

DE M. DAVID WEYTSMAN

À MME CÉCILE JODOGNE, MINISTRE EN CHARGE  
DE LA SANTÉ

vous voulez cibler certains publics. Il est à noter que certains publics sont en train de s'étendre. Je songe notamment au nombre croissant de personnes qui se font tatouer. Il ne faudrait dès lors pas se limiter aux personnes qui se droguent ou à d'autres cas.

Je reformule la même remarque : on ne doit pas élargir le champ d'application au grand public, mais l'étendre là où l'on voit que le public s'accroît.

Cette information me paraît importante, elle l'est aussi auprès des médecins qui ne sont pas toujours au fait de la nécessité de procéder à cette analyse au moment de la prise de sang. C'est en tout cas la remarque qui nous a été transmise par les personnes qui suivent de près cette question.

Je reviens avec une nouvelle question par rapport à notre débat du mois de juin. Vous aviez alors déclaré qu'il était nécessaire de clarifier la répartition exacte des compétences entre les autorités fédérales, les Communautés et la Commission communautaire française. Or, on sait que le Gouvernement fédéral vient d'étendre le remboursement des médicaments à tous les patients.

Cette clarification de répartition des compétences est en effet essentielle. En juin, nous avons souligné l'importance de concevoir un plan national relatif à ces politiques de prévention et de dépistage.

Pouvez-vous nous dire si la conférence interministérielle a pu clarifier le rôle de chacun ? Avez-vous pu, depuis le mois de juin, avancer sur ces questions ?

**Mme la présidente.**- La parole est à Mme Jodogne.

**Mme Cécile Jodogne, ministre.**- Monsieur Weytsman, ainsi que l'a rappelé Mme Plovie, il a été déjà répondu aux questions que vous posez dans une interpellation conjointe déposée lors d'une séance plénière organisée au mois de juin dernier. Je vais donc répéter en partie mes propos tout en actualisant certains éléments. Votre interpellation me donnera ainsi l'occasion de faire le point sur cette question.

Les données épidémiologiques relatives à l'hépatite C proviennent de différentes sources. En 2013, le centre de recherche fédéral Sciensano estimait que 738.870 dépistages avaient été réalisés au cours de l'année, pour un total de 613.330 patients. Les derniers chiffres disponibles témoignent donc d'un peu plus d'une sérologie par patient et par an. Ce nombre est stable depuis plusieurs années, mais la répartition par Région n'est pas précisée.

Quant aux données d'incidence, c'est-à-dire le nombre de diagnostics par an, elles sont calculées différemment selon les sources utilisées et présentent donc de légers écarts.

Je ne peux pas rentrer dans les détails pour ce qui concerne les méthodes de calcul employées, mais si l'on se base sur le nombre de cas enregistrés annuellement en Belgique par le réseau Sentinelles, composé de laboratoires de microbiologie, ce nombre est relativement stable : entre 2008 et 2014, il variait de 854 à 1.141 cas, selon les années.

Une autre source de données, celle de l'Agence intermutualiste, fournit une distribution des cas par Région pour l'année 2014, à partir du nombre de

génotypages ; elle est donc représentative du nombre de patients avec intention de traitement. Selon la répartition précitée, 41% des cas concernaient la Flandre, 42% la Wallonie et 17% Bruxelles.

Les résultats d'une étude de prévalence, qui porte donc sur la proportion de cas sur une population donnée, en population générale, viennent tout juste d'être publiés par des épidémiologistes de Sciensano. Ainsi, la prévalence de l'hépatite C est estimée à 0,22%, celle de l'infection dans sa forme chronique à 0,12%.

Les données par Région sont présentées, mais les auteurs estiment qu'elles ne sont pas statistiquement significatives. Pour information, ces données sont les suivantes : 1,05% pour Bruxelles, 0,21% pour la Flandre et 0% pour la Wallonie.

En nombres absolus, une prévalence de 0,22% équivaut à 24.420 cas, ce qui est loin du nombre de 70.000 que vous citez dans votre interpellation. Toutefois, si l'on prend en compte l'intervalle de confiance à 95% appliqué dans l'étude, l'estimation se situe alors dans une fourchette de 9.990 à 59.940 cas.

Le maximum de cette fourchette se rapproche du chiffre que vous avez cité. Il s'agit toutefois du cas le plus défavorable. Les auteurs de cette récente étude concluent que notre pays présente une faible prévalence de cette infection. Elle serait comparable à celle observée dans plusieurs pays voisins. Ils constatent également que celle estimée en Flandre en 1993-1994 lors d'une autre étude est inférieure (0,87%). D'après eux, cette différence peut partiellement être attribuée à une réelle diminution de l'incidence ainsi qu'à une rotation des patients.

La diminution de l'incidence serait due à une série de mesures de précaution prises en matière de don de sang, mais aussi au développement des programmes d'échange de seringues. Ils rappellent néanmoins que cette prévalence est nettement plus élevée chez les groupes particuliers, par exemple les usagers de drogue injectable, pour lesquels on peut clairement parler d'épidémie.

Le dernier rapport épidémiologique d'Eurotox asbl, un service de support spécialisé en toxicomanie et désigné par la Commission communautaire française, le rappelle d'ailleurs. D'après celui-ci, en Belgique, la prévalence dans ce groupe particulier d'usagers de drogue injectable varierait de 47 à 85%, selon les estimations.

Il convient également de mentionner un autre sous-groupe particulier : les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes qui souffrent d'une co-infection au VIH et au VHC. Cette co-infection peut être attribuée soit à des rapports sexuels particuliers impliquant un échange sanguin, soit à des pratiques d'usage de drogues en contexte sexuel. Nous avons déjà abordé ce phénomène, dénommé « chemsex », au sein de cet hémicycle lors d'une précédente interpellation.

Les données disponibles confirment que l'hépatite C est peu répandue dans la population générale et que sa prévalence semble même avoir fortement baissé en vingt ans. A contrario, ces données rappellent que le public des usagers des drogues reste hautement prioritaire. En effet, l'usage de seringues non stériles ainsi que le partage de matériel connexe d'injection (cuillère, filtre, eau) et de sniff (paille, billet) sont des modes de

transmission importants qui ne sont pas toujours connus par les usagers.

En ce qui concerne les tatoueurs, il y a un risque si le tatouage est effectué dans de mauvaises conditions ou avec un matériel inadéquat ou non stérilisé.

Les acteurs de terrain ont des contacts avec les tatoueurs, notamment via les salons du tatouage, et observent une réelle évolution dans les pratiques ; elles se professionnalisent et répondent désormais aux mesures de précaution nécessaires. Il y a une réelle prise de conscience de la profession et une responsabilisation des tatoueurs. Par exemple, ils ne tatouent plus en festivals parce que les clients potentiels n'y sont pas toujours conscients de ce qu'ils font.

La priorité 4 du plan de promotion de la santé vise la prévention des infections sexuellement transmissibles, dont le VIH et le VHC. Le plan préconise d'aborder de manière globale les prises de risques sexuels et d'usage de drogue, et d'envisager de la sorte les situations de risques croisés.

Cette priorité doit ainsi être articulée avec la priorité 7 du plan, qui consiste en la prévention et la réduction des risques liés à l'usage de drogues. Il s'agit ici, notamment, de favoriser l'accès à l'information, au matériel stérile d'injection et de consommation, d'envisager des dispositifs complémentaires au dispositif de réduction des risques comme les StériBornes et les salles de consommation, et de développer des pratiques innovantes telles que l'accompagnement et l'éducation aux risques liés à l'injection.

Cette priorité se décline en plusieurs stratégies : soutenir la concertation des acteurs, maintenir les efforts d'information et de prévention, favoriser l'accès au dépistage notamment via le dépistage délocalisé, et soutenir le recueil de données. Concrètement, ces priorités se traduisent par le soutien à divers opérateurs de la santé et de l'ambulatoire tels que Modus Vivendi et Dune, et I.Care pour la promotion de la santé en milieu carcéral.

Des actions sur le « chemsex » sont menées par l'Observatoire du sida et des sexualités, ExAequo et d'autres services spécialisés en toxicomanie.

Par ailleurs, le Réseau Hépatite C, précédemment agréé comme réseau de santé ambulatoire, est devenu, depuis 2018, un service agréé d'aide aux toxicomanes dénommé Service d'accompagnement mobile et de promotion à l'accès aux soins (SAMPAS).

Il est actuellement agréé pour quatre missions :

- l'accompagnement psychosocial mobile des patients vers les structures de soins primaires, mais surtout vers les structures hospitalières avec lesquelles ils n'ont généralement pas de contact ; cet accompagnement vise un suivi adéquat du traitement antiviral et une bonne collaboration entre tous les acteurs impliqués dans ce traitement ;
- le soin aux patients et le renforcement de la collaboration entre le bas seuil et la deuxième ligne, la mise en place de consultations spécialisées en hépatologie sur les sites de première ligne et la coordination des trajets de soins pour les consultations dans les hôpitaux ;
- la prévention et le dépistage auprès des usagers via la mise en place d'actions de santé communautaire et de dépistage délocalisé dans des structures non médicales ;
- la réduction des risques à travers la participation du service aux opérations « Boule de neige » ainsi qu'à travers des interventions en prison. On sait en effet que l'hépatite C est répandue en milieu carcéral même si des données manquent à ce sujet.

Ce nouvel agrément permet à SAMPAS de déployer une plus grande diversité de missions afin de lutter plus efficacement contre l'hépatite C auprès des populations usagères de drogues, mais aussi d'autres publics fragilisés atteints d'hépatite C ou fortement exposés aux risques comme les sans-abri ou les personnes sans papiers.

Par ailleurs, le service collabore actuellement à une étude de prévalence dans le groupe des usagers de drogue, ce qui devrait répondre au problème du manque de données récentes relatives à ce public très exposé.

En ce qui concerne le dépistage, les acteurs estiment qu'il serait nécessaire d'étendre les tests de dépistage rapide d'orientation diagnostique (TROD) dans les lieux non médicalisés tels que les comptoirs d'échange de seringues. À cet égard, un cadre réglementaire serait souhaitable afin de permettre à du personnel non médical de pratiquer ces dépistages moyennant une formation. Cette mesure nécessiterait l'adoption d'un arrêté royal, comme cela a été fait pour le dépistage du VIH après des demandes répétées des acteurs du secteur.

Dans le cadre de la conférence interministérielle (CIM) de la santé publique, un groupe de travail technique spécifique a mené ses travaux en se basant sur un plan national de lutte contre le virus de l'hépatite (VHC), approuvé lors de la législature précédente sous la forme d'un protocole d'accord. Ce groupe technique, au sein duquel le Service public francophone bruxellois (SPFB) est représenté, a accompli les tâches suivantes :

- clarification des compétences respectives du Gouvernement fédéral et des entités fédérées dans les actions préconisées par le plan ;
- conceptualisation d'un registre de l'hépatite C ;
- proposition de mise sur pied d'un comité pour l'élimination de l'hépatite C.

Les travaux et recommandations de ce groupe de travail n'ont pour le moment pas été traduits en actions par la conférence interministérielle.

Monsieur Weytsman, concernant votre dernière question relative à l'information et à la formation des médecins, les acteurs de terrain que j'ai pu interroger estiment que ceux-ci sont aujourd'hui plutôt bien informés au sujet de l'hépatite C dans le cadre de leur formation de base. Néanmoins, des efforts restent à fournir en matière de formation des médecins pour la prise en charge des publics spécifiques ou fragiles.

La formation relève clairement d'une compétence de la Communauté française, mais des liens entre les intervenants soutenus par la Commission communautaire française et les médecins généralistes et

spécialistes se développent, l'objectif étant d'améliorer la prise en charge des patients. Voilà un aperçu des actions soutenues par la Commission communautaire française en matière de lutte contre l'hépatite C. Il s'agit d'une priorité qui se concrétise, tant en ambulatoire qu'en promotion de la santé. Il en va d'une préoccupation à la fois spécifique et transversale.

**Mme Cécile Jodogne, ministre.**- On ne peut que se réjouir de cette décision très attendue, qui va tout à fait dans le sens de la logique du traitement. Je peux vous rassurer. Le remboursement total, sans attendre que le foie soit dans une situation de cirrhose très avancée ou irréversible, était une demande majeure du secteur depuis de nombreuses années. Ils n'hésitent donc pas à en faire la publicité auprès des publics les plus concernés. De ce point de vue, l'information circule bien.

**Mme Cécile Jodogne, ministre.**- Ne vous inquiétez pas : si la maladie est dépistée, ils sont suivis par un médecin

traitant qui est évidemment informé des possibilités de remboursement. Mais cela n'empêche pas qu'on puisse encore en parler.