

PRISE EN CHARGE DE L'HÉPATITE C EN PRISON : UNE POLITIQUE LOIN D'ÊTRE À LA HAUTEUR DES ENJEUX

Avril 2024

Cette note a été rédigée sur base des observations de terrain quotidiennes réalisées par les travailleurs et travailleuses d'I.Care ainsi que sur base des constats de Translation, un projet de littérature organisationnelle en santé.

Hépatite C : objectif d'éradication à horizon 2030

“

L'hépatite C est une maladie liée à un virus transmis par le sang avec des conséquences somatiques potentiellement graves telles que la cirrhose hépatique, celle-ci étant elle-même la cause de complications graves telles que le cancer du foie entre autres. Le diagnostic et le traitement précoce de cette maladie sont donc un enjeu important.

Le virus de l'hépatite C (VHC) constitue un enjeu majeur de santé publique. En effet, en 2020, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a recensé 1,575 million de nouveaux cas d'infection. En Belgique, environ 18 000 personnes sont atteintes de cette infection et, chaque année, on dénombre autour de 300 décès.

Grâce aux progrès thérapeutiques et technologiques de ces dernières années, la lutte contre l'hépatite C a pourtant connu de nets progrès. En effet, le dépistage et le bilan thérapeutique peuvent désormais être réalisés à l'aide d'outils non invasifs et facilement transportables, permettant de simplifier le processus de soins, ce notamment au bénéfice des personnes les plus éloignées des structures de santé. L'usage de certains outils, tels que les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD), a été récemment démedicalisé, permettant d'élargir le nombre de professionnel·les pouvant les pratiquer. Enfin, depuis l'introduction des traitements antiviraux à action directe (AAD), la guérison de l'hépatite C est effective à plus de 95 %. C'est dans ce contexte que l'OMS a adopté, en 2016, sa stratégie contre l'hépatite C et a fixé un objectif d'éradication de cette maladie d'ici à 2030, engagement pris par 195 États, dont la Belgique.

Des efforts encore insuffisants, notamment en prison

À l'été 2022, l'OMS a toutefois alerté sur le retard pris dans la lutte contre le VHC, en particulier du fait des difficultés d'accès au dépistage, diagnostic et traitement des publics aujourd'hui les plus concernés par cette maladie que sont les personnes usagères de drogues et les personnes incarcérées. En Belgique, cet objectif ambitieux ne sera vraisemblablement pas atteint.

Des difficultés de différents ordres sont observées : manque de connaissance du grand public et des professionnel·les de la santé, critères de remboursement des traitements encore trop restrictifs et n'impliquant que les médecins spécialistes, parcours de soins encore trop longs et complexes pour les publics les plus éloignés des structures de soins, insuffisance des dispositifs de réduction des risques, etc. Ceci est en particulier lié à un manque d'engagement des autorités et à une absence de stratégie actualisée aux progrès récents (le dernier plan couvrait la période 2014-2019).

L'OMS souligne l'importance d'adopter une approche axée sur des services de santé intégrés, orientés vers les besoins individuels, prenant en compte l'ensemble des besoins d'une personne. En effet, l'hépatite C est une maladie influencée par les déterminants sociaux et structurels de la santé, touchant principalement les individus les plus vulnérables aux inégalités et aux infections virales. Cette même instance insiste également sur l'importance de développer des stratégies respectant les droits humains, notamment le droit de chaque individu à jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible.

La population carcérale représente un des principaux groupes cibles dans cette lutte puisqu'elle comprend en son sein des personnes cumulant plusieurs facteurs de risques liés à des pratiques à risque comme l'usage de drogues, certaines pratiques sexuelles, les tatouages, les piercings, l'échange de petit matériel d'hygiène ou d'autres encore liés au nonaccès au matériel de réduction des risques, à l'insalubrité de l'environnement, à la promiscuité, etc. Une étude menée en 2020 a démontré qu'au moins 4,6 % de la population carcérale belge aurait une infection par le VHC, soit environ 500 patients (1). Cependant, malgré cette prévalence élevée, la prévention, le dépistage et la prise en charge de l'hépatite C en milieu carcéral sont insuffisants.

Lutter contre l'hépatite C dans les prisons belges

Si l'objectif d'élimination est ambitieux, il reste réaliste à condition que l'institution carcérale s'en donne les moyens. Or, la politique actuellement menée en la matière est loin de répondre aux enjeux ; pire, elle porte atteinte aux droits fondamentaux des personnes détenues.

Refus de dépistage : des causes multiples

Partant du constat que certains établissements pénitentiaires faisaient face à un nombre important de refus de dépistage de la part des personnes détenues, nous avons investigué les raisons de ces refus.

Tout d'abord, ces refus sont notamment liés à un manque d'informations chez les patient-es à propos des modes de contamination, du dépistage ou du traitement, ce qui favorise l'inquiétude et l'appréhension par rapport aux examens médicaux attendus mais également la prise de risques. De même, des connaissances limitées sur les avancées thérapeutiques, des croyances erronées sur les effets secondaires des traitements, leur faible efficacité, ainsi que des méthodes de dépistage invasives contribuent à ces refus. En effet, l'information disponible en prison concernant le VHC est souvent obsolète et n'est accessible que dans les locaux médicaux, ce qui rend difficile l'accès aux informations actualisées pour les personnes détenues. De plus, ces supports d'information sont parfois rédigés dans un langage médical complexe, rarement traduits en plusieurs langues, et souvent incohérents par rapport à la réalité carcérale. Cette méconnaissance se retrouve aussi chez certain-es professionnel·les de santé, dont une partie appelle justement à la nécessité de développer l'information et les outils à ce sujet.

Cet état de fait est accentué par les conditions d'accès et l'organisation des soins en prison. En effet, les professionnel·les de santé disposent de peu de temps pour transmettre des informations de manière accessible. La barrière de la langue, les difficultés à la lecture et les déficiences cognitives de certaines personnes détenues peuvent aussi représenter des freins à l'accès à l'information liée à la maladie. Par ailleurs, les horaires de consultation entrent parfois en conflit avec d'autres activités telles que les visites de proches, les rendez-vous sociaux ou juridiques, empêchant ainsi la personne détenue de se rendre à son rendez-vous de dépistage. Autre facteur important : l'impossibilité, réelle ou supposée, de recevoir un traitement pendant l'incarcération décourage certaines personnes détenues de se faire dépister. D'autres ont également mis en avant leur défiance à l'endroit du personnel médical, assimilé à la Justice.

Notons également que la crainte d'une double stigmatisation (d'une part en tant qu'usager·ère de drogues de la part d'autres personnes détenues et/ou des professionnel·les et, d'autre part, liée à la maladie) joue dans les refus de dépistage, situation notamment renforcée par le fait que les locaux et les modalités de consultation ne permettent pas toujours d'assurer la confidentialité des échanges. De plus, en cas de résultat positif du dépistage, la prise quotidienne de médicaments au service médical révèle un problème de santé qui ne peut plus être caché, limitant l'indépendance et l'autonomie dans la prise du traitement.

(1) Busschots et al., Limburg is the first Belgian province on track for hepatitis C virus eradication in the most important group at risk: people who use drugs, août 2020.

Enfin, d'autres éléments sont à prendre en considération dans les refus de dépistage, et notamment la peur de l'aiguille qui entraîne des refus de prise de sang, le souhait de ne pas recevoir de mauvaises nouvelles en l'absence de soutien moral de la famille, incitant à l'ignorance de la maladie ou encore le fait que d'autres problématiques sont considérées, par les personnes détenues, comme plus urgentes à traiter. L'hépatite C est une maladie à progression lente et sans symptômes, sa prise en charge pourrait donc attendre selon elleux. Certaines personnes sans titre de séjour émettent également des inquiétudes sur les effets accélérateurs d'un diagnostic positif sur leur droit au séjour. Or, les refus opposés par les personnes détenues, I.Care s'inquiète des informations reçues selon lesquelles certain-es patient-es doivent particulièrement motiver leur demande de dépistage (détail des pratiques à risques) pour pouvoir en bénéficier.

Discrimination dans l'accès aux soins

I.Care exprime sa plus vive préoccupation quant au protocole actuellement en vigueur dans les prisons belges en matière d'accès au traitement contre le VHC. En préambule, rappelons que les règles minima des Nations unies pour le traitement des détenus, dites règles Nelson Mandela, précisent que « l'État a la responsabilité d'assurer des soins de santé aux détenus, ceux-ci devant recevoir des soins de même qualité que ceux disponibles dans la société et avoir accès aux services nécessaires sans frais et sans discrimination fondée sur leur statut juridique ». Les recommandations du Comité des ministres aux États membres du Conseil de l'Europe sur les règles pénitentiaires européennes du 11 janvier 2006 vont dans le même sens. Par ailleurs, au niveau régional, dans son troisième rapport général de 1992 (2), le Comité européen pour la prévention de la torture et des mauvais traitements du Conseil de l'Europe (CPT) rappelle également les principes de continuité et d'équivalence des soins pour les personnes détenues. Quant à la loi de principes de 2005 (3), elle encadre les soins de santé des personnes détenues, en précisant notamment dans son article 88 (4) que « le détenu a droit à des soins de santé qui sont équivalents aux soins dispensés dans la société libre ». Le code de déontologie médicale, soutenu par la loi couvrant les droits des patients, fait également référence au respect de la dignité humaine et son article 30 dispose notamment que « Le médecin soigne avec la même conscience tous les patients, sans discrimination. »

Or, la politique menée contre le VHC en prison semble contrevenir à ces dispositions. En effet, selon nos informations, le dépistage reste encore très insuffisant et très inégalement proposé selon les établissements et le traitement ne peut être mis en œuvre que s'il est établi que la personne doit rester en détention au moins trois mois. Cette disposition a, dans les faits, pour conséquence d'exclure les personnes prévenues, voire certaines personnes condamnées si le reliquat de peine est inférieur à cette durée (5). Outre le fait qu'elle prive une partie des personnes détenues d'un accès aux soins pour un motif qui n'est pas fondé sur des considérations d'ordre médical, cette disposition retarde le traitement et est donc susceptible d'entraîner une détérioration de l'état de santé du-de la patient-e et augmente le risque d'infection au sein de la prison.

Par ailleurs, le protocole impose que la personne concernée ne soit « pas alcoolique, ni toxicomane ». Si le traitement est indiqué comme possible dans l'éventualité où la personne est sous traitement de substitution aux opiacés stabilisé, des tests de drogues sont imposés et le traitement peut être interrompu en cas de test positif. Cette obligation ne se justifie par aucun élément scientifique ; la société savante européenne d'hépatologie recommande en effet expressément de traiter les personnes consommatrices de drogues. De plus, cela concourt à la défiance à l'endroit du service médical.

(2) CPT, « Services de santé dans les prisons. Extrait du 3ème rapport général du CPT publié en 1992 ».

(3) Loi de principes concernant l'administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique des détenus du 12 janvier 2005.

(4) Rappelons que les décrets d'application relatifs aux articles de la loi de principes sur l'accès aux soins n'ont toujours pas été adoptés.

(5) En effet, en détention préventive, la personne doit être présentée devant la chambre du conseil au bout de cinq jours, laquelle exerce ensuite un contrôle sur la détention tous les mois ou tous les deux mois, selon les cas. Il est ainsi retenu qu'on ne peut pas savoir si la personne restera donc incarcérée dans les trois mois et donc le traitement ne lui sera pas proposé.

Par ailleurs, la législation belge requiert que le traitement contre l'hépatite C soit prescrit par un-e médecin hépatologue ou interniste exclusivement. Or, le fait que seul-es deux hépatologues travaillent en milieu carcéral (l'un pour les prisons situées en Flandres, l'autre pour celles à Bruxelles et en Wallonie) crée une inégalité, l'accès au dépistage et au traitement étant plus aisé dans certains établissements que dans d'autres.

Des engagements insuffisants pour garantir la continuité des soins


Des lacunes importantes nuisent également à la continuité des soins, en particulier à la sortie de prison – argument justement utilisé pour justifier le refus de traitement des personnes prévenues et/ou ayant vocation à sortir de prison à brève échéance. Actuellement, il n'existe pas – à notre connaissance – de protocole ou de partenariat officiel entre les services médicaux des différentes prisons et des structures extra-muros afin de permettre la poursuite de l'accompagnement des personnes porteuses de la maladie et, pour certaines, sous traitement. L'OMS insiste pourtant sur la nécessité de mobiliser et de consolider des réseaux dans et autour de la prison. Il est urgent d'y remédier.


Pour une politique plus ambitieuse de lutte contre les maladies infectieuses en prison

À l'instar de l'hépatite C, il n'existe à ce jour aucun plan adapté de prévention, de dépistage et de traitement uniforme des maladies infectieuses dans les prisons. À cet égard, dans son dernier rapport aux autorités belges (publié en 2022), le Comité européen de prévention de la torture (CPT) notait que « la procédure d'admission comprenait un dépistage systématique de la tuberculose mais pas des autres maladies infectieuses ». Il réitérait sa recommandation de veiller « à ce que chaque détenu nouvellement arrivé bénéficie d'un entretien adéquat avec un professionnel de la santé et subisse un examen médical approfondi après son admission (y compris un dépistage systématique de la tuberculose et un dépistage volontaire du VIH et des hépatites B et C) », une demande également portée par le KCE dans son rapport sur les soins de santé en prison publié en 2017. Le CPT soulignait également la nécessité de mettre en place une politique de prévention soulignant « les risques d'infection par le VIH ou l'hépatite B/C liés à la consommation de substances et aborder les méthodes de transmission et les moyens de protection ».


La mise en place d'une action résolue en ce sens est indispensable. Cela permettra d'éviter la propagation de ces maladies, tant dans les murs de la prison que parmi la population générale, mais aussi de réduire les coûts de prise en charge – une action préventive étant moins onéreuse que la mise en place d'un traitement à un stade avancé de la maladie. Le transfert de compétences des soins de santé en prison du SPF Justice au SPF Santé publique – déjà initié – est également une opportunité qui doit être saisie pour permettre une amélioration globale de la qualité des soins dispensés derrière les barreaux. Ce transfert de responsabilité doit constituer une occasion pour une prise en charge des maladies infectieuses, dont le VHC, mieux coordonnée entre les différent-es acteur-trices de soins, dans une logique de santé publique, dans et hors des murs de la prison – sous réserve que des moyens suffisants soient alloués en ce sens.

NOS RECOMMANDATIONS



 Mettre en place des actions de sensibilisation la stratégie d'éradication du VHC à l'attention de l'ensemble des professionnel·les travaillent en prison et soutenir leur formation continue, en mettant l'accent sur la sensibilisation au VHC, la communication avec les patient·es incarcéré·es et les pratiques de réduction des risques ;


 Développer des programmes de sensibilisation et d'éducation à la santé au sein des établissements pénitentiaires pour informer les personnes détenues sur les risques liés à l'hépatite C, les modes de transmission, les avantages du dépistage précoce et les options de traitement disponibles. Ces programmes devraient être adaptés aux niveaux de littératie en santé des personnes détenues ;


 Généraliser et faciliter le dépistage en mobilisant les outils simples et non invasifs existants (trods et cepheid) ;

 Garantir la communication des résultats du dépistage aux personnes détenues, y compris lorsque le résultat est négatif. Par exemple, le nouveau canal de communication digitale interne aux prisons (Prison Cloud, Just From Cell) pourrait être utilisé pour communiquer les résultats négatifs aux patient·es.


Simplifier le parcours de soins entre le dépistage et le traitement dans chaque établissement pénitentiaire en :

-  • garantissant que chaque prison dispose des moyens suffisants pour agir de manière efficace à chacune des étapes de la maladie, de la prévention jusqu'au suivi de la guérison afin de garantir la continuité de la chaîne de soins ;
-  • proposant un dépistage des maladies infectieuses à toutes les personnes à leur arrivée en détention et en renouvelant cette proposition régulièrement au cours de la détention, quel que soit leur statut pénal ;
- garantissant un accès aux médecins spécialistes ;
- garantissant un accès universel au traitement de l'hépatite C pour toutes les personnes incarcérées, quel que soit leur statut pénal et sans préjudice d'une problématique d'assuétudes.

 Développer des outils (par exemple un carnet de suivi) et une fonction de liaison (par exemple, infirmier·ère de liaison) qui aurait pour mission d'assurer la continuité des soins (traitement et suivi de guérison) au moment de la sortie de prison entre les services intra-muros et extra-muros ;

 Collecter et rendre publiques les données pertinentes en matière de VHC en milieu carcéral (taux de dépistage, taux de prévalence, traitements mis en œuvre, guérison, etc.) afin de soutenir les prises de décision en la matière et adapter la stratégie de lutte contre le VHC ;

 Encourager la recherche sur l'hépatite C en milieu carcéral pour mieux comprendre les tendances épidémiologiques et les besoins de traitement, afin d'orienter les politiques de lutte contre la maladie.

 Mettre en place une véritable politique globale relative aux maladies infectieuses en milieu carcéral, en ce compris en matière de réduction des risques (mise à disposition de matériel, sensibilisation au risque d'overdose, formation des professionnel·les, sensibilisation par les pairs, etc.), via des accords de coopération entre les entités fédérales et fédérées.