

# GINGEMBRE #29

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



PrEP :  
nous aussi !

# >> Sommaire

## GINGEMBRE #29



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

**Comité de rédaction** : Caroline Andoum, Alain Bonnineau, Mathieu Brancourt, Ariel Jean-Urbain Djessima-Taba, Mathy Kerya, 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 : jlaforgerie@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** : Yul Studio

**Parution trimestrielle. Tirage** : 31 150 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](http://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

"Bouc-émissaire !",  
par Caroline Andoum et Joseph Koffi, porte-paroles du RAAC-sida

### IV

## Dossier

Prep : nous aussi !

### VIII

## Dossier

Nouveaux traitements de l'hépatite C et droit au séjour pour raisons médicales

### XI

## Actus

"Manger pour la vie, une cuisine africaine", le livre de DA TI SENI

### 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**

# Bouc-émissaire !

Bonne année 2017 ! On l'espère. On l'espère vraiment... pour toutes et tous. Mais il y a comme un doute à la lecture de certains programmes pour la prochaine élection présidentielle et leur façon de traiter de la santé des personnes migrantes. Prenons celui du candidat Les Républicains que les électeurs et sympathisants de droite ont désigné il y a quelques semaines. Le programme de François Fillon consacre un chapitre conséquent à l'immigration pour laquelle il décline cinq priorités destinées à en finir avec ce que l'ancien Premier ministre appelle le "laxisme". L'une de ces priorités, la numéro 2, nous concerne tout spécialement car elle a des conséquences en matière de santé et d'accès aux soins des personnes migrantes.

Son titre ? "Faire en sorte que l'immigration ne soit plus une charge sociale". Ça donne le ton ! Il faut lire les lignes d'introduction pour être encore plus édifié : "Notre système social est un des plus généreux d'Europe. C'est aussi ce qui explique l'afflux en France d'étrangers originaires de pays qui n'ont pourtant aucun lien historique ou géographique avec la France. A titre d'exemple, le coût budgétaire de l'aide médicale d'Etat (AME) qui concerne désormais près de 300 000 étrangers a atteint à présent près d'un milliard d'euros par an". Voilà pour le prétendu diagnostic... d'où découlent deux propositions : "Subordonner l'accès aux principales prestations sociales à deux ans de résidence en France" ; "Supprimer l'AME [Aide médicale d'Etat, ndlr] et la remplacer par une dispense de frais de santé limitée aux urgences et aux maladies graves et contagieuses". Cette dispense serait strictement contrôlée et ne pourrait être obtenue que dans les hôpitaux publics et des établissements agréés. A l'extrême droite, la même proposition est défendue : suppression de l'AME et son remplacement "par une aide exclusivement applicable pour les patients dont le pronostic vital est engagé ou en cas de risque majeur de santé publique". Ce n'est pas la première fois que l'AME est ainsi visée. Ces dernières années, au gré des mandatures, elle a subi des remises en cause voire des attaques. Comme si à droite et à l'extrême droite, ce dispositif d'accès aux soins qui concerne les personnes en situation irrégulière était désormais un marqueur politique : comme le gage d'une "reprise en main" de l'immigration. Comme on voit, on ne s'embarrasse pas de nuances ni d'exactitude pour la remettre en cause. Les chiffres



donnés sont volontairement amplifiés pour frapper les esprits. Jamais, on ne rappelle que l'AME est attribuée sous conditions de résidence stable et de ressources. Il semble plus simple de l'accabler de tous les maux en oubliant que si elle rend service aux personnes qui en sont bénéficiaires, elle le fait au profit de la société dans son ensemble.

Cette confusion entre politique migratoire et santé publique, elle est aussi à l'œuvre en matière de droit au séjour pour soins. Le 16 novembre dernier, les ministères de l'Intérieur et de la Santé publient un bilan pour 2014 des avis rendus par les médecins des agences régionales de santé (MARS) sur les demandes de titre de séjour pour raisons de santé. Le rapport indique que 43 666 avis ont été produits par 101 départements en 2014 ; un chiffre en hausse. Mais les avis favorables sont en baisse. De grandes disparités entre départements existent : les taux d'avis favorables se situent entre 40,8 % (Saône et Loire) et 99,9 % (Loire Atlantique). Au niveau régional, le taux le plus bas est en Midi-Pyrénées. Il est passé de 75 % en 2013 à 40 % en 2014 ! Les avis concernent le VIH pour 14,4 % en 2014, contre 13,7 en 2013. Le chiffre serait de 12,8 % pour 2015. Pour les avis rendus pour les hépatites

virales : le chiffre est de 8,7 % en 2014 contre 9,4 % en 2013. Les avis favorables sont donc en baisse et les expulsions de personnes malades étrangères de plus en plus nombreuses. Là, c'est une personne d'origine albanaise vivant avec le VIH qui reçoit l'ordre de quitter le territoire français. Ailleurs, c'est une personne originaire du Burkina Faso qui craint l'expulsion. Le problème n'est d'ailleurs pas uniquement français. Tout récemment, la Cour Européenne des Droits de L'Homme a pris une décision importante en matière de droit au séjour et de protection contre l'expulsion des malades étrangers <sup>(1)</sup>. Elle a donné raison à un Géorgien, atteint d'une leucémie et d'une tuberculose, qui s'était vu refuser à plusieurs reprises un titre de séjour en Belgique <sup>(2)</sup>. Cette avancée européenne ne doit pas cacher la dégradation du droit au séjour pour raisons de santé en France sous l'actuelle mandature (voir Gingembre N°28, automne 2016). La situation d'aujourd'hui, les menaces pour demain nous alarment. Elles nous mobilisent aussi pour que la santé des étrangers malades cesse d'être un bouc-émissaire.

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

(1) : L'affaire "Paposhvili c. Belgique", avis publié le 13 décembre 2016. Plus d'infos sur [http://hudoc.echr.coe.int/fre#\(22itemid%22:\[%22001-142425%22\]\)](http://hudoc.echr.coe.int/fre#(22itemid%22:[%22001-142425%22]))

(2) : Voir article sur [www.seronet.info](http://www.seronet.info)

L'automne dernier <sup>(1)</sup>, Gingembre lançait sa série d'articles sur la prévention diversifiée et l'accès à la PrEP pour les personnes migrantes. Un accès qui reste, à ce jour, minoritaire selon les rares indications disponibles alors que les personnes originaires des zones de forte endémie (celles qui sont originaires d'Afrique sub-saharienne par exemple) sont directement concernées par les recommandations d'experts. Elles doivent pouvoir

avoir accès à cet outil complémentaire de prévention, encore faut-il qu'elles le connaissent.

C'est ce travail que conduisent notamment Afrique Avenir et AIDES lors des entretiens que les associations réalisent. Qui fait quoi et où ? Gingembre raconte. Voici la première partie de ce dossier. La seconde sera publiée dans le numéro 30 de Gingembre, cet été.

## PrEP : nous aussi !

Régulièrement, la presse — et pas seulement médicale — se réjouit du fait que la "nouvelle stratégie de prévention contre le VIH", la PrEP, "gagne du terrain". C'est vrai ! Elle gagne du terrain. Au 30 décembre 2016, 2 804 personnes étaient sous PrEP en France. Le chiffre ne cesse d'ailleurs d'augmenter. Mais la PrEP gagne-t-elle du terrain partout, dans tous les groupes où elle peut être utile, ou reste-t-elle encore cantonnée aux hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) ? Gingembre a voulu savoir si des personnes migrantes, notamment des femmes, recevaient la PrEP. Il existe une base de données des mises sous PrEP dans le cadre de la RTU <sup>(2)</sup> pour Truvada en usage préventif, principalement pour des raisons de sécurité de suivi des personnes puisque cette utilisation se fait dans un cadre légal, mais hors AMM <sup>(3)</sup>. Dans cette base, les médecins prescripteurs indiquent à qui la PrEP est délivrée, notamment s'il s'agit d'un homme ou d'une femme. Cette base est sous la responsabilité de l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) et de Gilead, laboratoire qui fabrique Truvada. Gingembre a pris contact avec Gilead pour savoir si des femmes prenaient la PrEP et combien. Pas de données chez Gilead, juste un chiffre global de personnes sous PrEP : 2 804 <sup>(4)</sup>. Gilead nous recommande d'appeler l'ANSM pour avoir des chiffres plus précis. Au service de presse de l'ANSM, on semble un peu gêné aux entournures. On indique qu'il n'y a pas de données populationnelles (pas de chiffres sur les personnes migrantes donc), mais qu'il y a des données concernant les femmes. Combien de femmes sont-elles sous PrEP alors ? Un blanc au bout du fil... et un semblant de réponse : "Il y a une très forte majorité d'hommes..." Nous n'en saurons pas plus pour le moment. Aujourd'hui, il existe donc un chiffre concernant les femmes qui prennent la PrEP, mais il n'est manifestement pas public. On se demande bien pourquoi !

A défaut de chiffres, il n'est donc pas possible de quantifier exactement l'accès à la PrEP des personnes migrantes et notamment des femmes ou même des personnes trans. Le professeur Gilles Pialoux qui dirige le service VIH et donc les consultations PrEP de l'hôpital Tenon (AP-HP, Paris) indique que sur 350 personnes prenant la PrEP et suivies dans son service, il y a une seule femme migrante. A l'hôpital Saint-Louis (AP-HP, Paris), le professeur Jean-Michel Molina qui dirige le service des maladies infectieuses et tropicales n'a, à sa connaissance, qu'une seule personne migrante dans sa file active. Et c'est un homme bisexuel. Dans d'autres services, il y a certainement un peu plus de personnes migrantes qui prennent la PrEP <sup>(4)</sup>, mais elles semblent très minoritaires. Différents facteurs expliquent cette situation. La PrEP, notamment avec l'essai ANRS-IPERGAY, a surtout été valorisée comme un outil de prévention chez les gays. La communication, notamment celle des associations de lutte contre le sida, s'est focalisée sur les HSH, oubliant les autres groupes pourtant mentionnés dans les recommandations des experts (Morlat) et dans la RTU (voir Remaides N°90, hiver 2014). La PrEP a, dans un premier temps, été si fortement associée aux gays que les autres personnes pouvant en bénéficier ont pu ne pas se sentir concernées ou simplement pas éligibles. "Au début, lorsque nous parlions de la PrEP lors de nos interventions, par exemple lors des propositions de TROD ou lorsque nous discutons prévention diversifiée... nous sentions chez pas mal de personnes qu'elles associaient la PrEP aux gays et pas à n'importe quels gays, à ceux qui seraient récalcitrants à la prévention, qui auraient des "mœurs dissolues"... c'est ce qu'on nous expliquait", explique Romain Mbiribindi, coordinateur d'Afrique Avenir <sup>(5)</sup>. "Mais ce n'est quasiment plus le cas", ajoute-t-il.

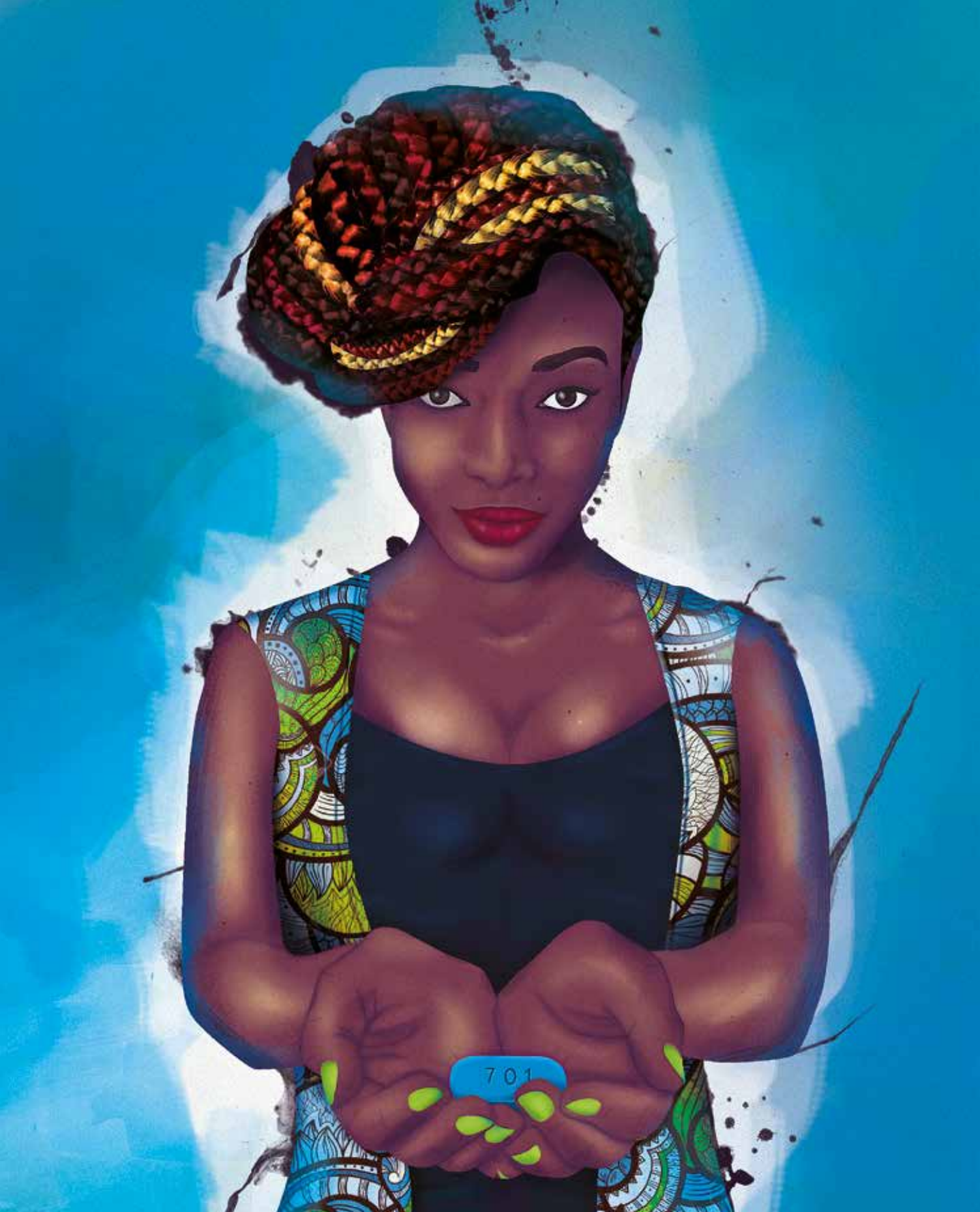
(1) : Gingembre, n°28, automne 2016.

(2) : Recommandation temporaire d'utilisation. Celle pour Truvada en préventif (la PrEP) s'achève fin février 2017.

(3) : Autorisation de mise sur le marché. Actuellement, une AMM existe pour Truvada, mais uniquement dans le traitement du VIH.

(4) : Chiffre au 30 décembre 2016.

(5) : Afrique Avenir est membre du RAAC-sida. Plus d'infos sur [www.afriqueavenir.fr](http://www.afriqueavenir.fr)



Parmi les associations de santé pour les personnes migrantes, Afrique Avenir, membre du RAAC-Sida, est l'une de celles qui travaillent le plus pour faire connaître la PrEP aux personnes migrantes. Elle a d'ailleurs complètement remodelé la nouvelle fiche d'entretien qu'elle utilise lors des rencontres avec les personnes afin d'amener, au fil de différentes questions, à parler de sexualité, des pratiques, des prises de risque, etc. "Cela nous permet d'avoir des éléments qui donnent l'occasion d'évaluer les risques qui sont pris et de parler de la PrEP quand on estime que cela peut être utile à la personne", indique Faya Tess, médiatrice en santé à Afrique Avenir et responsable des actions de prévention VIH et hépatites dans les lieux de beauté et salons de coiffure. Faya Tess a accompagné la chercheuse Laure Hadj qui a réalisé une enquête exploratoire sur la connaissance et l'acceptabilité de la PrEP chez les populations africaines et caribéennes (voir Gingembre N°28, automne 2016). Une bonne occasion, en plus des entretiens qu'elle réalise, de voir si la PrEP a un écho parmi les personnes migrantes. "Des personnes ne connaissaient pas la PrEP, d'autres uniquement de nom, mais lorsqu'on explique en détail de quoi il s'agit, il y a un net intérêt", explique-t-elle. "Nous avons réalisé une brochure sur la PrEP pour les personnes migrantes (voir couverture en page XX). Cela facilite beaucoup les échanges tout en donnant les infos clefs. Nous avons vite compris qu'il y a un déficit d'information des personnes migrantes sur cet outil d'où la réalisation d'une affiche, d'une brochure et des messages clairs sur la PrEP dans l'édition 2017 de notre calendrier que nous diffusons dans quasiment tous les lieux communautaires africains et caribéens", précise Romain Mbiribindi.

Si la PrEP suscite de l'intérêt, elle ouvre aussi des questions. "On nous a demandé pourquoi on allait donner un traitement pour éviter les transmissions alors qu'il y a les préservatifs ici et qu'en Afrique on manque de traitements pour soigner les gens. On s'attendait à des remarques de ce genre. On répond en recentrant sur la prévention diversifiée, sur le fait que le traitement est gratuit ici en préventif parce que la sécurité sociale le prend en charge et ne s'occupe pas de l'accès aux médicaments dans le sud. L'accès à plus de traitements au sud se règle ailleurs en demandant à la France de soutenir plus fortement encore le Fonds mondial", indique Romain Mbiribindi. "Lorsqu'on parle PrEP, il n'est pas rare que les personnes demandent à avoir directement les comprimés... comme si c'est nous qui les distribuons. On explique que ça ne marche pas comme cela, qu'il faut une consultation, des dépistages, qu'il y aura un suivi... On pouvait craindre que cela apparaisse comme trop complexe mais ce n'est pas le cas. Cela rassure

plutôt les gens de savoir que c'est cadré, que c'est à l'hôpital ou dans des centres dédiés. Je constate juste qu'il y a parfois de la déception chez les femmes lorsqu'elles comprennent qu'il faudra attendre 21 jours pour que la PrEP soit efficace si ce sont elles qui la prennent", indique Faya Tess.

"Nous avons franchi un premier cap, note Romain Mbiribindi. Il ne s'agit plus pour nous de parler de la PrEP de façon théorique, mais d'informer les personnes migrantes de son existence, de l'intérêt que cet outil qui s'inscrit dans l'offre de prévention diversifiée peut avoir pour elles. Nous avons participé à l'Atelier Afro-PrEP de juin 2016 (voir Gingembre N°28, automne 2016), entamé des discussions avec des services hospitaliers qui mettent en place des consultations PrEP plus spécifiquement pour les personnes migrantes, noué des premiers partenariats (voir encart ci-contre) pour orienter plus facilement les personnes migrantes intéressées et pour nous elles sont nombreuses". Ce n'est d'ailleurs pas un hasard si l'un des messages du calendrier 2017 d'Afrique Avenir, celui de la journaliste Anasthasie Tudieshe, est le suivant : "Le traitement pré-exposition est destiné aux personnes soucieuses de leur santé, il ne faut penser qu'il concerne seulement des personnes prenant des risques d'une façon incontrôlée".

#### A suivre.

**PRÉCAUTIONS**

- > Le médicament actuellement utilisé (le Truvada®), est couramment prescrit dans le traitement pour les personnes séropositives au VIH.
- Ce médicament doit être prescrit par un médecin et demande un suivi régulier. Le Truvada® doit uniquement être utilisé par la personne à qui ce médicament est prescrit.

**IL EST NÉCESSAIRE de faire :**

- > UN DÉPISTAGE DU VIH
- > UN DÉPISTAGE DU VHB (hépatite B).

Les personnes atteintes d'hépatite B ne pas utiliser le Truvada®, sauf sur ordonnance d'un médecin.

Attention : proposer ou donner à un tiers ce médicament peut nuire à sa santé.

**OÙ TROUVER DES INFOS**

- PAR TELEPHONE
- Afrique Avenir
- Sida Info Sida (24h/24, 7j/7)
- SUR INTERNET
- www.africainfo.org
- www.sida-info-sida.org
- www.vivresida.org

**LA PrEP**  
UN NOUVEL OUTIL COMPLÉMENTAIRE  
POUR SE PROTÉGER DU VIH/SIDA

Photo du Dr Marie Anoukita Chaspoul  
Infectiologue à l'hôpital Bichat

## Accès à la PrEP : des consultations pour la prévention diversifiée en Ile-de-France.

Tous les services qui prescrivent la PrEP (<http://prep-info.fr/carte-des-consultations>) accueillent les personnes migrantes. Certains services ont cependant noué des partenariats avec des associations de santé engagées auprès des personnes migrantes (Afrique Avenir, AIDES, Afrique Arc-en-ciel, etc) afin de faciliter l'orientation, l'accompagnement des personnes concernées. Voici des adresses et contacts pour l'Ile-de-France.

- **Hôpital Avicenne (Service des maladies infectieuses et tropicales)**

125, rue de Stalingrad. 93000 Bobigny.

Dr Hugues Cordel

Tél. secrétariat : 01 48 95 54 21.

La première consultation peut se faire sans rendez-vous en hôpital de jour du lundi au vendredi de 9 heures à 17 heures.

- **Hôpital Bichat (Service des maladies infectieuses et tropicales)**

46, rue Henri Huchard. 75018 Paris.

Dr Marie Ahouanto-Chaspoul

Pr Yazdan Yazdanpanah

Dr Bao Chau Phung

Tél. secrétariat : 01 40 25 88 92 ou 01 40 25 88 93.

- **Centre hospitalier Marc Jacquet (Service de médecine polyvalente et maladies infectieuses)**

2, rue Fréteau de Peny. 77000 Melun.

Dr Nicolas Vignier

Tél. secrétariat : 01 64 71 60 42.

- **Hôpital Tenon (Service des maladies infectieuses et tropicales)**

4, rue de Chine. 75020 Paris.

Dr Marie Giselle Lebrette

Dr Julie Chas

Pr Gilles Pialoux

Tél. secrétariat : 07 62 90 96 27 ou 01 56 01 74 12.

- **Centre hospitalier intercommunal André Grégoire (Service de médecine interne)**

56, boulevard de la Boissière. 93100 Montreuil.

Docteur Pauline Penot

Tél. : 01 49 20 34 38 ou 01 49 20 30 40 poste 1155.



La guérison de l'infection par le VHC est un espoir et désormais une réalité pour beaucoup. Cette bonne nouvelle peut néanmoins susciter des interrogations sur son avenir tout spécialement pour les personnes bénéficiant d'un titre de séjour pour soins et guéries de leur hépatite. Sont-elles contraintes de rentrer dans leur pays d'origine ou peuvent-elles rester en France ?  
Par Jean-François Laforgerie <sup>(1)</sup>.

## Nouveaux traitements de l'hépatite C et droit au séjour pour raisons médicales

Les personnes malades originaires de pays dits en développement remplissent les conditions requises pour l'obtention d'un titre de séjour en raison de l'état de santé (Article L. 313-11 11° du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile). Ce dispositif légal garantit la continuité des soins pour des patients-es étrangers-es que le retour dans le pays d'origine exposerait à des conséquences d'une exceptionnelle gravité, dues à un défaut de prise en charge. En 2011, le ministère de la Santé a rédigé des instructions relatives aux procédures concernant les malades étrangers-es atteints-es d'une hépatite virale : "Lorsqu'il n'y a pas d'emblée d'indication thérapeutique, puisque l'histoire naturelle des infections virales B et C peut conduire à des complications graves [...] et puisque le délai de survenue de ces complications n'est pas individuellement prévisible, une surveillance régulière aux plans clinique, biologique, virologique et morphologique [...] s'impose. Les moyens nécessaires à un suivi efficace et adapté ne sont habituellement pas accessibles dans l'ensemble des pays en développement. "

Selon le pays d'origine, des malades étrangers-es vivant avec le VHC peuvent donc avoir accès à un traitement et un suivi médical en France. Il n'en demeure pas moins qu'il existe de nombreux obstacles. Concernant le cas spécifique des nouveaux AAD (antiviraux à action directe), le recours aux RCP (réunions pluridisciplinaires de concertation) peut limiter encore plus leur accès pour certaines populations, même s'il devrait être assoupli dans le futur et réservé aux cas les plus difficiles. L'absence de coordination entre les structures de premiers recours (la médecine de ville, par exemple) et les pôles de soins spécialisés en hépatologie rend plus complexe l'accès aux traitements pour les personnes les plus éloignées du système de soin. Le rapport Dhumeaux 2016 (publié récemment) préconise d'ailleurs la suppression du caractère obligatoire des RCP et l'élargissement du droit de prescription des AAD aux praticiens de ville, formés en hépatologie, mais son avis n'est pas contraignant. Si elles sont mises en œuvre rapidement, ces deux mesures devraient faciliter un accès plus large aux soins des populations migrantes en situation de vulnérabilité et vivant avec le VHC.







Si le fait d'être atteint-e d'une hépatite C ouvre droit à un titre de séjour pour raisons médicales, la question de l'après-guérison reste entière. En 2014, le rapport Dhumeaux indique "qu'une personne guérie d'une infection par le VHC [et sans cirrhose, ndlr] avec un ARN indétectable à deux reprises après un traitement et sans complication [...] ne nécessite a priori plus de suivi spécifique en France". De son côté, la Direction générale de la santé indique dans ses deux instructions de 2010 et 2011 qu'une "surveillance régulière aux plans clinique, biologique, virologique et morphologique [...] s'impose" dans le cas du VHC et que "les moyens nécessaires à un suivi efficace et adapté ne sont habituellement pas accessibles dans l'ensemble des pays en développement".

Alors qu'en est-il pour une personne bénéficiant d'un titre de séjour pour soins et guérie de son hépatite C ? Doit-elle rentrer dans son pays d'origine ou doit-elle rester en France ? Les médecins de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (Ofii) ont pour mission d'évaluer l'offre de soins et les caractéristiques du système de santé dans le pays d'origine pour la durée du traitement et celle du suivi médical.

Pour une personne infectée par le VHC, deux situations sont à considérer selon les recommandations du Rapport Dhumeaux :

- Première situation : la personne présente une infection par le VHC, sans complication, ni fibrose significative, ni comorbidité. Dans ce cas, un titre de séjour pour raisons médicales est justifié pour la durée du traitement anti-VHC, qui peut être courte. S'y ajoute la durée du suivi nécessaire pour affirmer la guérison virologique ;
- Seconde situation : la personne présente des complications initiales, une fibrose hépatique sévère, des comorbidités associées qui ont pu apparaître ou être diagnostiquées au cours du traitement anti-VHC et lors des examens de suivi. L'état de santé de la personne nécessite alors un suivi, au-delà de la guérison virologique. Il peut s'agir, par exemple d'un risque élevé de survenue d'un cancer du foie. Dans ce cas, notent les experts, la délivrance d'un titre de séjour pour raisons médicales ou son maintien sont justifiés.

En fait, tout est lié à la durée de l'infection, à ses conséquences sur l'état de santé (stades de fibrose, cirrhose, évolution vers un cancer) et à la présence de comorbidités (diabète, consommation excessive d'alcool, etc.).

Pour les associations, aucune avancée thérapeutique ne peut signifier la précarisation du séjour pour soins ou des conditions de vie des personnes, au risque de compromettre les objectifs de santé publique, notamment ceux liés à l'accès universel aux traitements.

**Remerciements à Adeline Toullier et Nicolas Klausser**

## **Séjour des malades étrangers : les nouveaux décrets sont sortis**

Les décrets d'application de la loi du 7 mars 2016 ont été publiés fin octobre, et sont consultables sur le site du Gisti ([www.gisti.org](http://www.gisti.org)) dans la rubrique actualité. Ces décrets viennent notamment préciser la procédure d'évaluation médicale des demandes de cartes de séjour pour soins par un collège de médecins de l'OFII (Office français de l'immigration et de l'intégration). Pour établir celle-ci, le gouvernement devait arbitrer entre la proposition du ministère de la Santé, consistant à laisser les médecins agréés et les praticiens hospitaliers dans la procédure pour rédiger les rapports médicaux (comme c'est le cas depuis longtemps), et la version du ministère de l'Intérieur, qui préconisait le "tout-OFII" pour asseoir un peu plus sa mainmise sur la procédure. Sans surprise, le gouvernement a opté pour cette dernière : le collège de médecins de l'OFII prononcera son avis au regard d'un rapport médical établi par un médecin de l'OFII, sur la base d'un certificat médical du médecin traitant ou d'un praticien hospitalier (avec possibilité d'examens médicaux par le médecin de l'OFII). Cette nouvelle procédure entrera en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017. Pour plus de détails, vous pouvez consulter les articles R. 313-22 et 23 du décret. Encore au moins deux arrêtés sont attendus : un pour fixer les conditions d'établissement de l'avis par le service médical de l'OFII, et un pour préciser "les orientations générales" du ministère de la Santé concernant l'évaluation médicale par l'OFII, et notamment quant à l'interprétation de la notion de "bénéfice effectif" du traitement approprié. Début 2017, l'Observatoire du droit à la santé des étrangers publiera une brochure destinée à expliquer les tenants et aboutissants de cette réforme, et à éclairer au mieux les personnes dans leurs démarches.

**Plus d'infos sur [www.gisti.org/spip.php?rubrique33](http://www.gisti.org/spip.php?rubrique33)**

"Manger pour la vie, une cuisine africaine" est un ouvrage atypique à plus d'un titre. C'est, en effet, plus qu'un ouvrage de cuisine classique. Il a été réalisé par des femmes investies dans une association de femmes vivant avec le VIH issues d'Afrique subsaharienne : DA TI SENI, membre du RAAC-SIDA. C'est un ouvrage de cuisine tout autant que de culture, un outil de santé et un guide des actions de l'association, une bonne action aussi puisque les bénéfices de sa vente sont au profit de l'association<sup>(1)</sup>.

## "Manger pour la vie, une cuisine africaine", le livre de DA TI SENI

Trente-quatre cuillères à soupe d'huile de palme ! 32 cuillères à soupe d'huile d'arachide ou de tournesol ! Trois cubes Maggi bourrés de sel... certains ingrédients des recettes présentées dans cet ouvrage peuvent donner des sueurs froides sur le plan nutritionnel. Odile Grigis, nutritionniste, qui les commente, pointe d'ailleurs pour chacune ce qui pose problème avec un logo dédié et ce qui est un atout sur le plan nutritionnel (légumes frais, usage modéré de matières grasses ou de sucre, etc.). Le parti pris de cet ouvrage est de respecter les traditions culinaires africaines, qui font un usage important de l'huile, pour les fritures notamment, un emploi soutenu des cubes Maggi, du lait en poudre, de l'arachide (y compris pour des boissons), mais d'allier respect des recettes souvent anciennes et santé. On trouvera donc dans cet ouvrage des recettes du Cameroun, de Côte d'Ivoire, Sénégal, Mali, Togo, Congo ou Gabon, etc. comme le kondré de bœuf, le ndolé, le poulet directeur général, le cep bou dienn ou encore le saka-saka ; toutes présentées par des femmes qui les cuisinent et qui participent aux activités de l'association. Précises, faciles à comprendre, les recettes, une quarantaine, sont particulièrement bien présentées : chaque page semble avoir été pensée comme un tableau. Le grand intérêt de cet ouvrage tient aussi dans la forme de transmission culturelle qu'il constitue. Ici, la cuisine est prétexte à la découverte d'une partie de la culture et de la tradition africaines qui trouvent un prolongement en France. L'ouvrage se complète de conseils en nutrition, d'une présentation de quelques aliments importants pour la santé et de la présentation des activités phares de l'association comme le jardin de l'Envol, les ateliers diététiques et ceux d'art thérapie, etc. Élégant, singulier dans son approche, très agréable à lire, on ne peut que conseiller la découverte de cet ouvrage particulièrement réussi.



**Jean-François Laforgerie**

(1) : "Manger pour la vie, une cuisine africaine", par Albertine Pabingui-Gondjé, Jane Le Besque, le docteur Florence Brunel et les femmes de DA TI SENI. Editions Jane le Besque. 18 euros.  
Plus d'infos sur <http://mangerpoulavie.editions.janelebesque.com>

# 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

