

>> Automne 2016

GINGEMBRE #28

Le Journal du 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

Malades étrangers

la France expulse...
toujours



>> Sommaire

GINGEMBRE #28



Directeur de la publication : Aurélien Beaucamp.

Comité de rédaction : Caroline Andoum, Alain Bonneheu, Ariel Jean-Urbain Djessima-Taba, Mathy Kenya, Joseph Koffi, Jean-François Laforgerie, Augustin Mba Biyoghe, Coline Mey, Albertine Pabingui.

Coordination éditoriale et reporter : Jean-François Laforgerie, T.: 01 41 83 46 12, courriel : jflaforgerie@aides.org

Reporter, diffusion, abonnements : Mathieu Brancourt, T.: 01 41 83 46 10, courriel: mbrancourt@aides.org

Direction artistique et Maquette : Anthony Leprince pour Yul Studio.

Photos et illustrations avec nos remerciements : Yul Studio

Parution trimestrielle. Tirage : 31 500 ex. et 4 800 ex. de Gingembre, le journal du RAAC-sida en tiré à part. ISSN : 11620544. CPPAP N°1217 H 82735.

Impression : Corlet Roto, 53300 Ambrières-les-Vallées. ISSN : 2112-5600.

Gingembre, le journal du RAAC-sida sur internet : www.aides.org

Gingembre, le journal du RAAC-sida/Remaides
Tour Essor, 14, rue Scandicci, 93508 Pantin Cedex.
Télécopie : 01 41 83 46 19.

Les articles publiés dans Gingembre peuvent être reproduits avec mention de la source. La reproduction des photos, illustrations et témoignages est interdite, sauf accord de l'auteur.

III Edito

"La PrEP : pour nous et avec nous !",
par Caroline Andoum et Joseph Koffi, porte-paroles du RAAC-sida

IV Dossier

Malades étrangers : la France expulse... toujours

VIII Dossier

Prévention : c'est dans la boîte !

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* France à renvoyer à :

AIDES, Remaides, Tour Essor, 14 rue Scandicci, 93508 Pantin CEDEX

La PrEP : pour nous et avec nous !

Prévention diversifiée, PrEP : les migrant-e-s originaires d'Afrique et des Caraïbes veulent bénéficier des dernières innovations en matière de prévention !

Alors que les personnes originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes restent parmi les plus touchées par le VIH et les hépatites en France, la mobilisation des communautés noires originaires d'Afrique et des Caraïbes se renforce, notamment à travers le RAAC-sida⁽¹⁾. Les tests rapides d'orientation diagnostique (Trod) réalisés par nos associations font apparaître un nombre particulièrement élevé de nouvelles contaminations chez les hommes d'origines africaine et caribéenne ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes.

Face à ce constat, nous avons besoin de renforcer nos connaissances en matière de prévention diversifiée et sur les différents outils et stratégies de réduction des risques sexuels. Ces dernières années, les modèles traditionnels de prévention ont beaucoup évolué. Longtemps principalement centrées sur le préservatif, les stratégies de prévention ont progressivement intégré aux côtés du préservatif de nouveaux outils biomédicaux pas toujours bien appropriés par les personnes les plus exposées au risque de contamination au VIH. Bien sûr, la promotion de l'usage systématique du préservatif a permis de contenir en partie l'épidémie, mais sans parvenir à la contrôler ni à la faire régresser. On sait, depuis l'avis suisse de 2008 et les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé qui ont suivi, que les personnes séropositives sous traitement, dont la charge virale est indétectable depuis plus de six mois et en l'absence d'autre IST, ne transmettent pas le virus à leurs partenaires séronégatifs. D'après les données disponibles, cette stratégie est aussi efficace que le préservatif. Le TASP ou traitement comme prévention a ainsi permis d'avoir un impact sur l'épidémie en réduisant considérablement les transmissions après l'introduction des multithérapies.



Dans la lignée de ces avancées, un autre concept a fait son apparition depuis 2010 : la PrEP (prophylaxie pré-exposition). Il s'agit de la prise d'un médicament anti-VIH par des personnes séronégatives dans un but préventif. En prise continue ou "à la demande", la PrEP a montré son efficacité. Elle doit pouvoir s'intégrer dans un dispositif de prescription intégrant un accompagnement à la fois médical et communautaire permettant aux personnes de s'approprier au mieux cet outil. Elle doit aussi trouver sa place dans la palette d'outils de la prévention diversifiée.

Près de dix mois après l'autorisation en France de la prescription de Truvada et sa gratuité depuis janvier 2016, il apparaît nécessaire pour les communautés africaines et caribéennes en France de se familiariser avec les questions relatives à cette nouvelle stratégie de prévention. Depuis plusieurs mois, les associations du RAAC-sida se sont largement mobilisées autour de cet enjeu, se rapprochant notamment des services hospitaliers

proposant des consultations PrEP afin de réfléchir ensemble à l'inclusion des personnes migrantes dans les dispositifs proposés. Des premiers outils de communication ont été créés afin de promouvoir la PrEP auprès des personnes migrantes africaines tels que le dépliant et l'affiche coréalisés par Afrique Avenir et le CRIPS Ile-de-France. D'autres temps forts ont permis de travailler à la promotion de cet outil avec l'ensemble des acteurs concernés, comme l'atelier Afro PrEP⁽²⁾. Enfin plus récemment le 1^{er} octobre à Lille, le séminaire annuel du RAAC-sida était entièrement consacré à cette thématique. Sans surprise, le rôle central de l'accompagnement communautaire dans le dispositif de la prévention diversifiée et pour une appropriation réussie de la PrEP a été souligné⁽²⁾. Une fois de plus, la lutte contre le sida ne se fera pas sans nous, sans nos associations, sans la mobilisation de nos communautés, et sans moyens !

Caroline Andoum et Joseph Koffi,
porte-paroles du RAAC-sida

(1) : Ce réseau réunit les associations africaines et caribéennes agissant en France dans la lutte contre le sida, les hépatites virales, et plus largement dans la lutte contre les IST et la promotion de la santé.
(2) : Voir dossier en page VIII.

Cet été, l'expulsion d'une personne malade étrangère dans son pays d'origine a relancé le débat sur le droit au séjour pour raisons médicales. *Gingembre* revient sur cette affaire et fait le point sur les cas d'expulsions concernant les personnes vivant avec le VIH ou le VHC. Dossier réalisé par Nicolas Klausser.

Malades étrangers : la France expulse... toujours

Le 25 juillet 2016, le tribunal administratif de Limoges a rendu un verdict inédit : il a enjoint, par ordonnance, aux préfetures de la Haute-Vienne et du Vaucluse d'organiser le retour en France d'une personne iranienne gravement malade expulsée illégalement, et de lui fournir les traitements nécessaires à son état de santé en Iran. Retour sur cette histoire qui finit bien, contrairement à beaucoup d'autres.

Amini ⁽¹⁾, jeune ressortissant iranien, est arrivé en France le 25 août 2013. Il poursuit, à l'Université de Limoges, des études en master 1 de droit des affaires. Il est titulaire d'une carte de séjour mentionnant son statut d'étudiant. Au cours de ses études, il découvre être atteint d'une maladie très grave et invalidante. N'ayant pas pu valider son master 1 deux années de suite, du fait de sa pathologie, la préfecture de la Haute-Vienne lui refuse le renouvellement de sa carte de séjour étudiant. Elle lui notifie une obligation de quitter le territoire français (OQTF) en février 2016, et ce malgré une attestation du directeur de son master mentionnant "le sérieux et la grande motivation de cet étudiant". Il forme alors un recours gracieux (auprès de la préfecture) et contentieux (auprès du tribunal administratif) afin de demander l'annulation de ce refus de séjour et de la mesure d'éloignement, ainsi que le réexamen de sa situation. L'exercice d'un recours contentieux a pour effet d'être suspensif : cela signifie qu'Amini ne peut être renvoyé vers l'Iran tant que le tribunal administratif de Limoges ne s'est pas prononcé sur la légalité du refus de séjour.

En parallèle, Amini demande à la préfecture de la Haute-Vienne la délivrance d'une carte de séjour pour raisons médicales ⁽²⁾, du fait de la pathologie grave dont il est atteint. Une telle demande implique l'envoi au médecin de l'Agence régionale de santé (ARS) d'un rapport médical détaillé, afin que celui-ci évalue si l'état de santé de la personne nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité et qu'il n'existe pas de traitement approprié en Iran. En clair, savoir s'il est possible pour la personne de pouvoir être soignée dans son pays d'origine.

Malades étrangers : les expulsions se poursuivent

Selon les données recueillies par La Cimade dans les centres de rétention où elle intervient, entre février 2013 et mars 2015, 16 étrangers gravement malades ont été expulsés dans leur pays d'origine où l'accès aux soins ne leur était pas garanti. Parmi ces 16 situations, cinq personnes vivaient avec une hépatite C, et quatre avec le VIH. Selon les données publiées par la Direction générale de la Santé et la Direction générale des étrangers en France, le nombre de titres de séjour pour soins délivrés en raison de l'état de santé est relativement stable depuis 2006 : la variable oscille autour des 30 000 titres de séjour pour soins délivrés chaque année (1^{ère} demande et renouvellement inclus). Les derniers chiffres datent de 2013, année durant laquelle 31 710 titres de séjours en raison de l'état de santé ont été délivrés, soit 6,4 % de moins que l'année précédente. Les chiffres seraient à peu près similaires pour 2014 et 2015.

Ces données nationales dénotent toutefois avec les observations sur le terrain effectuées par la Case de Santé en Haute-Garonne ⁽³⁾. En 2013, cette association observait que parmi les personnes demandeuses d'un titre de séjour pour soins qu'elle suivait, 93 % obtenaient une réponse favorable de la préfecture. Ce taux a drastiquement chuté à 40 % en 2014, puis est remonté à 63 % en 2015. Ces variations s'expliqueraient par une interprétation plus restrictive des conditions d'octroi de cartes de séjour par les préfetures et l'ARS des Midi-Pyrénées. Preuve que l'apparente stabilité nationale de ce dispositif ne reflète pas les réalités régionales.

(1) : Le prénom a été modifié.

(2) : Article L. 313-11 11° du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

(3) : Rapport d'observation : Le droit au séjour des personnes étrangères malades (DASEM) à la Case de Santé, 2015.



W E S N

NAJAZ

POLICE

En juillet 2016, Amini est toujours sans nouvelle de ses recours, ainsi que de sa demande de carte de séjour pour soins : il ne sait pas si le médecin de l'ARS a déjà émis un avis. Le 19 juillet, il se rend à l'Université d'Avignon (Vaucluse) pour s'inscrire en Master 2. Un membre du personnel de l'Université lui donne rendez-vous le lendemain afin de finaliser des formalités administratives. En se rendant à ce rendez-vous Amini se fait interpellé à la faculté. En réalité, le membre du personnel en question s'est rendu compte de son séjour irrégulier, et a prévenu la police municipale de sa venue pour qu'il puisse être arrêté. Arrestation qui, en plus d'être fondée sur de la délation, est irrégulière, la police municipale n'étant pas compétente pour procéder à une telle privation de liberté. Lors de son arrestation, Amini montre aux policiers son attestation de dépôt d'une demande d'aide juridictionnelle, démontrant qu'un recours contentieux est en cours, et qu'il ne peut juridiquement être expulsé. Il mentionne également le dépôt de sa demande de carte de séjour pour soins auprès de la préfecture de la Haute-Vienne, en vain. La préfecture du Vaucluse souhaite mettre à exécution l'obligation de quitter le territoire français dont il fait l'objet, et le place au centre de rétention administrative de Nîmes.

Face à cette situation, maître Malabre, avocat d'Amini, introduit le 22 juillet 2016 un recours à l'encontre de cette mesure privative de liberté, recours également suspensif de la mesure d'éloignement. L'audience devant le tribunal administratif de Nîmes est fixée le 25 juillet, soit trois jours après son interpellation. Mais le 22 juillet, presque au même moment du dépôt de son recours, Amini est emmené par la police aux frontières vers l'aéroport de Marseille pour un vol jusqu'à Paris, puis Téhéran. Lors de son arrestation, Amini n'est pas en possession de ses traitements médicamenteux, et le fait savoir à la police. Celle-ci n'en tient pas compte, et refuse de passer par son hôtel pour les récupérer, alors que selon son avocat, l'hôtel se trouve sur le chemin pour aller à l'aéroport. Amini se retrouve donc éloigné vers l'Iran, sans ses affaires, ni ses médicaments vitaux.

Le 22 juillet au soir, soit quelques heures après son expulsion, l'avocat d'Amini exerce un référé-liberté (un recours en urgence lorsqu'une liberté fondamentale risque d'être violée du fait de l'administration) auprès du tribunal administratif de Limoges, demandant à ce dernier d'enjoindre aux préfectures concernées d'organiser son retour en France, et à l'Etat de lui fournir les traitements nécessaires à son état de santé sur place,

le temps de son retour en France. De son côté, la préfecture de la Haute-Vienne, qui a validé la procédure d'éloignement "proposée" par la préfecture du Vaucluse, dément avoir eu connaissance qu'un recours contentieux était étudié. Elle prétend ignorer qu'une demande de carte de séjour pour soins a été déposée, et qu'un recours devant le tribunal administratif de Nîmes a été exercé. Dans son mémoire en défense, la préfecture de la Haute-Vienne reconnaît le dépôt de la demande de carte de séjour pour soins, et l'avis rendu par le médecin de l'ARS du Limousin le 30 juin, avis favorable au séjour d'Amini du fait de son état de santé et de l'absence de traitement approprié en Iran. L'instruction du dossier par le tribunal administratif de Limoges révélera cependant que les deux préfectures avaient connaissance de tous ces éléments.

VHC, hépatites : il ne devrait pas y avoir d'expulsions

De plus en plus de médecins des agences régionales de santé (MARS) rendent des avis médicaux négatifs, considérant que le maintien en France n'est pas nécessaire, car le traitement approprié existerait dans le pays d'origine. Depuis juillet 2012, les avis négatifs à l'encontre des personnes touchées par le VIH, une hépatite C ou une hépatite B augmentent. C'est ce qu'indique le rapport de l'Observatoire maladies étrangères de AIDES, en juin 2015. Pourtant, l'instruction de la Direction générale de la Santé du 10 novembre 2011 indique que "dans l'ensemble des pays en développement, il n'est pas encore possible de dire que les personnes séropositives peuvent avoir accès aux traitements antirétroviraux ni à la prise en charge médicale nécessaire pour les porteurs d'une infection par le VIH" (point III-1 de l'instruction). Concernant les hépatites B et C, l'instruction précitée opère une légère distinction selon que le patient est sous traitement ou non : "Les recommandations établies dans le cadre des travaux du comité national de suivi et de prospective du plan national de lutte contre les hépatites B et C (2009-2012) sont sensiblement similaires à celles établies pour le VIH". Si ces instructions étaient suivies et si le ministère de la Santé les faisait respecter, il ne devrait pas y avoir de renvois dans les pays du sud de personnes vivant avec le VIH ou une hépatite virale B ou C.

Le 26 juillet, le juge des référés du tribunal administratif rend une ordonnance inédite. Dans un premier temps, il constate que l'exécution de la mesure d'éloignement avant que les tribunaux n'aient statué sur ses recours est constitutive d'une atteinte au droit à un recours effectif d'Amini, en raison du caractère suspensif de ces recours. Le juge aurait pu s'arrêter là pour enjoindre aux préfetures d'organiser le retour en France, mais il va plus loin : il considère que l'éloignement d'Amini alors qu'un avis du médecin de l'ARS a été rendu postérieurement au prononcé de l'obligation de quitter le territoire français porte une atteinte manifestement illégale à sa liberté personnelle. L'avis du médecin était constitutif d'un élément nouveau, qui devait amener la préfecture à réexaminer la situation d'Amini. Si la constatation de ces violations n'est, en soi, pas inédite, le Conseil d'Etat ayant déjà reconnu de telles violations par le passé, la combinaison des deux violations et la décision d'enjoindre aux préfetures d'organiser le retour en France, tout en fournissant les médicaments nécessaires le temps du retour, le sont.

De son côté, la préfecture de la Haute-Vienne maintient par voie de communiqué de presse ses positions — en divulguant le nom d'Amini par la même occasion. Elle prétend que la procédure d'éloignement est conforme au droit, ce qui est manifestement faux, comme le tribunal administratif le constate. Si tel était le cas, la Direction des libertés publiques et des affaires juridiques du ministère de l'Intérieur aurait interjeté appel devant le Conseil d'Etat, ce qui n'a pas été fait. La préfecture soutient en plus qu'Amini pouvait avoir accès aux soins dans son pays d'origine. Sur le plan médical, même si la préfecture n'est pas médecin, elle contredit l'avis du médecin de l'ARS, en soutenant que le jeune homme aurait pu avoir accès au traitement nécessaire à son état de santé dans son pays d'origine.

Mais le prononcé de cette ordonnance n'est pas synonyme de fin du calvaire pour Amini. Le consulat de France à Téhéran l'éconduit dans un premier temps, expliquant ne pas être au courant de sa situation. Puis, le consulat lui indique au téléphone qu'il doit se présenter avec son passeport pour une éventuelle demande de visa. Démarche impossible, les autorités iraniennes lui ayant confisqué son passeport dès son arrivée. Trois semaines après son éloignement, ses médicaments lui sont enfin transmis par valise diplomatique, et son retour en France est intervenu aux alentours du 8 septembre dernier.

Au-delà de la gravité des violations commises, cette affaire est un exemple frappant du pouvoir de détournement et de violation consciencieuse du droit par l'Etat. Même juriste, même bien entouré et informé sur ses droits, un étranger reste exposé à l'action illégale de l'Etat, qui peut mettre en danger sa santé.

Une pratique dénoncée par l'ODSE

L'affaire du jeune étudiant iranien est une illustration de plus des dérives de certaines préfetures qui "jouent au docteur". L'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE) dénonce depuis longtemps les attaques contre le secret médical menées par certains préfets qui conduisent des sortes de "contre-enquêtes médicales" pour contredire les avis des médecins des agences régionales de santé. En mars 2014, l'ODSE notait déjà qu'un peu partout en France des "préfets mettaient à mal le droit au séjour des étrangers gravement malades et ne respectaient plus les avis médicaux préconisant la poursuite des soins en France". "Régulièrement interpellés sur ce point, le ministère de l'Intérieur soutient ses préfets défaillants alors que le ministère de la Santé se déclare incompétent", dénonce alors l'ODSE. Ce dernier pointe des cas de ce genre dans une quinzaine de préfetures, telles que celles de l'Allier, de Charente-Maritime, de Dordogne, de Haute-Garonne, de Côte d'Or, de Loire-Atlantique, de la Marne, de la Mayenne, du Puy de Dôme, de la Sarthe... Dans ces préfetures, des avis pourtant émis par les médecins des ARS déclarés compétents par la loi n'ont pas été suivis par les préfets à la suite de contre-enquêtes médicales fondées dans la majorité des cas sur la base d'éléments médicaux vagues et généraux. Ces procédures ne sont pas considérées comme illégales par les tribunaux administratifs, car les préfets ne sont pas liés par les avis rendus par les médecins des ARS. Le transfert de l'évaluation médicale au service médical de l'Office français de l'immigration et de l'intégration, en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2017, devrait "rétablir le lien de confiance entre préfets et médecins" (qui seront désormais rattachés au ministère de l'Intérieur), et ces pratiques devraient a priori s'arrêter.

Plus d'infos sur www.odse.eu.org

Des outils anciens, des plus nouveaux, des tout récents ; des concepts éprouvés, des innovants, des tout récents... voilà ce qui compose aujourd'hui la prévention diversifiée dite aussi prévention combinée ou prévention à la carte. *Gingembre* y consacre deux dossiers : le premier, un peu théorique, dans ce numéro ; un second, plus pratique, dans le numéro d'hiver.

Ce premier dossier explique de quoi il s'agit, fait le point sur l'intérêt de la prévention diversifiée et revient sur un outil de prévention important : la PrEP. Ce sujet était d'ailleurs au cœur des travaux du dernier séminaire du RAAC-sida à Lille, dont ce dossier rend également compte. Par Joseph Situ et Jean-François Laforgerie.

Prévention : c'est dans la boîte !

Des outils anciens, des plus nouveaux, des tout récents ; des concepts éprouvés, des innovants, des tout récents... voilà ce qui compose aujourd'hui la prévention diversifiée dite aussi prévention combinée ou prévention à la carte. Pour rester simple, il existe deux grandes façons de définir la prévention combinée : l'une au niveau global qui se fonde sur de grands principes généraux ; la seconde plus concrète qui porte sur les outils proprement dits.

Au plan général, la prévention diversifiée comprend quatre grands champs :

- Les traitements antirétroviraux ;
- La justice sociale et les droits humains ;
- Les stratégies biomédicales ;
- L'adaptation comportementale.

C'est lorsque ces quatre champs sont associés que la lutte contre le sida est la plus efficace. Ainsi, à l'échelle d'une population — a fortiori d'un pays — si cette dernière a accès aux traitements, bénéficie de programmes de prévention lui permettant de réduire ses risques d'exposition au VIH, peut profiter de stratégies biomédicales (la PrEP, par exemple) et ne subit pas de discriminations de la part de l'Etat ou de la société. Alors, c'est là que la lutte contre le sida et donc la prévention sont les plus efficaces et au bénéfice du plus grand nombre de personnes. Cette analyse, schématiquement présentée ici, on la doit aux travaux de chercheurs publiés en 2008 dans la revue scientifique "The Lancet" ⁽¹⁾. Voilà pour les concepts.

Côté outils, c'est un peu plus simple. On en dénombre huit dans la boîte à outils de la prévention diversifiée⁽²⁾. Cette palette d'"outils" comprend soit des dispositifs médicaux (la capote, par exemple), soit des stratégies (le dépistage, par exemple).

On trouve donc, sans ordre hiérarchique :

- la circoncision ;
- le dépistage et le traitement des infections sexuellement transmissibles ;
- le dépistage du VIH ;
- les préservatifs externe et interne (la capote et le préservatif féminin ou femidon) ;
- les gels microbicides ;
- le traitement post-exposition (TPE ou traitement d'urgence) ;
- la PrEP (prophylaxie pré-exposition) ;
- Le TASP (traitement comme outil de prévention).

Ces outils ne sont pas forcément disponibles partout, ni utiles partout. En France, la circoncision n'est pas un outil prioritaire de la lutte contre le sida. En revanche, dans des pays de très forte prévalence, elle a un intérêt à l'échelle d'une population. Ces outils peuvent parfois être utilisés en même temps. Par exemple, un couple séro-différent peut choisir d'utiliser le TASP et la PrEP. La personne vivant avec le VIH se sert de l'effet protecteur du traitement qu'elle prend pour se soigner pour éviter de transmettre : c'est le TASP. La personne du couple qui n'est pas séropositive fait, de son côté, le choix d'utiliser le traitement pour éviter l'infection : c'est la PrEP. Dans ce cas, chaque membre du couple utilise un moyen de prévention qui

(1) : "Behavioural strategies to reduce HIV transmission: how to make them work better", Thomas J Coates, Linda Richter, Carlos Caceres, "The Lancet", 2008.

(2) : Extrait de la présentation de Julie Chas, Marco Danet et Gilles Pialoux : "La PrEP VIH, c'est maintenant". Séminaire des directions de AIDES, 17 janvier 2016 et Journée scientifique du TRT-5, 10 juin 2016.

Préservatifs internes et
externes
capotes et femidoms

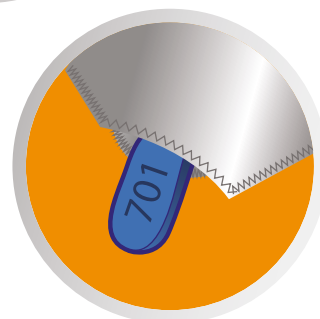
Circoncision



Dépistage et traitement
des IST



PrEP



VIH :
les outils
de la prévention
diversifiée

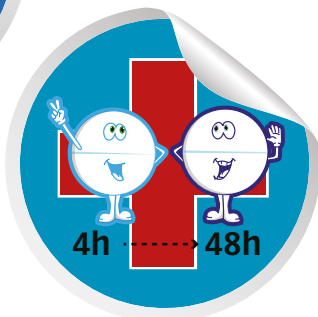
Dépistage



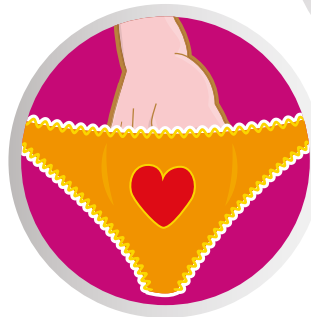
TASP
Traitement comme outil
de prévention



Traitement
post-exposition



Réduction des risques
(RdR)



Gels microbicides et
anneaux
vaginaux





lui est adapté... au bénéfice des deux. Ces outils peuvent être associés dans le temps, en fonction des besoins de prévention, de l'évolution des pratiques, du mode de vie, etc. Ils peuvent être utilisés en alternance ou en même temps dans le cadre d'une stratégie personnelle de santé sexuelle. Par exemple, une personne qui fait des dépistages réguliers des IST et du VIH et qui utilise la PrEP. En fait, il existe une prévention diversifiée pour chacune et chacun, quels que soient son parcours, son profil, sa situation, son groupe d'appartenance, ses pratiques et consommations, etc. Ce qui complique un peu les choses, mais ce n'est pas un drame, c'est que certains outils sont eux-mêmes déclinables. Le meilleur exemple est celui de la PrEP (prophylaxie pré-exposition). Elle existe par voie orale en comprimé. C'est le Truvada qui est remboursé à 100 % par la Sécurité sociale. Elle est testée sous la forme d'un gel rectal ou vaginal, d'un film vaginal, d'un anneau vaginal qui diffuse du médicament, sous la forme d'un médicament à injecter ou contenue dans un implant comme cela existe déjà pour des médicaments contraceptifs. Donc, une même stratégie, en l'occurrence la PrEP, pourrait être déclinée sous différentes formes parmi lesquelles choisir. On le voit la prévention diversifiée est amenée à se développer dans son offre. Voilà les nombreux outils à disposition !

De tous les outils mentionnés, c'est la PrEP qui connaît aujourd'hui l'essor le plus important, du fait de son efficacité et de son intérêt, notamment pour les groupes où le risque d'exposition au VIH est le plus fort. C'est bien entendu le cas des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) et des personnes migrantes, hommes et femmes. Ce n'est donc pas un hasard si le RAAC-sida a consacré son dernier séminaire, début octobre 2016, à la prévention diversifiée et tout spécialement à la PrEP. Durant deux jours, présentations et ateliers se sont succédés.

Socio-démographe ⁽³⁾, Laure Hadj a présenté les résultats d'une étude de l'ANRS réalisée auprès des personnes migrantes sur leur degré de connaissance de la PrEP et son acceptabilité. Il en résulte une grande ignorance sur l'existence même de l'outil. Une majorité de personnes interrogées n'en ont jamais entendu parler. Une fois l'outil expliqué, l'intérêt des personnes, hommes et femmes, est réel et les questions nombreuses. Certaines concernent les effets indésirables liés au médicament utilisé : le Truvada. D'autres attestent d'une crainte de stigmatisation du fait de prendre un traitement anti-VIH : cet usage relèverait d'une "mauvaise vie".

Les temps d'ateliers ont permis de traiter de la communication, des besoins spécifiques des femmes et des besoins des acteurs communautaires comme accompagnants à la PrEP. En matière de communication, les participants au séminaire estiment qu'il faut tenir compte de certains paramètres : difficultés de certaines personnes à lire le français, le déni sur la prévalence chez les personnes africaines et caribéennes, le besoin d'une communication très imagée, simple et compatible avec les réseaux sociaux (facebook), déclinable dans les medias communautaires. Les participants ont préconisé des "dépliants adaptés selon les populations avec des slogans communautaires".

Un groupe a réfléchi plus précisément aux spécificités des femmes. Il préconise de prendre en compte le fait que les femmes cumulent les facteurs de vulnérabilité en matière de logement, sur le plan administratif, financier, en matière d'emploi, etc. peu de femmes connaissent la PrEP. Il faut donc sensibiliser les soignants, les accompagnants psychosociaux sur ces spécificités et tenir compte du fait que la prise de la PrEP n'a pas été expérimentée avec le cycle biologique de la femme. De fait, pour les femmes, la protection optimale est obtenue après au moins 21 jours de prise quotidienne. Ce schéma de prise en continu peut poser sur le long terme des difficultés en matière d'observance et de suivi, mais il pourrait être un possible levier car nombre de femmes ont déjà l'habitude des prises régulières de contraceptifs. Les participants de ce groupe estiment d'ailleurs qu'il serait bien de sensibiliser les gynécologues sur le suivi avec usage de la PrEP et de promouvoir auprès d'eux une véritable prise en charge globale de la santé sexuelle et reproductive. Dans cet atelier, les participants ont bien insisté sur les explications à donner sur la différence entre TASP, TPE et PrEP sans oublier de faire le lien avec l'enjeu de la grossesse.

Le dernier groupe a travaillé sur les compétences des acteurs communautaires en matière de PrEP. Les participants préconisent la mise en place d'une formation si possible qualifiante pour les acteurs et actrices de prévention qui intègre la notion de genre. Cette formation serait complétée d'outils (supports, brochures, etc.) et d'informations pratiques sur les services hospitaliers et les CeGIDD ⁽⁴⁾ dans et hors de l'hôpital accueillant le public migrant pour un accès à la PrEP. Cette forme d'accompagnement demande des ressources humaines et financières, les participants estiment qu'il est crucial de mener un plaidoyer pour obtenir des moyens financiers adaptés à cet enjeu.

(3) : CEPED/FMSH, Université Picardie Jules Verne.

(4) : Centre gratuit d'information, dépistage et diagnostic des infections par le virus de l'immunodéficience humaine et les hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles.

(5) : Annabel Desgrées du Loû, Laure Hadj et Vinh-Kim Nguyen.

Les réflexions du RAAC-sida se situent dans un contexte où la PrEP pour les personnes migrantes fait cogiter pas mal de monde. Le 30 juin dernier, s'est tenu un atelier Afro PrEP organisé par des chercheurs⁽⁵⁾ auquel étaient invités médecins, chercheurs, acteurs associatifs communautaires, etc. Il s'agissait, six mois après l'entrée en vigueur du remboursement de la PrEP (janvier 2016) de voir si ce nouvel outil de prévention était utilisé et comment par les personnes migrantes qui se "trouvent dans une position vulnérable face au VIH". Cette "position vulnérable" peut être liée au fait d'être originaire d'un pays très touché par le VIH ou en raison de la précarité migratoire et sociale. Les deux facteurs peuvent d'ailleurs être associés. Les discussions ont porté sur la communication. C'est-à-dire le choix du message concernant la PrEP, l'adaptation du message selon qu'on s'adresse aux femmes ou aux hommes, le contenu informatif (par exemple, la différence entre TASP, PrEP et TPE), qui porte le message, etc.

A l'issue de cet atelier Afro PrEP, le groupe de travail a conclu qu'il y avait un réel enjeu de santé publique à protéger les personnes originaires de pays endémiques "par l'information et l'accompagnement vers une nouvelle offre de prévention : la PrEP". Ce qui est largement démontré avec les résultats de l'étude *Parcours* (voir *Gingembre* N°27, été 2016). Cela passe par la mise en place d'une "communication globale et intégrée" qui devra éviter les confusions avec le TASP et qui fera passer l'idée que la PrEP ne se résume pas à un outil uniquement à destination des gays.

Autre initiative, au sein de l'hôpital Bichat à Paris, un groupe de travail "PrEP en populations migrantes" a été créé. Il travaille aux modalités d'accompagnement des personnes migrantes qui pourraient être intéressées par cet outil de prévention.



AUTOTEST

VIH-SIDA

RÉPONDEZ
À NOTRE
ENQUÊTE!



Votre avis compte !

Rendez-vous sur
www.teste-toi.fr

Projet de recherche soutenu par l'ANRS et Santé publique France

