

Rôle des médecins de soins primaires dans la prévention et le traitement de l'hépatite C

À un pas de la médecine factuelle

Andreea Adelina Artenie Julie Bruneau MD MSc Annie Lévesque MD CCFP Jean-Marie Bamvita Wansuanganyi MD MSc PhD

Le virus de l'hépatite C (VHC), transmissible par le sang et infectant le foie, est une sérieuse menace à la santé mondiale. On estime qu'à l'échelle planétaire, 150 millions de personnes sont infectées par le VHC et de 3 à 4 millions de nouvelles infections sont documentées chaque année¹. L'hépatite C chronique, un problème qui se développe chez la plupart de ceux infectés par le VHC, peut progresser en des maladies graves comme la cirrhose et le cancer du foie². À l'heure actuelle, les personnes infectées par le VHC forment la majorité des candidats à une greffe du foie tant au Canada³ qu'aux États-Unis⁴.

La transmission répandue de l'hépatite C, surtout dans les pays développés, est principalement attribuable aux drogues injectées⁵. Les comportements à risque élevé associés aux injections (p. ex. le partage de seringues, d'aiguilles et d'autre matériel de consommation) sont à l'origine de 55 à 90 % des cas récemment documentés d'hépatite C au Canada, aux États-Unis et en Australie⁵. Au pays, seulement 1 consommateur de drogues injectables (CDI) sur 3 ne serait pas atteint du VHC⁶. De plus, étant donné le taux d'incidence estimé de 26 cas par 100 années-personnes dans des milieux urbains comme la grande région de Montréal, 1 CDI qui n'est actuellement pas infecté par le VHC sur 4 est à risque de le devenir au cours de l'année qui vient⁶.

La réduction de l'incidence et de la prévalence du VHC et de son fardeau inhérent de morbidité n'est possible qu'en diminuant les taux de transmission chez les personnes à risque élevé et en améliorant l'accès aux traitements pour ceux qui courent le plus grand risque que leur maladie progresse. Pour atteindre cet objectif, il est essentiel de prévenir, de dépister rapidement et de traiter l'infection au VHC chez les CDI. Toutes ces stratégies pourraient et devraient être entreprises efficacement en milieux de soins primaires. De fait, les médecins de soins primaires occupent une place idéale pour offrir des soins complets et à long terme et établir une relation d'appui avec les patients. Grâce à un travail et à des approches interdisciplinaires axés sur les besoins précis des patients, ils peuvent jouer un rôle essentiel pour limiter l'épidémie du VHC.

Ce que peuvent faire les médecins de soins primaires

Dans le contexte des soins primaires, les CDI pourraient avoir accès à des renseignements sur les risques de

transmission du VHC et bénéficier d'un dépistage. Si la plupart des CDI sont bien au courant des risques associés au partage d'une seringue, peu d'entre eux sont familiers avec les risques du partage des accessoires de consommation (p. ex. ouate, contenants à chauffer, eau de rinçage)^{7,8}. Il n'est pas surprenant que, dans la province de Québec, près de 25 % des CDI chez qui on découvre une séropositivité du VHC ne sont même pas au courant qu'ils sont infectés⁶ et cette proportion est encore plus grande que les taux signalés ailleurs⁹. Le rôle crucial que jouent les médecins de soins primaires dans le dépistage du VHC est mis en évidence par le fait que les patients qui n'ont pas de source régulière de soins sont 19 fois plus susceptibles d'ignorer leur infection au VHC⁹. C'est une situation alarmante parce qu'une infection au VHC est souvent silencieuse jusqu'aux tout derniers stades de la maladie, alors que de graves dommages au foie se sont déjà produits. Par conséquent, pour améliorer les résultats sur le plan de la santé des personnes infectées au VHC, il est essentiel de détecter sans délai la maladie.

Les régimes thérapeutiques actuels pour le VHC, y compris l'interféron, sont principalement offerts en milieux spécialisés. Cependant, les médecins de soins primaires peuvent jouer un rôle considérable dans les soins pour le VHC en préconisant un engagement envers la continuité des soins. Ils peuvent faire les investigations appropriées et aider la personne infectée au VHC à prendre une décision éclairée quant au moment et à la façon de se faire traiter, de même qu'établir les contacts avec les ressources appropriées. De fait, les CDI qui voient leur médecin de soins primaires ont 4 fois plus de chance d'obtenir une demande de consultation en clinique du foie¹⁰. À l'heure actuelle, les personnes infectées au VHC qui décident de poursuivre un traitement sont confrontées à un régime thérapeutique difficile. Toutefois, les médecins de soins primaires peuvent contribuer à améliorer l'observance du traitement contre le VHC en offrant un soutien opportun aux patients durant cette thérapie et en prenant en charge les effets secondaires de la médication. En outre, dans quelques années seulement, des thérapies par voie

The English version of this article is available at www.cfp.ca on the table of contents for the October 2014 issue on page 881.

orale bien tolérées contre le VHC, dont les taux de guérison sont supérieurs à 90 %, devraient faire leur apparition sur le marché¹¹. Ces régimes novateurs représentent une nouvelle ère dans le traitement contre le VHC et ont le potentiel d'être beaucoup plus accessibles dans les milieux de soins primaires.

Plus généralement, l'accès à des médecins de soins primaires donne l'occasion aux CDI de se fixer des objectifs quant à l'amélioration globale de leur santé et de leur bien-être en tentant de régler leurs problèmes de consommation de drogues. Pareillement à l'asthme et au diabète de type 2, la toxicomanie est maintenant reconnue comme un problème chronique comportant des périodes de rechutes et de rémission et exigeant un continuum de soins¹². Les médecins de soins primaires sont idéalement placés pour offrir le dépistage et le diagnostic des problèmes de toxicomanie, donner accès à une thérapie de désintoxication et encourager des changements de comportement positifs. De multiples sources de données probantes ont démontré que le fait de recevoir des soins de santé primaires influence favorablement le degré de dépendance et la prévention des rechutes, mettant ainsi en évidence l'utilité des contacts avec des professionnels des soins primaires^{13,14}.

En plus des maladies reliées au VHC et à la toxicomanie, les CDI doivent composer avec une multitude de troubles médicaux et sociaux. Dans le contexte de soins de santé intégrés, les médecins de soins primaires sont bien placés pour fournir des soins complets à ces personnes. Il peut s'agir d'offrir eux-mêmes le diagnostic et des interventions thérapeutiques ou encore de coordonner les soins avec divers groupes professionnels. Par exemple, en comparaison avec la population en général, les CDI sont plus à risque de contracter une hépatite A et B¹⁵. Non seulement ces infections posent-elles intrinsèquement un problème de santé, mais elles affectent aussi directement la fonction hépatique et accélèrent ainsi le développement de l'hépatite chronique et de ses maladies connexes chez les CDI infectés au VHC. En tant que défenseurs de l'intérêt des patients, les médecins de soins primaires peuvent aider à prévenir ces infections en établissant le contact entre les CDI et les services de proximité appropriés dans la communauté, qui sont bien équipés pour offrir des immunisations. En plus de leurs problèmes de santé, les CDI sont souvent aux prises avec des troubles familiaux et de logement et n'ont habituellement pas d'emploi stable, situations qui peuvent toutes nuire à leur capacité d'adopter et maintenir un mode de vie sain. Ici encore, les médecins de soins primaires peuvent jouer un rôle important dans l'amélioration du bien-être de ces personnes en les mettant en contact avec des services de soutien social adéquats.

En dépit des nombreux bienfaits associés avec le fait de consulter un médecin de soins primaires, les CDI ont souvent de la difficulté à accéder aux services de santé

de première ligne¹⁶. Par conséquent, ils se fient aux urgences comme premières sources de soins. De plus, en raison des retards pour obtenir des soins, ils doivent souvent être admis à l'hôpital pour des problèmes qui auraient pu être évitables, traités ou bien pris en charge en milieux de soins primaires¹⁶.

Conclusion

Il est indubitablement nécessaire d'adopter une approche préventive, continue et complète envers les CDI dans le but d'améliorer leur état de santé général et diminuer le fardeau de morbidité du VHC. Il faudrait déployer plus d'efforts pour établir des contacts entre les CDI et des médecins de soins primaires. Il existe de nombreuses données probantes indirectes qui font valoir les effets potentiels que pourraient avoir les médecins de soins primaires pour réduire la transmission du VHC. Toutefois, en cette ère actuelle de médecine factuelle et de pratique fondée sur des données probantes, des preuves cliniques explicites à l'appui de cette hypothèse sont nécessaires de toute urgence. Il faudrait donc plus de recherche qui se concentre sur l'exploration de cette question.

M^{me} Artenie est étudiante en maîtrise au Département de médecine de famille de l'Université McGill à Montréal, au Québec. **D^{re} Bruneau** est professeure au Département de médecine familiale de l'Université de Montréal et clinicienne chercheuse au Centre de recherche de l'Université de Montréal. **D^{re} Lévesque** est médecin de famille au Département de médecine familiale de l'Université de Montréal et étudiante en maîtrise au Département de médecine de famille de l'Université McGill. **D^r Bamvita Wansuanganyi** est stagiaire postdoctoral au Centre de recherche de l'Université de Montréal.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Correspondance

M^{me} Andreea Adelina Artenie, Université McGill, Médecine de famille, 515-517, avenue des Pins Ouest, Montréal, QC H2W 1S4; courriel adelina.artenie@mail.mcgill.ca

Les opinions exprimées dans les commentaires sont celles des auteurs. Leur publication ne signifie pas qu'elles sont sanctionnées par le Collège des médecins de famille du Canada

Références

1. Organisation mondiale de la Santé [site web]. *Hepatitis C. Fact sheet No.164*. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la santé; 2014. Accessible à: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/en/. Réf. du 15 mai 2013.
2. Ghany MG, Strader DB, Thomas DL, Seeff LB; American Association for the Study of Liver Diseases. Diagnosis, management, and treatment of hepatitis C: an update. *Hepatology* 2009;49(4):1335-74.
3. Kim WR. The burden of hepatitis C in the United States. *Hepatology* 2002;36(5 Suppl 1):S30-4.
4. Wong T, Lee SS. Hepatitis C: a review for primary care physicians. *CMAJ* 2006;174(5):649-59. Erratum dans: *CMAJ* 2006;174(10):1450.
5. Hellard M, Sacks-Davis R, Gold J. Hepatitis C treatment for injection drug users: a review of the available evidence. *Clin Infect Dis* 2009;49(4):561-73.
6. Parent R, Alary M, Morissette C, Roy É, Leclerc P, Allard PR. *Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection. Épidémiologie du VIH de 1995 à 2008*. Québec, QC: Institut national de santé publique du Québec; 2009. Accessible à: www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1021_SurveillanceMalinfecUDI_VIHVHC2008.pdf. Réf. du 15 mai 2013.
7. Thorpe LE, Ouellet LJ, Hershow R, Bailey SL, Williams IT, Williamson J et col-lab. Risk of hepatitis C virus infection among young adult injection drug users who share injection equipment. *Am J Epidemiol* 2002;155(7):645-53.
8. Roy É, Arruda N, Bourgeois P. The growing popularity of prescription opioid injection in downtown Montréal: new challenges for harm reduction. *Subst Use Misuse* 2011;46(9):1142-50. Publication en ligne du 3 mars 2011.
9. Volk ML, Tocco R, Saini S, Lok AS. Public health impact of antiviral therapy for hepatitis C in the United States. *Hepatology* 2009;50(6):1750-5. Erratum dans: *Hepatology* 2010;51(2):725.
10. Stoové MA, Gifford SM, Dore GJ. The impact of injecting drug use status on hepatitis C-related referral and treatment. *Drug Alcohol Depend* 2005;77(1):81-6.

11. Hofmann WP, Zeuzem S. A new standard of care for the treatment of chronic HCV infection. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2011;8(5):257-64. Publication en ligne du 5 avril 2011.
12. McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP, Kleber HD. Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA* 2000;284(13):1689-95.
13. Friedmann PD, Saitz R, Samet JH. Management of adults recovering from alcohol or other drug problems: relapse prevention in primary care. *JAMA* 1998;279(15):1227-31.
14. Saitz R, Horton NJ, Larson MJ, Winter M, Samet JH. Primary medical care and reductions in addiction severity: a prospective cohort study. *Addiction* 2005;100(1):70-8.
15. Centers for Disease Control and Prevention [site web]. *Viral hepatitis populations*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 2014. Accessible à : www.cdc.gov/hepatitis/Populations/idu.htm. Réf. du 20 août 2014.
16. Palepu A, Strathdee SA, Hogg RS, Anis AH, Rae S, Cornelisse PG et collab. The social determinants of emergency department and hospital use by injection drug users in Canada. *J Urban Health* 1999;76(4):409-18.

— * * * —