

Coalition VHC : document de vision pour éliminer le VHC dans le milieu carcéral

Ambition : augmenter l'accessibilité aux soins pour un groupe vulnérable

Depuis 2016, la Belgique s'est engagée à éliminer les hépatites virales d'ici 2030, comme 195 autres États membres de l'OMS. Mais à ce jour, en ce qui concerne l'hépatite C, notre pays ne semble pas être en voie d'atteindre les objectifs d'élimination¹, avec environ 18 000 infections actives et environ 300 décès par an. Pour atteindre cet objectif, nous devons **traiter au moins 1 200 patients en Belgique chaque année**².

Le milieu carcéral compte un groupe cible crucial et particulièrement vulnérable dans la lutte contre l'hépatite C. En effet, selon différentes sources, **l'hépatite C y reste encore aujourd'hui près de 7 fois plus présente** qu'en dehors des prisons³. Les études montrent qu'au moins 4,6% de la population carcérale belge aurait une infection par le VHC, soit 506 patients⁴. Pour atteindre l'objectif d'élimination, nous devons trouver et traiter au minimum 70 patients dans les prisons chaque année⁵.

D'après un rapport du Centre fédéral d'expertise des soins de santé, **l'état de santé de beaucoup de détenus en Belgique était déjà plus que préoccupant** en 2017. Le rapport souligne que les professionnels des soins travaillant en prison sont souvent très dévoués, mais qu'ils sont confrontés à de nombreux problèmes, comme le manque de ressources financières et humaines, de coordination, de continuité des soins, de communication, de formation et la fragmentation des compétences entre les différents niveaux de pouvoir^{6,7}.

A ce stade, tout indique qu'encore aujourd'hui, **les détenus et prévenus ne disposent pas de soins de santé équivalents** à ceux au dehors des prisons, ce qui non seulement enfreint les législations internationales ainsi que la loi belge, mais représente également un problème dans la lutte contre les maladies infectieuses telles que le VHC.

La Belgique a, d'ailleurs, été condamnée à plusieurs reprises par le Cour européenne des droits de l'homme pour ne pas avoir garanti le **principe de l'équivalence** des soins et ce, notamment parce que le personnel médical disponible dans les prisons y est insuffisant. En Belgique, **la responsabilité de la santé dans les prisons relève du Ministre de la Justice**, là où pour le reste de la société, elle dépend des Ministres de la Santé au niveau fédéral et des entités fédérées. Dépister et aboutir à un diagnostic d'hépatite C implique de démarrer un traitement antiviral. Ces deux systèmes fonctionnant en parallèle réduise la transparence et la probabilité d'échange d'informations scientifiques, pourtant cruciales à la prévention, au suivi et à l'éradication d'une telle maladie.

¹ Boston Consulting Group (2020). Winning the race to eliminate Hepatitis C. Accelerating efforts together to reach the World Health Organization's 2030 elimination targets.

² Coalition belge contre le VHC. Belgique 2030 sans hépatite. Document de vision. Octobre 2020, <https://www.basl.be/news/belgium-hepatitis-free-in-2030/>

³ <https://www.oipbelgique.be/thematiques/sante/>

⁴ Busschots et al. (2020). Limburg is the first Belgian province on track for hepatitis C virus eradication in the most important group at risk: people who use drugs. Paper presented at the EASL congress, April 2020 in London.

⁵ Coalition belge contre le VHC. Belgique 2030 sans hépatite. Document de vision. Octobre 2020, <https://www.basl.be/news/belgium-hepatitis-free-in-2030/>

⁶ <https://kce.fgov.be/fr/le-kce-propose-des-pistes-de-reforme-pour-ameliorer-les-soins-de-sante-en-prison>

⁷ https://icareasblbxl-my.sharepoint.com/personal/support_icareasbl_be/_layouts/15/onedrive.aspx?id=%2Fpersonal%2Fsupport%5Fi%2Dcareasbl%5Fbe%2FDocuments%2FDirection%2FCOMMUNICATION%2FRapport%205%20ans%20final%20%2Epdf&parent=%2Fpersonal%2Fsupport%5Fi%2Dcareasbl%5Fbe%2FDocuments%2FDirection%2FCOMMUNICATION

Depuis plusieurs années, différentes instances, telles que l'Observatoire International des Prisons (OIP) ou les associations se rendant dans les prisons dénoncent cette situation. Et tout porte à croire que ni une bonne **accessibilité** ni une bonne **couverture de soins de santé** ne puissent être assurées dans la configuration actuelle.

D'un point de vue médical, les **contaminations sont pourtant facilement évitables**, car des traitements existent et des actions peuvent être menées pour réduire les infections et, par extension, le taux de mortalité lié au VHC. Au premier rang en terme de prévention: les dispositifs de réduction des risques sont quasiment absents en prison.

Le **taux de contaminations alarmant** dû au VHC dans les prisons requiert cependant une approche spécifique, afin de traiter le problème à la source et de permettre une éradication de la maladie sur le long terme.

Pour ce faire, des actions sont à mener au niveau **institutionnel**, mais aussi au niveau du **screening** et du **traitement**. Seule une approche globale et coordonnée permettra d'atteindre les objectifs 2030 de l'OMS pour l'éradication de l'hépatite C. Objectifs pour lesquels la Belgique reste, malheureusement, à la traîne.

Stratégie : traiter les causes profondes

Afin de répondre à cette problématique la coalition propose des actions à plusieurs niveaux.

Dès maintenant, **il est impératif qu'un screening systématique** de tous les détenus et prévenus, à leur entrée, mais aussi à leur sortie de prison soit mis en place et ce par l'intermédiaire de Tests Rapides d'Orientation Diagnostiques. C'est ce qui se passe déjà aujourd'hui dans les 'Forensisch Psychiatrische Centra (FPC) à Anvers et à Gand. Cela demande **l'adaptation de la loi du 10 mai 2015** relative à l'exercice des professions de santé et qui fournit la base légale à cet effet. Cette loi stipule notamment qu'une personne a obtenu l'autorisation d'un médecin ou d'un(e) infirmier(-ère) pour pratiquer certains actes techniques. Il faut alors laisser le libre choix du screening et du traitement au patient. L'idéal serait de proposer le screening après l'entrée ou au milieu de la peine. La prise de sang reste la référence et devrait pouvoir être faite en prison. L'idéal serait donc la **prise de sang systématique proposée** et si cela s'avère compliquée, on pourrait alors mettre en place l'utilisation de TROD (Test Rapide à Orientation Diagnostique), qui sont une alternative plus simple. Actuellement, la prison de Lantin propose déjà des prises de sang systématiques, leur expérience s'avère concluante.

Ensuite, au **niveau institutionnel**, nous soulignons le caractère urgent du **transfert de la responsabilité de la santé des prisons du SPF Justice vers le SPF Santé publique** et demandons que tout soit mis en œuvre pour que cette réforme soit finalisée au plus vite. Ce transfert de compétence est essentiel, afin que ce soit la logique des soins qui guide les actions en matière de santé en prison et non la logique économique.

En intégrant les détenus dans le système classique de santé (INAMI, Mutualités,...), les infections au VHC pourront être mieux identifiées et traitées plus vite et plus efficacement. Les détenus bénéficieront aussi d'un système équivalent de prise en charge, qu'ils soient en prison ou après leur libération, et ainsi qu'un suivi coordonné après leur libération.

L'aboutissement de cette réforme permettra, par ailleurs, un meilleur échange d'informations et une récolte de données scientifiques essentielle à l'éradication de la maladie.

Les tests (et les conditions spécifiques de leur utilisation) qui sont autorisés doivent toutefois être définis en vertu d'un AR. En 2018, cela a déjà été le cas pour les tests d'orientation

diagnostique VIH, mais aucun AR n'a encore été rédigé pour les tests d'orientation VHC, en dépit de la disponibilité de tels tests et les récentes recherches scientifiques belges sur la fiabilité de ces tests⁸. Pour les « équipes de proximité » liées à des centres agréés qui pratiquent des tests de façon décentralisée, ces tests doivent être remboursés. Cela pourrait se faire, par exemple, dans le cadre d'une convention spécifique pour des projets innovants, désignée sous le nom de « Conventions en application de l'art. 56 ».

Pour réaliser ces tests, il est impératif de mettre à disposition les moyens humains et financiers, en renforçant les équipes, ainsi que le niveau de connaissance du personnel.

Il serait également utile de pouvoir travailler avec des **équipes mobiles** qui viennent intervenir dans les établissements, initier des traitements et assurer le suivi. Cela est parfaitement possible avec la technologie actuelle, comme le Fibroscan portable, pour autant que ces technologies soient remboursées à l'avenir. De cette façon, on évite des frais de transport coûteux pour les détenus. Le personnel médical carcéral doit aussi s'emparer de ces missions et ne pas reposer uniquement sur des équipes mobiles externes. Les liens avec des hôpitaux et spécialistes de proximité devraient aussi être renforcés avec des dispositifs innovants implémentés ailleurs dans le monde, comme des staffs médicaux avec un hépatologue à distance en visio par exemple, permettant de superviser des médecins généralistes exerçant en prison.

A partir du moment où l'on teste, il faut aussi systématiquement **traiter** les personnes positives - sans distinction concernant le statut juridique des détenus (ou prévenus), même à un stade précoce de la maladie, et ce afin d'endiguer la propagation à la source. Le traitement doit être **remboursé**, même dans un stade initial de la maladie, et s'inscrire dans le système de soins de santé équivalent à celui dont bénéficie l'ensemble des détenus et des prévenus. Aujourd'hui les prévenus ne sont pas traités si la durée présumée de séjour en milieu carcéral est inférieure à la durée du traitement, ce qui crée des situations sanitaires catastrophiques. Les prévenus devraient, eux aussi, être traités avec un travail sur la continuité des soins en cas de sortie avant la date de la fin de traitement, afin de s'assurer de la poursuite du traitement. Une personne qui sort de prison infectée (et donc non traitée) risque de contaminer d'autres personnes dans la société, il relève du système carcéral de s'assurer que toute personnes soit traitée de la même façon, qu'elle ait un statut juridique de détenu ou de prévenu.

Afin de rendre l'intervention plus efficace, nous préconisons de **stimuler et de systématiser les partenariats** et les conventions de collaboration entre les prisons et les hôpitaux à proximité, pour disposer de manière fluide et en amont de la collaboration des hépatologues et spécialistes de la région, notamment par le biais d'une supervision de médecins généralistes via les moyens modernes de communications: visio permettant des commandes de traitement supervisés, modèles de consultations à distance ou encore prescriptions à distance par exemple, comme c'est déjà le cas ailleurs. En plus de cela, il faut faciliter le lien entre les soins dans les prisons et ceux en dehors de celles-ci, afin d'assurer la continuité des soins des personnes en traitement à l'extérieur et subitement incarcérées, ou l'inverse.

Enfin, il serait intéressant d'envisager des actions de sensibilisation ciblant les différents acteurs (détenus, personnel pénitentiaire, services médicaux des établissements, ...), afin d'encourager la réduction des risques en prison.

⁸ Bielen et al. (2020). Validation of hepatitis C virus RNA detection using capillary blood by fingerprick (GenXpert system)– Hepatitis C fingerprick study. Journal of Viral Hepatitis, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jvh.13284>

La coalition belge contre le VHC,

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), Dr. Frans Govaerts (Domus Medica), Marion Guemans (iCare), 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 Robaeys (Ziekenhuis Oost-Limburg, UHasselt, UZ Leuven), Dr. Pierre Van Damme (Universiteit Antwerpen), Dr. Roel Van Giel (Domus Medica), Dr. Thomas Vanwollegem (UZ Antwerpen), Dr. Wim Verlinden (AZ Nikolaas), Tessa Windelinckx (Free Clinic Antwerpen). Bien que le projet ait été financé par AbbVie Belux et Gilead Sciences Belux, les experts et auteurs ont pu travailler en toute indépendance.