

L'hépatite est une maladie comportementale !

Hepatitis as a behavioural disease !

Journe Bruno¹, Cutarella Christophe², Aknine Xavier³, Bachelard Antoine⁴,

1- Médecin Addictologue libéral à Paris, 2- Psychiatre Addictologue, Marseille, 3- Médecin Généraliste, Président ANGRECH 4- médecin coordinateur parcours santé VHC Ile de France

Résumé

L'hépatite virale C, déroule sous nos yeux un modèle d'évolution des comportements des individus, de la médecine et de la société. L'évolution des connaissances a été rapide, 25 ans entre la découverte du virus et l'avènement d'un traitement efficace et tolérable. Les infections par le VHC ont été liées à des consommations de produits ou de plaisirs, puis à des actes médicaux. Ces réalités génèrent des vagues de responsabilités et de culpabilités, ces vagues bousculent les individus, les principes, la société et l'économie.

Regarder les hépatites sous l'angle des comportements permet de comprendre les positions de déni qui amènent à des retards diagnostiques et thérapeutiques. Nous résumons ici l'expérience de trente ans d'activité de médecine ambulatoire dans un cabinet médical libéral, centrée sur une attention globale à la personne, en infectiologie et en addictologie.

Summary

C viral hepatitis, is a studying model for evolution of individual and patient behavior, medical responses and society management. The evolution of knowledge has been rapid, 25 years from the discovery of the virus to the emergence of an efficient and tolerable treatment. The HCV infections were first linked to risk of addiction and medical procedures, it puts in the same loop responsibility and guilt. The politico-economic behavior for this infection request care.

Looking hepatitis in terms of behavior helps to understand the denial that lead to delay diagnostic and therapeutic. We present an observational study from a private and urban practice in Paris, centered at the same time on the addiction behavior and infectious survey and treatments. This experience covered thirty years of practice, following nearly 500 patients HIV, HVC or HBV.

Introduction

Dans une activité de médecine générale complétée par des compétences en infectiologie et en addictologie, l'hépatite C tient une place particulière. Il est sans doute nécessaire de se souvenir que dans les années 80, on découvrait une hépatite "non A non B" (NANBH), on ne connaissait pas encore le VIH^{1,2}. A cette époque l'échographie existait à peine, les scanners étaient rares, on mettait les mains sur le ventre des patients pour examiner. On n'étudiait pas les addictions à la faculté, les héroïnomanes cherchaient du Palfium, on pouvait leur prescrire de la Clonidine (Catapressan) et des benzodiazépines. La médecine générale tenait une place centrale, les spécialistes étaient rares, il n'y avait pas de "parcours de soin". On faisait aussi de la "médecine de famille", "le patient" et son entourage étaient au centre de l'attention.

Dans cette approche médicale envisageant le patient dans sa globalité physique et psychique est arrivé le VIH. A ce moment il n'y avait pas de traitement actif contre le virus, on savait faire des diagnostics, traiter ou prévenir des complications. Le travail du médecin consistait à accompagner des personnes choquées, malades d'être porteur d'un virus, ou présentant des manifestations multiples, requérant toutes, la plus grande attention. Sont arrivés des patients dépendants de l'héroïne, les traitements substitutifs des opiacés, puis les solutions à apporter aux questions psychiques, sociales, somatiques et virales.

L'hépatite virale C est une pathologie transversale, inconnue il y a 25 ans, méconnue il y a 15 ans, maltraitée il y a 10 ans³. Une infection quasi silencieuse, le plus souvent une évolution très lente. On en connaît surtout les aspects hépatiques, on découvre les atteintes hématologiques, neurologiques, vasculaires et d'autres qui restent à découvrir. Transmise et transmissible, c'est une maladie de l'intimité et du social. Le portage du VHC a un grand poids, indépendamment de son évolution.

Regarder l'hépatite virale C comme une maladie comportementale invite à envisager la problématique sous différents angles :

1. Le patient et son histoire
 - a. Victime d'un accident iatrogène
 - b. Responsable d'une prise de risque (coupable)
 - c. Psychotraumas antérieurs
 - d. Comorbidité psychiatrique
 - e. Addictions
2. La médecine et son histoire
 - a. Evolution des connaissances
 - b. Participe à la contamination
 - c. Spécialisation > focalisation
 - d. Action sur la réduction des risques
3. La société et son histoire
 - a. Addictogène
 - b. Répressive
 - c. Amplifier les risques
 - d. Intérêts économiques
4. Addictologie
 - a. Centrée sur le produit
 - b. Centrée sur les comportements
 - c. Neurobiologique
 - d. Centrée sur la personne
 - e. Réduire les risques
5. Guérir
 - a. Une intervention globale à méditer !
 - b. Ouvrir les champs des spécialités autour du "cas".

1- Comportements du patient

Dire, ou écrire, "patient" est déjà un biais dans la place que l'on donne à l'acteur principal de ce scénario. En France, le mot "malade" est le plus employé pour désigner le "consultant". Avec la "loi pour les malades"⁴ le terme a été institutionnalisé. La "Personne" avant d'être "patient" a une histoire⁵.

1- La rencontre avec le virus a eu lieu lors d'un "comportement passif", malheureuse aventure iatrogène, une transfusion, un examen. La personne est victime d'un aléa thérapeutique. Le corps est contaminé et contaminant, comment le vivre ? Les réactions sont autant physiques que psychiques et bruyantes. Le mutisme "tout va bien", aux réactions délirantes, au nomadisme médical, aux dossiers sans fin, toutes ont besoin d'attention. La victime attend et cherche des compensations, des droits et des réparations. L'attitude face aux soins est faite, de méfiances, de réticences autant que d'attentes. Le chemin de retour n'est ni simple, ni logique. La guérison est le passage vers autre chose, ce n'est pas un retour en arrière.

2 - La rencontre avec le virus s'est faite lors "d'un comportement actif" : sexualité, consommation de produits psychotropes. Des événements liés aux plaisirs, domaine du privé et de l'intime. C'est la manifestation des limites entre le corporel et le social, des pulsions d'un côté, de la répression de l'autre. Responsable, victime et coupable ont du mal à se départager. Le coupable est aussi victime et réciproquement. L'un comme l'autre vivent des sentiments douloureux, ce sont aussi des positions psychiques, des comportements sur lesquels on peut travailler et agir. La responsabilité est une forme de maturité et de liberté qui éloigne de la culpabilité⁶.

3- Dans l'un et l'autre il existe des comorbidités psychiques. Il s'agit d'abord de données culturelles et celles qui font l'histoire de l'individu, d'ordre psychologique. Il s'agit ailleurs de données d'ordre psychiatrique.

2- Comportements médicaux

La médecine dans cette histoire, se retrouve écartelée entre l'ignorance initiale qui a conduit à des contaminations et à des errances de diagnostics. Il y a eu ensuite des traitements lourds et incertains, maintenant cette position étrange de sélections des "cas" à traiter. La médecine responsable, coupable ou otage ? La médecine est un acteur de choix, de position et d'actions sociétales⁷.

Dans quel cadre devons nous mettre : "J'ai mal au foie", une douleur ou un malaise ? "Je suis fatigué" exprime des troubles biologiques ou son désir d'être soulagé ? Les symptômes exprimés par le patient dépendent de son histoire ou de sa maladie. Ces symptômes exprimés guident les actes diagnostiques et thérapeutiques.

Le comportement professionnel agit sur un mode majeur tout le long de la prise en charge. Les modèles des comportements possibles sont bien décrits dans Jama en avril 92 par Emanuel : "Four models of the physician patient relationship⁸". La réalité est une synthèse ou une alternance de ces modèles.

1. Comportement paternaliste ou parental : "Faites ce que je vous dis, vous verrez ça ira mieux après", ou bien : "Vous avez bien lu ce qui est écrit, signez, c'est dans votre intérêt (consentement éclairé)".
2. Comportement informatif : énumération des possibilités, diagnostics thérapeutiques, de complications et de guérison. Le patient s'informe, compare et choisit. Le médecin se conforme et réfère.
3. Comportement délibératif : le médecin s'informe sur les choix du patient, ses croyances et ses souhaits. Les informations sont données dans ce cadre, les possibilités thérapeutiques et les impératifs techniques, le temps pour mûrir les questions et les réponses. Les cadres éthiques et scientifiques restent de rigueur. Au médecin d'explorer ses propres croyances, de vérifier et revisiter ses références.
4. Comportement interprétatif : le médecin interroge le patient sur ces choix, ses croyances autour de la maladie. Vous avez dit XY, j'en pense A et B et vous ? Le dialogue se construit autour de ce qui est entendu, il est ensuite ramené aux réalités et aux possibilités des limites de chacun.

3 - L'addictologie

L'addictologie est une nouvelle voie pour soigner, cette voie passe entre des produits, des comportements et des positions sociétales. Le drame des contaminations virales dans les années 80 a poussé à accompagner les addictions et à proposer des traitements agonistes. Il n'y a pas à lutter contre les addictions, pas plus qu'il n'est concevable de lutter contre les désirs et les plaisirs. Le produit, comme le comportement, sont des prétextes de confrontations, soigner retrouve "guérir" au sens propre : accompagner, réduire les risques, fabriquer des passerelles vers des équilibres physiques, psychiques et sociaux.

4- Guérir

Chemin semé d'embuche, le traitement de l'hépatite virale ne se limite pas à faire disparaître un virus. Les savoirs ont considérablement bougé dans les décennies passées, nous en saurons davantage dans dix ans sur nos choix du moment. Pour les personnes concernées nous pouvons reconnaître les équilibres de vie déplacés par cette contamination, les compensations nécessaires, donner du temps et de l'attention, adapter nos comportements⁹.

Le virus affecte une vie et une histoire, voire plusieurs histoires et plusieurs vies. Nous n'avons pas abordé les interfaces familiales et sociales, autre dimension qui joue des rôles majeurs à toutes les phases.

Pour conclure, la médecine doit à nouveau envisager d'accueillir l'entière physique, psychique et sociale. De nouvelles positions thérapeutiques apparaissent et envisagent l'ensemble de ces dimensions en offrant une position confortable pour le patient autant que pour le médecin.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Detection of reverse transcriptase activity in association with the non-A, non-B hepatitis agent(s). Seto B. et al. Lancet. 1984 Oct 27;2(8409):941-3
- 2- Transfusion transmitted non-A non-B viral hepatitis. Iwarson S. Acta Anaes. Scand Sup. 1988;89:13-5. Review
- 3- A patient with chronic hepatitis C and a history of abuse of analeptic drugs, who showed hallucination and delusion with interferon administration. Muraoka H, et al. Kurume Med J. 1996;43(1):73-7.
- 4- Loi du 4 mars 2002 : « Loi pour les malades et l'amélioration du système de soin »
- 5 « Doctor patient communication in France », Journe B, 3rd Conf. for communication in health care Basel 2006
- 6- Vulnerability to psychologig distress and depression in patients with end-stage liver disease due to hepatitis C virus. Singh N, Gayowski T, Wagener MM, Marino IR. Clin Transplant. 1997 Oct;11
- 7- Attitudes and practices of drug users confronted with the risks of contamination by human immunodeficiency virus (HIV) and hepatitis B and C viruses Ingold Fr et Al. Bull Acad Natl Med. 1997 Mar 18;181(3):555-67
- 8- Four Models of the Physician-Patient Relationship. Emanuel, et Al. JAMA; Apr 22, 1992; 267, 16;
- 9 -Méditation, mouvement de yeux et addiction. Journe B. Courrier des Addictions septembre 2016.