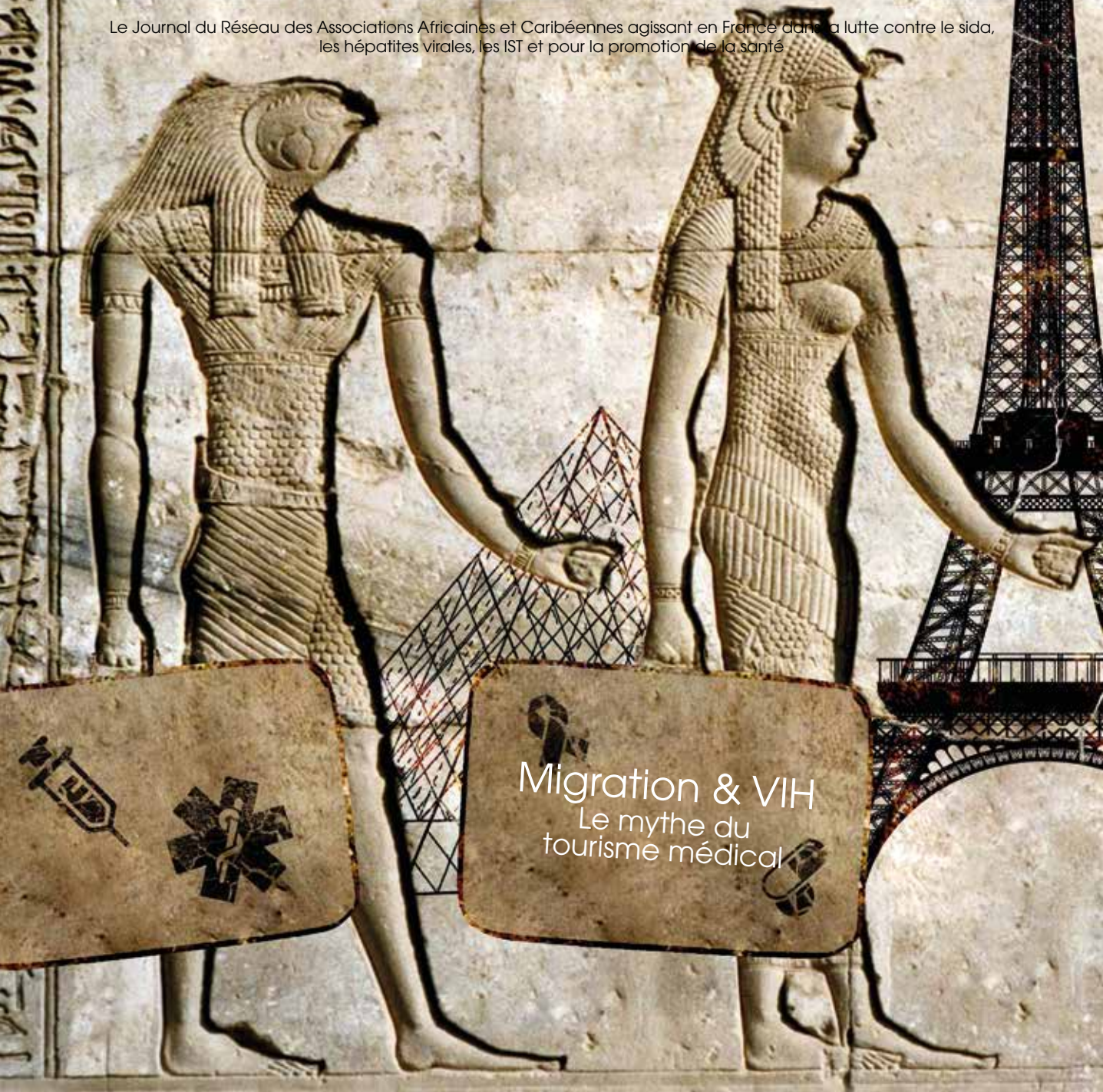


# GINGEMBRE

Le Journal du 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



Migration & VIH  
Le mythe du  
tourisme médical

# >> Sommaire

## GINGEMBRE #25



### III

## Edito

"Le sida, une maladie des Noirs et de la pauvreté !",  
par Caroline Andoum et Joseph Situ

### IV

## Dossier

### Migration et VIH : la fin du mythe du tourisme médical

*Dans le cadre d'une enquête européenne, des scientifiques et activistes ont été mobilisés pour identifier les nouvelles modalités d'accès aux soins des personnes migrantes. Ils ont notamment essayé de comprendre et de déterminer le moment où le VIH fait irruption dans leurs parcours. Conclusion ? Beaucoup de chiffres, un nouveau regard sur ces migrations et des preuves objectives contre l'idée reçue d'un prétendu "tourisme médical" touchant les pays européens.*

### VI

## Actus

### Guyane : Circulez, il n'y a rien à y voir ?

*A mille lieues de la métropole, la Guyane française n'est pas un département comme les autres. S'y exerce un contrôle d'Etat permanent qui a des impacts sur un territoire où l'épidémie de VIH est généralisée. Le rapport de AIDES "VIH/hépatites. La face cachée des discriminations" pointe cette spécificité guyanaise, dénonçant les impacts en termes d'accès à la santé, tout comme les atteintes aux libertés fondamentales de ses habitants.*

### X

## Ici et là

En bref

**Directeur de la publication :** Aurélien Beaucamp.

**Comité de rédaction :** Charles Ankrah, Fatima Djamilia, Papy Katumbay Tshiala, Joseph Koffi, Jean-François Laforgerie, Coline Mey, Romain Mbirinbindi, Bruno Ognantan Ottimi, Albertine Pabingui, Marie-Hélène Tokolo, Joseph Situ.

**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 :** 32 000 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.

### 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**

# Le sida, une maladie des Noirs et de la pauvreté !

Dire les choses ainsi peut sûrement choquer, relever de la provocation, voire d'une volonté de stigmatisation des populations afro-caribéennes... On peut aussi considérer qu'il s'agit d'un coup de pied dans la fourmilière pour éveiller la conscience noire sur cette question. On peut craindre aussi un effet contreproductif vu les réactions des personnes à l'association de leur image au sida. Reste que ce propos est tenu par les activistes africains/caribéens (Noirs d'Afrique et d'Amérique), il mérite donc une attention particulière. C'est lors de la récente assemblée générale de la Black Diaspora sur le sida organisée à Toronto en octobre 2015, que les associations noires de lutte contre le sida, membres de l'ABDGN (African Black Diaspora Global Network), ont posé cette affirmation, lourde de sens. Les associations se sont appuyées sur les chiffres de l'ONUSIDA, les données épidémiologiques du CDC d'Atlanta, le centre américain de contrôle et de prévention des maladies, les données de l'ECDC <sup>(1)</sup> et les résultats d'études menées ces dernières années sur l'épidémie qui touche les Noirs en Afrique et les Noirs de la Diaspora... pour dire cela.

La question essentielle, ici, est celle de l'impact du sida. De l'Afrique à l'Occident en passant par les Caraïbes et l'Amérique Latine, les Noirs sont très vulnérables aux problèmes de santé en général, et à ceux du VIH/sida en particulier. Ils représentent une minorité dans les pays d'émigration, mais figurent parmi les populations les plus touchées par le VIH. De plus, parmi les Noirs, on trouve des groupes, parfois restreints, qui cumulent les stigmates, la discrimination et les vulnérabilités. Ce cumul est un matelas bien confortable pour le VIH.

Aux Etats-Unis, pays riche, mais avec une politique de santé ultra libérale et inégalitaire, les Noirs, victimes d'une double ségrégation : raciale et sociale, sont les plus mal lotis, quelque soit leur catégorie : descendants des esclaves, installés sur le sol américain depuis plusieurs générations, personnes venues des Caraïbes ou d'Afrique juste après l'époque coloniale, nouveaux migrants. C'est quasiment cette même typologie qu'on voit en Europe. Cette population très hétérogène forme cette fameuse Diaspora noire. Les Noirs africains/caribéens ne sont pas tous logés à la même enseigne, mais la grande majorité cumule des facteurs négatifs. Comme l'indique le Black Aids Institute <sup>(2)</sup> :



les cas de mortalité dus au sida recensés aux Etats-Unis touchent plus les Noirs que le reste de la population américaine. Une étude montre que 21 % de nouveaux séropositifs originaires d'Afrique subsaharienne ont été contaminés sur le sol américain. En France, l'enquête Parcours conduite en Ile-de-France auprès des ressortissants subsahariens montre que, pour une part importante des migrants, entre 35 % et 49 % selon les scénarios, la contamination par le VIH s'est produite en France, chiffres confortés par une autre étude européenne aMASE (voir article en page IV).

En 2014, l'ONUSIDA recensait 36,9 millions de personnes vivant avec le VIH dans le monde dont 67 % en Afrique subsaharienne. Si on additionne ce pourcentage avec le nombre de personnes originaires d'Afrique subsaharienne de la diaspora atteintes par le VIH, on atteint un pourcentage avoisinant les 80 % de cas qui concerneraient les Noirs. C'est sur cette base que l'ABDGN pousse son "coup de gueule".

Ce rassemblement militant voit des similarités entre les différentes situations que vivent les Noirs dans différents endroits du monde. Des situations qui méritent que l'on se pose des questions sur les politiques conduites au niveau international en matière de lutte contre le sida et les objectifs de fin de l'épidémie d'ici 2020 ou 2030. Il faut crier, haut et fort, ce message, en mettant de côté tout sentiment de honte et toute crainte de stigmatisation. Il faut alerter les opinions sur les améliorations à faire autour des politiques d'accueil et de condition de vie des Noirs dans la Diaspora, quel que soit leur statut. Il faut agir pour l'émergence des politiques sociales et sanitaires efficaces dans les pays d'Afrique subsaharienne. "Le sida, une maladie des Noirs et de la pauvreté !" est un message pour réagir, un appel collectif à se ressaisir. Il doit être porté par les leaders communautaires Noirs africains, quitte à choquer. Mais la réelle mobilisation, que nous espérons, est à ce prix là. C'est la compréhension de cette situation et de cet enjeu qui permettra de construire des alliances avec toutes les bonnes volontés pour un plaidoyer fort. Les millions de cas de décès des suites du sida qui ont frappé les Noirs, en Afrique ou dans la diaspora, ne peuvent plus laisser indifférents.

**Caroline Andoum et Joseph Situ**

(1) : ECDC : European Centre for Disease Prevention and Control, Centre européen de prévention et contrôle des maladies.

(2) : Black Aids Institute : une association Noire de lutte contre le VIH, fondée en 1999. Son slogan : "Notre peuple, nos problèmes, nos solutions".



Dans le cadre d'une enquête européenne, des scientifiques et activistes ont été mobilisés pour identifier les nouvelles modalités d'accès aux soins des personnes migrantes. Ils ont notamment essayé de comprendre et de déterminer le moment où le VIH fait irruption dans leurs parcours. Conclusion ? Beaucoup de chiffres, un nouveau regard sur ces migrations et des preuves objectives contre l'idée reçue d'un prétendu "tourisme médical" touchant les pays européens. Par Mathieu Brancourt.

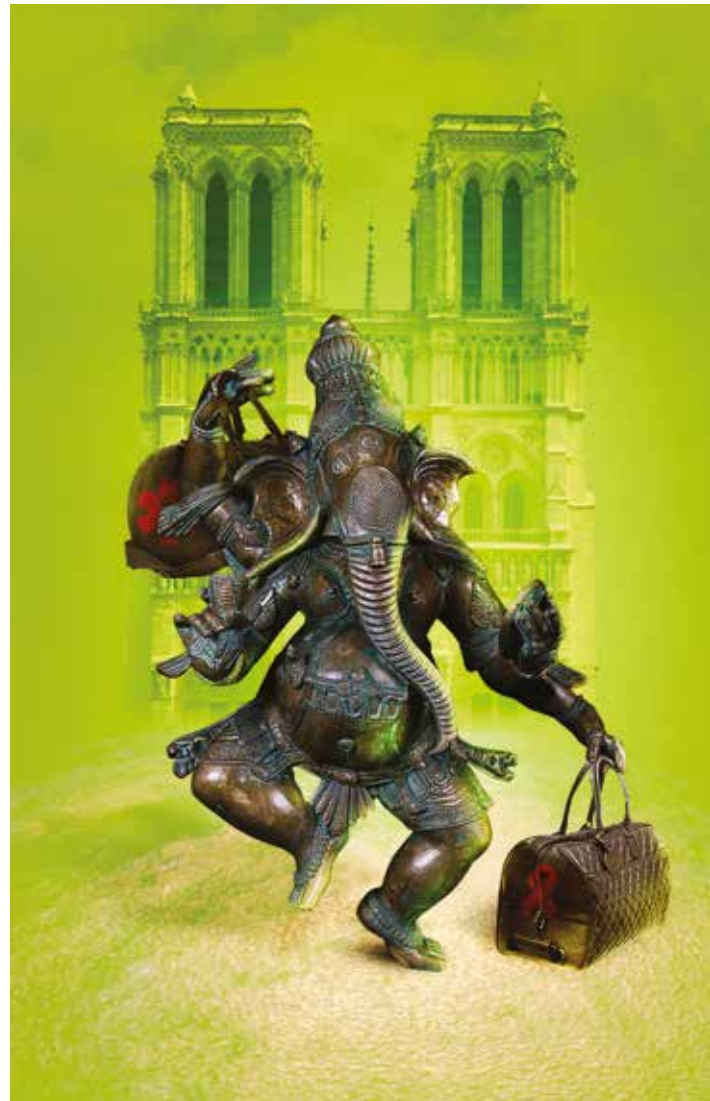
# Migration et VIH :

## la fin du mythe du tourisme médical

**R**enforcer la recherche clinique et épidémiologique sur le VIH en Europe, grâce à la collaboration entre différentes cohortes (groupes de suivi et d'études de personnes), tel est l'objectif affiché de EuroCoord, institution scientifique basée à Londres. Cette dernière, en collectant des données et des résultats de recherches menées sur le front du VIH en Europe, met en collaboration différents acteurs pour améliorer la réponse à l'épidémie. Mieux connaître pour mieux lutter, en somme. C'est aussi un moyen de mettre en avant les besoins et de pointer les manques pour que les militants européens puissent demander une action commune de l'Europe. C'est dans ce cadre, avec un travail collaboratif entre onze pays, que l'enquête aMASE (Accès avancé aux services de santé européen pour les migrants) a été conduite. Les résultats, partiellement présentés à Barcelone durant la conférence européenne EACS, viennent d'être finalisés. Les chiffres consolidés ont été présentés aux activistes européens dans le cadre d'un atelier de travail organisé par l'EATG (European AIDS treatment group) à Bruxelles, les 8 et 9 novembre 2015.

### D'où viennent-ils, qui sont-ils ?

Sur le continent européen, se pencher sur la situation spécifique et les "schémas" de contaminations des personnes migrantes demeure crucial. En 2013, le Centre européen du contrôle des maladies (ECDC) a rapporté au total plus de 29 000 nouveaux diagnostics du VIH, avec près de 30 % d'entre eux établis auprès d'une personne née en dehors de l'Europe. "Les migrants représentent une proportion importante des nouvelles contaminations au VIH en Europe. Ils sont diagnostiqués plus tardivement et on ne connaît que très peu leurs besoins et leur niveau de connaissance sur la prévention", explique le



Dr Fiona Burns, chercheuse à la Global University et à l'Institut d'épidémiologie et de la santé à Londres. Fiona Burns a co-dirigé l'enquête aMASE et a collecté avec ses collègues les quelque 2 500 réponses obtenues. Elles l'ont été dans cinquante-sept cliniques sollicitées, dans neuf pays différents, pendant près de deux ans (de juillet 2013 à juin 2015), avec un questionnaire en ligne traduit en quatorze langues. Les personnes devaient être majeures, être séropositives depuis au moins cinq ans et vivre depuis au moins six mois dans le pays de résidence.

L'équipe a ainsi pu établir une cartographie européenne précise de la composition et de la diversité de la population migrante vivant en Europe. La moyenne d'âge des personnes interrogées est inférieure à 40 ans (37 ans pour les femmes, 36 pour les hommes). 60 % des femmes viennent d'Afrique subsaharienne, tandis que chez les hommes, c'est l'Amérique du Sud qui vient en premier, avec près de 37 %. 93 % des femmes qui ont répondu sont hétérosexuelles, alors que plus de la moitié des hommes déclarent être gay ou bisexuel. Ces personnes migrantes séropositives viennent de 145 pays du monde, et pas forcément d'où l'on croit. "Il y a eu un déplacement de la dynamique migratoire de l'Afrique vers l'Amérique Latine, notamment chez les hommes", indique la chercheuse. Et sans négliger non plus la place des flux venant d'Europe centrale ou de l'Est.

### Des contaminations post-migration

L'autre point important qu'expose l'enquête aMASE, c'est la confirmation qu'une forte proportion des contaminations se produit sur le lieu de résidence, donc après la migration. D'après un modèle de calcul complexe, les scientifiques ont pu déterminer si la contamination avait eu lieu avant ou après l'arrivée. Chez les personnes migrants d'Amérique Latine, c'est près de 68 % de ces infections qui se sont produites après la migration. C'est autour de 60 % pour les personnes venant des pays de l'Europe centrale ou de l'Est. Les migrants d'Afrique subsaharienne ont, eux, plus de probabilités d'avoir été infecté avant leur départ (38 % seulement d'infections estimées post-migration dans l'enquête aMASE). D'après les réponses des personnes interrogées, près de 90 % des personnes migrantes vivant avec le VIH ont découvert leur séropositivité sur leur lieu de résidence européen. "C'est un

nouvel argument scientifique établi contre l'idée d'un tourisme à la santé de la part des migrants", a encore insisté Julia del Amo, chercheur de l'étude aMASE. D'ailleurs, 60 % des personnes interrogées, hommes et femmes confondus, avaient eu un précédent test négatif sur leur nouveau lieu de vie, validant donc cette réalité de contamination post-migration. Ce n'est pas une bonne nouvelle pour autant, car comme le montrent les autres réponses aux questionnaires, les opportunités de dépistage et l'accès à la prévention demeurent trop faibles et les barrières aux soins trop nombreuses. Le délai médian entre l'arrivée sur le nouveau territoire et la découverte de statut positif est d'au moins six ans ! Près de 45 % des répondants expliquent avoir expérimenté une longue attente avant de pouvoir être soigné.

23 % rapportent une méconnaissance de leurs droits et plus de 20 % une incapacité à comprendre, faute de parler la langue de leur pays de résidence. Sans parler des récits de discriminations et de refus de soins liés au statut de "sans papier".

Les résultats définitifs montrent que les frontières entre les groupes dits vulnérables à l'épidémie sont floues : plus de 50 % des migrants d'Amérique Latine dont la séroconversion a eu lieu post migration sont, par ailleurs, des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes.

Les auteurs de cette étude insistent donc sur les autres enjeux sanitaires que ces données mettent en avant. Une autre enquête de terrain, auprès des personnes accueillies dans des associations communautaires, séropositives ou non cette fois, montrent une faible perception du risque dans le pays de résidence. Ce serait la première cause de non recours au dépistage, au-delà des freins administratifs subis par les personnes. Pour Fiona Burns, la promotion du dépistage doit être une priorité, sans oublier de coupler le dépistage avec d'autres stratégies de prévention qui doivent être proposées à un groupe vulnérable à l'épidémie, même en Europe. La chercheuse invoque le TasP (traitement comme prévention), la PrEP (prophylaxie pré exposition, voir en page 50 de *Remaides* N°94, hiver 2015), mais aussi l'accès à l'information sur la santé sexuelle et reproductive. Ici encore, la réponse à la dynamique particulière de l'épidémie passe par les mêmes outils déjà promus pour et par d'autres groupes exposés. Une autre évidence.

## Une enquête française, ANRS-PARCOURS, conforte les conclusions de l'étude aMASE

Lundi 23 octobre 2015, l'Institut de veille sanitaire (InVS) français présentait les dernières données sur l'épidémie de VIH en France pour 2014 (voir article dans *Remaides* N°94, hiver 2015, page 6). Une des présentations est revenue sur un des résultats marquant de l'enquête ANRS-PARCOURS qui, comme l'étude aMASE, s'intéresse aux déterminants d'accès aux soins des personnes migrantes, pour l'Afrique subsaharienne seulement. Les chercheurs ont, notamment, planché sur l'estimation du nombre de personnes qui se sont infectées après leur migration en France. Dans l'enquête aMASE, le nombre de contaminations considérées comme post-migratoire était de 31 % pour les migrants d'Afrique subsaharienne. Sur des critères quasi-identiques, l'enquête ANRS-PARCOURS a fourni deux estimations : une avec des critères plus restrictifs donc plus fiables, l'autre avec des critères plus souples avec des taux plus élevés, mais du coup un peu moins fiables. Si on approche du chiffre de 50 % de contaminations vues comme post-migratoire dans cette hypothèse plus ouverte ; dans une approche plus fiable (celle avec les critères plus restrictifs), on arrive à 35 % de "VIH acquis après l'arrivée en France". Un chiffre qui coïncide avec les 31 % obtenus dans les résultats de l'enquête aMASE, auprès des migrants venant d'Afrique subsaharienne.

## Quelques chiffres de l'étude ANRS PARCOURS

L'enquête ANRS PARCOURS a été réalisée entre février 2012 et mai 2013 auprès de personnes migrantes venant d'Afrique subsaharienne, afin de déterminer leurs besoins de santé et d'améliorer les stratégies de prévention, de dépistage et de prise en charge de l'infection par le VIH et l'hépatite B. Elle a été conduite en Ile-de-France, région accueillant le plus grand nombre de personnes migrantes d'Afrique subsaharienne, au sein de soixante-quatorze services de santé, dont vingt-quatre services hospitaliers de suivi du VIH. Ce sont 898 personnes suivies pour le VIH, dont 550 femmes, qui ont participé à cette enquête. En moyenne, elles étaient âgées de 43 ans et séjournaient en France depuis douze ans. Sur les 898 personnes suivies dans l'étude ANRS PARCOURS, 133 avaient été diagnostiquées infectées par le VIH avant l'arrivée en France. Sur la base des éléments biographiques, 228 ont pu être classées comme infectées après l'arrivée en France. Pour les 537 autres personnes, la modélisation à partir de la baisse des CD4 conduit à estimer que 69 à 197 personnes, selon l'application plus ou moins stricte des critères de classement des individus, ont été infectées en France. C'est donc au total, 35 % à 49 % des personnes migrantes d'origine subsaharienne qui ont été infectés par le VIH après leur arrivée en France.

Plus d'infos sur [www.anrs.fr](http://www.anrs.fr)



A mille lieues de la métropole, la Guyane française n'est pas un département comme les autres. Peu peuplé, territoire immense faiblement structuré, ce bout d'Amérique du sud est pourtant soumis à un régime policier sans comparaison. Fruit de décisions administratives, ce contrôle d'Etat permanent a des impacts sur un territoire où l'épidémie de VIH est généralisée. Le rapport de AIDES "VIH/hépatites. La face cachée des discriminations" (voir en page 20 de Remaides) pointe cette spécificité guyanaise, dénonçant les impacts en termes d'accès à la santé, tout comme les atteintes aux libertés fondamentales de ses habitants.

# Guyane :

## Circulez, il n'y a rien à y voir ?



La Guyane est une force de la nature. Quasi-recouverte par la forêt tropicale, ses frontières naturelles sont deux fleuves amazoniens, serpentant sous la chaleur étouffante de son tropique. Ses habitants, peu nombreux au regard de la superficie de ce département français d'Amérique, se concentrent sur la lande moins arborée longeant l'Océan. D'ouest en est, une seule route nationale traverse cette bande de 20 kilomètres de large, du fleuve Maroni, qui donne son nom à la ville de Saint Laurent, jusqu'à Saint-Georges, qui borde l'Oyapok, cours d'eaux sombres qui regarde le Brésil, sur la rive adverse.

Cet étau topographique est déjà un premier obstacle à la circulation des personnes. Mais ici, les barrages ne sont pas que naturels. Du côté ouest, un poste de contrôle routier stoppe tous les véhicules à hauteur de la ville d'Iracoubo, qui est pourtant au cœur du département et non à sa frontière. Idem du côté brésilien, où un autre poste de contrôle est installé près du Pont Régina, avant l'arrivée à Saint-Georges. Des frontières au sein des frontières nationales, en somme. La Guyane fait l'objet d'une politique particulièrement agressive en matière de contrôle de déplacements, sous couvert de la lutte contre l'orpaillage et l'immigration illégale et le trafic de drogues. Cette situation, unique en France, résulte du renouvellement biennuel, depuis 2007, d'arrêtés préfectoraux autorisant ces barrages intérieurs de police administrative.

Terre de métissage et carrefour des cultures, la Guyane et ses entraves permanentes au déplacement, notamment vers des services publics, ont des conséquences directes pour certaines

populations. En premier lieu, les nombreuses populations autochtones, qui, parfois, vivent dans les confins de l'Amazonie ou à plusieurs heures de pirogues. Eloignés des ors de la République, ceux-là n'ont pas forcément d'Etat-civil, bien que nés sur le territoire français, explique le rapport 2015 "VIH/hépatites. La face cachée des discriminations" réalisé par AIDES et soutenu par le Défenseur des droits, sorti fin novembre 2015 (voir en page 20 de *Remaides*). En l'absence des documents requis, le simple fait de se déplacer devient impossible, sans parler du fait de ne pas voir son existence reconnue. Aussi, les étrangers, précaires ou malades, sont grevés dans leur autonomie et gênés dans leur procédure administrative, quant au renouvellement de leur titre de séjour ou la régularisation de leur situation.

Ces lois d'exceptions se fondent dans le statut propre de la Guyane française. En tant que département ou région d'outre-mer (DROM), cette dernière est soumise au droit commun, mais avec la possibilité d'introduire des spécificités de "marges" dans les règles officielles. Ces dispositifs dérogatoires sont donc fondés juridiquement, même si Christiane Taubira, la garde des Sceaux, avait déclaré en 2012 que "si ces territoires relèvent de l'Etat de droit, il ne peut y avoir de dérogations qui, sous couvert d'une adaptation à la réalité, sont en réalité des dispositions restrictives de liberté", en réponse à l'interpellation de la Cimade<sup>(1)</sup>. Pourtant, chaque recours administratif intenté par des associations devant les juridictions a été débouté, et cela malgré la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'Homme en la matière.

(1) : Cimade : association de soutien au droit des migrants et réfugiés.

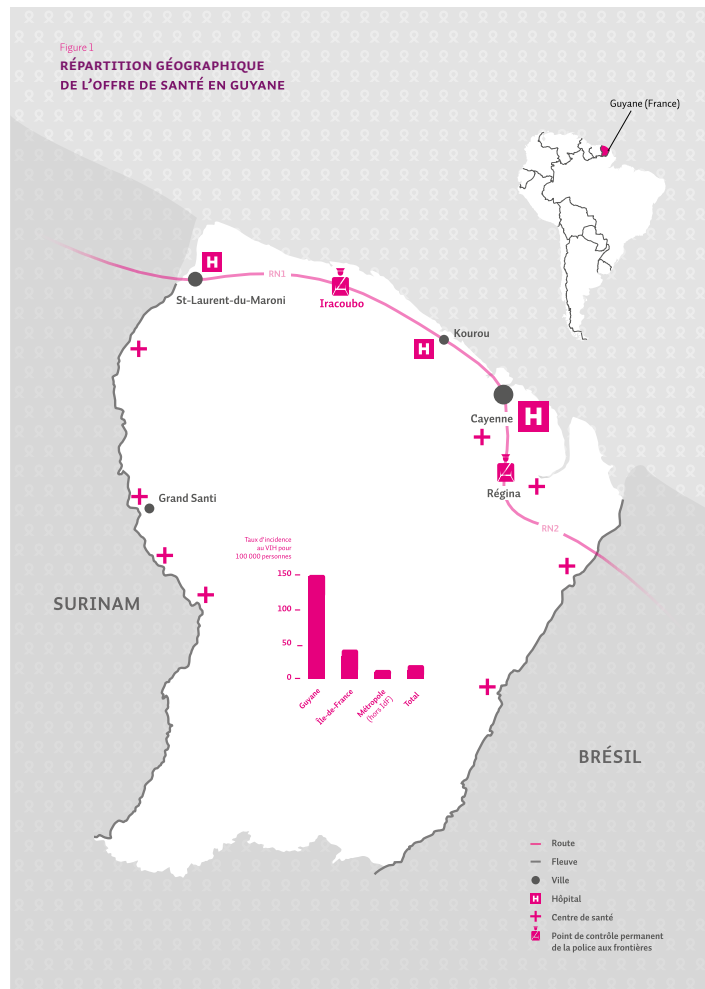




"Les juges guyanais considèrent qu'aucune des associations [...] n'a intérêt à agir. Aucun des juges ne s'est véritablement prononcé sur le fond des requêtes et les textes internationaux invoqués", déplore AIDES dans son rapport.

La Guyane est le seul département français où l'épidémie de VIH est dite généralisée. L'incidence est trois fois plus élevée qu'en Ile-de-France, région déjà très touchée par l'épidémie. Et c'est dans ce contexte où les besoins de soins et de prévention sont majeurs que s'exercent pourtant le plus de freins à l'accès à la santé. "Révoltée" par les impacts de ce contrôle permanent, AIDES cite un enjeu peu évident : les médecins, habitués à cet état de fait, ont intériorisé ces barrages et "s'autolimitent voire renoncent à demander des examens complémentaires", qui nécessiteraient des déplacements routiers, "pour les seuls patients étrangers en situation administratives précaires et les peuples autochtones dépourvus de documents prouvant leur identité. L'ouest guyanais est, en effet, sous équipé et de nombreux soins de spécialité doivent se faire à Cayenne, à trois heures de route... et un barrage." Cette menace de la liberté d'aller et venir, mais aussi sur le droit à la défense des personnes devant les tribunaux, AIDES, soutenue par Défenseur des droits, l'a documentée précisément dans le rapport. Avec l'espoir de faire changer les choses. Mais sans garantie que la ministre de la Justice, dans un contexte tendu sur les questions de sécurité et d'immigration, y revienne durant le quinquennat de François Hollande.

**Mathieu Brancourt**





>> Ici et là

GINGEMBRE #25

# En bref



## Rapport du Fonds mondial : 17 millions de vies sauvées !

Le Rapport 2015 sur les résultats du Fonds mondial de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme a été publié en septembre dernier. Il indique que les progrès scientifiques, des solutions novatrices et un soutien international plus marqué sauvent chaque année de plus en plus de vies — plus de deux millions. Les résultats

montrent que les programmes soutenus par le Fonds mondial ont permis de placer 8,1 millions de personnes sous traitement antirétroviral contre le VIH, une progression de 22 % par rapport à l'année précédente. Pour le paludisme, les programmes ont permis de distribuer 548 millions de moustiquaires destinées à protéger les enfants et leurs familles de la maladie, là encore, une hausse de 32 % sur un an. Le nombre de cas de tuberculose détectés et traités a, pour sa part, augmenté de 11 %, pour atteindre les 11,3 millions.



## En finir avec la violence et les discriminations contre les LGBT

Différentes instances des Nations Unies dont le Bureau international du travail, l'UNESCO, l'Organisation mondiale de la santé et l'ONUSIDA ont appelé les Etats, dans une déclaration commune, à agir d'urgence pour mettre fin à la violence et à la discrimination à l'égard des personnes LGBTI. "Toute personne a un droit égal à une vie sans violence, persécution, discrimination ou stigmatisation. Le droit international des droits de l'homme établit des obligations juridiques selon lesquelles les Etats sont tenus de veiller à ce que chacun, sans distinction, puisse jouir de ces droits", rappelle cette déclaration. Comme les organisations non gouvernementales de lutte contre

le VIH/sida, les instances onusiennes font le lien entre discriminations et santé. "Le non-respect des droits des personnes LGBTI et l'absence de protections contre les abus dont elles sont victimes (...) contribuent à accroître leur vulnérabilité aux problèmes de santé, y compris l'infection par le VIH". "Ces violations nécessitent (...) une réponse urgente des gouvernements, des parlements, des systèmes judiciaires et des institutions nationales des droits de l'homme", concluent les agences onusiennes.



## Afrique : 40 % des nouvelles infections VIH diagnostiquées chez les jeunes de 15 à 24 ans

Directrice régionale de l'ONUSIDA pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre, Meskerem Grunitzky Bekele, a indiqué le 7 octobre dernier à Dakar que 40 % des nouvelles infections au VIH dans cette région sont diagnostiqués chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans. "Les jeunes constituent la tranche d'âge la plus vulnérable compte tenu de certains facteurs tels que le manque d'information sur le VIH, les rapports intergénérationnels. Ainsi 40 % des nouvelles infections au VIH dans cette région sont diagnostiqués chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans et moins de 25 % des filles en Afrique de l'Ouest et du Centre possèdent des connaissances correctes sur la prévention du VIH", a-t-elle souligné. "Nous devons mettre un accent particulier sur les jeunes filles et les adolescentes, car elles sont infectées jusqu'à cinq fois plus que les garçons du même âge", a-t-elle plaidé.

## TROD VHB : la HAS lance la réflexion

Le déploiement et la diversification des dépistages pour des personnes n'ayant pas connaissance d'une infection par le VIH, le VHC ou le VHB, sont un enjeu pour presque un quart de million de personnes aujourd'hui en France. Si les TROD VIH montrent leur intérêt et si les Tests rapides du VHC faits par des "non médicaux" vont être prochainement déployés, il manquait encore une annonce sur les TROD VHB. C'était d'ailleurs une des demandes fortes du RAAC-sida lors de son séminaire de Lyon en juin dernier (Voir *Gingembre* N°24, automne 2015). Un groupe TROD Hépatites virales se met en place au sein de la Haute autorité de santé (HAS). Ce groupe a été créé à la demande de la Direction générale de la santé. Parmi les missions qui lui ont été confiées : une réflexion sur la "place des TROD VHB dans la stratégie de dépistage de l'hépatite B". La HAS a d'ailleurs publié, en septembre dernier, une feuille de route à ce sujet. Comme c'était le cas pour le VIH et le VHC, l'objectif de cette future recommandation est d'évaluer la place de ces tests dans la stratégie de dépistage du VHB dans une "logique de renforcement du dépistage ciblé" et d'amélioration de l'accès au dépistage pour les personnes les plus exposées, celles éloignées des structures de prévention et de soins. L'enjeu est particulièrement important. Le nombre de personnes vivant avec une hépatite B chronique en France est estimé à près de 280000 personnes, dont 55 % qui l'ignorent, soit environ 150000 personnes. Comme le rappelle "*Le Quotidien du Médecin*", le 2 octobre : seul le test VIKIA AgHBs de Biomérieux, disposent d'un marquage CE est disponible en France depuis 2012. "Il n'existe aucun test disposant d'un marquage CE, détectant les AgHBs, les Ac anti-HBc et Ac anti-HBs. L'indisponibilité de TROD rassemblant ces trois marqueurs empêche de déterminer le statut immunitaire exact de la personne à risque en un seul temps et ne permet donc pas de se substituer au dépistage biologique. La promotion de la vaccination reste, à ce jour, essentielle", précise le quotidien médical. Du côté des associations, on attend avec impatience l'arrivée des TROD VHB. En 2014, la HAS avait publié un avis sur les TROD VHC. Il faudra attendre quelques mois pour avoir celui sur les TROD VHB.



# ÉPARGNER OU PARTAGER POURQUOI CHOISIR ?

  
**ÉPARGNEZ  
ET PARTAGEZ  
EN MÊME  
TEMPS !**

En plaçant votre épargne sur le livret Agir du Crédit Coopératif, vous faites fructifier votre argent tout en soutenant AIDES, première association française de lutte contre le VIH et les hépatites. Chaque année, la moitié de vos intérêts sera automatiquement reversée et lui permettra de mener à bien ses actions de soutien, prévention et dépistage des personnes concernées par le VIH et les hépatites.



## Pour plus d'informations sur le livret Agir AIDES, j'ai trois possibilités :

- Internet : [www.credit-cooperatif.coop/particuliers/](http://www.credit-cooperatif.coop/particuliers/)
- Téléphone : N° Azur 0 810 63 44 44 (prix d'un appel local depuis un poste fixe ou selon opérateur)
- Courrier : je renvoie ce coupon-réponse sans l'affranchir à :  
Crédit Coopératif – MonCreditCooperatif.coop – Libre réponse 93 336 – 92019 Nanterre cedex

Monsieur     Madame

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : .....

E-mail : .....

Je souhaite recevoir des informations sur le livret Agir AIDES du Crédit Coopératif\*

\* Les informations communiquées seront enregistrées par le Crédit Coopératif uniquement pour le traitement de votre demande. Ces informations sont obligatoires. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et de suppression dans les conditions prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Ces droits peuvent s'exercer auprès du Crédit Coopératif (12, boulevard Pesaro - CS 10002 - 92024 Nanterre Cedex).