

CAHIER

GINGEMBRE

>> Hiver 2018 Décembre

Remoises n° 106

Mobilisés-es !

Le cahier réalisé en partenariat avec le Réseau des Associations Africaines et Caraïbéennes agissant en France dans la lutte contre le sida, les hépatites virales, les IST et pour la promotion de la santé



|||
Dossier

Mobilisés-es !
Début novembre 2018, une conférence de mobilisation des communautés immigrantes originaires d'Afrique subsaharienne contre l'épidémie de VIH/sida a réuni près de 80 participants-es ; pas moins de 23 structures associatives étaient présentes, dont treize associations membres du RAAC-sida. *Gingembre* revient, dans un premier dossier, sur cet événement unique, avec quelques données clés pour comprendre les enjeux et une présentation des recommandations issues de ces trois jours de conférence.



XI
Actus

VIH/hépatites : la face cachée des discriminations, rapport 2018



VOUS POUVEZ SOUTENIR REMAIDES

Remaides est depuis sa création complètement gratuit et il entend bien le rester. Certains lecteurs et lectrices aident le journal en adressant un chèque de soutien à la revue. Si vous aussi vous souhaitez et pouvez aider le journal, merci de nous adresser votre soutien à l'adresse suivante : **AIDES, Remaides, Tour ESSOR, 14, rue Scandicci. 93508 Pantin cedex.**

Coupon d'abonnement

Abonnez-vous gratuitement à *Remaides* (merci de bien vouloir écrire en majuscules)

Mlle Mme M. Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____

- Je reçois déjà *Remaides* et je soutiens votre action en joignant un chèque à l'ordre de AIDES de _____ €
- Je désire recevoir *Remaides* et je soutiens votre action en joignant un chèque à l'ordre de AIDES de _____ €
- Je désire recevoir *Remaides* régulièrement.
- Je reçois déjà *Remaides*, mais j'ai changé d'adresse (indiquer l'ancienne et la nouvelle adresse).

Pour *Remaides* à renvoyer à :
AIDES, Remaides, Tour Essor, 14 rue Scandicci, 93508 Pantin CEDEX

Début novembre 2018, une conférence de mobilisation des communautés immigrantes originaires d'Afrique subsaharienne contre l'épidémie de VIH/sida a réuni près de 80 participants-es ; pas moins de 23 structures associatives étaient présentes, dont treize associations membres du RAAC-sida⁽¹⁾. L'objectif de cet événement était de « mobiliser » ces communautés pour « construire de nouvelles stratégies de lutte contre le VIH avec et pour les communautés migrantes originaires d'Afrique subsaharienne en France ». *Gingembre* revient, dans un premier dossier, sur cet événement unique, avec quelques données clefs pour comprendre les enjeux et une présentation des recommandations issues de ces trois jours de conférence.

Mobilisés-es !

La lutte contre le sida a ses angles morts, ses succès voire ses échecs ; celle qui est menée avec et pour les communautés immigrantes originaires d'Afrique subsaharienne aussi. Ce n'est pas faute d'engagement des acteurs-trices, de volonté, ni d'idées. Reste que la mobilisation, a un niveau élevé, est difficile sur le long terme ; d'où l'idée de monter un événement pour renforcer la mobilisation et franchir une étape nouvelle dans la lutte contre le sida au sein de ces communautés particulièrement touchées. Pour cela, rien de mieux que de partir des données (épidémiologiques notamment) pour saisir les urgences qui se posent, de comprendre le contexte actuel (enjeux, outils dont on dispose), d'échanger sur des concepts (approche globale de santé, approche communautaire, etc.) et de faire des propositions et recommandations. C'est cette trame qu'a suivi cet événement et que *Gingembre* reprend ici dans la restitution qu'il en propose. Cette dernière sera en deux parties ; la seconde paraîtra en avril prochain.

VIH DANS LES COMMUNAUTÉS IMMIGRANTES D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE : QUELLES URGENCES ?

Les urgences ne manquent pas. On l'a bien vu avec les présentations de la première journée de la conférence qui ont permis de brosser un panorama complet de l'épidémie au sein de ces communautés. On connaît le contexte actuel en matière de VIH. « Les traitements antirétroviraux sont efficaces et puissants. Un accès précoce aux traitements antirétroviraux assure une espérance de vie des personnes vivant avec le VIH similaire aux personnes non infectées par le VIH si le diagnostic et la prise en charge sont précoces. Cet accès précoce est important car le

risque de transmission sous traitement antirétroviral efficace est négligeable⁽²⁾. Enfin, un accès précoce a un bénéfice individuel — baisse de la morbidité⁽³⁾ et de la mortalité — et un bénéfice collectif (puisqu'il diminue la transmission du virus) », a expliqué Virginie Supervie, épidémiologiste, chercheuse à l'Inserm⁽⁴⁾. Le contexte actuel comprend la Prep (prophylaxie pré-exposition) qui permet de prévenir l'infection par le VIH avec à la fois un bénéfice individuel et un bénéfice collectif.

Côté chiffres, Virginie Supervie a rappelé qu'en 2016, il y avait eu environ 6 000 découvertes de séropositivité (pour des données plus récentes, voir en page six de ce numéro de *Remaides*). Ce chiffre est stable sur ces dernières années. Environ 30 % sont des infections récentes (moins de six mois) et 30 % ont été diagnostiquées à un stade tardif, voire très avancé de l'infection (sida). « Les chiffres de découvertes de séropositivité indiquent une surreprésentation des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) et des personnes nées à l'étranger », explique Virginie Supervie. Autres enseignements : toutes les personnes infectées une année donnée ne sont pas diagnostiquées la même année ; les délais entre infection et diagnostic varient entre individus et peuvent être longs ; il y a encore des personnes qui vivent avec le VIH sans le savoir. La chercheuse a bien étudié les chiffres disponibles. On sait ainsi que 173 000 personnes vivaient avec le VIH en France en 2016 ; 70 % étaient des hommes et environ 25 % d'entre eux étaient nés en Afrique subsaharienne. Si on prend l'année 2016, avec environ 6 000 nouvelles infections, la répartition des cas se fait ainsi : environ 680 concernent des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) nés à l'étranger

(1) : Réseau des associations africaines et caribéennes agissant en France dans la lutte contre le sida, les hépatites virales, les IST et pour la promotion de la santé.

(2) : C'est le terme choisi par les experts-es du rapport Morlat qui, pour des raisons scientifiques, ne peuvent pas parler d'un risque zéro. Cela veut dire qui ne vaut pas la peine qu'on en tienne compte... c'est pour cela qu'on dit désormais qu'il n'y a pas de risque de transmission du VIH sous traitement antirétroviral efficace.

(3) : Somme des maladies qui concernent une même personne ou un groupe dans un temps donné, état de maladie.

(4) : Institut national de la santé et de la recherche médicale. UMR S 1136, UPMC, Paris.

(12 %), 1 340 cas concernent des femmes hétérosexuelles nées à l'étranger (23 %), 820 cas des hommes hétérosexuels nés à l'étranger (14 %), 2 160 cas des (HSH) nés en France (37 %), 20 cas des utilisateurs de drogues par injection nés en France (moins de 1 %) et 30 cas des utilisateurs de drogues par injection nés à l'étranger (moins de 1 %). Si on reprend le chiffre global des nouvelles infections en 2016, on voit que 36 % des personnes concernées sont nées en Afrique subsaharienne. Sur les 680 cas de nouvelles infections concernant les HSH nés à l'étranger (12 % du chiffre global), 170 sont nés en Afrique subsaharienne (3 %). Sur les 1 340 nouvelles infections concernant des femmes hétérosexuelles nées à l'étranger, 1 230 concernent des femmes nées en Afrique subsaharienne ; chez les hommes hétéros nés à l'étranger, sur les 820 nouvelles découvertes, 690 concernent des hommes hétérosexuels nés en Afrique subsaharienne. Virginie Supervie s'est aussi intéressée à l'épidémie cachée (les personnes qui vivent avec le VIH et qui l'ignorent). On estime officiellement que 24 200 personnes vivant avec le VIH ne sont pas diagnostiquées ; plus de 50 % d'entre elles résident en Île-de-France, en Paca et Rhône-Alpes. Si on regarde la répartition des nouveaux diagnostics VIH chez les personnes nées en Afrique subsaharienne, par région. On arrive (données 2013-2016) aux chiffres suivants : 60 % des nouveaux diagnostics sont en Île-de-France, 5,9 % en Rhône-Alpes, 3,7 % en région Paca, 3,6 % dans les Hauts-de-France, etc.

Autre donnée : sur 10 100 personnes non diagnostiquées en Île-de-France, 45 % sont nées en Afrique subsaharienne. Si on prend Paris, le Val d'Oise (95) et la Seine Saint-Denis (93), on trouve 60 % des personnes non diagnostiquées et 60 % des personnes nées en Afrique subsaharienne non diagnostiquées.

Comme on le voit, nombreuses sont les données sur ce qui se passe. « Elles nous indiquent que l'épidémie de VIH touche tous les groupes de la population, mais certains groupes sont plus touchés que d'autres : les HSH et les personnes nées en Afrique subsaharienne. Toutes les régions sont touchées par le VIH, mais certaines régions, dont l'Île-de-France et les départements français d'Amérique, sont plus impactées que les autres. En 2016, on estimait que 24 000 personnes vivant avec le VIH étaient non diagnostiquées, dont plus de 7 700 personnes nées en Afrique subsaharienne », résume Virginie Supervie. Les chiffres montrent aussi que les délais entre l'infection et le diagnostic restent trop longs, notamment chez les hommes hétérosexuels, dont ceux qui sont nés en Afrique subsaharienne. Du coup, il y a une initiation trop tardive du traitement antirétroviral, ce qui occasionne de nouvelles infections. Pour la chercheuse,

deux défis principaux sont à relever pour enrayer l'épidémie et réduire la morbidité et la mortalité liées au VIH. Le premier est celui du diagnostic tardif, surtout chez les hommes ; qui est une perte de chance individuelle et un obstacle collectif à l'arrêt de l'épidémie. Le second : le nombre élevé de nouvelles contaminations dans deux principaux groupes que sont les HSH (groupe qui compte, comme on l'a vu, des personnes nées à l'étranger, notamment en Afrique subsaharienne) et les personnes nées en Afrique subsaharienne. Pour y répondre, certaines sont déjà connues : le dépistage répété du VIH pour réduire les délais entre infection et diagnostic ; la diversification des outils de prévention, dont la Prep, l'intensification des interventions dans certaines régions plus concernées (Île-de-France, départements français d'Amérique).

L'AFROBAROMÈTRE SANTÉ 2016 CONFIRME L'URGENCE

Les urgences... d'autres données les confirment. C'est le cas des chiffres de l'Afrobaromètre santé 2016⁽⁵⁾ présentés par Nathalie Lydié, responsable de l'unité santé sexuelle à Santé publique France. L'Afrobaromètre est une enquête transversale qui associait un questionnaire et un volet biologique. Ses objectifs étaient d'analyser les comportements sexuels et préventifs des populations afro-caribéennes vivant en Île-de-France, à l'heure de la prévention diversifiée, de mesurer les prévalences observées de l'infection par le VIH, de l'hépatite B et de l'hépatite C et d'évaluer l'impact des actions de prévention de l'association Afrique Avenir, partenaire avec Santé publique France de cette étude. Conduite dans des lieux communautaires (commerces africains, par exemple), entre mai et juillet 2016, cette étude a permis d'obtenir des informations en matière de Prep et sur les nouvelles stratégies de prévention. L'Afrobaromètre demandait ainsi si les personnes avaient entendu parler de la Prep. Parmi 1 283 répondants-es, 279 personnes avaient entendu parler de cet outil de prévention. Elles avaient comme caractéristiques : d'avoir 35 ans et plus, d'être nées dans un pays d'Afrique subsaharienne, de connaître également le Tasp et le TPE (traitement d'urgence ou traitement post-exposition), d'avoir réalisé un ou plusieurs tests de dépistage du VIH dans l'année, d'avoir utilisé le préservatif dans les douze derniers mois, etc. Dans cette étude, la prévalence⁽⁵⁾ du VIH était de 1,6 %. Cette étude associait un questionnaire et des examens biologiques, il était donc possible de faire un test de dépistage du VIH. Parmi les 21 personnes testées positives pour le VIH, huit (38 %) ignoraient leur séropositivité. Il s'agissait de sept hommes (cinq hommes hétérosexuels et deux hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, dont cinq étaient multipartenaires dans les douze derniers mois) et d'une



femme. Du côté du VHB, la prévalence était de 5,1 %. Parmi les 66 personnes testées positives au VHB : 26 déclaraient ne jamais avoir été testées pour le VHB et ignoraient donc leur diagnostic.

Les résultats permettaient aussi de connaître la façon dont les personnes se situaient par rapport à la séropositivité d'un-e tiers. « Accepteriez-vous d'avoir des relations sexuelles avec une personne séropositive, c'est-à-dire contaminée par le virus du sida, en utilisant un préservatif ? », demandait l'enquête. C'était « oui » pour 184 personnes (dont 140 hommes) et « peut-être » pour 236 personnes (dont 93 femmes). Une question concernait le Tasp. « D'après vous, le risque d'attraper le virus du sida en ayant un rapport sexuel sans préservatif avec une personne séropositive sous traitement avec une charge indétectable est (...) pas très important ou pas du tout important » pour 123 personnes (dont 85 hommes). En matière d'acceptation de l'homosexualité, 54 % des personnes la considéraient comme contre-nature et 15 % comme un problème psychologique chez les hommes ; ces chiffres étaient respectivement de 42 % et 14 % chez les femmes. Parmi les répondants-es, 113 hommes ont déclaré des relations sexuelles avec des hommes : 27 uniquement avec des hommes et 86 avec des hommes et des femmes. Les hommes exclusivement gays ont une meilleure connaissance du TPE, du Tasp et de la Prep que les hommes bisexuels qui en ont, eux-mêmes, une meilleure connaissance que les hommes hétérosexuels. Si on regarde les données de prévalence du VIH, elle était de 14,8 % chez les hommes qui avaient uniquement des rapports sexuels avec d'autres hommes, de 2,3 % chez ceux qui avaient des rapports avec des hommes et des femmes et de 1,6 % que chez ceux qui avaient uniquement des rapports sexuels avec des femmes. Ces données (présentées, ici, partiellement) permettent d'identifier les urgences. « En matière de dépistage du VIH, la fréquence est certes élevée, mais elle semble insuffisante en direction des hommes multipartenaires. Il y a une carence du dépistage du VHB, alors que la prévalence est élevée. Autre urgence, l'accès aux antirétroviraux et à leurs bénéfiques. C'est bien sûr la Prep et le Tasp pour le VIH, la limitation de la survenue de complications pour le VHB, le fait que l'on peut guérir de l'infection par le VHC », résume Nathalie Lydié. Autre urgence encore : la lutte contre les discriminations. C'est bien sûr la lutte contre la sérophobie, et celle contre l'homophobie, dont celle qui est intériorisée (intégrée par les gays eux-mêmes). Cela passe par une meilleure prise en compte des minorités (hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, femmes ayant des rapports sexuels avec d'autres femmes) au sein des communautés immigrantes d'Afrique subsaharienne. Et bien entendu la poursuite de la santé et de la recherche communautaires, parce que cela marche !

VIH ET PERSONNES IMMIGRANTES : LE TOURNANT DE PARCOURS

Etude auprès des personnes migrantes subsahariennes en France (Île-de-France) particulièrement touchées par le VIH et l'hépatite B, Parcours⁽⁶⁾ a constitué un tournant dans la compréhension des enjeux de la lutte contre le VIH dans les communautés migrantes originaires d'Afrique subsaharienne. Elle a permis de comprendre dans cette population, ce qui peut augmenter les risques d'infection par le VIH/sida et le VHB, ce qui peut retarder l'arrivée dans le système de soins, ce qui peut compliquer la vie avec l'infection par le VIH. Comme l'a rappelé Anne Gosselin (Institut des migrations, Eres, IPLESP (Inserm/Uspsc), une des chercheuses de l'étude, Parcours avait une « approche biographique », ce qui a permis de prendre en compte l'ensemble de la trajectoire de la personne pour comprendre ses besoins, ses contraintes et ses choix. Ce sont pas moins de 2 468 personnes nées dans un pays d'Afrique subsaharienne et vivant en Ile-de-France qui ont été interrogées en 2012-2013 dans 74 structures de santé. Trois groupes étaient comparés : un de personnes vivant avec le VIH, un de personnes vivant avec une hépatite B chronique et un suivi en médecine générale. « En France, les personnes nées en Afrique subsaharienne représentaient 31 % des nouveaux diagnostics VIH en 2013, mais il n'y avait pas encore d'estimation de la proportion des personnes africaines vivant avec le VIH en France qui ont acquis le VIH après la migration », a expliqué Anne Gosselin. A partir des questionnaires biographiques et de différents paramètres (diagnostic du VIH supérieur ou égal à onze ans après l'arrivée en France, avoir eu un test négatif pour le VIH en France, premier rapport sexuel après l'arrivée en France) et d'une modélisation statistique, les équipes de Parcours ont pu faire une estimation de la proportion de personnes infectées en France. Le résultat a frappé les esprits. Si on prend l'hypothèse stricte ou l'hypothèse médiane, entre 35 % et 49 % des personnes migrantes vivant avec le VIH en France ont été infectées après l'arrivée en France. Ces résultats concordent d'ailleurs avec des études similaires au niveau international.

Ce qui est particulièrement intéressant avec Parcours, c'est que l'étude permet de comprendre les raisons qui font qu'on s'infecte en France. Les équipes de Parcours ont donc pris en compte les indicateurs de partenariats sexuels à risque chaque année en France (relations sexuelles occasionnelles, relations concomitantes, relations transactionnelles en échange de logement, de ressources, etc.) et les conditions de vie cette année-là (situation du logement, titre de séjour, ressources financières). La situation des femmes a été particulièrement étudiée. « Ce qui augmente la probabilité des « partenariats

(6) : Tous les résultats de l'étude Parcours sont sur www.parcours-sante-migration.com



Qui a organisé cette conférence ?

Événement inédit, cette conférence de mobilisation qui s'est déroulée à Paris (du 2 au 4 novembre 2018) a été organisée par AIDES, Afrique Avenir (association communautaire de santé et de lutte contre le VIH et les hépatites virales, membre du RAAC-sida), La Marmite (association qui lutte contre la grande précarité)⁽⁷⁾ et le RAAC-sida (réseau des associations africaines et caribéennes agissant en France dans la lutte contre le sida, les hépatites virales, les IST et pour la promotion de la santé)⁽⁸⁾. Elle a alterné des présentations magistrales, des tables rondes et des ateliers. Y sont intervenus des chercheuses (Virginie Supervie, Anne Gosselin), des médecins et responsables publics (le docteur Nicolas Viguier, Nathalie Lydié), des leaders religieux (les pasteurs Majagira Bulangalire, Jackson Mbambi Mbumba) et des actrices et acteurs de la lutte contre le sida (Albertine Pabingui, Ariel Djessima Taba, Joseph Situ, Romain Mbiribindi, Nicole Tsagué, Jean Voza Lusilu, Momar Dieye, Assita Maiga, Papy Tshiala, Stéphane Montigny, Alice Gauny, etc.

à risque » chez les femmes, ce sont les relations courtes associées à l'absence d'un titre de séjour, au fait d'être hébergée par un tiers et pas de logement stable, d'être venue en France en raison de menaces dans son pays d'origine. Ce sont aussi les relations transactionnelles associées aux mêmes facteurs. Les résultats de Parcours indiquent qu'il y a plus de relations courtes et transactionnelles dans le groupe de femmes infectées en France. Si on s'intéresse aux hommes, ce qui augmente la probabilité des « partenariats à risque » chez les hommes, ce sont les relations courtes associées à l'absence d'un titre de séjour ou d'en avoir un qui soit court, de vivre dans un foyer ou d'être hébergé chez un tiers, etc. », a expliqué Anne Gosselin. On a aussi pu constater lors de cette présentation que la prévalence de la violence sexuelle parmi les femmes d'Afrique subsaharienne était importante et était corrélée à la précarité. Que nous dit Parcours ? La violence sexuelle est plus fréquente dans le contexte de relations concomitantes, occasionnelles et transactionnelles. L'instabilité résidentielle et le fait d'être hébergée par l'entourage sont associés à la violence sexuelle. La précarité administrative est associée à la violence sexuelle car les relations concomitantes sont plus fréquentes. Enfin, il existe une association entre violence sexuelle et le fait d'être venue pour fuir une menace dans son pays d'origine. En conclusion, Anne Gosselin a rappelé

que « les personnes qui ont contracté le VIH en France ont plus souvent connu des situations sexuelles à risque en France, et ces situations étaient plus fréquentes les années sans logement à soi, et les années sans titre de séjour, toutes choses égales par ailleurs. La précarité vécue lors des premières années de vie en France, fréquente chez les [personnes migrantes] d'Afrique subsaharienne, peut donc être considérée comme un facteur indirect de l'infection VIH ». Comme de nombreux projets de recherche, Parcours n'est pas une fin en soi et débouche aujourd'hui sur un projet : Makasi (mobilisation des Afro-Karibéens pour l'appui à la santé et l'installation). Ce projet est une recherche communautaire, financée par l'ANRS et l'agence régionale de santé d'Île-de-France et conduite par de nombreux acteurs (le Ceped, Afrique Avenir, l'IRD, Arcat, etc.). Elle vise à « renforcer l'empowerment en santé sexuelle des personnes immigrées d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes en Île-de-France » pour les aider à « se saisir plus efficacement des outils et dispositifs sociaux et sanitaires existants et ainsi à améliorer leur autonomie et leur capacité de protection dans les interactions sexuelles et relationnelles. Ce projet sera réalisé en 2019.

DU CONSTAT... À L'INNOVATION

Grandes tendances chiffrées, répartition géographique, ampleur de l'épidémie cachée, importance des contaminations après l'arrivée en France (fortement liée à la précarité sociale et administrative), lien fort entre violences sexuelles subies et contaminations... on connaît bien désormais le tableau et les enjeux. Le point faible réside dans le dépistage... qu'il faut renforcer vers certains publics et lieux si on veut faire reculer l'épidémie. Autre nécessité : renforcer plus encore l'accès aux droits et le maintien dans le soin des personnes dépistées positives. On sait aussi ce qui est efficace. Les actions de dépistage et de promotion de la santé organisées par des associations communautaires ont un impact positif et il y a tout intérêt à les développer. On voit aussi qu'il faut proposer des interventions communautaires innovantes fondées sur des connaissances et méthodologies scientifiques. Mais, on ne peut faire cela sans prendre en compte la lutte contre les discriminations. Citons la sérophobie (obstacle majeur au succès de la lutte contre le sida) alors que depuis dix ans le Tasp rebat les cartes et bouscule les représentations négatives sur la vie avec le VIH et le risque de contamination ; et l'homophobie qui reste forte comme en témoigne notamment l'Afrobaromètre santé 2016. Enfin la conférence a bien montré le virage de la prévention ces dernières années (voir encart N°4 en page XI) et le développement d'une approche globale de la santé.

(7) : <http://asso-lamarmite.org>

(8) : AIDES est membre du RAAC-sida.

PENSER GLOBAL(E) !

Lors de cette conférence, cet aspect a été développé par Nicole Tsagué (chargée de mission à AIDES) et Joseph Situ (responsable parcours de santé à AIDES). Tous deux ont avancé l'idée que cette approche globale comprenait la santé sexuelle et la prévention diversifiée et que, forte de ces deux piliers, cette approche contribuerait à « en finir avec le sida ». Mais de quoi parle-t-on ? L'organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé sexuelle comme « un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social relié à la sexualité. Elle ne saurait être réduite à l'absence de maladies, de dysfonctions ou d'infirmités. Elle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences plaisantes et sécuritaires, sans coercition, discrimination et violence. Pour atteindre la santé sexuelle et la maintenir, il faut protéger les droits sexuels de chacun. La santé sexuelle s'inscrit dans un contexte VIH qui a connu, schématiquement, trois grandes phases : le préservatif outil unique (1983-1996), l'arrivée des trithérapies et le développement de l'éducation thérapeutique du patient (1996-2008) et depuis 2008 : vivre avec le VIH comme « maladie chronique gérable » avec la palette d'outils qui composent la prévention diversifiée », précise Joseph Situ. Promouvoir la santé sexuelle et la prévention diversifiée dans le cadre d'une approche globale, mais auprès de qui ? « Si on pense à nos communautés, nous parlons des personnes migrantes, nées à l'étranger avec une identité étrangère, originaires d'Afrique subsaharienne... des Noirs. Nous parlons de la diaspora noire dans le monde et du continent africain, qui sont parmi les plus touchés par le sida. Cette diaspora est hétérogène à travers l'histoire et les générations, souligne Nicole Tsagué. Nous parlons aussi des personnes migrantes établies durablement comme des primo-arrivants-es. Nous parlons aussi des femmes noires et de leurs vulnérabilités multiformes. A entendre les deux militants-es, on s'imagine être en présence de poupées russes : dans la santé globale, on trouverait la santé sexuelle, dans laquelle on trouverait la prévention diversifiée. Côté pistes de réflexion comme de travail, Nicole Tsagué et Joseph Situ pointent, entre autres, la mise en place de « partenariats multidisciplinaires et multi-professionnels dans un protocole nouveau de coopération centré sur la personne », l'identification de « nouveaux lieux afin d'accentuer l'outreach⁽⁹⁾ et atteindre les personnes primo-arrivantes, les exclus-es pour cause de situation administrative », l'inscription de « l'accompagnement dans une notion de parcours qui conduit vers l'autonomie » et la diffusion « large et accompagnée des outils que sont les autotests, le Tasp, la Prep, le dépistage, etc. à travers les réseaux »

Après la conférence, la mobilisation continue !

La conférence a permis une mobilisation forte des communautés immigrantes africaines et un moment privilégié d'appropriation et de partage de stratégies à mettre en œuvre pour avancer ensemble vers la fin de l'épidémie de VIH. Ce n'est qu'un début, et les participants-es ont exprimé une attente très forte, le dernier jour de la conférence : les recommandations issues de cette conférence doivent maintenant diffuser ces prochains mois à travers la France entière, afin d'encourager une remobilisation locale et partenariale autour d'objectifs partagés. Dans ce but, le comité de pilotage en charge de l'organisation de la conférence a passé le relais à un comité de suivi incluant les quatre associations organisatrices rejointes par quatre autres organisations participantes : Afrique Avenir, AIDES, La Marmite, le RAAC-sida, la RIFEN, l'association Marie Madeleine, Da Ti Seni, et le GAMS. Pour commencer, ce comité de suivi sera notamment chargé d'accompagner la restitution des principaux enjeux soulevés lors de la conférence, auprès des associations participantes, et plus largement de l'ensemble des acteurs-rices concernés-es (décideurs, soignants-es, structures mobilisant et accompagnant des personnes immigrantes originaires d'Afrique subsaharienne).

Coline Mey

Des présentations magistrales aux tables rondes, des ateliers aux échanges, cette conférence a permis de se mobiliser ou remobiliser autour de priorités très clairement identifiées : il faut amplifier le virage de la prévention (dépistage + Tasp + Prep) ; il faut développer une approche globale s'appuyant sur des partenariats ; il faut insister sur l'empowerment et la mobilisation individuelle et collective ; l'approche communautaire est au cœur de la réponse au VIH/sida.

Jean-François Laforgerie

**Remerciements à Coline Mey, chargée de mission
Nouvelles stratégies de santé (AIDES)**

(9) : Démarche ou sensibilisation communautaire.



La prévention diversifiée

On a bien compris que la prévention du VIH restait une nécessité et le docteur Nicolas Vignier (CHU de Melun, Inserm et SFLS) et Ariel Djessima Taba (Afrique Arc-en-ciel, AIDES) l'ont bien rappelé lors de leur intervention. Ces dernières années, nous sommes passés d'un discours simple (sur le préservatif) à la prise en compte, en complément de la capote, des outils biomédicaux, a expliqué Nicolas Vignier. « Le seul préservatif ne permet pas de faire régresser l'épidémie. Il faut tenir compte du contexte de la sexualité. Il faut élargir l'offre de prévention avec des outils biomédicaux », a-t-il expliqué. Quels sont-ils ? Il y a le Tasp, la Prep et le TPE dans la famille des « traitements antirétroviraux comme prévention » et le dépistage et ses variantes (classique, tests rapide d'orientation diagnostique et autotests. Pour eux : il faut désormais concevoir la prévention comme une boîte à outils ; des outils éventuellement combinables par les personnes selon leurs besoins. Il a beaucoup été question dans cette présentation du Tasp qui a eu dix ans en 2018 mais reste mal approprié, tant par les soignants-es, que dans les communautés immigrantes africaines. Pourtant, les données scientifiques confirmant les bénéfices du Tasp se sont accumulées depuis 10 ans : une personne séropositive sous traitement avec une charge virale indétectable depuis au moins 6 mois ne transmet pas le VIH. « Le virus se transmet à partir de personnes infectées ignorant leur infection. En 2010, 82 % des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes qui se sont infectés ont acquis leur infection d'un partenaire non diagnostiqué », a rappelé Ariel Djessima Taba, dans sa présentation, citant une étude scientifique (Philipps, Plos One, 2013). On sait, par ailleurs, qu'il faudrait que 90 % des personnes séropositives dépistées dans l'année le soient dans celle qui suit leur contamination pour observer un contrôle de l'épidémie. Dans leur conclusion, les deux intervenants ont rappelé les éléments suivants :

- le préservatif ne suffit pas à faire reculer l'épidémie ;
- les nouveaux outils de prévention pourraient permettre de contrôler l'épidémie, en agissant sur la cascade du VIH (95 – 95 – 95)⁽¹⁰⁾ ;
- le dépistage est essentiel pour le Tasp et la Prep

Si on prend en compte des modélisations de baisse des contaminations chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH), voilà ce que cela donne selon les outils : Tasp seul : baisse de 19 % ; Tasp + Prep pour les HSH de moins de 30 ans : baisse de 30 % ; Tasp + Prep pour tous les HSH (avec 50 % des HSH qui acceptent).

« Aucun outil de prévention seul ne peut mettre fin à l'épidémie : tous les outils disponibles permettent de proposer une stratégie de prévention diversifiée, adaptée aux populations et aux individus, soutenue par la mobilisation et l'accompagnement communautaires. Il fut renforcer le dépistage afin de trouver les personnes séropositives qui s'ignorent (TROD), promouvoir l'intérêt du traitement sur la santé ET la diminution du risque de transmission, et assurer son accès le plus large aux personnes les plus exposées au risque de contamination (Tasp) ».

Recommandations de la conférence : les premières tendances

Le processus retenu pour la conférence a permis de mobiliser les actrices et acteurs autour de priorités dans la réponse à l'épidémie de VIH/sida dans les communautés immigrantes originaires d'Afrique subsaharienne. Voici les premières pistes et tendances sorties de cet événement :

- développer des partenariats et une dynamique de réseau pour une approche globale (santé globale, précarité sociale et administrative, environnement social, interprétariat) et un renforcement des capacités des acteurs-rices ;
- lutter contre la stigmatisation et la discrimination des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) à l'intérieur et à l'extérieur de la communauté (famille, etc.) ;
- développer à l'intérieur des structures des espaces et actions spécifiques pour les femmes, pour les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (temps d'échanges, ;
- adapter la communication au public migrant africain et à chacun des différents publics composant la communauté (femmes, HSH) ;
- développer des campagnes de communication bien distinctes adaptées aux publics migrants (sur dépistages, Tasp, Prep), en vulgarisant et adaptant le discours ;
- lutter contre la sérophobie : encourager et multiplier les témoignages de personnes vivant avec le VIH et renforcer la connaissance du Tasp ;
- plaider pour les accès aux droits, la lutte contre les discriminations ;
- favoriser les participations aux instances de démocratie sanitaire (Corevih).

(10) : Pour mettre fin à l'épidémie de VIH en 2030, il faut que 95 % des personnes vivant avec le VIH soient dépistées ; 95 des personnes diagnostiquées reçoivent un traitement ARV et 95 % des personnes sous traitement ont une charge virale indétectable.

AIDES, en partenariat avec l'ARDHIS, a publié, le 27 novembre dernier, l'édition 2018 de son rapport *VIH, hépatites, la face cachée des discriminations*. Cette édition est intégralement consacrée aux dérives des politiques migratoires, et à leur impact sur la santé et le respect des droits des personnes migrantes.



Actus <<

REMAIDES 106 CAHIER GINGEMBRE

VIH/hépatites : la face cachée des discriminations, rapport 2018

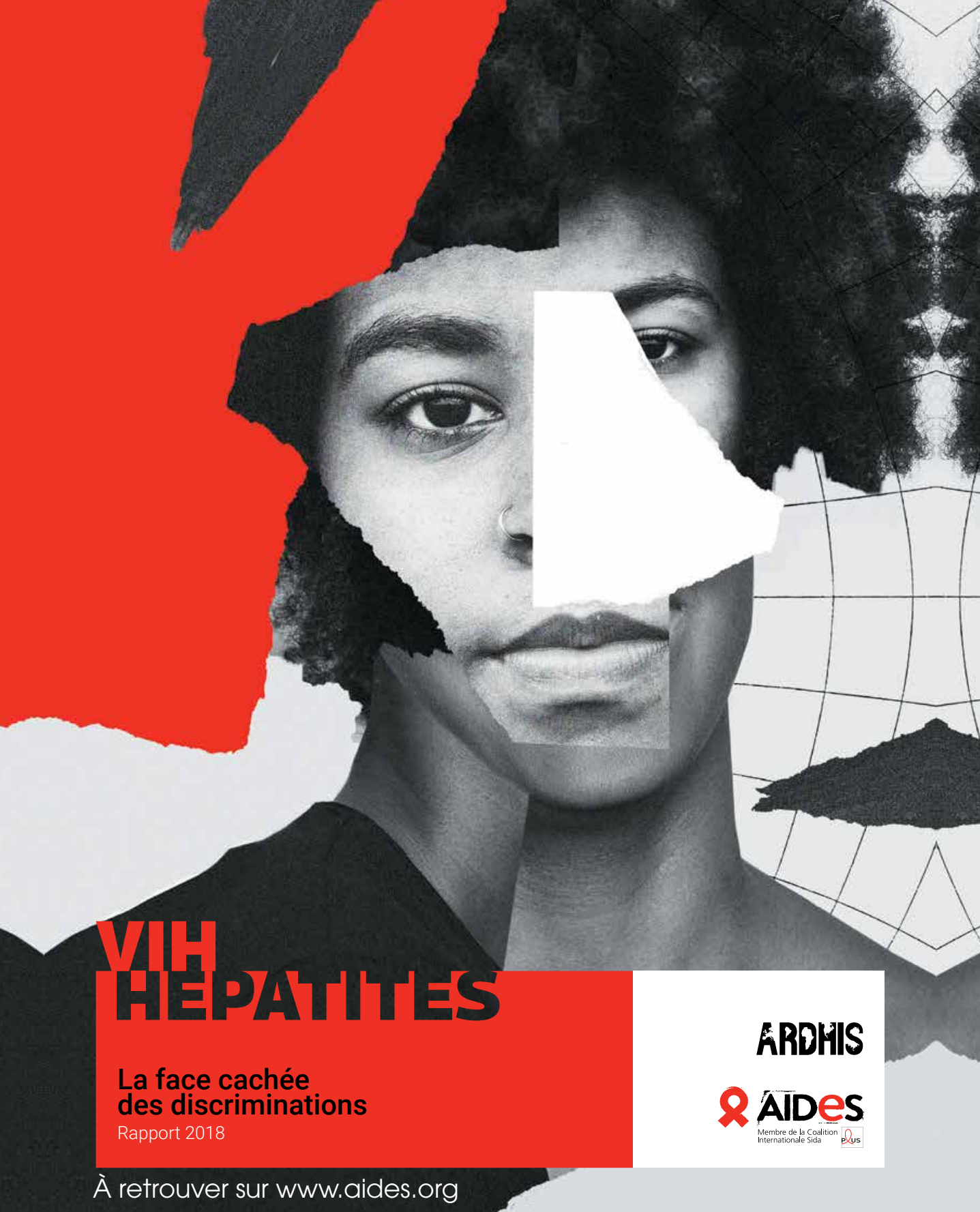


Hasard du calendrier, ce rapport est sorti quelques jours après celui du pôle santé de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (Ofii) qui, comme on l'a vu (voir en page 62 de *Remaides*), tente — sans grand succès — de maquiller la chute spectaculaire des délivrances de titres de séjour pour soins aux personnes étrangères gravement malades. Outre la dégradation du droit au séjour pour soins, le rapport 2018 consacre un chapitre entier au droit d'asile qui présente et analyse les « restrictions d'accès au droit d'asile pour les personnes LGBTI+ ». Réalisé en collaboration avec l'ARDHIS, (association pour la reconnaissance des droits des personnes homosexuelles et trans à l'immigration et au séjour), ce chapitre montre à quel point l'obtention du droit d'asile en raison des persécutions liées à son orientation sexuelle ou à son identité de genre reste un « véritable parcours du combattant pour des centaines de requérants-es ». « En cause, la remise en question par l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (Ofpra) de la véracité des parcours et des risques encourus par les requérants-es dans leur pays d'origine. Ces remises en question masquent bien souvent, en creux, une contestation plus ou moins explicite de l'orientation sexuelle des personnes concernées, fondée sur une vision normative

et caricaturale de ce que peut ou doit être l'homosexualité, masculine ou féminine, ou la transidentité », expliquent les deux ONG. La récente loi Asile Immigration, en réduisant les délais de dépôt des dossiers et de recours, rend encore plus précaire et angoissante la procédure de demande d'asile. Or parler librement de sa vie intime et sexuelle demande du temps. Les deux ONG rappellent dans un communiqué que « 71 pays continuent de pénaliser les personnes LGBTI+ par des peines de prison, des travaux forcés, voire de la torture. Sept d'entre eux appliquent encore la peine de mort. Et de très nombreux pays ne luttent pas activement contre les discriminations ou les persécutions homophobes et transphobes ». « Nous demandons une meilleure reconnaissance par l'Ofpra des spécificités des personnes LGBTI+, et l'application pleine et entière de la Convention de Genève relative à la protection des personnes appartenant à des groupes sociaux persécutés dans leur pays d'origine », concluent AIDES et l'ARDHIS.

Plus d'infos sur www.aides.org

Sur ce site, il est possible de télécharger gratuitement l'intégralité du rapport 2018 comme chacun des chapitres qui le composent.



VIH HEPATITES

La face cachée
des discriminations

Rapport 2018

ARDHIS

 **AIDES**
Membre de la Coalition
Internationale Sida 

À retrouver sur www.aides.org