

Psychologie de la santé

Les aspects psychologiques de l'hépatite C

16



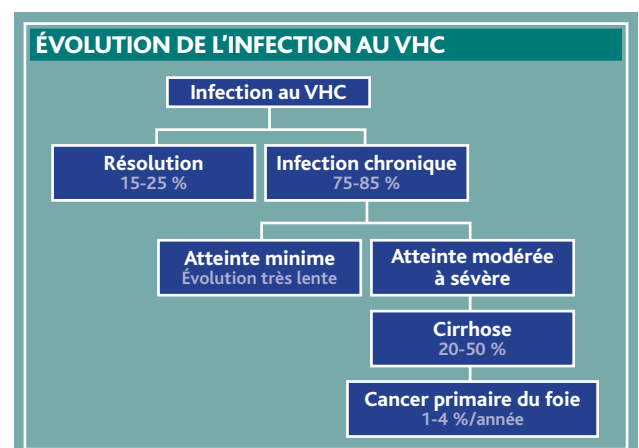
Par
Julie Vadeboncoeur
et **Paul C. Veilleux, Ph. D.**

IDENTIFIÉ pour la première fois en 1989¹, le virus de l'hépatite C (VHC) toucherait maintenant plus de 250 500 Canadiens, soit près de 0,8 % de la population du pays². Environ 3 % de la population mondiale (170 millions de personnes) serait infectée par le VHC. On estime qu'à l'heure actuelle 65 % des individus atteints auraient été diagnostiqués. Les symptômes peuvent se manifester jusqu'à 10, 20 et même 30 ans plus tard chez la personne infectée. Ces personnes sont à risques de développer une maladie hépatique chronique, une cirrhose ou un cancer du foie tout en demeurant une source de transmission possible.

L'histoire naturelle de l'hépatite C

La période d'incubation du VHC peut varier de deux semaines à six mois (la moyenne se situant entre six et sept semaines). La progression de la maladie est très variable d'une personne à l'autre et le pronostic est imprévisible. Ce virus, asymptomatique dans 60-70 % des cas, s'attaque au foie, constituant la principale cause de maladie chronique affectant cet organe. Seuls 15-25 % des patients atteints voient leur infection se résorber spontanément. Par contre,

ces derniers ne sont pas protégés contre une nouvelle infection puisque le VHC se présente sous plusieurs sous-types. Par ailleurs, pour 20-50 % des individus infectés, l'hépatite évolue en cirrhose, ce qui les place à risque de développer un cancer (1-4 %). Mis à part le temps écoulé depuis l'infection, les facteurs de risque de la cirrhose sont la consommation d'alcool, l'âge (infecté à l'âge de 40 ans ou plus), le fait d'être un homme et l'infection concomitante au VIH ou au VHB. L'hépatite C est la principale cause de transplantation hépatique. Selon l'étude du Dr Remis, menée pour le compte de Santé



Tiré de Ministère de la santé et des services sociaux (1999). *Information à l'intention des médecins : L'hépatite C*. Québec, gouvernement du Québec.

Les liens entre le corps et l'esprit n'ont plus besoin d'être démontrés. De plus en plus, les professionnels de la santé travaillent en collaboration et regardent la personne malade comme un tout en tenant compte des aspects physiques et psychologiques du rétablissement. Les psychologues interviennent rapidement dans l'évaluation des personnes soumises à des interventions médicales importantes et dans les plans de traitement qui leur sont proposés. La recherche en psychologie de la santé emprunte des directions nouvelles, qu'il s'agisse de l'évaluation de la douleur, du rétablissement des patients coronariens ou encore des enfants atteints de cancer. Leurs découvertes sont fascinantes; nous vous en présentons quelques-unes.

Canada en 2002, l'incidence annuelle des évolutions plus sévères de l'infection au VHC ne cesse de s'accroître et continuera d'augmenter jusqu'en 2022².

Les modes de transmission

L'hépatite C se contracte par contact avec du sang infecté, et ce, 10 à 15 fois plus facilement que le VIH³. Les comportements les plus dangereux en regard de la transmission sont ceux entourant le partage du matériel servant à la consommation de drogues injectables (seringues, garrots, tampons, cuillères, pailles, etc.)⁴. Le risque de transmission par voie sexuelle ne dépasse pas 10 % et est corrélé avec le nombre de partenaires. L'infection des nourrissons via la mère survient dans environ 5-10 % des cas, et ce, quel que soit le type d'accouchement⁵. La contamination via l'allaitement demeure théorique. Le partage de matériel personnel contaminé par du sang infecté et les transfusions sanguines (10 % des cas de VHC) constituent également un risque de transmission. Notons qu'en 1992 le risque entourant les banques de sang a significativement été réduit par l'introduction du dépistage universel des donneurs de sang et se situerait actuellement à 1/100 000 unités⁶. De même, la transmission consécutive à une transplantation d'organe a significativement diminué depuis 1992. Dans le milieu de la santé, la probabilité d'être contaminé lors d'une pratique professionnelle varie de 3 % (piqûre d'aiguille contenant du sang infecté) à très faible (un seul cas rapporté de transmission par contact d'une muqueuse par du sang contaminé). Jusqu'à présent, il n'a pas été prouvé que le tatouage et le perçage sont des pratiques à risque élevé lorsque les précautions appropriées sont respectées⁸.

Le traitement de l'hépatite C

Il n'existe aucun vaccin contre l'hépatite C. Le traitement recommandé actuellement est une combinaison de deux médicaments, soit l'interféron alpha et la ribavirine (interféron alpha seul, s'il y a une contre-indication pour la ribavirine). Il est indiqué pour les

individus atteints de façon chronique de l'hépatite C et qui sont à risque de développer une cirrhose. L'objectif du traitement est de ralentir ou d'éradiquer la réplication du VHC. Le traitement se présente sous deux formes, soit l'auto-injection de l'interféron et la prise de la ribavirine en comprimé. Il est d'une durée de 24 à 48 semaines (selon le type et la quantité de virus présent dans le sang). Le traitement est efficace pour 30-40 % des personnes infectées. La transplantation hépatique est parfois envisagée pour les patients infectés au VHC dont la cirrhose est avancée. Cette alternative mène à une rémission sans récurrence de la cirrhose dans 90 % des cas.

Les étapes rencontrées par la personne vivant avec l'hépatite C

Dans son rapport soumis aux responsables de la Société canadienne de l'hémophilie, Boisvert (2001) identifie plusieurs étapes que traverse la personne vivant avec le VHC⁷.

Au début de la période d'infection, les personnes infectées par le VHC qui ne se savent pas atteintes peuvent être asymptomatiques ou présenter des symptômes légers et non spécifiques tels que la fatigue, l'anorexie ou des malaises généraux. Ces derniers deviennent parfois inquiétants pour la personne et ses proches et l'amènent à consulter un médecin. Le test de dépistage de l'hépatite C est éventuellement effectué, parfois rapidement, parfois plus tardivement. Si le diagnostic est établi à une période avancée de l'infection, comme c'est souvent le cas, la personne subira un bilan plus complet (bilan sanguin, biopsie hépatique, etc.) pour évaluer la sévérité de la maladie. Le diagnostic positif est ensuite fait, suscitant parfois de l'inquiétude, parfois du soulagement. Certes, la personne nouvellement diagnostiquée vit un stress important, entraînant plus ou moins de détresse psychologique selon les attentes qu'elle s'était créées à la suite du test de dépistage. Certains individus peuvent être soulagés de ne pas être atteints d'une autre infection, telle le VIH. Par ailleurs, le choc du diagnostic représente une période difficile pour plus de 70 % des individus. Dans plusieurs



cas, la personne atteinte vit une période de questionnement au sujet de son avenir, des possibilités de traitement, du pronostic, de la réaction des proches de même que par rapport à la possibilité d'avoir transmis le virus à autrui. Des sentiments d'injustice, d'impuissance, de découragement et de culpabilité peuvent alors apparaître. Souvent, la colère s'installe, celle-ci pouvant être dirigée vers le médecin, le milieu hospitalier ou les instances gouvernementales. La colère est particulièrement présente dans les cas où la personne ne se sent pas responsable de la contraction du virus. Peu à peu, l'individu vivant avec le VHC ressent le besoin d'être informé au sujet de sa maladie. Cette recherche d'information peut s'avérer difficile, surtout en région, puisque peu d'intervenants connaissent bien cette maladie. Qui plus est, le degré d'anxiété est souvent augmenté de par le caractère imprévisible de l'évolution de l'hépatite C. Les certitudes sont peu nombreuses, ce qui laisse le patient sans réponse précise.

Peu à peu, la personne infectée par le VHC peut décider de faire l'annonce du diagnostic à ses proches. Elle est alors confrontée aux diverses réactions possibles, telles que l'éloignement, la pitié, etc. Dans d'autres cas, la peur du rejet est trop présente chez l'individu qui préfère alors éviter de révéler son diagnostic. L'évolution sévère de l'hépatite C provoque parfois l'isolement de la personne malade, soit via la perte de son emploi (absences répétées à cause de la maladie ou des traitements) et/ou des difficultés financières importantes. Finalement, la maladie peut devenir plus sévère et évoluer vers la cirrhose ou le cancer, provoquant parfois le décès du patient.

Les aspects psychologiques

Les personnes aux prises avec l'hépatite C sont susceptibles de présenter une myriade de symptômes d'ordre physique ou psychologique qui peuvent être attribuables soit à l'atteinte hépatique ou au traitement associé. Notons, entre autres, une détérioration de leur qualité de vie, semblable à celle éprouvée par d'autres malades chroniques. Cette diminution ne serait associée ni à la sévérité ni à l'histoire de toxicomanie des individus atteints. La fatigue est également commune chez les patients infectés par le VHC et elle serait davantage attribuable à l'annonce du diagnostic⁸ ou à la présence d'une dépression⁹ qu'à des mécanismes physiologiques propres au VHC. Une portion des patients éprouve des difficultés cognitives qui peuvent interférer avec leurs activités quotidiennes. Les aires de l'attention complexe et celles de la concentration, de même que la mémoire de travail, sont plus affectées chez les patients VHC qui présentent un trouble hépatique modéré (patients précirrrose)¹⁰. Le pattern et la progression des déficits neuropsychologiques semblent analogues à ce qui est observé parmi les personnes infectées par le VIH. L'imputabilité de l'infection dans ces changements d'ordre cognitif n'est toutefois pas établie de façon certaine. Dans certains cas, les difficultés cognitives éprouvées par les patients sont attribuables à l'occurrence de la dépression ou encore aux conséquences d'une consommation de drogues.

Les effets secondaires du traitement

Le traitement de l'hépatite C est exigeant aux plans émotif, physique et financier. Cette pharmacothérapie peut affecter de façon significative l'aptitude à travailler et à profiter de la vie de même que modifier les relations sociales¹¹. Des complications psychiatriques ont été décrites lors de la prise de cette médication. En effet, il semble que 2-14 % des patients présenteraient des troubles cognitifs¹² et 3-57 % souffriraient de symptômes dépressifs. En effet, pour un certain nombre, l'introduction du traitement précipiterait l'apparition de symptômes dépressifs ou les exacerberait chez les individus qui en présentaient au préalable¹³. La prévalence des symptômes dépressifs ne serait pas corrélée avec la sévérité de la maladie¹¹. Certains auteurs avancent que l'occurrence de la dépression en cours de traitement pourrait être expliquée par l'effet inhibiteur de l'interféron sur la sérotonine, corrélat biochimique de la dépression¹⁷.

Ces manifestations semblent dépendre de la dose administrée (la dose quotidienne influençant davantage que la dose cumulée), être significativement plus fréquentes lors du traitement qu'à l'administration du placebo et se résorber à l'arrêt du traitement¹⁴. Le pic d'incidence se situerait entre le premier et le troisième mois; les troubles anxieux apparaissant dans les trois premiers mois de la pharmacothérapie pour s'estomper progressivement, alors que les symptômes dépressifs se présenteraient plus tardivement au cours du traitement¹³. Ces effets indésirables sont variables d'un individu à l'autre et dans le temps.

Les complications psychologiques constituent une variable majeure dans le choix de ne pas offrir ou de cesser le traitement contre l'hépatite C. Auparavant, les patients souffrant à la fois de l'hépatite C et d'un trouble mental étaient exclus d'emblée de la thérapie à l'interféron parce qu'on jugeait le risque d'effets iatrogènes trop grand¹³. Depuis, l'accessibilité à ce traitement a été accrue et les chercheurs tentent maintenant de cerner les facteurs déterminants en cause afin de mieux définir la population à risque de manifester de tels effets indésirables et d'assurer un suivi plus adéquat. Quoique leur contribution soit controversée, quelques variables ont été ciblées telles qu'une histoire familiale et personnelle comportant plusieurs diagnostics psychiatriques, une histoire personnelle chargée en événements de vie stressants et adverses ainsi que des stratégies inadéquates d'adaptation au stress¹⁵.

La décision d'arrêter ou non le traitement à cause des complications d'ordre neuropsychologique (entraînant, dans certains cas, le suicide) demeure un dilemme. Comme en témoignent certaines études, l'introduction d'un antidépresseur en cours de traitement pourrait améliorer la symptomatologie des patients au plan physique (fatigue) et psychologique (dépression), comme c'est le cas dans d'autres maladies chroniques (p. ex. MPOC)^{16,17,18} si bien que la poursuite du traitement pourrait être envisagée.



EFFETS SECONDAIRES DU TRAITEMENT À L'INTERFÉRON ET À LA RIBAVIRINE

- Syndrome d'allure grippale (surtout en début de traitement);
- suppression de la moelle osseuse, au détriment des globules blancs;
- symptômes anxieux ou accentuation de manifestations phobiques préexistantes;
- symptômes dépressifs (apathie, perte d'appétit, changements cognitifs, irritabilité, tendances suicidaires, etc.);
- symptômes cognitifs (confusion, désorientation spatio-temporelle);
- résurgence de dépendance à l'alcool ou aux drogues;
- hypothyroïdie ou hyperthyroïdie;
- fatigue, insomnie, anémie hémolytique;
- perte de cheveux, hémorragies rétinienne, diabète, rougeurs, démangeaisons, essoufflements, poussée d'hépatite auto-immune concomitante, etc.;
- la ribavirine peut causer des malformations congénitales et ne doit donc pas être administrée à des femmes enceintes ni aux couples qui désirent des enfants (risque significatif jusqu'à six mois post-traitement).

L'HÉPATITE C ET L'ALCOOL

La consommation modérée ou élevée d'alcool semble être un facteur de risque et de persistance de l'infection au VHC. En effet, on croit que le fait de consommer de l'alcool de façon problématique faciliterait, par l'atteinte des fonctions immunitaires de l'individu, la répllication du virus et les dommages hépatiques. Notons également que les individus présentant un problème d'alcoolisme seraient plus à risque d'une progression de l'hépatite C vers la fibrose hépatique, la cirrhose et le carcinome hépato-cellulaire. La consommation sévère d'alcool affecterait également l'adhésion au traitement et favoriserait l'apparition d'effets iatrogènes d'ordre psychologique. De ce fait, certains croient que l'abstinence devrait être un prérequis au traitement de l'hépatite C¹⁸.

L'HÉPATITE C CHEZ LES UTILISATEURS DE DROGUES INJECTABLES (UDI)

L'hépatite C peut être conçue comme une fatalité pour ces personnes dont le corps est déjà meurtri et qui s'investissent peu dans les soins envers soi-même. Favoriser la motivation à se traiter devient alors un défi de taille. Qui plus est, la stigmatisation de cette clientèle réduit de façon considérable leur accessibilité à une thérapie adéquate¹⁹. Par ailleurs, le traitement à l'interféron alpha combiné à la ribavirine se serait avéré efficace auprès de cette population, et ce, sans que les patients soient nécessairement abstinents²⁰. Il conviendrait d'évaluer le risque de rechute de la toxicomanie chez un patient ex-UDI pour qui le traitement de l'hépatite C (nécessitant l'auto-injection de l'interféron) est prescrit. Également, la question de l'adhésion au traitement — présupposant le respect d'un horaire et l'assiduité aux rendez-vous médicaux — devrait être abordée avec le patient au préalable.

Défis cliniques du psychologue

Le psychologue est appelé à jouer un rôle important dans le suivi du traitement de l'hépatite C. Celui-ci se doit donc d'être bien informé au sujet de l'histoire naturelle de la maladie, du traitement et de ses effets indésirables ainsi qu'à propos de la gestion de cas à risque. Son rôle peut prendre plusieurs formes dont voici quelques exemples :

1. faciliter l'expression et la régulation des émotions vécues à la suite du diagnostic;
2. informer les personnes vivant avec le VHC et leurs familles quant à la nature et au caractère temporaire des effets indésirables probables du traitement afin qu'ils soient mieux à même de s'y adapter;
3. effectuer un examen psychologique préalable et en cours de traitement;
4. favoriser l'adhésion aux thérapies médicales, psychiatriques et psychologiques;
5. favoriser l'abstinence de la consommation d'alcool ou de drogues;
6. favoriser la réduction du risque de transmission ou de réinfection au VHC.

Notons l'importance d'un réseau intégré de ressources qui viserait à palier à la fois les besoins de nature médicale, psychologique, sociale et financière de cette population. De tels services, pouvant s'inspirer de ceux développés pour la clientèle atteinte du VIH, supposent un travail multidisciplinaire cohérent et complémentaire. À cet effet, nous vous invitons à une journée de formation gratuite s'adressant aux psychologues, travailleurs sociaux, pharmaciens et diététistes qui aura

lieu le 12 novembre 2004 à l'Hôtel-Dieu du CHUM. Pour vous renseigner et vous inscrire, veuillez vous adresser à Sonia Waite, travailleuse sociale; courriel : sonia.waite.chum@sss.gouv.qc.ca; télécopieur : (514) 412-7545.

Julie Vadeboncoeur est candidate au doctorat à l'Université de Montréal.
Paul C. Veilleux est psychologue au CHUM – UHRESS.

Références

1. Choo, Q.-L. et al. (1989). « Isolation of a cDNA clone derived from a blood-borne non-A, non-B viral hepatitis genome ». *Science*, 244, p. 359-362.
2. Remis, R. (2004). *Portrait de l'hépatite C au Canada* [Résumé]. Communication présentée au 10^e Colloque provincial en maladies infectieuses, Montréal, Canada.
3. Heintges, T., et Wands, J. R. (1997). « Hepatitis C virus : epidemiology and transmission ». *Hepatology*, 26 (3), p. 521-526.
4. Laboratory Centre for Disease Control (1999). *Hepatitis C prevention and control : a public health consensus*. Ottawa, Health Canada.
5. Canadian Liver Foundation (2000). « Hepatitis C : medical information update ». *Canadian Journal of Public Health*, 91 (1), p. S4-S9.
6. Ministère de la Santé et des Services sociaux (1999). *Information à l'intention des médecins : L'hépatite C*. Québec, gouvernement du Québec.
7. Boisvert, J. C. (2001). *Étude exploratoire sur les besoins psychosociaux des personnes infectées ou affectées par l'hépatite C : rapport soumis aux responsables de la Société canadienne de l'hémophilie – Section Québec*. Document inédit, Société canadienne de l'hémophilie.
8. Wessely, S., et Pariente, C. (2002). « Fatigue, depression, and chronic hepatitis C infection ». *Psychological Medicine*, 32, p. 1-10.
9. Dwight, M. M. et al. (2000). « Depression, fatigue, and functional disability in patients with chronic hepatitis C ». *Journal of Psychosomatic Research*, 49, p. 311-317.

10. Hilsabeck, R. C. *et al.* (2003). « Cognitive functioning and psychiatric symptomatology in patients with chronic hepatitis C ». *Journal of the International Neuropsychological Society*, 9, p. 847-854.
11. Goldsmith, J., et Hauser, P. (2003). « Psychiatric issues in patients with hepatitis C ». *Psychiatric Annals*, 33 (6), p. 357-360.
12. Dieperink, E., Willenbring, M., et Ho, S. B. (2000). « Neuropsychiatric symptoms associated with hepatitis C and interferon alpha : a review ». *American Journal of Psychiatry*, 157 (6), p. 867-876.
13. Robinson, A. (2001). « Meeting the psychological needs of hepatitis C patients on combination therapy ». *Issues in Interdisciplinary Care*, 3 (3), p. 177-183.
14. Zigante, F. *et al.* (1999). « Complications psychiatriques de l'interféron alpha : revue de la littérature et étude prospective de 33 patients traités pour une hépatite chronique active virale de type C ». *Annales médico-psychologiques*, 157 (10), p. 753-758.
15. Dieperink, E. *et al.* (2003). « A prospective study of neuropsychiatric symptoms associated with interferon- α -2b and ribavirin therapy for patients with chronic hepatitis C ». *Psychosomatics*, 44 (2), p. 104-112.
16. Schäfer, M. *et al.* (2000). « Adding low-dose antidepressants to interferon alpha treatment for chronic hepatitis C improved psychiatric tolerability in a patient with schizoaffective psychosis ». *Neuropsychobiology*, 42, p. 43-45.
17. Gleason, O. C., et Yates, W. R. (1999). « Five cases of interferon-alpha-induced depression treated with antidepressant therapy ». *Psychosomatics*, 40 (6), p. 510-512.
18. Fireman, M. (2003). « Hepatitis C treatment and substance use disorders ». *Psychiatric Annals*, 33 (6), p. 402-408.
19. Straits-Troster, K. A., Sloan, K. L., et Dominitz, J. A. (2003). « Psychiatric and substance use disorder comorbidity with hepatitis C ». *Psychiatric Annals*, 33 (6), p. 362-366.
20. Sylvestre, D. L. (2003). « Injection drug use and hepatitis C : from transmission to treatment ». *Psychiatric Annals*, 33 (6), p. 377-382.

LES RESSOURCES

Division sur l'hépatite C de Santé Canada	www.hc-sc.gc.ca/hppb/hepatite_c
Fondation canadienne du foie	www.liver.ca/francais
Compensation financière pour les personnes infectées par transfusion entre 1 ^{er} janvier 1986 et le 1 ^{er} juillet 1990	1 877 434-0944 www.hepc8690.com
Compensation financière pour les personnes infectées par transfusion sanguine avant 1986 ou entre le 2 juillet 1990 et le 28 septembre 1998	1 800 561-9749 www.msss.gouv.qc.ca (section « sujets », hépatite C)

promédic
Services d'assurances aux professionnels Inc.
Cabinet de services financiers

Filiale de Global Expert Gestion de Risques inc.

Courtier exclusif de l'Ordre des psychologues du Québec

ASSURANCE-GROUPE

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Assurance-vie | <input type="checkbox"/> Assurance soins médicaux | <input type="checkbox"/> Assurance soins dentaires |
| <input type="checkbox"/> Assurance décès ou mutilation par accident | • Hospitalisation | • Soins de base et prévention |
| <input type="checkbox"/> Assurance perte de revenu
(Durée maximale – 70 ans) | • Médicaments | • Endodontie (traitement de canal) |
| <input type="checkbox"/> Assurance des frais généraux | • Paramédicaux | • Périodontie (traitement des gencives) |
| | • Assistance-voyage | |

ASSURANCE INDIVIDUELLE

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Assurance-vie | <input type="checkbox"/> Assurance perte de revenu | <input type="checkbox"/> Assurance contre « les maladies graves » |
| • Temporaire 10 ans | <input type="checkbox"/> Assurance-vie universelle | • Protection en cas de : |
| • Temporaire 20 ans | | Cancer – Crise cardiaque |
| • Temporaire 100 ans | | Paralysie – Sclérose en plaques |

PLANIFICATION FINANCIÈRE

- | | | | |
|---|-----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Études des enfants | <input type="checkbox"/> Retraite | <input type="checkbox"/> Fiscalité | <input type="checkbox"/> Succession |
|---|-----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|

La réponse à tous vos besoins d'assurance de personnes

N'hésitez pas à communiquer avec nous

999, boulevard de Maisonneuve Ouest, 10^e étage, Montréal (Québec) H3A 3L4

Téléphone (514) 745-2425 • Sans frais 1-800-561-4963 • Télécopieur (514) 745-9966 • Courriel promedic@promedic.ca