Hypomanie, Etat mixte
- Labilité émotionnelle
- Impulsivité, irritabilité
- Risque suicidaire
- Troubles anxieux

Troubles du sommeil (30-37%) <sup>(4-9)</sup>

Rechute ou aggravation des addictions

**Quand ? : au cours du 1<sup>er</sup> trimestre (70%) <sup>(2)</sup>,  
possible par la suite malgré une bonne tolérance préalable  
et même après l'arrêt du traitement**

1. Kraus MR. J Clin Psychiatry 2003;64:708-14. 2. Henry C. Current Psychiatry 2006;5:71-81. 3. Castera L. J Viral Hepat 2006;13:482-8. 4. Vignau J. Encephale 2005;31:349-57. 5. Castera L. Gastroenterol Clin Biol 2005;29:123-33. 6. Raison CL. J Clin Psychiatry 2005;66:41-8. 7. Gohier B. World J Biol Psychiatry 2003;4:115-8. 8. Constant A. J Clin Psychiatry 2005;66:1050-7. 9. Fried MW. N Engl J Med 2002;347:975-82.

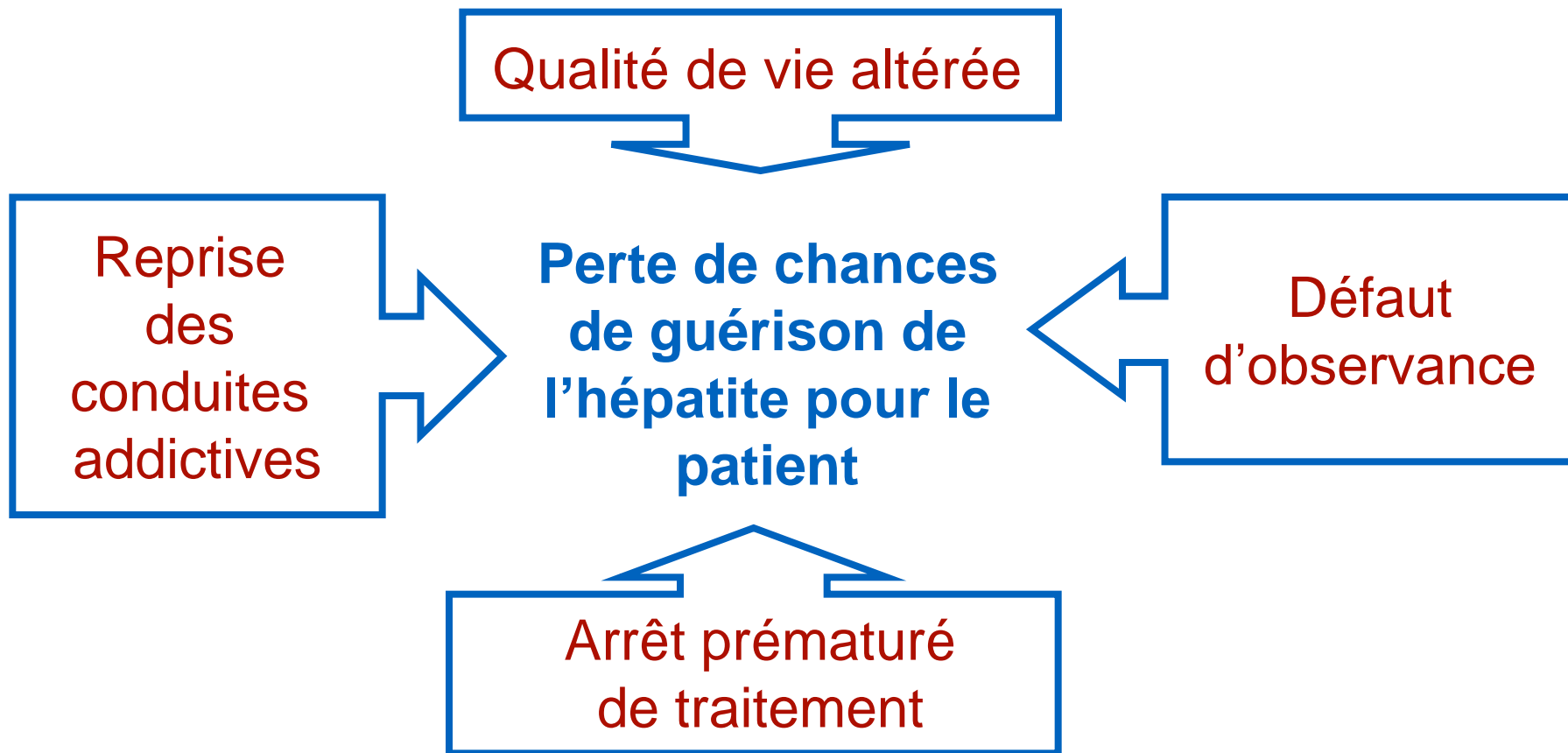
# Quels sont les patients à risque de développer des troubles psychiatriques sous traitement ?

Tous, mais en particulier ceux avec :

- Antécédents d'épisode dépressif majeur<sup>(1)</sup>
- Une affection psychiatrique en évolution<sup>(1)</sup>
- Isolement et/ou précarité sociale <sup>(2)</sup>
- Usagers de SPA
- Vulnérabilité féminine ?

La présence d'un ou plusieurs de ces « facteurs de risque »  
ne doit pas faire renoncer au traitement  
mais inciter à la mise en place d'un projet de soin adapté  
pour préparer ce traitement

# Conséquences en l'absence de prise en charge adaptée



## À retenir

- Les troubles psychiatriques sont fréquents au cours de l'hépatite C
- Ces troubles sont spécifiques
- Importance de l'évaluation précoce hors crise ++:

limiter les risques et faciliter l'accès au soin

- Ils peuvent survenir :
  - Quel que soit le profil du patient,
  - À tout moment du suivi et du traitement, et

Une prise en charge adaptée doit être organisée au plus tôt de façon coordonnée pour ne pas compromettre les chances du patient de guérir de l'hépatite C

Qu'en est-il  
des pratiques actuelles ?

# Le point de vue des hépatologues et infectiologues : Enquête C'PSY1

- Enquête de pratique réalisée en 2007 avec le soutien de Roche
- **Objectif** : faire un état des lieux de la prise en charge des troubles psychiatriques et des conduites addictives chez les patients atteints d'hépatite chronique C, par les hépatologues et les infectiologues



# Les principaux résultats de C'PSY 1

- 1 patient sur 5 ne bénéficie pas d'un traitement optimal de son VHC pour raisons psychiatriques
- Moins de 1 médecin sur 2 travaille avec un psychiatre ou un psychologue référent

Sont donc nécessaires :

La systématisation de la consultation psychiatrique  
Une meilleure coordination entre les intervenants  
La formation spécifique de l'ensemble des soignants

# C'psy I

## Un psychiatre ? Quel intérêt ?

---

	Psy -	Psy +
Bilan « psy » systématique	50 %	63 %
Contre-indication psy	25 %*	4 %*
AP pour raison psy	31 %*	14 %*
Prescription AD par le MS	31 %*	12 %*

# Le point de vue des psychiatres et des psychologues : Enquête C'PSY 2

- L'avis d'un psychiatre n'est requis que dans 40 % des cas avant initiation et dans 19 % des cas lors de l'arrêt de traitement
- Les pôles des référence pour le VHC semblent être prêts à coordonner les soins psychiatriques et à organiser la formation nécessaire aux acteurs de soins impliqués
- Nécessaire articulation des soins psychologiques et psychiatriques
- Manque de formation des psychiatres et des psychologues

Lang JP, et al. Gastroenterol Clin Biol à paraître 2009

# C'psy II

## Pole de référence ? Quel intérêt ?

---

	Ref -	Ref +
Intérêt d'une CS psychiatrique pré thérapeutique	64 %	92 %
Implication des troubles de la personnalité	3 %	17 %
Evaluation des antcdts psychiatriques	16%	37%
Spécificité de PEC	57%	80%

# Un cadre réglementaire et des outils pour les cliniciens :



## les recommandations de l'AFSSAPS



# Que faire avant le traitement ?

- **Objectif 1** : évaluer et stabiliser les conduites addictives et les troubles psychiatriques

Evaluer	Comment ?
Conduites addictives	Auto-questionnaires pour alcool (AUDIT,CAGE ) cannabis (CAST) et tabac (FAGERSTROM) Usage des opiacés et modalités de prise du traitement de substitution par voie orale
Troubles psychiatriques actuels	Entretien clinique MINI (explorer principalement épisode dépressif caractérisé, manie ou hypomanie, risque suicidaire)
ATCDTS psychiatriques personnels et familiaux	Rechercher hospitalisation en milieu psychiatrique, Dépression, tentative de suicide, Personnalité ( nature anxieuse ou impulsive), consommation alcool,ancien usager de drogue

**Aucun traitement antiviral n'est une urgence...**

→ Juger de la nécessité d'adresser le patient à un référent psychiatre ou psychologue et/ou addictologue pour avis et instauration d'un traitement

# Que faire avant le traitement ?

- **Objectif 2 : formaliser un cadre de soins réassurant et disponible et des conduites à tenir adaptées**

Que faire ?	Comment ?
<b>Informer et Eduquer</b>	Information et éducation thérapeutique pour le patient et ses proches (questionner problématique de l'injection, effets secondaires possibles, filières de soins ...)
<b>Anticiper</b>	Initiation ou adaptation d'un traitement psychotrope ou de substitution. Mise en route d'un traitement anti-dépresseur préventif si indication
<b>Organiser le suivi</b>	Individualisation du suivi et mise en relation des différents acteurs de proximité (psychiatre, psychologue, addictologue, hépatologue, infectiologue, médecin traitant, infirmier, CSAPA...)

# « A priori » aucun patient ne doit être exclu du traitement antiviral

- Il n'y a aucune raison de ne pas proposer un traitement antiviral
  - Chez les usagers de drogue substitués
  - Chez les malades psychiatriquesdont l'observance et **les chances de guérison** sont comparables à celle de la population générale dans un cadre de soins adapté (1-3)



# Quel suivi pendant le traitement antiviral ?

Que faire ?	Comment ?
<b>Travailler en lien avec autres intervenants</b>	Important de signaler toute modification de PEC Cohérence des discours Formation et information commune
<b>Surveiller</b>	Revoir régulièrement le patient pour repérer les troubles éventuels
<b>Réévaluer les troubles psy</b>	Utiliser le MINI, échelles de sommeil ( ISI Pittsburgh) ou d'autres outils diagnostiques selon les situations
<b>Reévaluer les addictions</b>	Contrôler s'il y a intensification ou reprise de substances psycho-actives ( opiacés, alcool, tabac ,cannabis)

Le suivi doit être régulier par une prise en charge pluridisciplinaire avec échange des informations et cohérence des discours

# L'arrêt du traitement antiviral se prépare autant que son initiation !

- Risque de décompensation psychique après l'arrêt du traitement<sup>(1)</sup>
- Reprise d'un usage de substances psycho-actives → renforcer le suivi addictologique

- Ne pas arrêter le traitement psychotrope brutalement et l'ajuster en fonction de la symptomatologie
- Maintenir le suivi psycho-psychiatrique et le traitement psychotrope éventuel pendant 4 à 6 mois après l'arrêt du traitement antiviral<sup>(2)</sup>

1. Castera L. Gastroenterol Clin Biol 2005;29:123-33

2. Mise au point de l'AFSSAPS 2008

# À retenir

- Un patient VHC+ doit être suivi par une équipe pluridisciplinaire dans la transdisciplinarité :
  - Avant, pendant et après la mise sous traitement antiviral
- Les pôles de références pourraient être chargés de former et de coordonner les différentes équipes impliquées pour une prise en charge multidisciplinaire adaptée et de proximité:
- RBP HAS ?

- Lang JP, et al. Gastroenterol Clin Biol 2009

Quels traitements proposer pour les troubles psychiatriques ?

# Rester vigilant

- Adresser au psychiatre ou hospitaliser
  - En cas de risque suicidaire, de syndrome délirant, d'épisode maniaque, d'épisode dépressif majeur ou si le patient se sent en danger ou le demande
- Proposer un traitement pharmacologique et/ou psychologique individualisé évaluation spécialisée
- Mettre en place un suivi rapproché lors d'une première prescription de psychotropes
- Faire attention au risque de virage maniaque sous traitement antidépresseur<sup>(1)</sup>
- Rechercher troubles anxieux et troubles du sommeil :  
2 signes d'alerte très fréquents à ne jamais négliger

# Comment traiter les troubles du sommeil ?

- Conseils hygiéno-diététiques
- Hypnotique si difficulté d'endormissement
- En cas de réveils fréquents : alimémazine
- En cas de nécessité : choix d'un antidépresseur sédatif
- Eviter l'association de BZD et d'équivalent benzodiazépinique

# Comment traiter les troubles de l'humeur ?

Symptômes	Quels traitements ?
Dépression	Antidépresseurs adaptés <sup>(1)</sup> : ISRS (citalopram <sup>(2)</sup> , escitalopram <sup>(3)</sup> , sertraline <sup>(4)</sup> , ...), IRSNA (!)..
Episode maniaque et hypomaniaque	Régulateurs de l'humeur : lithium en 1 <sup>e</sup> intention <sup>(1)</sup> Antipsychotiques (olanzapine <sup>(5)</sup> , rispéridone <sup>(1)</sup> )
Anxiété/Irritabilité/ Agressivité	BZD à 1/2 vie courte (bromazépam, lorazépam) OU à demi-vie longue (clonazépam) Antipsychotiques à dose faible en cas d'hyperréactivité émotionnelle ou d'hypomanie <sup>(1)</sup> (olanzapine, aripiprazole, amisulpride)

1. Mise au point AFSSAPS mai 2008. 2. Kraus MR Gut 2008;57:531-6. 3. Gleason OC. Prim Care Companion J Clin psychiatry 2005;7:225-30. 4. Schramm TM. Med J Aust 2000;173:359-61. 5. Onyike CU. Am J psychiatry 2004;161:429-35.

# Comment gérer le traitement antiviral ?

- En cas de troubles psychiatriques sévères, la poursuite du traitement antiviral doit être réévaluée **conjointement** par l'hépatologue et le psychiatre <sup>(1)</sup>
- Une diminution des posologies de l'interféron alfa n'est pas recommandée <sup>(1)</sup>



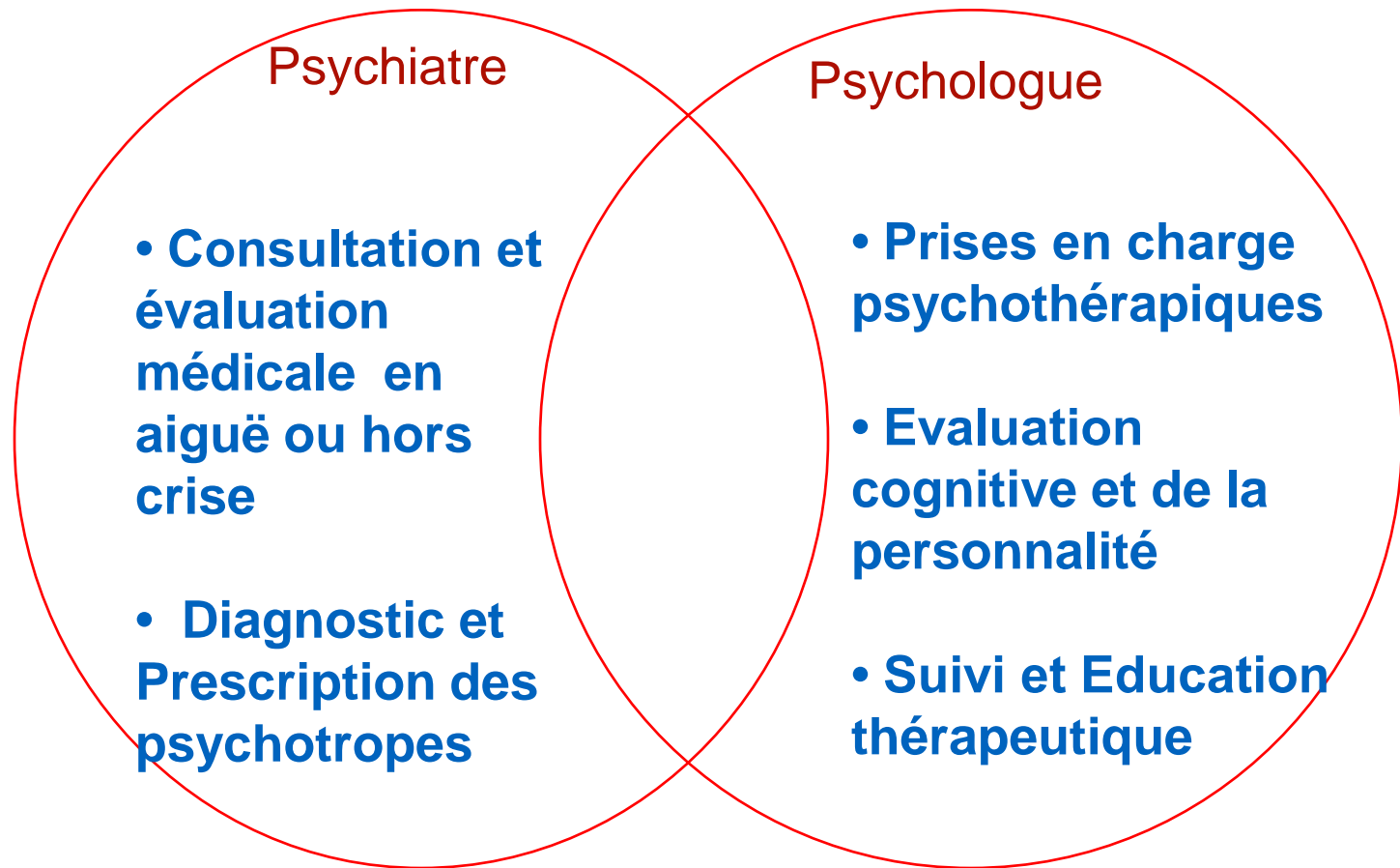
# Développer une prise en charge transdisciplinaire

Idéalement, un psychiatre coordinateur au sein de chaque pôle de référence VHC avec pour missions :

- De faciliter l'accès à une évaluation des indications et développer les modalités de suivi psychiatrique
- De surveiller le patient pendant et après le traitement pour les MS qui le souhaitent
- De coordonner la prise en charge avec la psychiatrie de secteur et les équipes transdisciplinaires de proximité
- D'être une personne ressource après avoir développé la formation des équipes de proximité

# Prise en charge non pharmacologique

# Répartition des rôles : articulation naturelle liée à la disponibilité et aux compétences respectives



→ Travail conjoint alterné pour l'évaluation et le suivi des sujets à risque  
Pas de clivage mais complémentarité, recouvrement partiel des champs

# Les rôles du psychologue

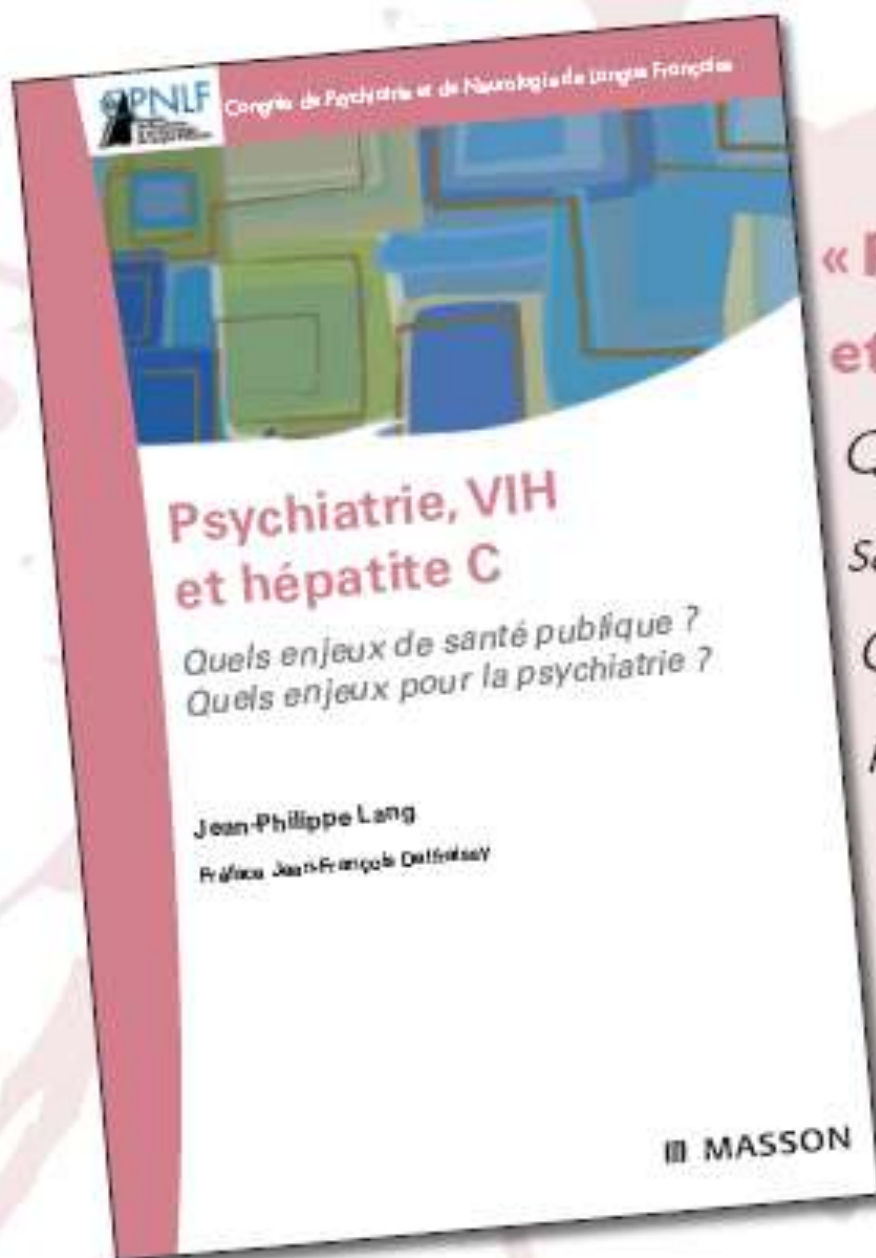
- Suivis psychothérapeutiques
- Evaluation de la qualité de vie du patient et accompagnement de son entourage : recherche et évaluation des facteurs de résilience
- Examen psychologique : évaluation de la personnalité, du fonctionnement neuro-cognitif
- Evaluation clinique permanente dans le cadre d'un suivi psychologique individualisé

# En conclusion

Parlez d'une même voix ...

Pour mieux entendre le patient et lui apporter  
des réponses informées et adaptées

Plus pensez à répondre à ses besoins  
qu'à s'inquiéter des risques



**« Psychiatrie, VIH  
et Hépatite C,**

*Quels enjeux de  
santé publique ?*

*Quels enjeux pour  
la psychiatrie ? »*

**Grippe, mensonges, tout et  
n'importe quoi !**

**Dr Jean-Marie Cohen  
Open Rome, Paris**



Pandémie de grippe A(H1N1)  
*mise à jour* **14 septembre 2009**

**GRIPPE,  
MENSONGES,  
TOUT ET  
N'IMPORTE QUOI**



Dr Jean Marie COHEN

Directeur Open Rome, Coordinateur national des GROG



Open Rome









# Un virus très contagieux



Bonjour la salle d'attente !



**Un virus  
transmis  
aussi par  
les mains**



# SUSPECTER LA GRIPPE

Début brutal

Fièvre (38°C ou +)

Signes respiratoires

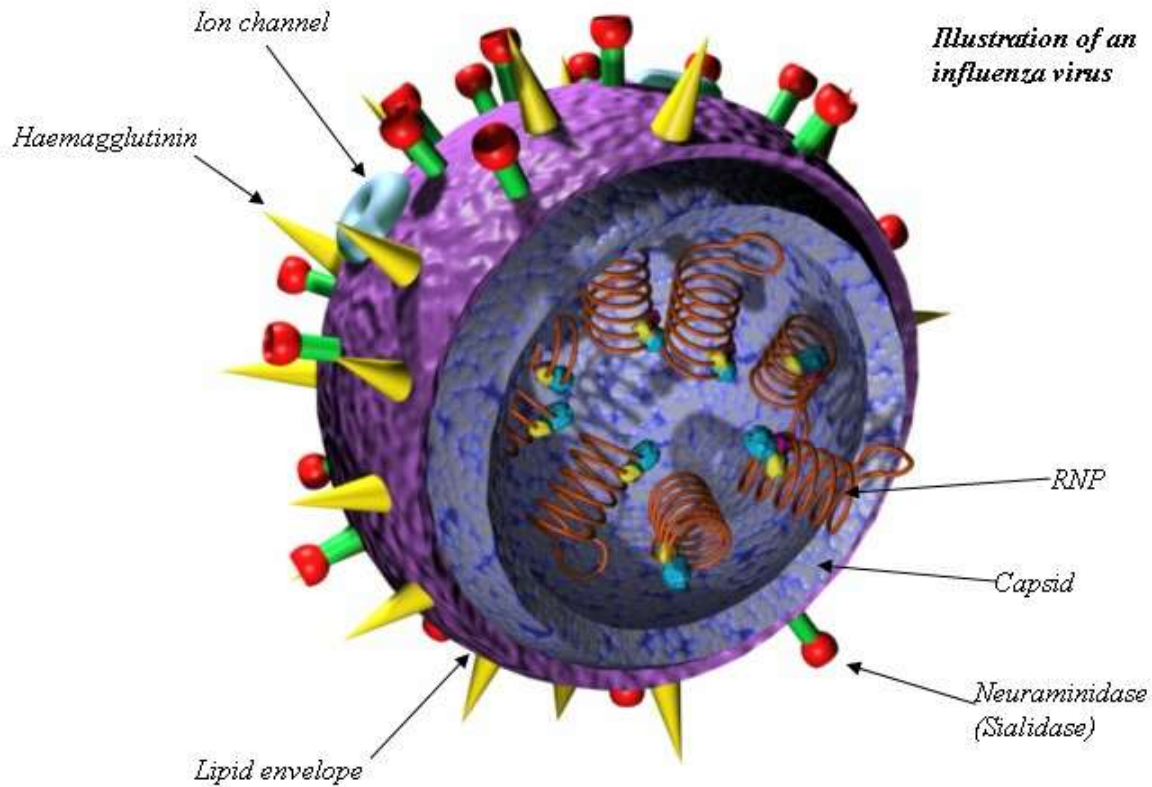
Contexte infectieux général

*Les signes sont dus à la réaction de l'organisme  
qui commence brutalement quelques jours après la contamination*

*On est contagieux avant d'avoir l'air malade  
et pendant les jours qui suivent le début des signes cliniques*

*Personnes âgées : moins de fièvre*





**Un virus  
immunisant  
qui glisse  
sans arrêt**

**et qui change brutalement  
3 fois par siècle**

**A/California/4/2009(H1N1)**



# On en fait trop



épidémie



Open Rome



# La grippe, c'est presque comme les Dalton

Population  
susceptible

100%

75%

50%

30%



**pandémie**

**épidémie**

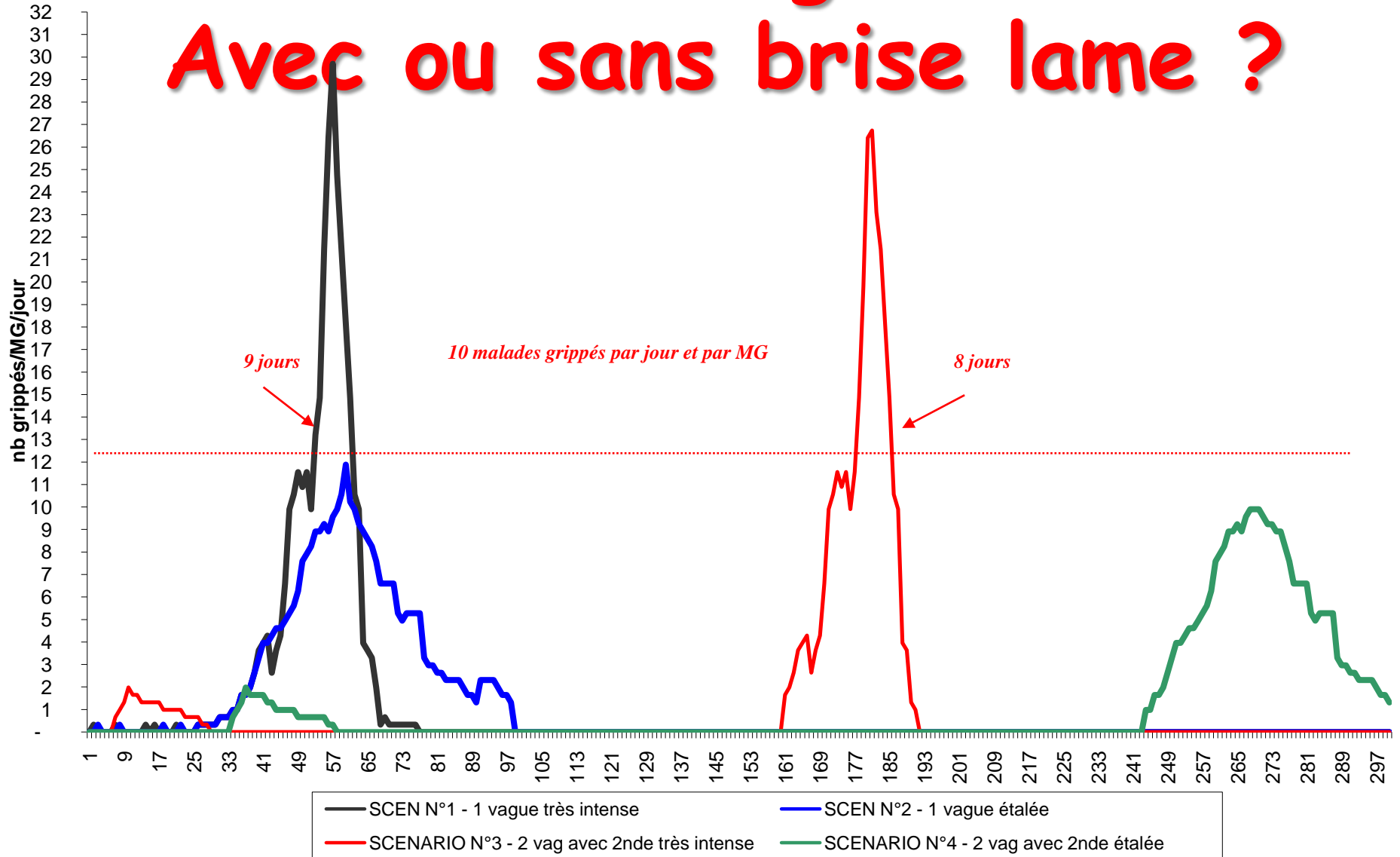
**épidémie**

**épidémie**



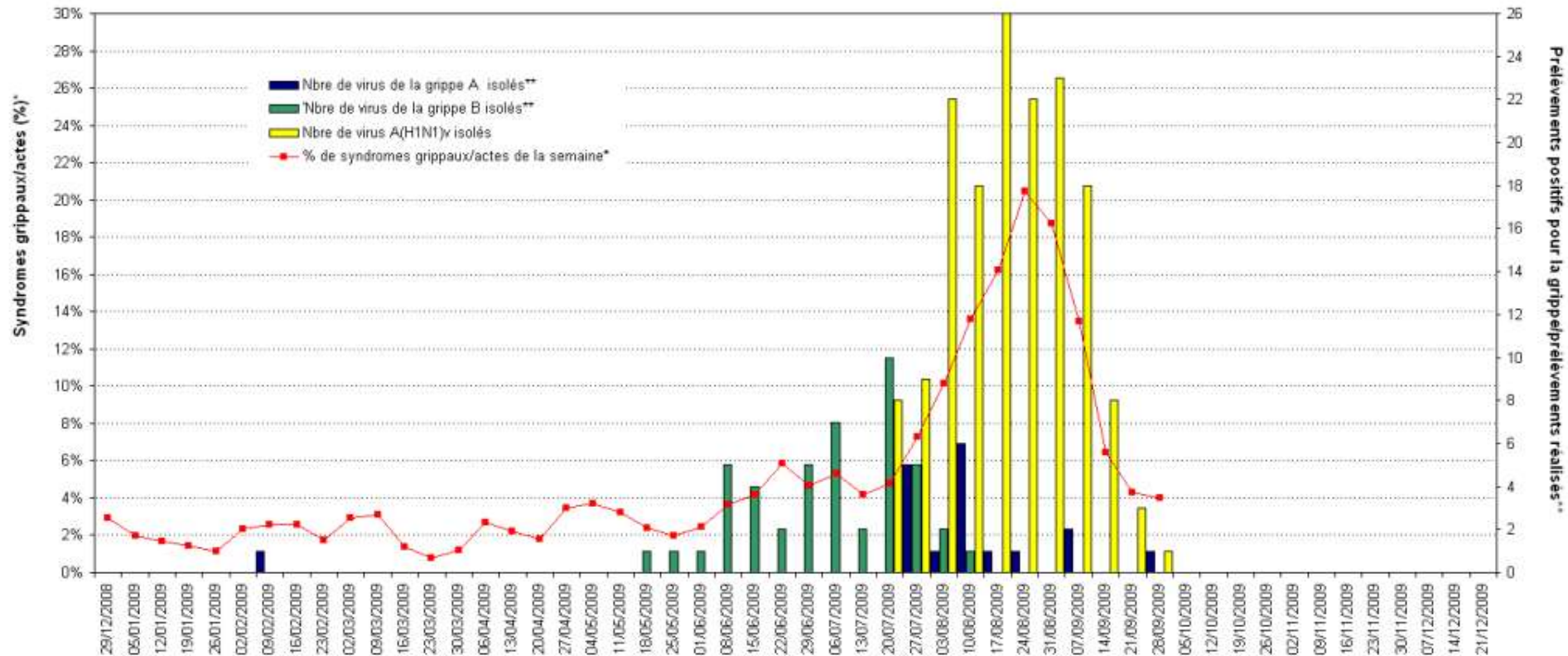
**Open Rome**

# 1 ou 2 vagues ? Avec ou sans brise lame ?



# La Réunion, 29 décembre 2008 - 6 octobre 2009

Syndromes grippaux observés\* et nombre de virus grippaux isolés\*\* par les médecins du Réseau de surveillance de la Grippe en 2009.



\* Nombre de syndromes grippaux par semaine de consultation. Source : relevés hebdomadaires du Réseau, situation au 08/10/2009. Les résultats des dernières semaines sont provisoires.

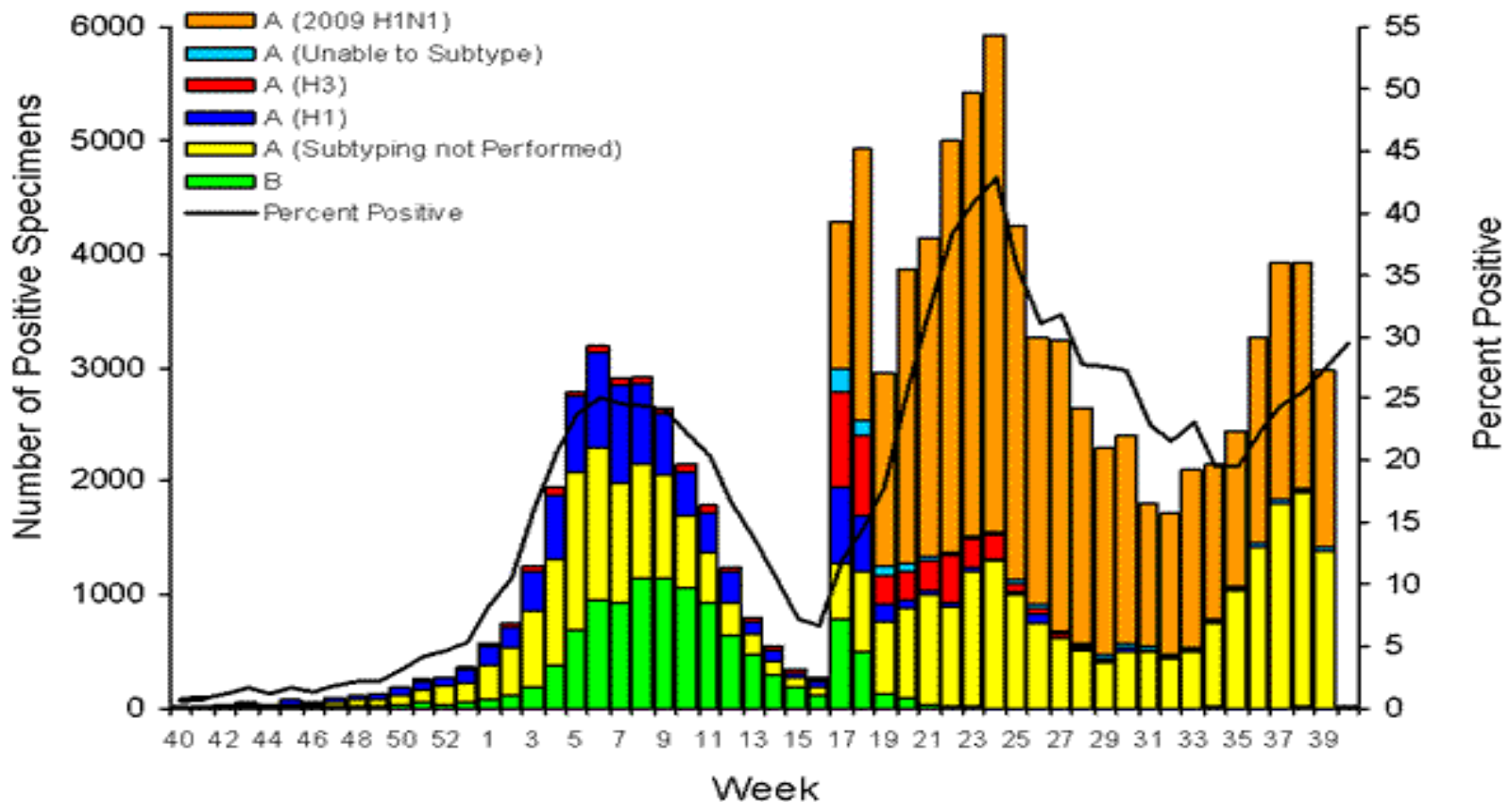
\*\* Nombre de prélèvements positifs, par semaine de date de début de signes. Source : laboratoire de biologie du CHD. Dernière série d'analyses le 02/10/2009.



# Etats-Unis

## octobre 2008 - septembre 2009

Influenza Positive Tests Reported to CDC by U.S. WHO/NREVSS Collaborating Laboratories, National Summary, 2008-09

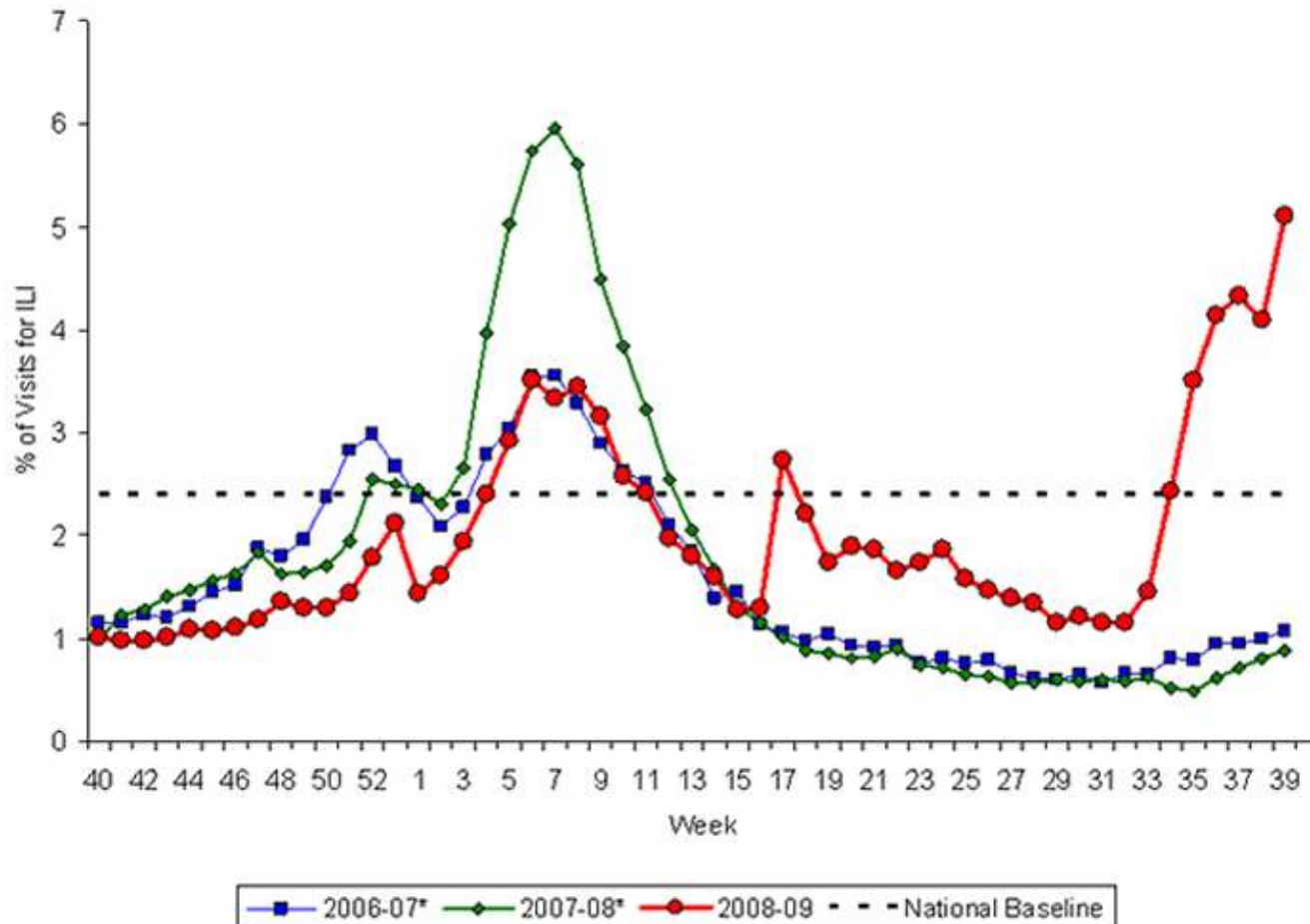


# Etats-Unis

Pourcentage de consultations médicales ambulatoires pour infection d'allure grippale.

Octobre 2008-Septembre 2009. Comparaison avec les périodes similaires en 2006-2007, 2007-2008

Source : Réseau de surveillance ILINet, US Centers for Diseases Control, Atlanta



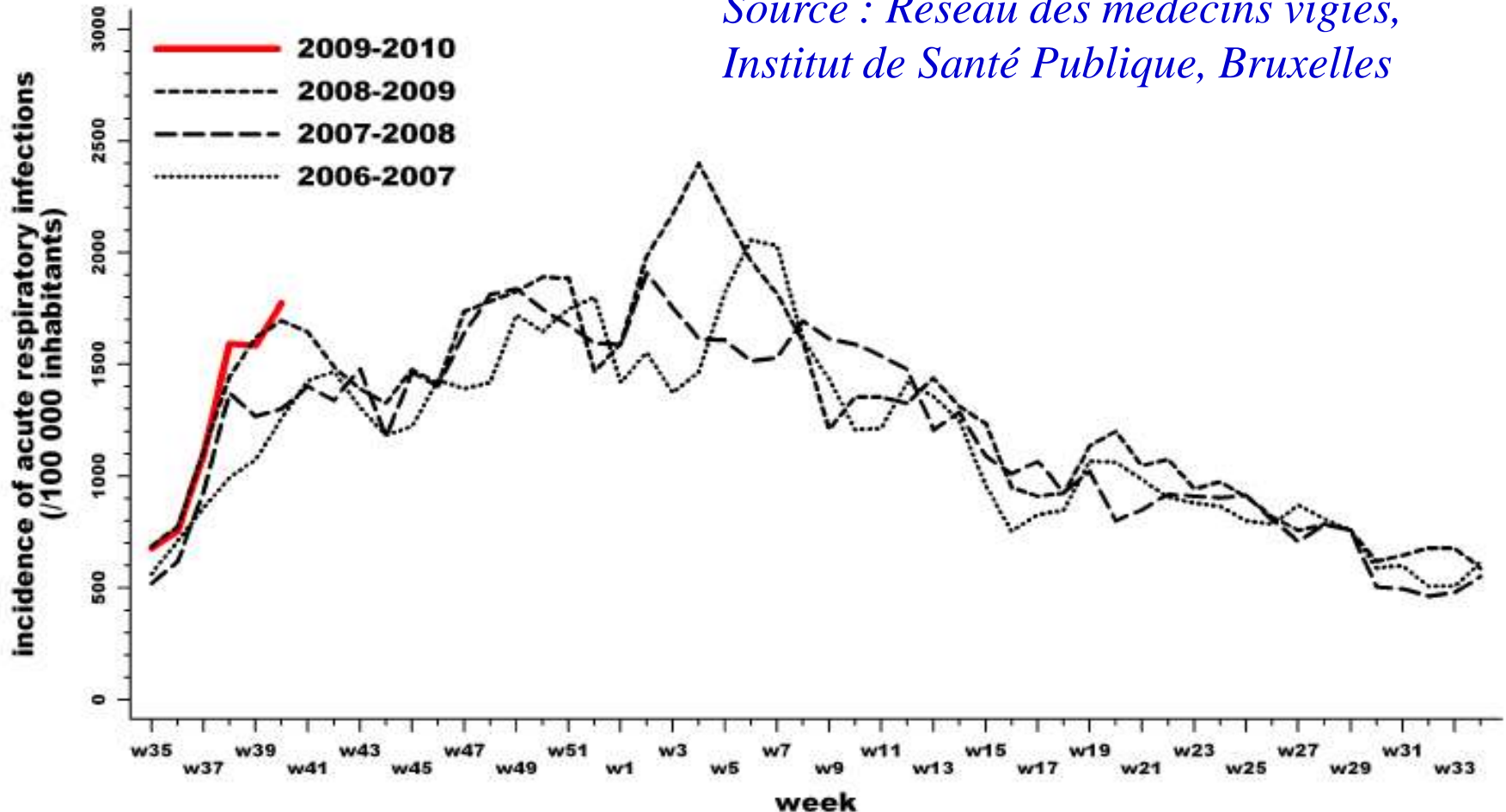
\*There was no week 53 during the 2006-07 and 2007-08 seasons, therefore the week 53 data point for those seasons is an average of weeks 52 and 1.



# Belgique

## septembre 2006 - septembre 2009

*Source : Réseau des médecins vigies,  
Institut de Santé Publique, Bruxelles*

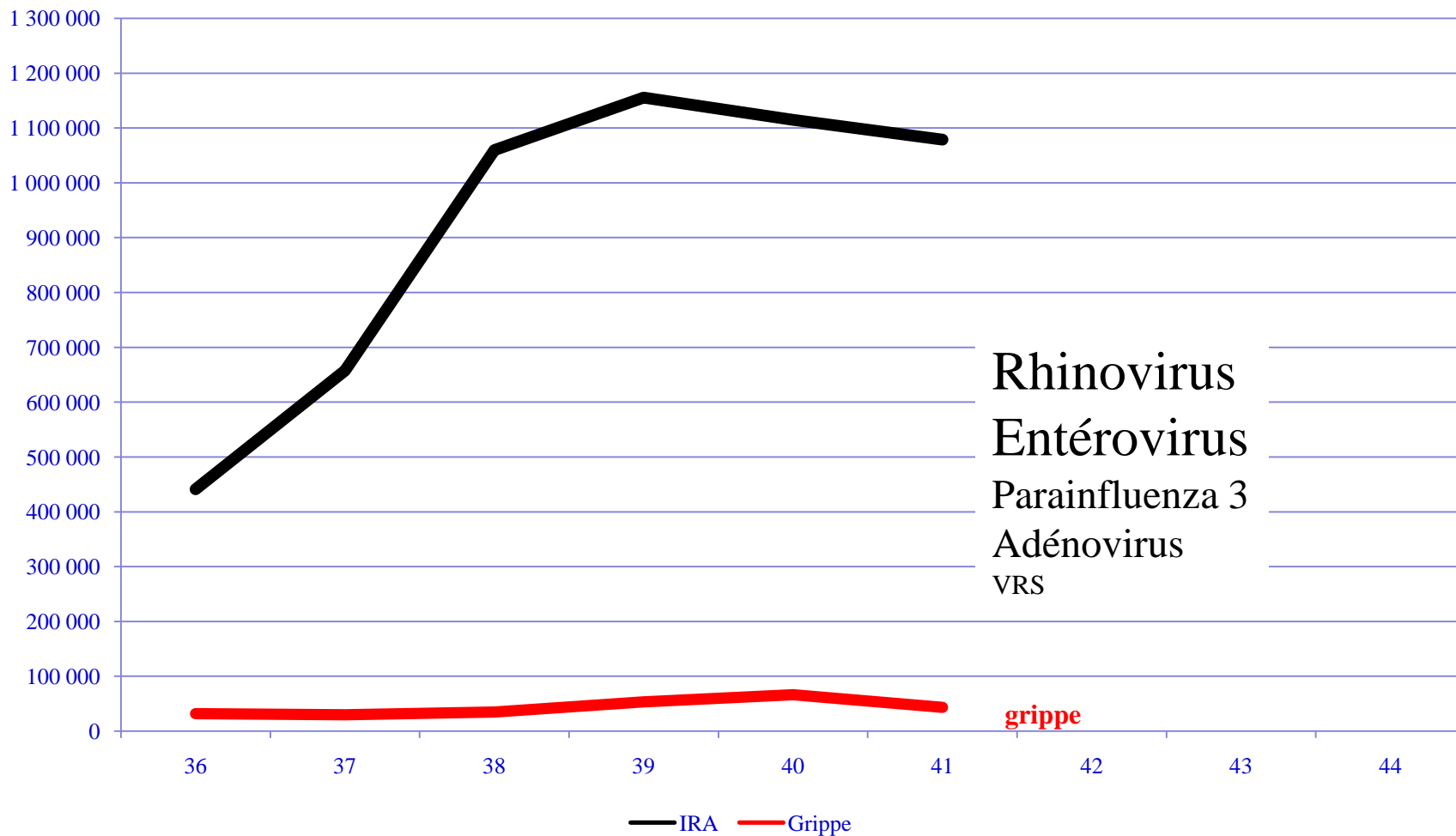


Proportion de grippe A(H1N1) : 38% des IRA

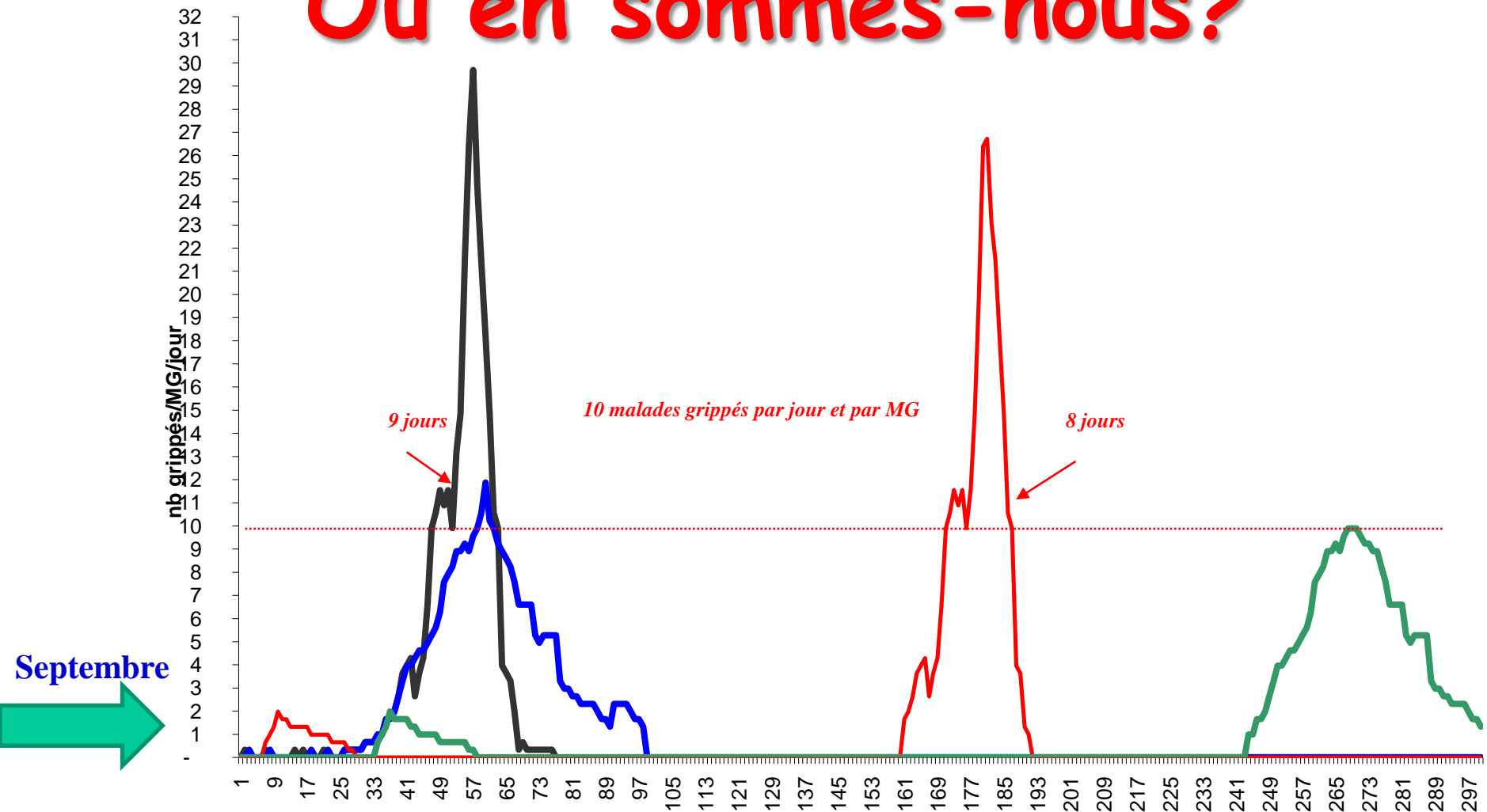


# France métropolitaine

## 31 août - 11 octobre 2009



# Où en sommes-nous?



- SCEN N°1 - 1 vague très intense
- SCEN N°2 - 1 vague étalée
- SCENARIO N°3 - 2 vag avec 2nde très intense
- SCENARIO N°4 - 2 vag avec 2nde étalée





découpage en phase  
des moyens mobilisables  
en fonction des phases

Monde => OMS  
Pays => chaque Etat

	1		Pas de virus
	2		Influenza d'origine animale
	3		Grippe d'origine animale
	4		Cas groupés humains
	5	<b>A / B</b>	Extension des cas
	6		Pandémie
	7		Fin de pandémie

Légende : A : Etranger | B: France

source : <http://www.pandemie-grippale.gouv.fr/>



# SAVOIR QUI RISQUE QUOI

## Risque de complications (parfois mortelles)

Femmes enceintes

Personnes âgées

Personnes fragiles (maladies chroniques à tous âges)

Nourrissons

et parfois, bien portants (jusque-là)



# Les mesures barrières

pour ne pas être grippés tous en même temps



100 mètres : 10 secondes

100 mètres haies : 13 secondes

Aérer la salle d'attente

Hygiène des mains

Mouchoirs jetables

Poubelles à couvercle

Masques, lunettes

Ne pas cracher par terre

Isolement des malades

Moins de rassemblements

Antiviraux

Vaccins



# SOLUTES HYDRO ALCOOLIQUES (SHA)

La Salsa du SHA, une danse à 9 temps

C'est bon pour la peau



# ANTIVIRAUX

Frein à la multiplication virale

1 Virus grippal – 4 heures => 1.000 virus grippaux

Chaque minute compte

Sur prescription médicale

Réduit la durée de contagiosité

Réduit la durée d'incapacité

On devient immunisé

Oseltamivir (Tamiflu) : 1cp matin et soir pendant 5 jours



# Vaccinations anti-grippales

- Saisonnier et/ou pandémique ?
- Faut-il choisir ?
- Faut-il en privilégier un ?
- Pourquoi 2 injections ?



# Vaccinations anti-grippales

## Saisonnier

## Pandémique

<b>Injections</b>	1	2
<b>Vaccinateur</b>	MG, pédiatre	Centre dédié
<b>A partir du</b>	24 Septembre	progressif
<b>Adjuvé ?</b>	Non sauf Gripguard	oui, la plupart
<b>Composition</b>	A/Brisbane/59/2007(H1N1) A/Brisbane/10/2007(H3N2) B/Brisbane/60/2008	A/California/4/2009(H1N1)
<b>Population F</b>	13 millions	40-45 millions
<b>« à risque »</b>	connu	évolutif
<b>climat</b>	routine paisible	risque hystérique



# Vaccins pandémiques

<i>Nom commercial</i>	<i>Firme</i>	<i>Antigène μg/0,5 ml</i>	<i>adjuvant</i>
<i>PANENZA</i>	<i>Sanofi Pasteur</i>	<i>15</i>	<i>sans</i>
<i>CELVAPAN</i>	<i>Baxter</i>	<i>7,5</i>	<i>sans</i>
<i>FOCETRIA</i>	<i>Novartis</i>	<i>7,5</i>	<i>MF5921</i>
<i>HUMENZA</i>	<i>Sanofi Pasteur</i>	<i>7,5</i>	<i>AF03</i>
<i>PANDEMRIX</i>	<i>GSK</i>	<i>3,75</i>	<i>AS03</i>
<i>HUMENZA</i>	<i>Sanofi Pasteur</i>	<i>3,75</i>	<i>AF03</i>





# Techniques de production des vaccins pandémiques

<i>Firme</i>	<i>Nom commercial</i>	<i>nature</i>	<i>cultivé sur</i>
<i>Sanofi Pasteur</i>	<i>HUMENZA</i>	virion fragmenté	oeuf
<i>Sanofi Pasteur</i>	<i>PANENZA</i>	virion fragmenté	oeuf
<i>Baxter</i>	<i>CELVAPAN</i>	virion entier	cell.Vero
<i>Novartis</i>	<i>FOCETRIA</i>	AG de surface	oeuf
<i>GSK</i>	<i>PANDEMRIX</i>	virion fragmenté	oeuf



# Vaccins pandémiques

## Volumes achetés par la France

<i>Firme</i>	<i>Nom commercial</i>	<i>volumes commandés</i>
<i>GSK</i>	<i>PANDEMRIX</i>	<i>50 millions de doses</i>
<i>Sanofi Pasteur</i>	<i>HUMENZA, PANENZA</i>	<i>28 millions de doses</i>
<i>Novartis</i>	<i>FOCETRIA</i>	<i>16 millions de doses</i>
<i>Baxter</i>	<i>CELVAPAN</i>	<i>&lt; 1 million de doses</i>
<i>Total</i>		<i>94 millions de doses</i>
		<i>= environ 40 millions de personnes vaccinées</i>



# Suivre l'information grippe

[www.pandemie-grippale.gouv.fr](http://www.pandemie-grippale.gouv.fr)

[www.grog.org](http://www.grog.org)

Groupes Régionaux  
d'Observation  
de la Grippe



<http://pegasus.openrome.org>

[www.macmut.net](http://www.macmut.net)



[www.hoaxbuster.com](http://www.hoaxbuster.com)  
*rumeurs et canulars*

ID  
MP

pegasus  
openrome



Open Rome