

Recommandations politiques de la Coalition contre l'Hépatite Virale

JUILLET 2024

QUI SOMMES-NOUS ?

La Coalition contre les hépatites virales est composée de plus de 20 experts et organisations belges de la santé, de médecins et d'infirmières d'hôpitaux (universitaires) et d'organisations de santé. Initialement créée en 2020 pour lutter contre l'hépatite C, la Coalition a décidé au début de cette année d'étendre son champ d'action à la lutte contre toutes les hépatites virales, y compris l'hépatite B (VHB) et l'hépatite D (Delta).

QUEL EST NOTRE OBJECTIF ?

L'hépatite virale doit être une maladie du passé d'ici 2030. C'est en tout cas ce que notre pays, ainsi que tous les États membres de l'UE, ont promis à l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 2016. **Mais près de 10 ans plus tard, les mesures prises dans notre pays en vue de l'élimination de l'hépatite virale sont insuffisantes. La Belgique fait toujours partie du groupe de pays en queue de peloton. Nous entrons dans la dernière législature pour atteindre l'objectif d'élimination de l'hépatite virale, et un véritable rattrapage s'impose.**

QU'EST-CE QUE L'HÉPATITE VIRALE ?

L'hépatite virale n'est pas si inoffensive. Selon les estimations de l'OMS, toutes les 30 secondes, une personne dans le monde meurt d'une maladie liée à l'hépatite. En Belgique, **l'hépatite C** est responsable chaque année de près de 18 000 infections actives et d'environ 300 décès. Pour éradiquer l'hépatite C, il faudrait traiter au moins 1 200 patients par an en Belgique, ce qui est loin d'être le cas. D'ici 2022, **l'hépatite B** aura causé environ 1,1 million de décès, principalement par cirrhose ou cancer du foie. Ces infections potentiellement graves et mortelles peuvent toutefois être évitées : il existe des traitements antiviraux pour l'hépatite C, qui permettent de guérir la maladie en 2 ou 3 mois. Pour l'hépatite B, des vaccins sûrs et efficaces sont disponibles pour prévenir la maladie.

LA NOUVELLE LÉGISLATURE EST LA DERNIÈRE POUR ATTEINDRE L'OBJECTIF DE L'OMS

Pour briser enfin la chaîne de l'infection et protéger la sécurité et les travailleurs de la santé qui sont en contact quotidien avec les personnes vulnérables exposées à un risque accru d'hépatite virale, la Coalition belge contre l'hépatite virale formule des objectifs politiques - neutres sur le plan budgétaire - pour un plan d'action interfédéral.

La difficulté réside dans l'identification, le dépistage et le traitement adéquat des personnes infectées, qui appartiennent principalement à des groupes vulnérables : les usagers de drogues chroniques ou occasionnels, les personnes détenues et les migrants. **Cela nécessite un effort de la part de nombreux acteurs, tant au niveau politique que sur le terrain. Mais c'est possible.**

C'est pourquoi nous demandons ;

- Que les futurs gouvernements reconnaissent comme priorité l'éradication de l'hépatite virale dans les déclarations gouvernementales à tous les niveaux.
- Un plan d'action interfédéral permettant d'agir à tous les niveaux. Ce plan interfédéral est neutre sur le plan budgétaire et est essentiel pour assurer une approche plus coordonnée entre les différents niveaux de compétence et les acteurs impliqués.

PLAN D'ACTION INTERFÉDÉRAL POUR UNE BELGIQUE SANS HÉPATITE

Voici un aperçu des principales mesures à prendre pour éliminer l'hépatite virale en Belgique. Ces objectifs politiques complètent le [document d'orientation de la coalition](#).

1. LES PERSONNES DÉTENUES, UN GROUPE-CIBLE PARTICULIÈREMENT VULNÉRABLE

Le milieu carcéral est un groupe cible crucial et particulièrement vulnérable dans la lutte contre les hépatites virales. Selon diverses sources, l'hépatite C est encore près de 7 fois plus répandue dans les prisons qu'à l'extérieur. Une étude de Sciensano publiée en 2021 montre que 5 % de la population carcérale est infectée par le VHC. **Pour atteindre l'objectif d'élimination, nous devons détecter et soigner au moins 70 patients dans les prisons chaque année.**

À ce jour, la Belgique a été condamnée à plusieurs reprises par la Cour européenne des droits de l'homme du fait qu'elle ne garantit pas le principe d'équivalence des soins, notamment en raison du manque de personnel médical dans les prisons. Les membres de la Coalition travaillent déjà intensivement dans et avec les prisons, mais sont malheureusement confrontés quotidiennement à des problèmes qui font obstacle à l'amélioration de la situation sanitaire dans les prisons. Pourtant, les traitements existent et 97 à 98% des patients peuvent être guéris endéans 8 à 12 semaines.

C'est pourquoi la coalition propose les actions suivantes ;

1. **Toutes les personnes détenues devraient avoir accès au dépistage et au traitement de l'hépatite virale, quel que soit leur statut (les prévenus comme les détenus).** Actuellement, les personnes ne sont pas traitées si la durée probable de leur séjour en prison est inférieure à la durée du traitement (8 à 12 semaines), ce qui exclut de facto les personnes en détention préventive. Cela ne permet pas de rompre la chaîne d'infection, tant pour les infections à l'intérieur des murs qu'une fois que la personne quitte la prison. De plus, ce protocole viole le principe d'égalité des soins, ce qui est confirmé par la Cour européenne des droits de l'homme (arrêt Kudla contre Pologne). Pourtant, le SPF Justice écrit sur son site web que les détenus doivent recevoir les mêmes soins que s'ils étaient libres. **Nous demandons que toutes les personnes en prison soient traitées de la même manière, quel que soit leur statut juridique.**
2. **Les prestataires de soins de santé ne sont pas en mesure de respecter correctement leur code de déontologie parce qu'ils sont limités dans leurs options de dépistage et de traitement.** Un pas important a été franchi au cours de la dernière législature avec l'adoption de l'arrêté royal relatif à la démedicalisation des tests de dépistage rapide du VHC. L'objectif de l'AR est de permettre aux travailleurs non médicaux d'effectuer un dépistage rapide de l'hépatite C. **Cela permettra d'accélérer**

la prévention et la guérison de la maladie. Nous devons encourager un dépistage rapide et sûr, tout comme nous le faisons pour la tuberculose et le VIH, par exemple.

3. **Le transfert de compétences du Ministère de la Justice au Ministère de la Santé en ce qui concerne les soins à l'intérieur des murs de la prison est lent.** La Coalition trouve incompréhensible que les soins aux prisonniers ne soient pas supervisés par le ministre de la Santé. En l'absence d'une réforme adéquate, les prisonniers continueront à passer entre les mailles du filet des soins. **Nous appelons les futurs ministres de la Justice et de la Santé à travailler ensemble pour accélérer ce transfert sur lequel un accord existe, en fixant un calendrier serré et les moyens d'y parvenir au cours de la nouvelle législature.**
4. **Le suivi de la continuité des soins est essentiel pour une approche systémique du problème qui transcende les silos.** L'individu doit donc être abordé de manière holistique, ce qui nécessite un alignement de tous les partenaires, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des murs de la prison (continuité des dossiers médicaux lors des transferts entre prisons et à la libération). Une personne infectée peut être guérie en 8 à 12 semaines, mais le traitement doit être mené à son terme. Un meilleur suivi permettra de réaliser des économies (pas de perte de médicaments, traitements menés à terme, etc.) Cela peut se faire grâce à de bons accords de coopération entre les prisons et les hôpitaux voisins et au déploiement d'équipes mobiles.
5. **La prévention par la sensibilisation et le dépistage adéquat des personnes en détention est essentielle.** Les conditions spécifiques des prisons sont difficiles : il suffit de penser aux problèmes de langue, au manque de temps (les consultations ne durent souvent que 2 à 5 minutes) et aux ressources financières limitées. De plus, la maladie est stigmatisée, ce qui fait que les détenus ont du mal à se faire dépister. Un dépistage systématique, comme celui de la tuberculose, et l'établissement d'un historique commun par le biais d'un questionnaire garantissent une meilleure cohérence et un meilleur suivi du traitement. En outre, les détenus craignent souvent que le dépistage de l'hépatite virale ne révèle leur consommation de drogue par voie intraveineuse, voire leur statut de résident (et n'accélère ainsi leur expulsion). Là encore, une sensibilisation active est nécessaire, en commençant principalement par former le personnel pénitentiaire - qui est très sollicité à cet égard.

2. LES PERSONNES UTILISANT DES DROGUES PAR VOIE INTRAVEINEUSE, UNE PRIORITÉ POUR LA RÉDUCTION DES RISQUES

*Les personnes qui s'injectent régulièrement ou sporadiquement des drogues par voie intraveineuse (PWID) constituent un autre groupe cible vulnérable à l'hépatite virale (principalement le VHC). Parmi les consommateurs de drogues injectables occasionnels et chroniques, on observe un plus grand nombre d'infections et le virus se propage plus rapidement. Sur 10 000 consommateurs de drogues injectables, 30 % seraient séropositifs au VHC. **Si nous parvenons à traiter chaque année au moins 12,5 % de la population de consommateurs de drogues injectables infectés par le VHC, soit 370 patients, la prévalence du VHC parmi les consommateurs de drogues injectables diminuera jusqu'à 99 %.***

C'est pourquoi la Coalition propose les initiatives suivantes ;

- 1) Le partage des seringues et d'autres matériels augmente le risque de transmission du virus, et l'incidence du VHC est quatre fois plus élevée chez les personnes qui s'injectent des drogues sans être suivies par des programmes de réduction des risques, tels que les salles de consommation à moindres risques (SCMR). En effet, la recherche montre que les comportements à risque ne changent pas lorsque les personnes savent qu'elles sont infectées par l'hépatite virale. Des études et des

bonnes pratiques à l'étranger ont montré que l'investissement dans les salles de consommation à moindre risque peut contribuer à réduire les risques. **Les « programmes de réduction des risques » (distribution de méthadone/buprénorphine, échange de seringues, ...) constituent le moyen de prévention le plus efficace.** Pour ce faire, il faut sortir le groupe à risque de la marginalité et lever le tabou politique. Cela peut se faire en se concentrant sur des initiatives de prévention et un réseau d'apprentissage structurel entre les réseaux de médecins généralistes, les centres d'addictologie, MSOC (Medische Sociale OpvangCentra) et les maisons d'accueil socio-sanitaire (MASS). Les plans d'action pour « *Prévenir et réduire les dommages pour la santé chez les usagers de drogues par voie intraveineuse* » du GIG (Gezondheidspromotie bij Injecterend Gebruik) en Flandre et d'Eurotox en Wallonie et à Bruxelles peuvent servir d'inspiration à cet égard.

- 2) Le dépistage semble être le maillon faible de la chaîne de soins du VHC dans notre pays, avec moins de 50 % des patients diagnostiqués. **Des équipes de proximité spécifiques devraient être mises en place à partir de centres d'assistance pour les drogues pour effectuer des tests systématiques.** La possibilité pour les professions non médicales, telles que les travailleurs sociaux et les pairs aidants, d'effectuer des tests par piqûre au doigt est cruciale. Le nouvel AR adapté à cet effet est un excellent point de départ. L'étape suivante consiste à le déployer efficacement sur le terrain par Het Agentschap Zorg en Gezondheid (Flandre), l'AVIQ (Wallonie) et IRISCARE (Bruxelles). Une économie d'échelle potentielle de 10 millions d'euros pourrait être réalisée grâce à un appel d'offres fédéral lancé par l'INAMI.
- 3) Le dépistage doit toujours être associé à un **traitement**. Le traitement par des médicaments AAD (antiviraux à action directe) permet de guérir le patient dans plus de 95 % des cas. Il a également été scientifiquement prouvé qu'une intervention rapide est nécessaire pour briser la chaîne d'infection et qu'elle est donc rentable. Par conséquent, les infections de moins de 6 mois devraient être éligibles au traitement. Le groupe de travail interministériel sur la prévention des maladies chroniques de la Conférence interministérielle sur la santé publique est un radar important à cet égard.

3. UNE APPROCHE HARMONISÉE POUR TOUS LES MIGRANTS

32% de la population prévalente estimée sont des migrants non européens, avec une séroprévalence du VHC jusqu'à 10 fois supérieure à celle de la population autochtone. Chaque année, 690 migrants non européens et 45 personnes vivant dans des centres d'asile doivent être traités pour atteindre l'objectif d'élimination. Le coût du traitement de ces patients est déjà prévu dans le budget de l'INAMI. Les demandeurs d'asile ont droit à la prise en charge ou au remboursement des frais médicaux. Cependant, nous constatons qu'aujourd'hui les soins de santé ne sont pas égaux pour tous les demandeurs d'asile.

Les demandeurs d'asile devraient avoir droit à une assistance matérielle et à un accès égal aux soins de santé pour vivre dans la dignité, en gardant à l'esprit la déclaration de New York. Cela nécessite une simplification des organisations de soins de santé actuelles pour les demandeurs d'asile **en intégrant tous les demandeurs d'asile dans un système de soins de santé global doté d'une autorité politique claire, indépendamment de leur statut, de leur lieu de résidence et de leur état de santé.** Cela renforce la volonté politique actuelle d'inclure autant que possible les différentes catégories de la population dans l'assurance maladie obligatoire et d'accroître l'uniformité de la couverture. En effet, lorsque les personnes sans résidence légale bénéficient de la même couverture médicale que les résidents réguliers, le coût global pour la société diminue. Une organisation centrale des soins de santé pour les demandeurs d'asile, associée à une assurance maladie obligatoire, est la solution la plus efficace.

C'est pourquoi la coalition propose les initiatives suivantes ;

1. **L'inégalité d'accès aux soins pour les demandeurs d'asile doit être corrigée, en incluant des soins harmonisés dans l'assurance maladie ordinaire.** Bien que l'organisation des soins de santé soit en grande partie entre les mains de Fedasil, les modalités et la couverture varient en fonction de la structure d'accueil. Les soins de santé ne sont donc pas les mêmes pour tous les demandeurs d'asile. L'interprétation dépend de la manière dont vous obtenez des soins médicaux et de l'organisme qui les paie. Le nouveau vade-mecum de Fedasil ne doit pas seulement être mis en œuvre en Belgique néerlandophone, mais aussi pour Bruxelles et la communauté francophone ainsi que pour les centres qui ne sont pas liés à Fedasil. L'établissement de protocoles adéquats pour le dépistage et le traitement est la première étape cruciale à cet égard.
2. **Aujourd'hui, les centres d'accueil ne traitent que les patients atteints de fibrose sévère (F3) ou de cirrhose (F4).** Et ce, malgré la politique de remboursement de l'INAMI qui, depuis 2019, rembourse également les traitements pour **toutes les formes de fibrose**. Le cadre juridique de la loi sur l'accueil stipule que tous les demandeurs d'asile ont droit au soutien médical nécessaire pour mener une vie digne. Cela inclut tout traitement figurant dans la nomenclature de l'INAMI. Cela a donc été officiellement intégré au vade-mecum de Fedasil, diffusé à l'ensemble des centres d'accueil. Néanmoins, il est évident que la mise en œuvre de ces directives reste lente et compliquée.
3. **Les prestataires de soins de santé devraient avoir un meilleur accès à la formation.** Les initiatives existantes, telles que la formation en ligne des médecins généralistes par Fedasil en collaboration avec Domus Medica et SSMGx, devraient être poursuivies et étendues en termes de dépistage, d'orientation et de traitement, de taux de prévalence, etc.
4. Maintenant que tous les stades de fibrose sont éligibles au traitement, **il devrait suffire de pouvoir démontrer la présence d'une infection**, au lieu de devoir utiliser deux méthodes (une élastographie et un test de marqueurs biologiques spécifiques dans le sang) non invasives différentes pour évaluer la fibrose (comme c'est encore le cas aujourd'hui).

4. FOCUS SUR L'HÉPATITE B

Au cours des deux dernières années, le nombre de décès dus à l'hépatite a augmenté dans le monde entier. Selon l'Organisation mondiale de la santé, 83 % de cette augmentation serait due au virus de l'hépatite B. Bien qu'il n'existe pas d'estimations exactes pour la Belgique sur la prévalence globale du VHB, le dernier rapport de surveillance de Sciensano indique qu'en 2018, 2 116 nouveaux cas d'infections actives ont été signalés. Ce phénomène a été le plus souvent identifié au sein du groupe d'âge des 25-44 ans, dans 53 % des cas. Malgré des initiatives importantes, telles que la vaccination anonyme et gratuite chez Violet, Boysproject et Accueil, **nous constatons toujours une prévalence importante dans certains groupes à haut risque qui passent encore trop souvent à travers les mailles du filet, mettant ainsi en péril les objectifs d'élimination.**

C'est pourquoi la Coalition propose ce qui suit ;

1. Il est nécessaire de disposer de **chiffres récents et actualisés sur la prévalence de l'hépatite B**. En s'inspirant du registre belge du cancer (BCR), il conviendrait de créer un registre électronique national dans lequel seraient enregistrés les cas aigus et chroniques d'hépatite B. Ce registre devrait comprendre des données sur le patient lui-même ainsi que sur son environnement et sur le suivi ultérieur, par exemple en ce qui concerne les vaccinations et les traitements administrés. Il est important que ce registre contienne des données sur le patient lui-même ainsi que sur son

environnement et sur le suivi ultérieur, par exemple en ce qui concerne les vaccinations et les traitements administrés. La recherche des contacts pour chaque nouveau diagnostic d'hépatite B en Belgique est un pilier indispensable.

2. Suivre, évaluer et renforcer la mise en œuvre des recommandations relatives au dépistage des femmes enceintes séropositives pour l'AgHBs (idéalement au cours du deuxième trimestre de la grossesse). **Ce faisant, il faut veiller à ce que le vaccin contre le VHB et les anticorps passifs soient administrés en temps voulu au nouveau-né dans les 12 heures suivant la naissance.**
3. **Mettre en place des actions de dépistage au sein de FedAsil** pour les migrants et les prisonniers originaires de pays où la prévalence de l'AgHBs est supérieure à 2 %.
4. Il est important de convaincre les personnes à haut risque de se faire dépister et vacciner afin de freiner la propagation du vaccin contre l'hépatite B. Il convient donc **d'investir dans des campagnes de sensibilisation ciblant les groupes à risque tels que les femmes enceintes**, les MSM, les travailleurs du sexe et les migrants originaires de pays où la prévalence est supérieure à 2 %.
5. **Étendre la vaccination obligatoire à tous les groupes à risque.** Les programmes de vaccination des travailleurs du sexe montrent que cette démarche porte ses fruits.

La Coalition contre l'Hépatite Virale Belgique:

Dr. Stefan Bourgeois (ZNA), Dr. Christian Brixko (CHR de la Citadelle et service médical pénitentiaire), Dr. Pierre Deltenre (Clinique Saint-Luc Bouge), Dr. Françoise Desselle (CHC Liège), Dr. Anja Geerts (UZ Gent), Stefan Teughels (Domus Medica), Marion Guémas (I.Care), Dr. Philippe Langlet (Groupe hospitalier CHIREC), Dr. Luc Lasser (CHU Brugmann), Griet Maertens (Free Clinic Antwerpen), Dr. Lise Meunier (CHU Saint-Pierre), Dr. Christophe Moreno (Universitair Ziekenhuis Erasmus), Dr. Jean-Pierre Mulkay (CHU Saint-Pierre), Dr. Frederik Nevens (UZ Leuven), Dr. Geert Robaey (Ziekenhuis Oost-Limburg, UHasselt, UZ Leuven), Dr. Pierre Van Damme (Universiteit Antwerpen), Dr. Wim Verlinden (AZ Nikolaas), Tessa Windelinckx (Free Clinic Antwerpen). La Coalition contre l'Hépatite Virale Belgique travaille en complète indépendance, et reçoit un soutien administratif de AbbVie Belux et Gilead Sciences Belux.