

VHC : LES USAGERS
DE DROGUE EN PREMIÈRE LIGNE

L'enquête Coquelicot

L'enquête Coquelicot apporte une première image de la situation épidémiologique chez les usagers de drogue concernant le VIH et le VHC.

En France, 500 000 à 650 000 personnes seraient infectées par le virus de l'hépatite C selon les dernières données épidémiologiques disponibles de l'Institut national de veille sanitaire (1). Parmi ces personnes, 15 à 20 % seraient des usagers ou des ex-usagers de drogue. Jusqu'à tout récemment, très peu de données permettaient de mieux comprendre la situation épidémiologique parmi cette dernière population. Les résultats de l'enquête Coquelicot, publiée le 5 septembre 2006 (2), apportent les premiers éléments de réponse. Les résultats confirment toutes les craintes : 59,8 % des personnes testées se sont révélées séropositives au VHC. Une bonne partie d'entre elles ignorent qu'elles sont infectées puisqu'en comparant les données déclaratives et les tests biologiques, 27 % se disent séronégatives au VHC à tort. Pourtant, la pratique du dépistage semble avoir été bien intégrée puisque 91 % déclarent avoir été testés au moins une fois dans leur vie pour le VHC. Les leçons de l'épidémie de sida ont été clairement tirées et les messages de réduction des risques sont appliqués en ce qui concerne la transmission du VIH. Chez les moins de trente ans – qui ont donc débuté leur consommation après la mise en place de la politique de réduction des risques en 1993 – la prévalence du VIH est quasi nulle : 0,3 %. Belle preuve, s'il en fallait, de réussite de cette politique. Pourtant, 28 % de ces mêmes moins de trente ans sont déjà infectés par le VHC. En partie, avance l'InVS, en raison de la poursuite des pratiques à risques. Durant le dernier mois avant l'enquête, 13 % des usagers de drogue ont partagé leurs seringues, 38 % le petit matériel, 25 %

la paille de snif, 73 % la pipe à crack, 74 déclarent avoir réutilisé leur seringue, toutes des pratiques à risque pour la transmission du VHC. Par ailleurs, la pratique de l'injection, si elle a baissé, est cependant loin d'avoir disparu : au cours du mois précédent l'étude, 40 % des usagers de drogue ont eu recours à l'injection et les moins de 30 ans sont beaucoup plus nombreux à la pratiquer, 58 %, contre 35 % chez les plus de 30 ans. Enfin, chez les jeunes consommateurs, la première injection est, pour 83 % des cas, réalisée par un autre usager plus âgé peut-être contaminé par le VHC sans le savoir et vecteur de transmission.

Prise de conscience ?

Face à cet état des lieux inquiétant, les pouvoirs publics ont commencé à réagir. Dans son discours du 8 décembre 2005 sur les propositions d'actions pour renforcer le dépistage et la prévention et améliorer la prise en charge des hépatites B et C, le ministre de la Santé, Xavier Bertrand, avait appelé les établissements accueillant des usagers de drogue à proposer des messages de prévention et inciter au dépistage. Le ministre annonçait également que dorénavant « le laboratoire d'analyse saisi du test sérologique effectuera, en même temps que le contrôle du premier test de dépistage, la recherche de l'ARN viral C positif ou douteux. Ce dispositif permettra non seulement de raccourcir le délai de prise en charge du malade, mais aussi évitera bon nombre de consultations dès lors inutiles ». Enfin, le ministre souhaitait inverser la tendance actuelle qui voit 60 % des patients pris en charge dans des structures hospitalières contre 40 % en médecine générale, alors que chez le médecin-traitant le suivi et l'accès aux soins pourraient être simplifiés. Des décisions bien pragmatiques, mais dont la réalisation effective est toujours attendue sur le terrain. ■

Marianne Langlet

(1) L'enquête de prévalence s'est déroulée entre les mois de septembre et décembre 2004 dans cinq villes – Lille, Strasbourg, Paris, Bordeaux et Marseille – auprès de 2 389 usagers de drogue, ayant injecté ou sniffé au moins une fois dans leur vie, par le biais de structures spécialisées en toxicomanie ou de médecins-traitants prescrivant de la substitution. Parmi les 1 462 personnes qui ont répondu au questionnaire, 79 % d'entre elles ont autorisé un test après prélèvement d'une goutte de leur sang sur papier buvard.

(2) Bulletin épidémiologique hebdomadaire n°33, 5 septembre 2006, Institut de veille sanitaire.



Dépister, et après ?

Les structures chargées de l'accueil des usagers de drogues sont vivement incitées à proposer, à leur public, prévention et dépistage du VHC. Mais proposer ne suffit pas. Encore faut-il que le dépistage soit rendu accessible et qu'il fasse sens pour les usagers de drogues.

Pour qu'elles aillent chercher leurs résultats de dépistage, on a décidé d'emmener nos femmes par la peau des fesses jusqu'au CDAG de l'hôpital Fernand-Widal. Mais même comme cela, ça ne marche pas toujours. Si elles ne veulent pas y aller, il n'y a rien à faire. Sans compter que certaines refusent même le test », déplore Annie Garnier Muller, responsable de la Boutique Femmes, une structure de bas seuil gérée par l'association Charonne. Le public de la Boutique Femmes est majoritairement composé de « crackeuses » polyconsommatrices, en situation de précarité extrême. « Nous sommes pressés par les pouvoirs publics de faire des dépistages, mais nous n'avons pas grand-chose à proposer ensuite, notamment en termes d'hébergement... », poursuit-elle. Donc, dépister, d'accord, mais comment et pour quoi ?

Blouse blanche

Malgré ces difficultés, le docteur Marc Shelly, directeur du CDAG Fernand-Widal, estime que le dépistage fait sens en lui-même : même s'il ne débouche sur rien dans l'immédiat, il a une valeur préventive pour les jeunes usagers et familiarise les usagers de drogues avec le soin. Ce CDAG, situé dans l'hôpital Fernand-Widal, travaille en partenariat avec l'association Aremedia pour mener des opérations « hors les murs » dans des structures bas seuil accueillant des usagers de drogues : la Boutique, Step et Beaurepaire. Des dépistages sont organisés tous les trimestres avec les structures partenaires. « Lorsqu'une date a été arrêtée avec la structure, nous contactons les infirmières du CDAG pour qu'elles préparent le matériel de prélèvement, qu'on apporte sur le site. Des animateurs de prévention d'Aremedia parlent avant et après le dépistage et le D^r Shelly effectue le prélèvement et l'entretien », explique Dominique Vamur, responsable d'Aremedia. Les personnels sont habillés en blouse blanche, pour bien rappeler qu'ils viennent de l'hôpital. Le retrait des résultats s'effectue ensuite au CDAG. « Une personne du site accompagne les usagers, sinon, ça ne marche pas. L'accompagnement a

permis au taux de retrait des résultats de passer de 10 % à 65-70 % », se félicite le D^r Shelly. Le choix de ne pas rendre les résultats sur le site répond à une logique bien précise : permettre aux usagers de drogues d'apprendre à venir à l'hôpital et à surmonter leurs peurs vis-à-vis des personnels soignants. « Le fait de nous avoir vus dans leur structure facilite les choses », poursuit le médecin, qui s'organise pour être présent au moment du retrait, afin que les usagers retrouvent des repères.

Retards

La qualité de l'accueil semble porter ses fruits. « Nous sommes devenus le premier CDAG en terme de prévalence du VHC. Des personnes viennent parce que des usagers de drogues ayant bénéficié de nos actions hors les murs leur ont dit que "c'était bien à l'hôpital Fernand-Widal". » Néanmoins, le dépistage ne s'arrête pas au premier résultat sérologique. Une sérologie positive au VHC prouve seulement que la personne a été infectée par le VHC et seule la mise en évidence du génome (ou ARN) du virus par un deuxième examen du sang (analyse par « PCR » (1)) permet de dire si l'hépatite est active ou non. Lors du test et de la remise des résultats, le D^r Shelly prend donc le temps d'expliquer le rôle et l'importance d'une deuxième prise de sang et la manière dont se déroule le traitement. Si la personne accepte cette seconde phase, le médecin lui prend un rendez-vous. « Souvent, elle ne viendra pas le jour dit. Mais ce n'est pas grave. Si elle s'est approprié la logique du dépistage en deux temps et du traitement, nos efforts ne sont pas perdus. Elle reviendra. » Il n'est pas rare qu'il se passe un an entre la première et la deuxième prise de sang. « Je leur repropose le même entretien que la fois précédente, sans reproche, et nous faisons la PCR. » Des délais qui peuvent se répéter ensuite entre la PCR et le premier rendez-vous avec l'hépatologue – un collègue du D^r Shelly. « C'est un cheminement, un travail de longue haleine. On recommence autant de fois qu'il le faut, en respectant leur rythme », conclut le médecin.

D'un public à l'autre

Peut-être ne peut-on espérer mieux lorsque les patients ne fréquentent que les structures de bas seuil et ne sont pas suivis médicalement. Ou quand ils n'ont plus aucune estime d'eux-mêmes. « *Tant que les femmes que nous recevons n'ont pas travaillé sur l'image qu'elles ont de leur corps, pour commencer à envisager de prendre soin d'elles, elles se moquent de tout ce qu'on leur explique sur le traitement et la possibilité de guérir de l'hépatite C* », raconte Annie Garnier Muller. Mais dans les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST), où les personnes sont déjà inscrites dans une démarche de soin, le D^r Pierre Goisset, directeur du CSST La Mosaique, juge qu'il est nécessaire de se montrer plus exigeant : « *Certains de mes collègues de CSST estiment normal d'accepter de prescrire quatre fois un dépistage ou une PCR avant que l'usager de drogues fasse ces tests. Ils disent que c'est parce que l'usager n'est pas prêt à se traiter et qu'il faut le respecter. Je n'en suis pas persuadé* ». Le D^r Goisset souligne qu'un travail d'information équilibré sur les risques relatifs au VHC, le traitement et sur ses bénéfices peut permettre de dépasser les réticences des patients qui ont « *plein de raisons de ne pas faire de dépistage* » : la peur du résultat, l'envie de ne pas se prendre la tête sachant que la maladie reste asymptomatique pendant de nombreuses années, le sentiment de ne pas être malade, la mauvaise image des examens (notamment de la biopsie), la crainte – légitime – d'un traitement difficile à supporter et qui n'est pas perçu comme vital, etc. Le rejet du dépistage est directement lié à la non-désirabilité du traitement. « *On ne désire que quelque chose dont on sait qu'il apporte des bienfaits rapides et efficaces pour soi* », renchérit le D^r Goisset.

Surmonter les freins

C'est donc sur ce désir qu'il faudra travailler. A la Mosaique, des consultations médicales sont organisées sur la question du VHC. « *Cela fait partie de notre travail de prise en charge médicale* », poursuit le D^r Goisset. Lorsqu'une personne arrive, le CSST répond d'abord à ses demandes relatives à l'addiction, mais rapidement, d'autres questions arrivent en consultation : la réduction des risques, les addictions associées et les infections virales. « *Le VIH est suivi, et le VHC est généralement en friche* ». Il faudra alors prendre le temps d'expliquer. D'expliquer les effets d'une hépatite qui se développe. D'expliquer les progrès qui ont été réalisés en termes de réussite du traitement : les



Photo : iStockphoto.

résultats positifs ont doublé en dix ans et les usagers de drogues sont parfois restés sur une image ancienne. D'expliquer l'existence d'examens autres que la biopsie hépatique, qui fait si peur aux usagers de drogue. Tout cela permet de diminuer la réticence des personnes. Une fois ce travail fait, des mesures concrètes gagnent à être prises pour éviter de perdre du temps et de multiplier les obstacles à chaque étape de la démarche de dépistage. La prescription conjointe de la recherche de virus et de la PCR épargne ainsi une prise de sang à un public souvent effrayé par une seringue maniée par un autre qu'eux-mêmes. De même, pouvoir faire un prélèvement sanguin dans le CSST est prometteur. Le D^r Goisset espère d'ailleurs bien mettre ce service en place à la Mosaique au début 2007.

Ainsi préparé, le cheminement vers le dépistage, puis du dépistage vers le soin se passe plutôt bien. A la Mosaique, c'est un hépatologue qui initie le traitement. Les usagers de drogues le renvoient à des termes fixés par Pierre Goisset, qui se charge de renouveler le traitement entre temps. « *Nous n'avons pas trop de difficultés à faire aller les usagers de drogues chez lui, car le travail de sensibilisation a été réalisé en amont : ils savent déjà ce qu'est le traitement – son déroulement, ses avantages, ses inconvénients. Ils vont simplement chez l'hépatologue pour se voir confirmer le discours que nous leur tenons.* » ■

Laetitia Darmon

(1) Polymerase chain reaction.

Des mesures concrètes gagnent à être prises pour éviter de perdre du temps et de multiplier les obstacles à chaque étape de la démarche de dépistage.



Parvenir aux soins avant qu'il ne soit trop tard

Les portes s'entrouvrent face à l'urgence de la prise en charge médicale du VHC. Des expériences s'emploient à déverrouiller les blocages pour permettre enfin aux usagers de drogue d'entrer dans le soin. Un soin dont le sens peut se révéler plus profond que la seule éradication du virus.

Le réveil est tout récent. La prise de conscience du nombre important de personnes infectées par l'hépatite C en France s'est fait attendre. Est-ce parce qu'elle touche principalement les usagers de drogue ? Ces exclus du système de santé commun qui n'ont enfin eu droit à la substitution que face à la menace de l'épidémie de sida. Avant la substitution, toute hospitalisation d'un usager s'accompagnait d'un sevrage obligatoire. Lorsque cette substitution est entrée à l'hôpital, les séjours ont cessé d'être un cauchemar tant pour les usagers que pour les équipes. Si les portes de l'hôpital se sont ouvertes, la relation soignant-usagers de drogue reste houleuse. Pourtant l'urgence face au VHC est de plus en plus reconnue par les structures de soins destinées aux usagers de drogue.

Des années pour arriver au soin

Il faut déjà avoir envie de prendre soin de soi. L'enquête ASUD/SOS hépatite auprès des usagers de drogues (1) montre que les personnes qui ont fait au moins un test, sont informées et se sentent concernées par le VHC sont « *des usagers souvent héroïnomanes ou ex-héroïnomanes, souvent substitués, majoritairement âgés de 30 à 40 ans* », détaille Fabrice Olivet, président de l'association d'Auto-support des usagers de drogues (ASUD). Il faut parfois des années avant que le passage vers le soin ne se fasse. Des événements de la vie peuvent être à l'origine du déclic. « *L'âge aussi joue beaucoup* », souligne Hélène Delaquaize, médiatrice en santé publique à l'hôpital Marmottan. Cette première étape franchie, un parcours du combattant attend la personne. « *Il faut pousser la porte*

de l'hôpital et prendre rendez-vous avec un hépatologue. C'est un passage obligé car la primo-prescription du traitement ne peut être faite que par lui », témoigne Hélène Delaquaize. Un rendez-vous lui sera fixé deux mois plus tard, le délai moyen observé. Le jour de la rencontre, il est possible que l'hépatologue rejette sa prise en charge vers un confrère « *si le patient lui révèle qu'il est sous substitution, qu'il boit un peu d'alcool, se fait parfois un shoot* », ajoute Hélène Delaquaize. Le rejet des hépatologues hospitaliers semble être un des premiers freins à l'accès aux soins. « *Pas de toxicomanes ou d'alcooliques dans mon cabinet* » est le message de certains hépatologues, rapporte Michelle Sizorn, de SOS hépatites. Un constat nuancé par Pascal Melin, pour lui, la situation s'est améliorée même si elle reste très hétérogène d'une région à l'autre. « *Le monde médical a évolué, les hépatologues ont intégré le fait que la consommation d'alcool, les troubles psychiatriques, les shoots de temps, ne sont plus des contre-indications au traitement. Il est cependant difficile de faire maintenant revenir vers le soin les personnes qui se sont heurtées une première fois au rejet.* » Une amélioration qui doit beaucoup à l'arrivée de méthodes non invasives pour évaluer l'état du foie – le Fibrotest® (une prise de sang) et le Fibroscan® (une échographie). Elles permettent d'éviter la biopsie du foie, un repoussoir majeur pour les personnes infectées par le VHC.

Quand les CSST s'y mettent

Si le monde hospitalier a mis du temps à s'éveiller, beaucoup plus proches des usagers, les centres de soins et de santé des toxicomanes (CSST) ont également entraîné des pieds sans parler des autres structures d'accueil, comme les centres de post-cure, souvent encore très loin de cette problématique. Il arrive encore que certains CSST ne proposent aucun dépistage du VHC et peu ont pensé une nouvelle forme d'organisation des soins qui intègre le traitement VHC. Les expériences sont multifformes, mais la plus commune consiste à faire venir un hépatologue au CSST. C'est le cas, par exemple, à Nova Dona, une structure qui regroupe dans un même lieu un centre d'accueil et d'accompagnement pour la réduction des risques des usagers des drogues (CARRUD) et un CSST. Après

un premier bilan hépatique de la personne en milieu hospitalier, un hépatologue se rend une fois par mois au centre, pour évaluer, sur dossier et en concertation avec l'équipe, si le traitement peut être entrepris, suivis ensuite par les infirmières et médecins du centre. Même si le programme est tout jeune, l'équipe n'a encore pas rencontré de mise sous traitement impossible. « *Nous avons des situations compliquées, avec parfois des pathologies psychiatriques sous-jacentes, mais cela nous demande juste une vigilance accrue. Nous rencontrons très souvent nos patients, certains tous les jours, il suffit d'être à l'écoute pour pouvoir anticiper* », explique Mustapha Benslimane, le directeur du centre. Ailleurs, comme au 110 les Halles, l'hépatologue reçoit directement les personnes une fois par semaine. Quelle que soit la forme proposée, pour Pascal Melin, tout repose sur la motivation des professionnels. « *Si l'hépatologue du CSST demande aux personnes de venir sur rendez-vous le matin entre 8 heures et 10 heures, personne ne viendra. Il faut s'adapter.* » A l'hôpital Marmottan, pour éviter ce biais de l'hépatologue, l'usager est suivi par son médecin – formé au préalable au VHC – qui s'occupe déjà de sa substitution, parfois depuis de longues années. Le circuit vers l'accès aux soins est court, en urgence, le bilan hépatique peut être fait une semaine après la première visite du patient. Une médiatrice en santé publique accompagne le patient avant, pendant et après le traitement, elle fait le lien entre les

VHC : l'intérêt des communautés thérapeutiques

Dans un petit village au nord de Tarbes, la communauté thérapeutique du Val d'Adour accueille, pour une période d'un an renouvelable, 35 anciens usagers de drogue, sevrés ou sous traitement de substitution pour poursuivre leur démarche de soins et préparer leur retour à une vie autonome. Actuellement, dans la communauté, trois personnes sont sous traitement pour leur VHC. Initié par un hépatologue hospitalier à Tarbes, il est suivi ensuite par l'infirmière et le médecin généraliste dans la communauté. « *Souvent, lorsque les personnes qui se savent infectées arrivent ici, elles ont deux demandes : baisser leur substitution et soigner leur VHC, explique Thierry Slotana, le chef de service. Pour nous, la priorité, c'est le VHC.* » Il estime qu'il vaut mieux ne pas toucher à la substitution tout au long du traitement qui demande une stabilité maximum. « *Pour le VHC, l'intérêt d'un lieu comme le nôtre est la prise en charge dans la durée. Nous pouvons être présents avant le traitement pour le préparer, pendant pour encadrer la personne et surtout après pour l'aider à se reconstruire, l'après traitement est pour nous très important.* » Il faut alors redynamiser le sens de la présence au centre, lancer un nouveau projet comme la baisse de la substitution mais sans hâte. « *Il faut attendre que la personne soit de nouveau stabilisée et dans un état d'esprit positif* », insiste Thierry Slotana. ■

M. L.

Témoignage

Le médecin généraliste au centre d'un mini-réseau

Témoignage de Patrick de La Selle, médecin généraliste à Montpellier.

« Dans ma région, Montpellier, les CSST sont à haut seuil d'exigences, seuls sont pris en charge les usagers qui acceptent toutes les règles strictes de la structure. L'usager, qui souhaite rentrer rapidement dans ces CSST, qui continue de consommer ou qui est dans une certaine difficulté à être à l'heure, est rapidement écarté. Face à cela, en tant que médecin généraliste qui accepte les usagers de drogue tels qu'ils sont, j'ai mon petit réseau alternatif. Les personnes en traitement pour leur VHC viennent une fois par semaine. Je leur fais moi-même l'injection en même temps que leur prescription de substitution. Je suis accompagné par divers professionnels : certaines équipes de rue, cer-

tains travailleurs sociaux qui sont dans la réduction des risques, le pharmacien qui accepte les usagers, l'hépatologue qui s'adapte et ne s'empare pas au moindre retard ou au moindre écart de consommation. Le psychiatre qui accepte de faire un suivi, surtout en urgence, si on a besoin de lui. Chaque patient sous traitement VHC a son petit réseau autour de lui. Ce ne sont pas des réseaux reconnus, ils n'ont pas de statut structuré, nous les appelons entre nous des mini-réseaux de proximité. Ils sont créés avec les patients et n'existent que le temps du traitement. » ■

M. L.



Témoignage

Réseau ville-hôpital : faciliter le relais

Pascal Melin est médecin, cofondateur de SOS hépatites – réseau ville hôpital de Saint-Dizier en Haute-Marne.

« Nous avons mis en place un réseau ville-hôpital avec des médecins généralistes prescripteur de traitement de substitution et moi qui suis un hospitalier à la fois en addictologie et en infectieux. Lorsqu'une hépatite C est découverte chez un patient, je deviens son médecin référent pour la substitution. Je suis alors les patients, en gardant le VHC en tête. Nous en parlons régulièrement, mais j'attends qu'ils se disent prêts pour le traitement. Le jour où le bilan de l'hépatite C est décidé, il vient dans mon service et continue de voir le même médecin. Il est très difficile pour un usager

qui a déjà confié son histoire à quelqu'un d'aller voir une autre personne et de devoir tout recommencer. Les passages de relais sont douloureux et difficiles. Notre intérêt, c'est que l'usager rencontre toujours la même personne. Les résultats sont là : 75 % de nos patients toxicomanes atteints d'hépatite C ont été traités, ce qui représente 120 personnes, avec un taux de guérison équivalent aux autres patients, soit 70 %. » ■

M. L.



intervenants : infirmières, psychiatres, médecins. « Impossible de recevoir ces personnes en cinq minutes, il faut prendre le temps de parler, de les écouter, parfois certaines paroles qui nous semblent anodines cachent une réelle souffrance, il faut être assez à l'écoute pour la décrypter », explique Nora, infirmière à Marmottan. Cette écoute est essentielle, selon elle, pour prévenir les dépressions et décompensations psychiatriques. Une écoute qui devrait s'étendre à l'après-traitement, lorsque la personne, après s'être battue et puis souvent délivrée du virus, se retrouve face à un grand vide. « C'est un passage délicat, qu'il faut accompagner », insiste Michelle Sizorn, si l'on ne veut pas que tout le bénéfice du traitement soit noyé dans une reprise des consommations.

confie un patient usager de drogue à Pascal Melin. A l'hôpital Marmottan, l'équipe constate que la plupart des personnes régulent voire cessent leurs consommations d'alcool ou de drogues lors de l'entrée dans le soin. Michelle Sizorn remarque une meilleure

estime de soi : « Je dois valoir le coup, puisqu'on s'occupe de moi ». Pascal Melin rapporte l'histoire de ce patient porteur d'une hépatite, suivi pour sa substitution, consommateur d'un litre de vin par jour, qui redoutait les effets secondaires des médicaments car il venait d'entrer en formation. Il lui a proposé de débiter puis d'arrêter si le traitement devenait vraiment insupportable. Aujourd'hui, ce jeune homme soigne son hépatite. Il est en pleine forme, très fier de lui, il a cessé toute consommation. Un bénéfice immense qui doit toutefois être assuré par un

« Soigner peut aussi être un moment socialisant, prendre soin d'eux pendant un an, les valoriser, les guérir, cela peut changer complètement les personnes. »
Pascal Melin

suivi rapproché, un accompagnement social valide, sous peine d'échec. Tous les intervenants rappellent qu'aujourd'hui la seule réelle contre-indication à la mise sous traitement est l'absence d'un toit. Mais lorsque ce toit est assuré, alors, pour Pascal Melin, « soigner peut aussi être un moment socialisant, prendre soin d'eux pendant un an, les valoriser, les guérir, cela peut changer complètement les personnes ». ■

Un parcours initiatique ?

« L'Interferon doit avoir des vertus, je ne sais pas, mais bien souvent ils se sentent mieux. » Ce constat d'Hélène Delaquaize peut surprendre face aux effets secondaires psychologiques connus et redoutés des traitements. Des effets qui, bien souvent, freinent les usagers à entreprendre le soin. Pourtant, le parcours du traitement est pour une partie des usagers de drogue un vrai révélateur. « Je n'ai jamais rien fait de bien dans ma vie que de guérir de mon hépatite C »,

Marianne Langlet

(1) Réalisée à partir de 513 questionnaires exploitables, elle visait à étudier la perception de l'hépatite virale et ses traitements par des personnes infectées par le VHC ou VHB.

La microstructure médicale : un cocon pour l'usager de drogues

La microstructure rassemble des acteurs du secteur sanitaire et social autour du cabinet du médecin généraliste. Mission : améliorer les conditions d'accès aux soins des usagers de drogues. Les résultats en matière de VHC sont plus que prometteurs.

Vu la gravité des situations, je ne vois pas comment je pourrais m'en sortir sans la microstructure », s'exclame le Dr Alexandre Feltz, médecin généraliste à l'origine de la première expérience de microstructure, créée à Strasbourg en 2000. Le concept de microstructure est né du souci d'améliorer les conditions de soin des usagers de drogues et de répondre aux difficultés rencontrées par les médecins généralistes impliqués dans l'accueil de ce public. La microstructure s'articule autour du médecin généraliste. Celui-ci accueille dans son lieu d'exercice un(e) psychologue et un(e) travailleur(se) social(e) dédié(e) aux usagers de drogues, pour lesquels ces services sont gratuits. Entre ces acteurs, pas de rapport de hiérarchie, mais le souci de s'enrichir de la complémentarité de leurs approches, dans l'intérêt du patient. « *Il est possible d'associer à ce premier noyau des hépatologues, des pharmaciens, voire d'autres acteurs, puisque le concept de microstructure reste évolutif et est intrinsèquement lié à la notion de réseau* », précise François Brun, de la Coordination nationale des réseaux de microstructures médicales.

Transfert de confiance

La proximité des microstructures, leur caractère non stigmatisant facilitent la prise en charge des usagers de drogues dans leur diversité. S'y retrouvent aussi bien des patients SDF, que des étudiants, salariés et professions libérales qui sentent que leur usage de drogues devient une gêne et veulent éviter la dégringolade. « *La majorité des usagers de drogue ne sont pas visibles et craignent par-dessus tout d'être identifiés comme toxicomanes. Ils ne fréquentent donc pas les CSST et sont suivis par leur médecin généraliste* », précise Fabrice Olivet, Président de l'association d'auto-support des usagers de drogues (ASUD). Le rapport de confiance qui existe entre le patient et son médecin généraliste favorise l'acceptation des autres intervenants auxquels on lui propose d'avoir

recours. « *Il s'opère en quelque sorte un transfert de transfert : les patients vont répéter la confiance qu'ils ont en moi avec le psychologue et le travailleur social* », constate le Dr Claire Roland-Jacquemin, médecin de microstructure. La microstructure permet donc de dépasser les obstacles à l'accès à une aide psychologique et sociale, souvent nécessaire et d'autant plus efficace que ces acteurs travaillent main dans la main.

Transfert d'expertise

Cette présence de professionnels autour de l'usager, dans l'unité de lieu du cabinet du médecin généraliste joue un rôle essentiel dans l'accompagnement à la substitution, mais aussi en matière de VHC, compte tenu des freins liés au dépistage et au soin de cette infection. Les microstructures ont en effet vocation à mener des partenariats avec les pôles régionaux de référence hépatite C. En Alsace, un partenariat avec le pôle de référence dirigé par le Professeur Michel Doffoël permet aux microstructures de bénéficier de l'expertise de cet hépatologue. Ce dernier a formé les médecins, les psychologues, les assistants sociaux des microstructures et même les pharmaciens, par petits groupes, en soirée, à l'hépatite C. Il a donc fallu adapter le discours aux connaissances de chacun et fournir à chacun ce qui pouvait lui être utile. Des réunions de formation ont par ailleurs lieu tous les trimestres. Des consultations experts ont également été mises en place depuis deux ans. Elles sont organisées régulièrement, au sein de l'hôpital ou dans les microstructures. Elles consistent pour les acteurs de la microstructure à soumettre leurs interrogations à l'hépatologue en matière de diagnostic, d'initiation du traitement antiviral, de suivi thérapeutique et post-thérapeutique. « *Lorsqu'on a des indicateurs de traitement pour un patient, on prépare le dossier avec le psychologue et le travailleur social, et on le présente à l'hépatologue, qui donne son avis*





➔ ➔ ➔ *dessus et discute du traitement* », explique le D^r Feltz. Le suivi médical est ensuite effectué par le généraliste, qui sollicite le spécialiste lorsqu'il en a besoin. « *L'aide est quasi-quotidienne. On communique par mail* », précise Michel Doffoël. Ce transfert d'expertise évite donc au patient de se déplacer et de multiplier les interlocuteurs.

Faire sauter les verrous

Ce même souci de réduire les freins à l'accès aux soins des usagers de drogues a conduit les microstructures à travailler avec des laboratoires de proximité. L'explication de leur projet et la signature de conventions garantissent aux usagers de drogues un accueil privilégié. Des arrangements aussi. Ainsi, pour éviter la répétition des prises de sang, le D^r Feltz convient avec ses laboratoires partenaires de faire l'ARN du patient si la sérologie VHC est positive. De même, les microstructures prennent en charge financièrement le fibrotest[®], qui coûte 50 euros dans le système commun. Grâce à la convention passée avec les laboratoires, la facture des usagers venus de la part du réseau est directement envoyée à ce dernier, de sorte que les usagers n'aient rien à avancer. « *Cette gratuité débloque tout* », estime le D^r Roland-Jacquemin. La question du Fibroscan[®] n'a en revanche pas été résolue. En Alsace, un Fibroscan[®] est disponible au CHU, ce qui est déjà une chance, comme le souligne le D^r Feltz, mais cela pose des problèmes à certains usagers de drogues qui craignent d'aller à l'hôpital. Il serait bien sûr idéal de pouvoir en avoir un dans chaque réseau, mais le coût très élevé de l'appareil reste un frein. Lorsque, cette année, la coordination du réseau alsacien a récupéré pour une journée un Fibroscan[®] prêté par des fabricants, elle a pu en mesurer tout l'avantage : « *Cela a été un succès formidable, les patients sont venus en nombre et ça a provoqué chez eux un véritable sursaut, ils étaient reconnaissants de cet examen* », relate le D^r Roland-Jacquemin.

Accompagnement

Une fois le traitement lancé, « *les patients passent toutes les semaines faire leur injection d'Interféron*

au cabinet. Dans un premier temps, c'est moi qui la fais. Puis je leur montre comment procéder pour qu'ils la réalisent devant moi, et si c'est opportun, je les laisse dans un troisième temps la faire chez eux. Cela garantit une très bonne observance », note le D^r Feltz. Même lorsque les personnes vivent dans des conditions difficiles, cet accompagnement est possible. Le D^r Feltz a reçu des usagers de drogues hébergés dans un squat : « *Ils viennent de toute façon pour leur substitution et on fait ça en même temps. Je garde leur médicament dans mon réfrigérateur. Ces arrangements conduisent à élargir les critères d'admission au soin* ». Par sa complémentarité et son travail de mise en commun (une synthèse hebdomadaire et une mensuelle pour évoquer les patients qui posent problème), l'équipe de la microstructure épaulé le patient durant un traitement souvent difficile. « *Nous sommes face à des patients qui vont généralement très mal. On maintient quelque chose de très fragile. Dans les périodes de crises, notamment s'il y a des problèmes psychologiques avec le traitement de l'hépatite C, la microstructure est très importante parce qu'elle est suffisamment souple pour s'adapter et pour avoir un effet contenant* », poursuit le D^r Roland-Jacquemin.

Par sa
complémentarité
et son travail de mise
en commun,
l'équipe de
la microstructure
épaulé le patient
durant un traitement
souvent difficile.

La preuve par les chiffres

Les résultats de cette démarche sont prometteurs. Une étude réalisée dans le réseau de microstructures d'Alsace, sur des données récoltées jusqu'au 1^{er} janvier 2005, montre que 80 % des patients usagers de drogues du réseau ont été dépistés pour l'hépatite C et que parmi eux, 90 % ont fait déterminer leur ARN (1). 34 % des patients VHC ont pu être traités, dont 72 % sous traitement de substitution. L'observance est bonne à 69 % et 10 % seulement des patients usagers de drogues ont arrêté le traitement antiviral. « *34 % de patients VHC traités, c'est le résultat qui prévaut en population générale* », se réjouit le D^r Feltz. Des chiffres qui parlent d'eux-mêmes. ■

Laetitia Darmon

(1) L'étude a porté sur les 300 patients dont la fiche de renseignements était exploitable (sur 352 personnes à risque de VHC).