

# Action

la lettre d'Act Up-Paris n°100 septembre 2005



## Sommaire

p. 03	édito
p. 04	mise en bouche
p. 06	come into my world
p. 07	leur universel contre le nôtre
p. 08	pour les faire taire, vraiment
p. 10	une bonne paire de chaussettes, et hop
p. 12	hippocrate c'est pas de la tarte
p. 13	keep fighting sisters
p. 14	non, non, non
p. 16	ici et pas ailleurs
p. 18	et toi tu as fait ton test ?
p. 20	c'est pas le pérou, madame
p. 21	hostile, mortellement
p. 22	bois de vincennes mon ami
p. 24	la parole se tisse dans la bouche
p. 25	tout ce que vous portez est délicieux
p. 27	des lettres et des chiffres

## Action, la lettre d'Act Up-Paris

### Directeur de publication

Jérôme Martin

### Rédactrice en chef

Antonin Sopena

### Secrétaire de rédaction

Vincent de Lapomarde

### Maquettiste

Rachel Easterman-Ulmann

### Ont participé au numéro

Hugues Fischer - Victoire Patouillard - Rachida Rodrigo  
Gustave Dah - Sylvana Sinizeye - Etienne Doumazane  
Géraldine Gerfaud - Aimée Keta - Christophe Le Drean  
François Berdougou - Eric Labbé - Marjolaine Dégremont  
Jeanne Ibenue - Isabelle Sant-Saëns - Thierry Schaffauser  
Fabrice Pilorgé - Sabrina Garnier - Pauline Londeix

### Iconographie

Tempsort - Felix Gonzalez-Torres - Rachel Easterman-Ulmann  
Mona Hatoum - Alexandre Brodsky et Ilya Utkin - Vlassis Caniaris  
Olivier Aubert - Jean-François Poupel - Pauline Londeix - ...

Ce journal est réalisé par les militantEs d'Act Up-Paris. Il ne peut être vendu. La reproduction des articles est autorisée à la condition de citer la source : *Action, la lettre d'Act Up-Paris*.

ISSN 1158-2197 - Dépôt légal à parution.

9 000 exemplaires

septembre 2005

## Contact

> Rejoignez-nous chaque mardi soir à 19h15 à l'Ecole des Beaux Arts, 14 rue Bonaparte, M° St Germain des Prés.

> Pour connaître toutes nos activités, vous pouvez nous joindre :  
01 48 06 13 89 / [actup@actupparis.org](mailto:actup@actupparis.org)

> Abonnez-vous à la lettre électronique, en allant directement sur : <http://listes.samizdat.net/sympa/info/actupinfos>

> Consultez notre site internet : <http://www.actupparis.org>

## Abonnement

Action. 1 an : 18 €. Abonnement de soutien : 24 €

Nom ..... Prénom .....

Adresse .....

.....

Libellez vos chèques à l'ordre d'Act Up-Paris

BP.287 - 75525 Paris cedex 11

## Errata

dans le précédent numéro, deux erreurs se sont glissées :

p.6 le portugal n'est pas indiqué comme l'un des pays où l'homosexualité est légale.

p.8 Martine Billard, indiquée « hors parti », est députée verte.

Rions un peu avec la droite. Le 17 juin dernier, paraissait dans *Valeurs actuelles* une tribune intitulée « *Act Up, une provocation de trop* », signée par une quinzaine de députéEs de droite, rejointEs un mois plus tard par une centaine d'autres. Selon ces parlementaires, nous recevons des financements publics pour la lutte contre le sida ; le mariage de deux femmes organisé le 5 juin n'aurait rien à voir avec cet objectif. Conclusion sous-jacente : il faut nous couper les vivres.

Le 10 juin, Marine Le Pen s'était déjà couverte de ridicule en demandant au Conseil régional d'Ile-de-France, qui ne nous a jamais versé le moindre centime, de ne plus nous subventionner. Nos parlementaires, eux, ignorent que nous devons justifier l'utilisation des financements publics par un compte d'emploi, étudié par les administrations. L'argent qui n'a pas été utilisé comme prévu doit évidemment être rendu. Claude Goasguen, président du groupe UMP au Conseil de Paris, qui est à l'initiative de la tribune, réclame par voie de communiqués et de questions au gouvernement des contrôles qui existent déjà ! Dire que ces gens, qui affichent si crânement leur incompétence en matière de financements publics, décident des budgets au niveau national !

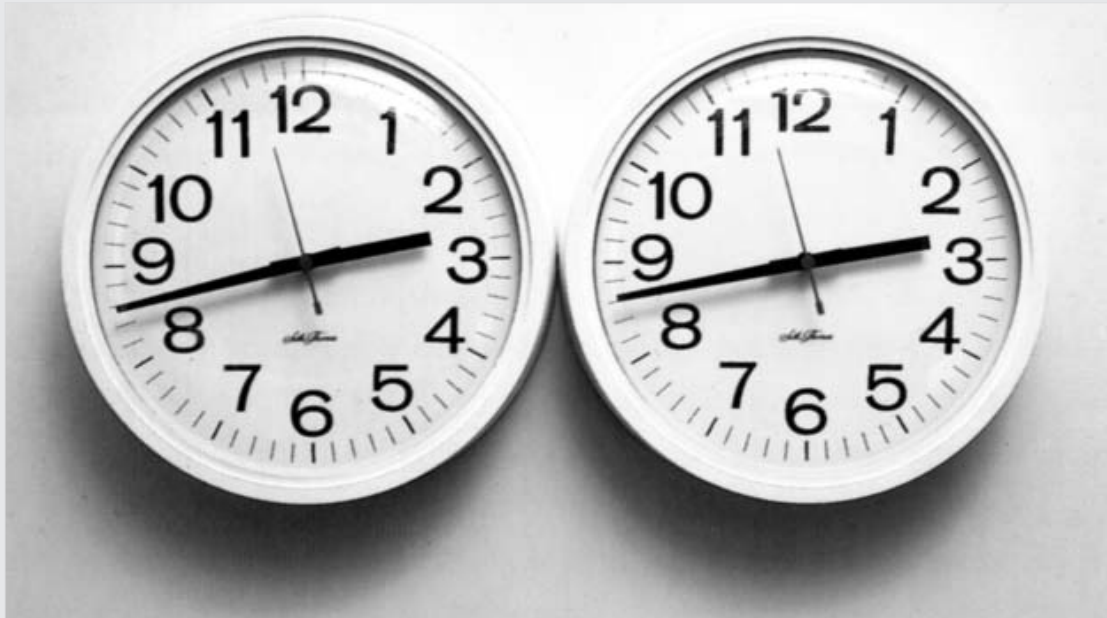
Le 24 février 2003, le groupe UMP du Conseil de Paris avait voté une subvention municipale à Act Up. Une élue de droite avait même publiquement plaidé pour que nous obtenions plus que ce que la Mairie nous accordait. A en croire le compte-rendu de séance, son discours avait été « applaudi sur les bancs des groupes UMP et UDF ». Claude Goasguen, présent ce jour-là, a-t-il averti les co-signataires de la tribune du rôle que l'UMP a joué dans ce financement ?

Selon ces parlementaires, nous aurions empêché des personnes « de pratiquer librement la foi qu'elles ont choisie », nous ne tolérerions pas que « d'autres aient une croyance ». Autant d'accusations mensongères qui visent à invalider notre revendication, l'égalité des droits, et à poser la religion catholique en pseudo-victime du méchant-lobby-gay. Ces députéEs ne font que relayer le ressentiment des catholiques intégristes. Tout à leur haine de ce que nous sommes, ils, elles, ne peuvent supporter cette irruption joyeuse, pacifique, solennelle mais déterminée – c'était un mariage ! – de gouines, pédés et trans dans un lieu où l'on nous déteste tant. Rien que pour cela, ce zap est une magnifique réussite.

Militer pour l'égalité des droits, ce serait, comme ils, elles, disent, « élever un comportement intime en revendication sociale ». Ces éluEs soi-disant républicainEs s'opposent à un principe républicain : l'égalité. Ils et elles passent volontairement sous silence combien l'homophobie fait le jeu du sida : elle nourrit la censure et l'autocensure qui excluent les minorités concernées des campagnes de prévention ; elle produit des effets dramatiques dès lors que la maladie et la mort surgissent dans un couple, difficultés que le PaCS est loin d'avoir entièrement résolues.

Dans cette tribune, on nous parle de « liberté individuelle » ou d'« élémentaire respect des principes humanistes ». Parmi ceux et celles qui, sans rire, nous donnent de telles leçons, on trouve : Jacques Myard, qui a comparé les homosexuelLES à des zoophiles ; Dominique Dord, qui proposait que le PaCS soit signé par des services vétérinaires ; Christine Boutin, qui... non, ce serait trop long ; Claude Goasguen, ennemi de





l'avortement, de la pilule du lendemain ou du PaCS (avec une obsession très « républicaine » pour les supposés PaCS blancs entre couples bi-nationaux). Bref, ce sont des homophobes, des sexistes, et pour certainEs d'entre eux et elles, des xénophobes, qui prétendent nous donner des leçons d'humanisme. AucunE signataire de cette tribune n'a le moindre scrupule à voir son nom à côté de celui de Christian Vanneste, « l'élu de la Nation », qui plagie Hitler pour parler des homosexuelLEs. Qui souhaite accorder le moindre crédit à leurs « principes humanistes » ?

Enfin, cerise sur le gâteau, nos parlementaires en appellent à la Littérature : rendez-vous compte, Act Up a souillé la cathédrale qui a inspiré François Villon, Victor Hugo et Paul Claudel. On se dépêchera donc de lire les *Ballades* en jargon homosexuel de Villon, sans doute inspirées par ce saint lieu pour se plonger ensuite dans *Notre-Dame-de-Paris*, où l'on apprendra qu'un prêtre peut être concupiscent et porter de faux témoignages. Un homme d'église, avoir une libido, mentir, accuser des personnes innocentes ? Non, ce n'est pas possible ! Et pourtant, si, selon Victor Hugo. Et c'est Claude Gouasguen qui nous en conseille la lecture.

Puisqu'on parle de respect de lieu de culte... Il y a neuf ans, la droite ouvrait à coups de hache les portes de l'église Saint-Bernard pour y déloger violemment les sans-papièrEs qui l'occupaient. Ce sont les mêmes qui nous font aujourd'hui la leçon ; qui organisent des rafles et l'expulsion commune avec des pays européens de sans-papièrEs en charters « groupés » ; qui restreignent depuis plus de deux ans l'Aide médicale de l'état (AME), seul dispositif d'accès aux soins pour les sans-papièrEs. Sur ce sujet, Nicolas Sarkozy s'est encore illustré par son incompétence. Le 30 juin, il a déclaré au Figaro : « Aujourd'hui, un étranger en situation irrégulière a plus de droits aux soins gratuits qu'un smicard qui paie ses cotisations. » Il ne sait pas que les sans-papièrEs paient taxes et impôt, à commencer par la TVA. Il oppose une catégorie fondée sur une situation administrative à une autre fondée sur un niveau de ressources. Ceux et celles qui usent d'une analyse rigoureuse savent bien que les

étrangèrEs en situation irrégulière ont un niveau de ressources le plus souvent inférieur au SMIC, et même au seuil de la Couverture médicale universelle (CMU) complémentaire. Mais le ministre de l'Intérieur ne sait pas compter. Selon sa propre communication, entre 200 000 et 400 000 sans-papièrEs vivraient en France, alors qu'on comptait, à la fin du premier semestre 2005, 148 000 bénéficiaires de l'AME. Cela donne une idée du nombre de personnes privées de soins. Le droit à la santé est inscrit dans la Constitution que le ministre de l'Intérieur est censé connaître.

Nicolas Sarkozy a fait un bref passage à Bercy, où il aurait pu améliorer concrètement la situation matérielle des smicardEs. Cela aurait été plus efficace que de les mettre en concurrence avec une population particulièrement défavorisée pour la pointer comme bouc-émissaire.

Restrictions de l'AME et de l'accès à un titre de séjour, remise en cause du droit d'asile, arbitraire administratif en hausse constante. Les politiques de stigmatisation ont un impact sur la santé et la vie des personnes : malades refoulés aux portes des hôpitaux sans y avoir reçu les soins nécessaires, associations de terrain débordées par une population croissante de précaires excluEs des soins, retard au dépistage, foyers de tuberculose chez les sans-papièrEs, etc. Dans le cadre du collectif interassociatif « sida Grande Cause Nationale », Ikambere et Act Up-Paris coordonnent, pour le mois de septembre, avec d'autres associations communautaires, des actions de visibilité et de revendications sur les questions liées au sida chez les migrantEs. L'occasion d'exiger la régularisation de touTEs les sans-papièrEs et l'ouverture de la CMU à touTEs les étrangèrEs en situation irrégulière. Avec l'espoir que nous soyons un peu plus nombreuxSES à mesurer la catastrophe sanitaire et humaine vers laquelle cette majorité, illégitime, xénophobe et incompétente, nous entraîne ; et que nous soyons par là même plus nombreuxSES à y opposer notre expertise, nos forces et notre détermination.

Jérôme Martin

# pour le droit à la santé des étrangersEs

**Le 10 mai dernier, Act Up-Paris réunissait en assemblée générale des malades étrangersEs issus d'associations ou non, des associations spécialisées et des travailleurs sociauxLES. Cette rencontre avait pour objectif de dresser l'état des lieux des revendications, des perspectives et de la mobilisation. Deux émissions de radios sur Africa n°1 et RFI ont permis de relayer cette information vers le plus grand nombre. Au total, ce sont plus d'une centaine de personnes qui sont venues apporter leur expertise et leur expérience. En voici le compte-rendu.**

## DES CONSTATS TOUJOURS ALARMANTS

Les premières prises de paroles ont pointé la dégradation du système législatif et réglementaire, ainsi que les pratiques toujours plus arbitraires et hostiles de la part des instances administratives et médicales.

***Jeanne :** Je suis militante à Act Up. Je suis camerounaise, malade du sida en situation d'échappement thérapeutique. Je suis hébergée par une association, mais pour combien de temps ? Je ne peux pas travailler car je n'ai pas d'autorisation, je n'ai aucune ressource, mais alors je vis comment ? Je reçois 5 chèques déjeuner de 3,60 par semaine : comment voulez-vous que je me nourrisse convenablement et que je suive correctement mon traitement avec si peu d'argent ?*

## DROIT AU SÉJOUR POUR RAISONS MÉDICALES

La banalisation des refus de séjour a été l'une des premières préoccupations de cette réunion, notamment l'augmentation d'avis médicaux défavorables se fondant sur un prétendu accès aux soins dans le pays d'origine. A cet égard, la situation du Brésil a été longuement discutée, puisque les brésiliens malades du sida se voient de plus en plus souvent refuser leur renouvellement de titre de séjour sous prétexte d'une disponibilité des traitements dans leur pays. Des personnes présentes ont expliqué dans le détail les difficultés rencontrées pour accéder aux traitements de base (les pénuries sont fréquentes), mais aussi aux examens nécessaires (bilans sanguins, CD4, charge virale...) ou, plus souvent encore, à des antirétroviraux de 2ème et 3ème lignes pour ceux et celles qui sont en échappement thérapeutique. Ces difficultés, qui ont été pointées par l'Organisation mondiale de la santé, sont volontairement ignorées par les médecins et les fonctionnaires chargés d'examiner les dossiers.

Au-delà des questions de refus purs et simples, il a été abordé un autre dysfonctionnement particulièrement inquiétant : la multiplication des Autorisations provisoires de séjour (APS) de courte durée (le plus souvent de 3 mois). Cette pratique a de graves conséquences car une APS ne permet pas de percevoir des allocations et permet rarement l'accès à un emploi. Les titulaires de ces APS sont ainsi autorisés à rester en France pour se soigner mais sont dans l'incapacité de subvenir à leurs besoins les plus élémentaires.

***Un anonyme :** Mon amie est séropositive. Elle est sans papiers et sans traitement, nous vivons dans un foyer insalubre. En août 2003, un médecin de l'AP-HP a fait une lettre pour qu'elle obtienne une régularisation pour soins. Deux ans plus tard, toujours rien. Je suis allé voir le même médecin qui a accepté de refaire une lettre. Mais à quoi bon si les administrations refusent de l'entendre ?*

## ACCÈS AUX SOINS

Sans titre de séjour, l'accès aux soins devient un véritable défi. L'Aide médicale de l'état (AME), destinée aux sans-papiers exclus de la Couverture maladie universelle (CMU, qui n'a d'universelle que le nom), a subi de graves restrictions lors des réformes législatives de 2002 et 2003 : disparition de la procédure d'admission immédiate quand la situation l'exige, obligation de produire des justificatifs, nouvelle condition d'ancienneté de résidence et arrêt de la prise en charge à 100%. La mobilisation des associations avait permis de bloquer la publication de certains décrets et leur mise en application. Néanmoins cette demi-victoire a créé sur le terrain un flou législatif et a laissé aux Caisses primaire d'assurance maladie (CPAM) une grande marge d'appréciation fondée essentiellement sur l'arbitraire lors de l'examen des demandes d'AME. Plusieurs personnes ont témoigné de la fréquence des situations temporaires ou définitives de non-prise en charge par l'AME. Si dans les faits pour les malades du sida, et plus généralement en cas d'urgence médicale, le refus catégorique de soins reste rare, les personnes doivent passer par la Permanence d'accès aux soins de santé d'un hôpital (PASS). De nombreuses prises de parole ont montré le caractère totalement inadapté de ces dispositifs pour une prise en charge de longue durée : problèmes pour la délivrance de certains traitements, obligation de passer par des services hospitaliers déjà engorgés, discours culpabilisant du personnel médical qui n'hésite pas dire aux personnes « vous nous coûte cher ».

***Nelly d'accueil Mijaos :** Tout le monde dira à quel point est dramatique le peu d'accueil (hébergement, alimentation...) des personnes étrangères séropositives et malades. On sait pourtant que le moment du diagnostic est le plus important, car il détermine l'initialisation des soins et donc les pratiques d'observance et de prévention de la personne atteinte. Il fut un temps où il y avait beaucoup d'associations qui assuraient ce type d'accueil aux malades en grande précarité sans titre de séjour. Aujourd'hui, les associations comme MIJAOS sont isolées, on est quasiment les derniers et sans aucun moyen : nous suivons environ 80 personnes à MIJAOS avec seulement un équivalent temps plein de travailleur social. C'est un cri !*

## DES CONDITIONS DE VIE DÉLÉTÈRES

Ces difficultés administratives entraînent d'autres discriminations dans l'accès aux soins. Celle du logement est sans aucun doute la plus criante. Si elle n'est pas spécifique aux étrangersEs malades, cette précarité a de très lourdes conséquences pour les personnes qui ont des problèmes de santé importants nécessitant des traitements lourds et une observance rigoureuse. Il arrive fréquemment qu'un traitement ne puisse être initié en l'absence de conditions d'hébergement adaptées.

---

**Amar :** *Je suis algérien, et je vis en France depuis 2 ans. Je suis initialement venu rejoindre ma femme et mon fils qui ont été gravement brûlés dans un accident et ne pouvaient être soignés en Algérie. Mon fils devra être suivi ici de façon permanente jusqu'à l'âge de 18 ans. Je suis donc resté près de ma famille. Le problème des papiers s'est présenté ensuite, surtout pour moi qui n'étais pas malade. On a tous les 3 obtenu une APS. Mais le paradoxe, c'est que ma femme, qui est malade et alitée, est autorisée à travailler et moi pas ! [...] Et le plus dur à supporter, c'est l'attitude des médecins et des personnels administratifs. Les médecins en particulier sont incités à ne pas remettre de certificats médicaux. Un jour, à l'hôpital, ils ont dit à ma femme « Madame, on ne fait pas du social, ici ». C'est grave.*

---

## **UNE PLATE-FORME DE REVENDICATIONS MINIMALES COMMUNES S'EST ÉLABORÉE :**

### **Une CMU vraiment universelle.**

Même si cette revendication est à mettre en perspective avec le fait que le statut de « sans-papierEs » continue de produire des problèmes de santé, de précarité et d'exclusion... Le vrai enjeu reste la régularisation de touTEs mais, dans l'urgence, il est nécessaire d'obtenir l'ouverture de la CMU aux sans-papierEs.

### **Une circulaire interministérielle qui règle les problèmes administratifs liés aux titres de séjour pour soins.**

Pour s'assurer que, en application de l'article L-313-11 11°, toutes les personnes atteintes de pathologies graves obtiennent une véritable régularisation, c'est-à-dire, au minimum, une carte de séjour temporaire.

### **L'abolition de la double peine.**

La légère réforme de Nicolas Sarkozy est à cet égard totalement insatisfaisante, y compris pour les malades étrangèrEs que la loi protège désormais contre les peines d'expulsion. En effet, pour celles et ceux qui ont été déjà victimes d'une peine d'expulsion, rien n'a été prévu pour lever les interdictions du territoire français ou les arrêtés ministériels d'expulsion, et ils et elles continuent à être assignéEs à résidence (l'expulsion ne pouvant être mise en œuvre du fait de leur état de santé).

### **Un programme de financement du logement d'urgence et l'augmentation du parc locatif social.**

Notamment des logements adaptés aux pathologies lourdes.

## **Que les pouvoirs publics communiquent plus et mieux en direction des médecins.**

Pour que ceux-ci et celles-ci soient clairement informés des procédures à suivre tant en matière d'accès aux soins que de droit au séjour pour raisons médicales.

---

**Serge :** *Nous savons très bien les ravages que fait le sida, a-t-on besoin d'une table ronde pour cela ? Sommes-nous obligés d'exposer notre vie comme l'ont fait nos camarades ? On n'est pas des martyrs ! Beaucoup de travailleurs sociaux continuent comme si de rien n'était, alors qu'ils voient très bien notre situation. Tout est absurde : on vous donne des papiers, mais vous n'avez pas de logement. Vous n'avez pas le droit de sortir du territoire, mais vous n'existez pas sur le territoire, voire vous êtes assigné à résidence. Vous avez le droit de rester pour vous soigner, mais vous n'avez aucun moyen de subvenir à vos besoins. On fait de l'humanitaire ? Mais de régularisations de sans-papiers, on n'entend plus rien. Pourtant on ne fait pas l'aumône, on n'a pas demandé à être malades. Les « papiers », c'est juste une fausse joie : j'ai 3 mois, j'ai 6 mois, c'est cool... mais c'est un manège avec des chevaux de bois, où l'on tourne sans avancer : il faut y retourner 3, 6 mois plus tard, faire la queue des heures alors qu'on est malade et qu'on n'a toujours pas de logement. Et tout ça pour avoir à nouveau une APS de 3 mois.*

---

Avec cette AG nous voulions poser les bases d'une mobilisation et profiter de la (petite) fenêtre médiatique offerte par l'année "SIDA Grande Cause Nationale", notre association étant chargée de co-organiser en septembre 2005 des actions sur la question des migrantEs. Le temps passé à dresser le tableau général de la situation ne nous a pas permis de construire collectivement une stratégie d'actions pleinement aboutie. CertainEs se sont même interrogéEs sur le sens d'autant de témoignages dans un lieu réunissant des personnes déjà conscientes de ces problèmes. Plus qu'une stratégie de mobilisation très précise, le premier objectif que nous nous sommes donné est précisément de sortir de cet "entre-soi", de rassembler des acteurRICEs souvent isoléEs et de porter une parole collective forte dans l'espace public, dans les médias et auprès des institutions et des administrations.





## **pour les étrangèrEs en France se soigner reste un combat**

Le 25 novembre dernier, le gouvernement a déclaré la lutte contre le sida, Grande Cause nationale pour l'année 2005. Et pourtant, cette année est particulièrement violente pour le droit à la santé des étrangèrEs : la seule action du gouvernement a été de poursuivre son démantèlement de l'Aide médicale de l'état (AME) par la publication de deux décrets. Il a cautionné par son silence les expulsions, les refus de séjour et les pratiques illégales des préfectures à l'encontre des malades étrangèrEs, ainsi que la détérioration de leurs conditions de vie et de logement.

Ce gouvernement ignore-t-il que les étrangèrEs sont en première ligne de l'épidémie de sida et particulièrement touchéEs par la plupart des autres pathologies comme la tuberculose, les hépatites virales, le saturnisme ?

Face à cette situation de crise sanitaire, il est non seulement urgent de garantir un égal accès aux soins pour toute personne résidant en France, mais aussi d'améliorer les conditions de vie et de séjour des étrangèrEs.

**Voici l'agenda des mobilisations de septembre.**

### **RASSEMBLEMENT**

**8 septembre** 13h devant le ministère de la Santé

8 avenue de Ségur Paris 7ème

*Pour une couverture maladie universelle pour touTEs.*

### **RASSEMBLEMENT**

**15 septembre** 13h devant le ministère de la Cohésion sociale

127 rue de Grenelle Paris 7ème

*Pour un droit commun et sans exception au travail, au logement et aux prestations sociales.*

### **RASSEMBLEMENT**

**22 septembre** 13h - le lieu n'est pas encore fixé

au 29 aout, la préfecture de police de paris, nous refuse de manifester près du ministère de l'Intérieur

*Pour une autre politique d'immigration, de véritables titres de séjour, l'abolition de la double peine, et un moratoire sur les expulsions.*

### **MANIFESTATION**

**24 septembre** 14h Place de Clichy

*Pour un égal accès à la santé et l'égalité des droits entre françaisES et étrangèrEs.*

# obtenir l'AME, exiger la CMU

**Dès l'élaboration de la Couverture maladie universelle (CMU), nous dénonçons l'exclusion des sans-papiers, relégués à un sous-dispositif de prise en charge, l'Aide médicale de l'état (AME). Depuis 2002 l'UMP s'est acharné à restreindre plus encore ce dispositif.**

Cet apartheid médical qu'est le double dispositif CMU/AME, est une des premières causes de l'exclusion des soins de bon nombre de sans-papiers. Cette situation ne cesse de s'aggraver depuis les deux réformes législatives de 2002 et 2003 votées par l'UMP, qui restreignent les conditions d'accès à l'AME. Ces restrictions ont amené à une baisse du nombre de bénéficiaires, engagée en 2004, et qui se confirme en 2005. Entre mars et juin de cette année, ce nombre vient de chuter de 10 000 personnes, sans aucune réaction du ministère de la Santé. Le gouvernement ne s'arrête pas en si mauvais chemin. Xavier Bertrand a publié au cours de cet été, deux décrets rendant toujours plus difficile l'accès à l'AME. Pour justifier ces restrictions, l'UMP, Nicolas Sarkozy en tête, met en avant de prétendues « dérives » et « fraudes », sans jamais produire le moindre élément concret. Cette politique n'est, en fait, motivée que par une idéologie déconnectée de la réalité que subissent les sans-papiers.

## **EXCLUSÉS PAR LE DOUBLE DISPOSITIF :**

Dès leur création, la CMU et l'AME n'offraient pas les mêmes garanties d'accès aux soins pour toutes. La CMU garantit une couverture de base et une complémentaire gratuite pour les personnes dont les ressources sont inférieures à 6 849 euros par an et par foyer, et ouvre aux autres une assurance maladie de base, sur cotisations proportionnelles à leurs revenus. Pour les sans-papiers, la situation est différente. L'AME ne prévoit que la prise en charge à 100% des personnes dont les revenus sont inférieurs à ces 6 849 euros. Rien n'est prévu pour les autres dont les ressources dépassent ce plafond. Ils ne peuvent dès lors bénéficier d'aucune prise en charge. Une des conséquences est que les sans-papiers qui travaillent sous une autre identité cotisent au régime général d'assurance maladie mais ne peuvent avoir accès aux soins.

De plus en refusant d'ouvrir la CMU à toutes les résidentes en France sans condition de régularité de séjour, le gouvernement Jospin a rendu impossible toute campagne simple et grand public d'information sur l'accès aux soins et d'incitation aux démarches de santé. Du fait de la complexité de ce double système, et de la méconnaissance de l'AME, trop de sans-papiers pensent ne pas pouvoir bénéficier d'une prise en charge et renoncent à se faire soigner.

## **EXCLUSÉS PAR LES RESTRICTIONS APPORTÉES À L'AME :**

Les réformes de 2002 et 2003 contre l'AME ont multiplié les obstacles dans l'accès aux soins des sans-papiers.

Tout d'abord l'UMP a introduit une nouvelle lecture de la condition de résidence habituelle. Alors qu'il s'agissait au départ de vérifier que les demandeurs résidaient effectivement en France, la droite au pouvoir a arbitrairement décidé que trois mois de présence étaient nécessaires pour son obtention. Cette restriction est d'autant plus grave qu'elle a été accompagnée de la disparition de la déclaration sur l'honneur. Les demandeurs se doivent de produire des justificatifs. Ont ainsi été exclus toutes les sans-papiers qui ne pouvaient apporter la preuve de leur identité ou de leur résidence en France, situation fréquente pour des personnes vivant dans la clandestinité.

Les décrets qui ont été pris cet été fixent entre autres la liste des justificatifs recevables ; s'il est encore besoin de prouver que leur objectif est l'exclusion des soins, rappelons qu'ils exigent par exemple que les documents provenant du pays d'origine soient traduits par un traducteur assermenté, et que ces traductions coûtent 50 euros la page, quelle qu'en soit sa taille.

Par voie législative, l'UMP a aussi mis fin à la procédure d'admission immédiate. Celle-ci permettait, « quand la situation l'exigeait », l'examen prioritaire des demandes, et donc l'ouverture des droits dans de très brefs délais. Aujourd'hui une personne n'ayant pas l'AME et qui découvre sa séropositivité ne peut bénéficier de cette prise en charge pendant toute la période d'instruction de sa demande. Quand s'ajoute à cela un allongement des délais (jusqu'à 6 mois dans certaines CPAM), et l'importance d'un suivi renforcé dans une telle situation, force est de constater que cette mesure est une mise en danger de la vie des intéressés.

**Simplifier le dispositif actuel, permettre une politique cohérente d'incitation aux démarches de santé et de dépistage, assurer une continuité des soins pour toutes. Pour cela, il faut d'abord traiter les délires de l'UMP pour ce qu'ils sont : des fantasmes xénophobes sans lien avec la réalité. Il faut par ailleurs exiger la CMU pour toutes, première étape d'une prise en charge à 100 % des soins par l'Assurance maladie solidaire et obligatoire. Il s'agit de garantir un égal accès aux soins pour toutes, donc de faire appliquer, tout bonnement, un droit constitutionnel.**

# un arsenal juridique pour vos rendez-vous en préfecture

**Stratégie pour décourager les demandeurSEs ou conséquence du mépris qu'ont les préfectures de la vie des malades étrangèrES, les traitements administratifs des demandes de séjour pour soins ne cessent d'être entachés d'illégalité. À partir des irrégularités et des refus les plus fréquemment rencontrés, nous avons établi un argumentaire pour faire valoir vos droits en préfecture. Si, malgré cela, les problèmes persistent, contactez au plus vite une association<sup>1</sup>.**

## 1. REFUS D'INSTRUCTION

Vous déposez une demande de séjour, mais on refuse de l'enregistrer alors que vous avez réuni toutes les pièces demandées. L'argumentaire à développer dépendra du motif avancé par l'administration.

*La personne au guichet prétend que vous ne remplissez pas la condition de résidence habituelle.*

Voir plus bas, le point 6, « Refus de délivrance d'une Autorisation provisoire de séjour ».

*La personne au guichet prétend que vous avez déjà déposé des demandes antérieures de séjour et que celles-ci vous ont été refusées.*

Rappelez à votre interlocuteurRICE la circulaire du 7 mai 2003 de Nicolas Sarkozy, et plus particulièrement le paragraphe 1.2.2., « Réexamen », qui prévoit que « la position consistant à opposer une fin de non-recevoir, sans examen du dossier et, le cas échéant, sans tenir compte d'éléments nouveaux est à proscrire ».

*La personne au guichet prétend que votre attestation de domiciliation n'est pas reconnue par les services de la préfecture.*

Rappelez que le décret de 1946 ne précise pas la nature de la domiciliation (adresse postale, domiciliation administrative, certificat d'hébergement, etc.), et que pour la délivrance d'une CST (contrairement à une demande d'asile par exemple) aucune réglementation ne prévoit d'agrément des structures proposant une domiciliation.

## 2. REFUS DE DÉLIVRANCE D'UN RÉCÉPISSÉ

*Vous venez de déposer une première demande ou une demande de renouvellement de titre de séjour, mais la préfecture refuse de vous délivrer un récépissé attestant ce dépôt. Cette attestation est capitale pour ne pas subir une rupture de vos droits (en cas de renouvellement) ou pour justifier votre identité lors d'un contrôle de police.*

Rappelez à votre interlocuteurRICE que la délivrance d'un récépissé est prévue par l'article 4 du décret du 30 juin 1946 : « il est délivré à tout étranger admis à souscrire une demande de première délivrance ou de renouvellement de carte de séjour un récépissé valant autorisation de séjour [...] ».

## 3. DÉLAI D'INSTRUCTION EXTRÊMEMENT LONG

*Vous avez déposé votre demande de séjour depuis plus de quatre mois et la préfecture vous demande d'attendre et prolonge votre récépissé ou vous en donne un nouveau.*

La réglementation prévoit quatre mois de délai pour l'instruction des demandes de titres de séjour. Au-delà, l'article 4 du décret du 30 juin 1946 prévoit que

« le silence gardé pendant plus de quatre mois sur les demandes de titre de séjour présentées en application du présent décret vaut décision de rejet. » A l'exception d'un refus de séjour signifié par écrit ou de la délivrance d'un titre de séjour, toute autre réponse orale ou écrite de la préfecture vaut comme un silence, c'est-à-dire un refus. Néanmoins, en pratique, les préfectures dépassent très fréquemment ce délai et délivrent tout de même un titre de séjour par la suite. Il est donc délicat de vous conseiller une attitude à adopter, cela dépend de votre situation personnelle et de la pratique de votre préfecture. Il est préférable de contacter une association qui connaît bien cette préfecture pour vous aider dans vos démarches.





## RAPPEL DE LA LOI

### Article L313-11 11° du CESEDA

(ex article 12bis 11° de l'ordonnance du 2 novembre 1945)

« Sauf si sa présence constitue une menace pour l'ordre public, la carte de séjour temporaire portant la mention "vie privée et familiale" est délivrée de plein droit : [...]

- 11° A l'étranger résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire. La décision de délivrer la carte de séjour est prise par le préfet ou, à Paris, le préfet de police, après avis du médecin inspecteur de santé publique de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales compétente au regard du lieu de résidence de l'intéressé ou, à Paris, du médecin chef du service médical de la préfecture de police. Le médecin inspecteur ou le médecin chef peut convoquer le demandeur pour une consultation médicale devant une commission médicale régionale dont la composition est fixée en Conseil d'État.

La carte délivrée au titre du présent article donne droit à l'exercice d'une activité professionnelle. »

## 4. TAXES ABUSIVES

*Pour la délivrance de votre titre de séjour, la préfecture exige le paiement d'une taxe. Attention cette pratique est peut-être infondée.*

Parmi les différentes taxes habituellement exigées des étrangers lors de la délivrance d'un titre de séjour, une seule peut être demandée aux personnes malades : celle au profit de l'OMI exigible pour le renouvellement d'une autorisation de travail (APS avec autorisation de travail ou CST). Une taxe de chancellerie est fréquemment exigée lors d'une première demande. Cette taxe n'est applicable qu'aux étrangers ne pouvant attester une entrée régulière sur le territoire français et correspond au double du prix du visa qu'ils, elles, auraient dû payer. Néanmoins, les malades étrangers régularisés pour raisons médicales, à qui l'on ne peut opposer une entrée irrégulière selon l'article 7 du décret n°46-1574 du 30 juin 1946, sont exonérés de cette taxe.

## 5. NATURE DU TITRE DÉLIVRÉ

*Vous pouvez établir que vous résidez en France depuis plus d'un an, cependant, la préfecture veut vous délivrer une APS, au lieu d'une CST.*

L'article 313-11 11° du CESEDA ne prévoit que la délivrance d'une CST mention « vie privée et familiale ». Les APS ne doivent être délivrées qu'en l'absence de résidence habituelle (voir plus bas le point 6). Or, cette notion de résidence habituelle n'est précisée que par la circulaire du 12 mai 1998 qui prévoit que l'ancienneté de séjour exigée « sera appréciée avec souplesse et ne sera qu'exceptionnellement inférieure à un an ». Dès lors que vous pouvez justifier d'un année de résidence en France, la préfecture doit délivrer une CST. Par ailleurs, n'hésitez pas à expliquer les conséquences qu'auraient pour vous la délivrance d'une APS (impossibilité de percevoir des allocations telles que l'AAH, difficulté pour obtenir un ACT, un hébergement, un emploi...).

*La personne au guichet vous répond que l'avis médical est valable pour une durée inférieure à un an.*

En matière de VIH, cela peut s'expliquer si une APS vous a déjà été délivrée depuis la rédaction de l'avis médical, sinon c'est qu'il y a un problème, et nous vous conseillons de contacter une association. Exigez que vous soit donnée une CST valable jusqu'à la fin de l'avis médical.

## 6. REFUS DE DÉLIVRANCE D'UNE AUTORISATION PROVISOIRE DE SÉJOUR

*La préfecture refuse de vous délivrer une APS (et encore moins une CST) au motif que vous résidez en France depuis moins d'un an.*

La délivrance d'une APS pour les malades étrangers résidant en France depuis moins d'un an est prévue par l'article 7-5 du décret n°46-1574 du 30 juin 1946 : « L'étranger mentionné au 11° de l'article 12 bis qui ne remplirait pas la condition de résidence habituelle pourra recevoir une autorisation provisoire de séjour renouvelable pendant la durée du traitement. »

## GLOSSAIRE :

**APS** : Autorisation provisoire de séjour

**CST** : Carte de séjour temporaire

**OMI** : Office des migrations internationales

**AAH** : Allocation adulte handicapé

**ACT** : Appartement de coordination thérapeutique

**CESEDA** : Code de l'entrée et du séjour de l'étranger et du droit d'asile



1. Pour connaître les coordonnées d'une association > sida info droits : 0 810 636 636.

# statut administratif précaire : l'état d'urgence

**La régularisation pour raison médicale<sup>1</sup> prévoit la délivrance d'une Carte de séjour temporaire. Néanmoins, trop de malades étrangèrEs se voient enfermés dans des statuts administratifs précaires telles que des Autorisations provisoires de séjour. Il s'agit d'une véritable mise en danger des malades étrangèrEs. À moins de pouvoir bénéficier de réseaux de solidarité privés, ils et elles se retrouvent sans ressource, et sans logement. Dans de telles conditions, survivre est un combat quotidien.**

## ÉVITER LE 115

A en croire certainEs travailleurSEs sociauxLES, il n'y a plus de place d'hébergement nulle part et les seules alternatives à la rue sont les foyers d'urgence du 115. Néanmoins, éviter le Samu social est le premier défi des malades sous APS. Ces foyers d'urgence sont des dispositifs qui n'accueillent les personnes que pour la nuit, selon des horaires très contraignants. Les personnes y sont parquées dans de grands dortoirs et doivent avoir quitté les lieux très tôt le matin. Si, pour touTEs les sans-abriEs, ces foyers constituent des lieux d'invisibilisation et de désintégration sociale, pour ceux et celles qui sont malades, il s'agit d'une véritable mise en danger de leur vie. Et pourtant, de nombreuxSEs travailleurSEs sociauxLES persistent à y envoyer des malades et les dirigent vers des dispositifs d'accueil de jour qui inscriront chaque jour les personnes sur les listes du 115, et assureront le transport en navette du foyer d'urgence au centre d'accueil de jour. Bref, tout est mis en place pour que des malades restent ainsi hébergés pendant des mois dans des conditions inacceptables.

## TROUVER UN HÉBERGEMENT PLUS ADAPTÉ

Il existe pourtant d'autres dispositifs, comme les CHRS<sup>2</sup>, les foyers post-hospitaliers, ou même certains hôtels sociaux parmi les moins pires. Ces dispositifs sont loin d'être parfaits, et les problèmes qu'ils posent diffèrent d'un endroit à l'autre :

### L'instabilité.

La plupart de ces dispositifs ne peuvent héberger une personne que pour un délai restreint : souvent quelques mois, quelques semaines, et parfois même quelques jours.

### Un équipement très variable.

Dans ces dispositifs, l'équipement est souvent très sommaire. Par exemple, il est rarement possible de se faire à manger (jamais dans les hôtels sociaux). Dans certains, il semblerait que l'hygiène soit en option, puisque les douches y sont payantes alors qu'ils accueillent des personnes sans ressources. Ajoutons à cela l'exiguïté, l'insalubrité et la vétusté de certains locaux, en premier lieu desquels les hôtels sociaux.

### Perte d'autonomie et de vie privée.

Dans certains centres, les contraintes horaires sont très strictes. Dans d'autres il est impossible d'en sortir sans prévenir l'administration, pour demander un billet de sortie. Dans tous les cas, il est impossible de passer la nuit avec unE ou des amantEs.

## PALLIER LE MANQUE DE RESSOURCES

À ces contraintes s'ajoute l'absence de ressource : sans autorisation de travail, ni possibilité de percevoir la moindre allocation (à l'exception de l'Aide spécifique à l'enfance), les malades sous APS ne peuvent compter que sur l'aide humanitaire de quelques associations et fondations. Cette aide se concrétise le plus souvent par des chèques-service, et se limite en moyenne à 5 tickets de 4 euros pour une période d'une semaine à 10 jours. Si cette somme est dérisoire pour s'acheter de quoi cuisiner et s'alimenter convenablement, elle est carrément indécente lorsque l'on est logéE dans un dispositif où il est impossible de se faire à manger. Il faut alors se rabattre sur les associations offrant une restauration à heure fixe, surmonter la difficulté de se déplacer, qui est bien réelle, compte-tenu du coût des titres de transport. Cela s'ajoute à l'impossibilité de téléphoner qui nuit aux personnes dans les nombreuses démarches administratives qu'elles doivent effectuer.

## ÉCHAPPER AUX ÉCUEILS DE L'ACTION HUMANITAIRE

Dans ces conditions, il devient très difficile de faire entendre aux travailleurSEs de ces structures humanitaires les exigences minimales de survie : les problèmes de nutrition, la nécessité d'avoir un titre de transport ou une carte téléphonique. C'est ainsi qu'une militante d'Act Up qui demandait des tickets-service de plus s'est vue répondre : « ne vous plaignez pas, avec tout ce qu'on fait pour vous. Vous n'auriez pas cela dans votre pays. » Il s'agit, certes, d'un exemple extrême, mais qui reflète bien un des principaux écueils de l'action humanitaire. Dès lors que les malades précaires sont excluEs du dispositif de droit commun, ils et elles ne peuvent compter que sur les structures humanitaires, avec toute l'asymétrie des rapports humains que cela implique : les malades ainsi assistés n'ont d'autres droits que celui de remercier. Les travailleurSEs sociauxLES se contentent trop souvent d'orienter les personnes dans leurs démarches administratives et sociales, sans pour autant leur donner une vision d'ensemble des démarches à effectuer. Pourtant, face au labyrinthe administratif français, aux discriminations dues à l'origine et au statut sérologique, et dans certains cas au choc que constitue l'arrivée dans un pays inconnu, ou encore la barrière de la langue, le premier objectif pour les malades étrangèrEs et précaires reste *l'empowerment* : retrouver la maîtrise de sa vie en récupérant l'information nécessaire.

1. Sur le droit au séjour pour raisons médicales voir les p. 8 et 17.

2. Centre d'hébergement et réinsertion sociale.

## **DÉNONCER**

### **LA RESPONSABILITÉ DES POUVOIRS PUBLICS**

Être constamment maintenuEs dans des dispositifs d'urgence et d'extrême précarité n'est pas sans incidence sur l'état de santé des malades. Pour autant, il ne faut pas se tromper de cible, les premiers responsables de cette situation restent les pouvoirs publics. Nous continuerons à dénoncer les dérives de certaines structures humanitaires et/ou assistantEs sociauxLES, et à exiger une meilleure formation de ceux et celles-ci, mais nous n'oublions pas que les problèmes que nous rencontrons sont avant tout liés à des politiques et des pratiques administratives.

### **ACT UP-PARIS EXIGE**

Nous demandons aux travailleurSEs sociauxLES de ne pas céder à la résignation, de ne pas accepter l'inacceptable (comme envoyer des malades au 115), et surtout de se mobiliser avec nous pour :

#### **La régularisation de touTEs les sans-papiersEs.**

La réglementation actuelle en matière de séjour ne fait que produire de la précarité en enfermant les étrangèrEs dans des zones de non-droit et des statuts administratifs précaires : situation irrégulière, Autorisation provisoire de séjour, assignation à résidence, statut des demandeurSEs d'asile.

#### **L'amélioration et l'augmentation des dispositifs d'hébergement.**

Bien trop souvent, les pouvoirs publics font appel à des hôtelierEs – véritables marchandEs de sommeil – qui louent des chambres insalubres, inadaptées et hors des normes de sécurité. Les incendies du 15 avril et 25 août dernier de l'hôtel de l'Opéra et de l'Immeuble Emmaüs en ont fait la scandaleuse démonstration.

#### **Un véritable plan de lutte contre la pauvreté et l'exclusion.**

Aucune politique de prévention de la pauvreté et de l'exclusion ne pourra se faire sans la revalorisation des minima sociaux (RMI<sup>3</sup>, AAH<sup>4</sup>, etc.) et leur extension à touTEs les résidentEs en France, en premier lieu desquelLEs les étrangèrEs et les moins de 25 ans.

#### **L'augmentation du parc de logements sociaux.**

Parce qu'il est aujourd'hui de plus en plus difficile d'obtenir un logement social, de nombreuses personnes vivent durablement dans des structures d'hébergement d'urgence. Ceci engorge des dispositifs qui ne devraient être envisagés que comme des solutions temporaires. Une construction massive de logements sociaux est nécessaire, mais en attendant et dans l'urgence, il convient de transformer les PLI, logements sociaux destinés aux classes moyennes et qui trouvent difficilement preneurSE, en PLA et PLA-TS, logements sociaux destinés aux plus pauvres.

3. Le Revenu minimum d'insertion n'est accessible aux étrangèrEs qu'après cinq années de titres de séjour avec autorisation de travail.

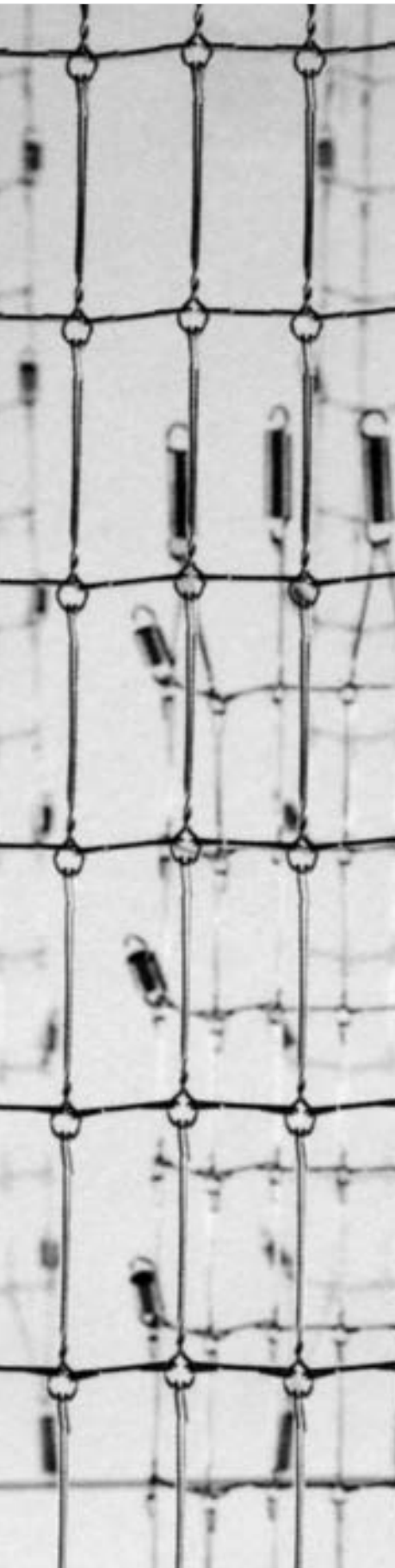
4. L'Allocation adulte handicapé n'est accessible aux étrangèrEs qu'avec un titre de séjour. Or une APS n'est pas considérée comme un titre de séjour.





# mon corps m'appartient, le choix me revient

**Incompréhension des enjeux, des procédures, des situations, négligences, voire franche hostilité... Les médecins français entretiennent des relations parfois difficiles avec nous, malades étrangers. Il n'est pas question de généraliser ces difficultés, mais de les dénoncer : elles peuvent avoir des conséquences graves sur notre suivi médical.**



Les rapports médicaux occupent une place centrale dans la procédure administrative de « régularisation pour soins ». Pourtant, nous constatons que de nombreux freins subsistent côté médecin. Les délais exigés par certainEs (parfois plus d'un mois) montrent qu'elles et ils ne perçoivent pas que ce laps de temps s'ajoute au traitement administratif du dossier, aux divers rendez-vous en préfecture, et qu'ils, elles participent ainsi à nous maintenir dans une précarité administrative et sociale incompatible avec notre état de santé.

## **DES MÉDECINS NOUS DÉLIVRENT DES CERTIFICATS MÉDICAUX DU BOUT DES DOIGTS**

Une très forte incompréhension de la part des médecins sur leur rôle au sein de cette procédure subsiste. CertainEs établissent peu consciencieusement ces certificats, ne reprennent pas exactement la terminologie demandée par les préfectures ou ne donnent pas tous les éléments médicaux nécessaires, et nous exposent ainsi à des refus d'instruction ou de séjour. À l'inverse, d'autres sont très frileuxSES à l'idée de s'engager dans une démarche de demande de séjour, sans comprendre qu'il ne leur est demandé que de faire état du diagnostic, du traitement suivi, des perspectives d'évolution de la maladie... En évaluant mal leur rôle sans maîtriser pleinement les termes de la loi, des médecins ont pu refuser d'établir ces certificats ; particulièrement suite à un premier refus de la part de la préfecture.

## **DES MÉDECINS IGNORENT NOS DIFFICULTÉS QUOTIDIENNES**

La lutte contre sida a permis de remettre en cause le pouvoir exercé généralement par le, la médecin sur le, la patientE (d'un côté celui, celle qui sait, de l'autre celui, celle qui est malade). Dans le cas des étrangersEs, ce type de relation est souvent encore de mise. Ainsi, certainEs médecins établissent leur prescription sans tenir compte de la situation des malades. Quel est le sens d'une prescription uniquement disponible en pharmacie de ville pour une personne qui n'a ni ressource ni couverture maladie ? Comment prescrire un antirétroviral nécessitant d'être conservé au froid si la personne vit dans une chambre d'hôtel sans frigidaire ? De même, les médecins devraient s'intéresser de plus près aux ressources des malades, notamment alimentaires. Il est indécent de prodiguer des conseils nutritionnels à une personne qui ne dispose pour se nourrir que de quelques tickets services.

## **DES MÉDECINS NOUS ÉCOUTENT PEU, VOIRE NOUS MÉPRISENT**

Trop souvent la prescription de traitements ou d'exams complémentaires se fait sans explication ni concertation, ce qui a des conséquences non seulement sur l'observance mais aussi, dans certains cas, sur la pertinence de ces prescriptions. De la même façon, il n'est pas rare que les médecins ne réagissent pas quand nous les interpellons sur tel effet secondaire, ou sur tel problème lié à l'infection par le VIH. Et, plus généralement, quand nous soulevons une difficulté ou la moindre question, au lieu de nous répondre, des médecins utilisent la situation économique et sociale de notre pays d'origine comme référence. Une manière de nous rappeler que nous serions bien avisés de nous passer de commentaires.

**Pourquoi ces différences de traitement selon que le ou la malade est FrançaisE ou étrangerE ? Ceci révèle la représentation qu'ont certainEs médecins des malades étrangersEs, rarement exempte d'un racisme même ténu ou inconscient. Comme si la confiance dans la relation malade-médecin, qui a pourtant été une des victoires dans la lutte contre le sida, devenait dans notre cas une valeur négligeable.**

## nous ne sommes pas celles que vous croyez

**Dans un contexte général de répression et de crise sanitaire, les étrangèrEs séropositifVEs doivent se battre pour des titres de séjour, le droit au travail, l'accès aux soins... Qu'en est-il des femmes africaines pour qui ces difficultés sont accrues par la stigmatisation d'être femmes, étrangères et séropositives ? Toutes les réponses qui suivent devraient déjà être connues. Néanmoins, rappeler ces évidences et le cumul des discriminations reste indispensable face à l'ignorance générale du grand public.**

On aurait tort de croire que les femmes africaines séropositives vivant en France constituent un groupe homogène. Au contraire, le lieu et le moment de leur séroconversion et de la découverte de leur statut sérologique, les raisons de leur présence en France et l'ancienneté de leur arrivée génèrent des trajectoires singulières. On peut cependant identifier des conditions de vie communes liées à leur triple statut de femmes, séropositives et étrangères.

**Les problèmes économiques et sociaux qui touchent les étrangèrEs malades<sup>1</sup> frappent plus violemment encore les femmes.** Outre la difficulté d'obtenir la régularisation de leur situation administrative, celle d'avoir accès à une couverture sociale et à une autorisation de travail sans compter l'exploitation et les discriminations dans le milieu professionnel, elles doivent faire face à la domination masculine, dans leurs communautés autant que dans la société.

**Cette domination se manifeste à travers des facteurs spécifiques de précarisation des femmes** (chômage plus important, bas salaires, temps partiels), qui sont aggravés pour les femmes étrangères séropositives venues s'installer en France, seules ou avec leurs enfants, et qui ont pour cela souvent utilisé toutes leurs économies. Dans la précarité, l'attention accordée par ces femmes à leur propre santé entre en concurrence avec la nécessité de trouver au jour le jour des réponses aux besoins vitaux. De ce fait, leur état de santé s'aggrave, ce qui entraîne une précarité encore plus grande. Pour les femmes qui rejoignent leur famille en France, la situation n'est guère meilleure du fait de leur dépendance financière.

**Ce sont également les représentations du sida dans leurs communautés, marquées par la stigmatisation des séropositifVEs, qui génèrent un déni par rapport à la maladie :** la pression sociale est particulièrement forte lors de la découverte et/ou de l'annonce de leur séropositivité et amène souvent au silence sur son propre statut. Comme en témoigne Aimée Batsimba-Keta de l'association Ikambéré, certaines n'osent pas fréquenter ce lieu, pourtant communautaire, de peur de rencontrer un membre de leur famille. Craignant l'exclusion, beaucoup se trouvent dans l'impossibilité de dire leur statut sérologique.

Du côté de la prévention, les femmes africaines hétérosexuelles se trouvent dans la même situation que de nombreuses autres femmes : la difficulté ou l'impossibilité d'imposer le préservatif. Séropositives, une difficulté supplémentaire survient : celle de faire admettre cette séropositivité à leurs partenaires et donc de leur imposer un moyen de prévention. Certains hommes refusent en effet catégoriquement de se protéger alors même que leur partenaire leur a annoncé sa séropositivité.

**Pour modifier les représentations liées au sida - tant du point de vue de la séropositivité que des pratiques de prévention - la parole des femmes africaines séropositives doit se libérer** et être accompagnée d'une politique d'information sur le dépistage, les modes de contamination, les pratiques de prévention qu'ils imposent et les traitements.

**Devenir actrice de sa maladie est particulièrement difficile dans des conditions sanitaires et sociales désastreuses. C'est pourtant d'une mobilisation des femmes que nous avons besoin aujourd'hui pour libérer la parole<sup>2</sup> et combattre la stigmatisation. L'épidémie reculera dès lors qu'un mouvement collectif et visible, s'amorcera.**



<sup>1</sup>. Sur les problèmes économiques et sociaux voir p. 10.

<sup>2</sup>. Les 7 mars 2004 et 5 mars 2005, Act Up-Paris, Aides, le Planning Familial, le Kiosque et Sida Info Service organisaient des États Généraux « Femmes et sida ». Les actes sont téléchargeables sur notre site : [www.actupparis.org/article1904.html](http://www.actupparis.org/article1904.html).

## sida : envie d'en être ?

**Nous sommes des séropositives, des malades, des activistes de la lutte contre le sida. A cette question nous répondons : non. Et puis d'autres questions se posent, simples et plus complexes. De ces interrogations est née cette rubrique, un espace pour parler de soi, de son rapport à la maladie, à la sexualité, aux traitements, à la prévention, au monde. Rencontre avec une de nos militantes, Sylvana.**

**Un bref aperçu de ta vie en quelques dates ?** La date importante pour moi, c'est le 29 décembre 1989, parce que c'est la naissance de ma fille. Elle est séronégative.

**D'autres dates ?** Je n'ai pas voulu les garder en mémoire, parce que ce sont des moments qui m'ont fait mal, des mauvais souvenirs. En 1987, j'ai accouché d'un garçon, séropo. C'est le premier né. 1989, c'est aussi l'année où j'ai connu ma séropositivité. En 1992, mon fils est mort, du VIH. 1997, c'est la mort de mon mari, il a sauté sur une mine anti-char. Et puis ma date de naissance, le 1er juillet 1962. Je suis fière d'avoir maintenant 43 ans.

**Qu'est-ce cela t'a fait de savoir que tu étais séropositive ?**

Quand j'ai connu ma séropositivité, ça a été comme si le ciel tombait sur moi, j'ai tout de suite vu la mort devant moi. Mais je me disais : « je n'ai pas le droit de mourir avant mes enfants. » J'ai assumé tout ce qui s'est passé autour de moi : la stigmatisation, le rejet des familles et de l'entourage. J'ai perdu des amis, je suis restée seule. Ce sont mes enfants qui m'ont donné la force de vivre, c'est à partir de là que j'ai commencé à être calme. J'ai réfléchi pour voir comment j'allais vivre, gérer la situation.



**Avant cela, tu avais quel aperçu du sida ?** C'était en 87, on ne savait rien du sida au Burundi. J'ai cherché des informations, en vain.

**Avant l'annonce de ta séropositivité, comment te protégeais-tu ? Et après ?** Déjà au Burundi, il n'y avait pas de préservatif, on ne parlait même pas de prévention, de sida. Même après, je ne me suis pas protégée. Cela a été un conflit avec mon mari. Je lui ai dit que j'étais séropositive, le médecin m'avait dit de me protéger désormais. Lui a refusé. Je suis restée comme cela, sans protection.

**Comment s'est passé l'annonce de ta séropositivité ?**

Mon fils est né à terme, mais il est né avec un poids de prématuré, 1,60 kg. Et j'avais accouché difficilement, par ventouse. C'est là où on a commencé à suspecter que l'enfant pouvait être infecté. On a laissé passer un peu de temps. Après il a toujours présenté les signes des maladies

opportunistes, tous les signes du sida. Au début de ma seconde grossesse, le médecin m'a proposé de faire le dépistage et le résultat était positif. On m'a proposé d'avorter et j'ai eu peur, je croyais que j'allais mourir avec ma séropositivité, je me suis dit : « je vais vivre, il faut que les enfants meurent avant moi. » Je ne voulais pas laisser mes enfants, séropositifs, souffrir après ma mort. J'ai eu le courage et la force de me prendre en charge pour que les enfants ne me perdent pas. Cette période était dure, on a commencé à me stigmatiser. J'ai assumé, pourvu que mes enfants ne le soient pas après leur mère. Je voulais que tout retombe sur moi. Et puis mon fils, après avoir connu beaucoup d'hospitalisations, est mort à cinq ans. Je me suis soulagée : « ok, je viens d'en enterrer un, il reste la fille ». Entre-temps j'ai été malade, j'ai eu la tuberculose et là aussi je me suis dit : « non, je ne veux pas mourir avant que la fille soit morte. » Ce qui m'étonnait c'est qu'elle progressait bien. Ça me mettait mal à l'aise puisque je voulais qu'elle meure avant moi. Il n'y avait pas de médicament à ce moment là. Je commençais à être faible, j'ai alors cherché quelqu'un pour adopter ma fille. Comme ça, je pourrai mourir tranquillement. Cette personne m'a demandé si j'avais fait faire un dépistage à ma fille. J'ai dit :

« non, j'ai peur, mais je sais qu'elle est infectée. » Et puis elle m'a expliqué qu'il y avait des cas où des enfants peuvent naître séronégatifs, qu'il faut bien savoir son état sérologique pour que celui qui va l'adopter connaisse son état de santé pour l'accepter, qu'il n'y ait pas de rejet après. J'ai alors fait le dépistage, mais j'ai eu peur de prendre les résultats. Il s'est passé des années sans que j'aie les chercher. Puis, une nuit, ma fille a été gravement malade, elle a eu 39,5° de température. J'ai pleuré et puis j'ai prié. J'ai demandé à Dieu d'avoir pitié de moi, qu'Il puisse guérir ma fille. J'ai dit au Seigneur : « j'ai peur de voir ma fille mourir », alors que je le souhaitais, et puis j'ai pris le Nouveau Testament, je l'ai ouvert par hasard et j'ai lu un passage où « Jésus a guéri l'enfant d'une veuve ». Puis j'ai dit : « cette parole est à moi, tu dois guérir ma fille. » Et comme je suis croyante, j'ai dit : « c'est ma parole, j'y crois. » Le lendemain, je suis allée voir les résultats, j'ai été étonnée, ils étaient négatifs. Ce qui m'a amenée à avoir



encore de la force puisque je ne voulais pas la laisser orpheline. J'ai dit : « maintenant, Seigneur, puisque tu me donnes cette enfant, je ne veux pas mourir avant qu'elle ne soit majeure, qu'elle puisse se prendre en charge. » Cela a été mon objectif pendant ma période de maladie. A chaque fois que je tombais malade, je me disais qu'il n'était pas encore temps, que j'allais me réveiller, que j'allais vivre.

**Raconte-nous ton premier entretien avec ton/ta médecin traitantE.** En voyant le regard que la société avait sur moi et la lutte que j'avais en moi, j'ai choisi un médecin traitant. Je me suis ouverte à elle, je lui ai dit que c'était un secret, qu'elle me soigne, que je lui dise tout ce que je veux, tant que je veux. C'est le docteur Marie-Josée Mbuzenakamwe. Elle a été ma confidente. Elle m'a beaucoup aidée dans mon parcours, à chaque problème, même banal, je courais vers elle. C'était la seule personne qui me comprenait, et c'est elle qui m'informait de tout ce qui se passe sur le VIH.

**As-tu déjà pris un traitement antirétroviral ?** Oui.

**Comment s'est passé ta mise sous traitement ?** Après la mort de mon mari, j'ai eu une rechute remarquable. Mes T4 sont tombés jusqu'à 94. Mon médecin m'a dit qu'il était temps de prendre les antirétroviraux. Je n'avais pas de moyens, les antirétroviraux étaient très, très chers, et il n'y avait que les bithérapies. J'ai vendu ma maison et tout ce que j'avais. Je l'ai fait en cachette, puisque la belle-famille voulait s'y opposer. Je tenais à ma parole de vivre longtemps jusqu'à ce que ma fille soit majeure. Cela a été un combat très, très difficile. Ma belle-famille et ma famille disaient que j'étais égoïste, qu'il fallait que je meure et que la maison reste pour l'enfant. Ma philosophie était que ma fille devait plutôt perdre « la richesse » plutôt que sa mère. Après, Dieu m'a aidée. Avant que l'argent soit épuisé, j'ai été engagée à l'ANSS (Association Nationale de Soutien aux Séropositifs et Sidéens), en tant qu'assistante sociale. A partir de là, l'association me payait les antirétroviraux, et j'ai commencé à remonter. J'ai contracté un crédit à cette association pour recommencer la vie à zéro. J'ai eu une parcelle de terre, mais malheureusement je n'ai pas construit. J'ai été envoyée en mission aux Solidays et j'ai été gravement malade au cours de ma mission en France. Je suis arrivée le 30 juin 2004 et j'ai été hospitalisée vers le 7 juillet. On a trouvé que j'avais un CMV, les CD4 étaient à 24, et la charge virale de 500 mille copies. Je ne pouvais pas rentrer puisque je devais reprendre des médicaments, et faire de la rééducation - à ce moment-là, je ne marchais pas. J'étais gravement malade.

**Parle-nous de cette première hospitalisation en France.** Quand j'ai été admise, je n'avais pas l'AME, puisque je n'avais pas trois mois de présence en France. J'ai été prise en charge par les associations, Solidarité sida et APA. La médecin était gentille, je ne la voyais que sur rendez-vous. Les médicaments, je devais les prendre à l'hôpital, et s'il n'y en avait pas, c'était les associations qui les payaient. Et puis la médecin qui avait pitié de moi et savait que je n'avais pas l'AME, pas de ressources, m'a prescrit des médicaments moins chers mais inefficaces. A la place du Rivotril et du Laroxil, ce fut de l'Aspegic, pour calmer les neuropathies.

Ca n'allait pas du tout. Et comme j'étais informée, je savais que ça ne convenait pas, je n'ai pas pris cet Aspegic.

**Au jour le jour, c'est quoi d'être séropositive ?** C'est voir tout basculer autour de soi. C'est une lutte quotidienne pour la survie, un repli sur soi. On n'est plus épanouie, on n'a plus la joie de vivre et on n'a plus de projets... Quand je suis arrivée en France, on m'a changée de traitement : Kaletra et Trizivir. J'ai eu du mal à m'adapter à ce traitement, j'avais tout le temps des diarrhées, mais je me suis accrochée car je n'avais pas d'autre choix. Au bout de quelques mois, j'ai eu d'autres effets secondaires, des boutons d'acné ou d'eczéma, je ne sais pas, j'ai eu aussi de la lipodystrophie, avec le ventre qui enflait, et des neuropathies, qui persistent toujours. C'est une douleur qui fait si mal qu'on ne peut pas dormir. Et puis aux yeux, j'avais toujours des conjonctivites. Bientôt, je vais faire les examens de neurologie et électro-miogramme, comme ça je saurai ce qui se passe pour mes neuropathies. Quant à la lipodystrophie, j'attends les résultats. Tout cela m'énerve tellement.

**As-tu déjà souffert de discriminations ?** Au Burundi, oui. En France aussi. J'ai révélé ma séropositivité à une dame qui me demandait pourquoi je prenais autant de médicaments. Quand je lui ai dit que j'étais séropositive, elle a eu peur et depuis elle m'a pris comme son ennemie. J'ai été hébergée dans un foyer où on est deux par chambre. Deux fois, les personnes avec qui je devais vivre ont fui quand elles ont appris que j'étais séropositive. On m'a proposé une chambre individuelle à cause de ça. Mais je ne les condamne pas, je trouve qu'ils, elles sont ignorantEs des modes de transmission du VIH.

**Comment vois-tu l'avenir moléculaire ?** Je suis optimiste, puisque je vois qu'il y a des mobilisations sur la recherche.

**Est-ce qu'être différente t'a posé des problèmes ?** Oui au départ. Mais aujourd'hui le fait d'être séropositive ne me freine plus puisque j'ai commencé à me battre depuis 87. Je suis habituée à me battre face au VIH.

**Aujourd'hui, ta fille vit avec toi ?** Non, malheureusement, elle est au Burundi. Mais je souhaite pouvoir vivre avec elle. C'est elle qui me donne la force et le courage de vivre.

**Dans dix ans, tu te vois comment ?** J'aurai 53 ans. Je me vois comme une femme qui a gagné un combat, ma fille ne dépendra plus de moi.

**Qu'est ce que tu dirais à unE séronégatifVE sur le fait d'être séropositive ?** Je dirais que tant qu'on est vivantE on ne sait pas ce qui peut arriver aux personnes, qu'il ne faut jamais condamner ou rejeter une personne parce qu'elle a eu tel ou tel problème, ou marginaliser quelqu'unE parce qu'il, elle, est malade, parce qu'on ne sait pas ce qui peut attendre chacunE. Et puis, il y a deux mondes, celui des séropositifVES et celui des séronégatifVES. J'ai appris à marcher selon mon VIH. On ne vit plus comme avant, on adopte un autre comportement, on ne vit plus comme les autres, on change radicalement.

# expulsions : la france s'industrialise

**Depuis novembre 2003, le ministère de l'Intérieur transmet aux préfetures un objectif chiffré d'expulsions. Pour 2004 elles devaient doubler le nombre d'expulsion de 2002. Cette année, ce nombre doit encore doubler. Afin d'atteindre ces objectifs, l'Etat met en œuvre un plan d'industrialisation des reconduites aux frontières. En voici quelques composantes.**

## Calendrier d'augmentation du nombre de places de rétention

Lors de la réunion du Comité interministériel de contrôle de l'immigration du 27 juillet 2005, le gouvernement a annoncé un plan d'augmentation du nombre de places en centres de rétention.

Jun 2002	Jun 2005	Janvier 2006	Jun 2006	Jun 2007	Jun 2008
959 places	1 300 places	1 438 places	1 718 places	2 383 places	2 700 places

## Les rafles de sans-papiers

Cet été, la police française a mené de véritables opérations de rafles. La méthode utilisée est la suivante :

**1-** Le parquet, sur réquisition du procureur, ordonne un contrôle de police de tout un secteur, visant des délits en tout genre : vol, mendicité, port d'arme blanche, travail illégal... parmi toutes ces infractions on retrouve systématiquement les infractions à la législation sur les étrangers.

**2 -** La police ferme la rue, encercle la place ou le secteur, et contrôle l'identité de toutes les personnes prises dans les mailles du filet, jusque dans les cafés et les commerces. De nombreuses personnes sont interpellées à divers titre et amenées au poste,

où une vérification d'identité a lieu. Au final seules les personnes en situation irrégulière sont mises en garde à vue, les autres sont relâchées.

**3 -** Les étrangers ainsi arrêtés ne sont pas poursuivis mais directement placés en centre de rétention en vue d'une expulsion.

Ces pratiques sont fréquentes et connues depuis un certain temps. Au cours de l'année passée, à Paris, la police organisait au moins une raffle par semaine. Cet été leur fréquence a augmenté. En quinze jours, nous avons été informés d'au moins six rafles dans la région parisienne :

26/27 juillet 2005	28 juillet 2005	2 août 2005	4 août 2005	9 août 2005
Interpellations <i>Vitry / Crimée / Stalingrad</i>	Interpellations <i>Strasbourg-Saint-Denis</i>	Interpellations <i>Strasbourg-Saint-Denis</i>	Interpellations <i>Belleville</i>	Interpellation <i>Ménilmontant</i>
Placement en rétention d'au moins 40 personnes	Placement en rétention d'au moins 8 personnes	Placement en rétention d'au moins 9 personnes	Placement en rétention d'au moins 14 personnes	Placement en rétention d'au moins 13 personnes

## Restriction du droit d'asile en rétention

Pour Dominique de Villepin, trop de personnes placées en centre de rétention déposent des demandes d'asile, obtiennent le statut de réfugié, et ainsi évitent une expulsion vers un pays où elles risquent des persécutions et la mort. Pour limiter le nombre de demandes d'asile en centre de rétention, il a publié le 30 mai 2005 un décret prévoyant que les retenus payent eux-mêmes et elles-mêmes la traduction en français de leur demande d'asile. Pour les non francophones qui ne peuvent s'offrir les services d'un interprète, expulsion et persécutions sont ainsi assurées.

## Charters Européens

Pour mutualiser leurs moyens d'expulsion, les cinq ministres de l'Intérieur du G5 (Allemagne, Espagne, France, Italie, Royaume-Uni) réunis les 4 et 5 juillet à Evian annoncent l'organisation de charters européens, et qu'il en est prévu un pour la fin du mois à destination de Kaboul.

**14 juillet**, des interpellations ciblées d'Afghans ont lieu à Calais et à Paris.

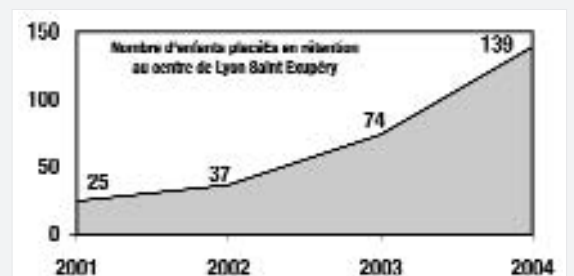
**20 juillet**, au centre de rétention des Coquelles, une cinquantaine de personnes ainsi retenues entament une grève de la faim. Cette action sera brisée par leur dispersion dans différents centres de rétention.

**22 au 24 juillet**, Philippe Douste-Blazy se rend en Afghanistan. Le 25 juillet Dominique de Villepin rencontre Tony Blair à Londres, le soir même 15 Afghans retenus en Angleterre sont envoyés en France.

**27 juillet**, une quarantaine d'Afghans (25 résidant en France et 15 en Grande-Bretagne) sont expulsés en charter.

## Les enfants d'abord

« Un enfant expulsé, c'est une barre de plus pour les comptes de fin d'année. En plus, il est facile de mettre la main sur le reste de la famille. » Tel est le raisonnement de bon nombre de préfetures, qui intensifient les interpellations d'enfants de sans-papiers dans les établissements scolaires, avec la collaboration des inspections académiques qui leur donnent le nom des établissements où ces enfants sont scolarisés. Dominique de Villepin en a pris bonne note. Il a demandé, aux centres de rétention susceptibles d'accueillir des familles, « des chambres équipées, notamment en matériels de puériculture adaptés ». A voir les chiffres publiés par la Cimade, le centre de Lyon Saint-Exupéry devrait être de ceux-là.



## une peau de chagrin

**Depuis plus d'un an, nous dénonçons les pratiques irrégulières de certaines préfectures et l'augmentation croissante des refus de séjour à l'encontre des malades étrangèrEs<sup>1</sup>. Nous revenons aujourd'hui sur les mécanismes qui ont pu produire une telle situation et sur les conséquences immédiates des derniers discours de Nicolas Sarkozy.**

### L'ASILIFICATION DU DROIT AU SÉJOUR POUR SOINS

Il s'agit là d'un mécanisme identifié par le Comede<sup>2</sup>, qui a forgé ce néologisme sur le modèle de l'évolution du droit d'asile. Ce constat que nous partageons est clair : plus le nombre de demandes augmente, plus le taux de refus est important. Concrètement, cela s'accompagne d'une lecture de plus en plus restrictive des critères légaux. En matière de régularisations pour soins, ce phénomène est perceptible dans les avis médicaux rendus par les médecins inspecteurs et inspectrices de santé publique et à Paris par Claude Dufour, médecin chef de la préfecture de police. Tout se passe comme si, pour ces médecins, une augmentation des demandes ne pouvait s'expliquer que par une augmentation des « demandes infondées », entraînant une plus grande sévérité dans l'appréciation. CertainEs médecins donnent donc des avis défavorables parce que l'état de santé des malades ne nécessiterait pas encore de traitement, ou que le risque de mortalité ne serait pas immédiat, et argumentent sur l'hypothétique présence des traitements dans les pays du Sud, sans s'assurer ni de l'accès effectif pour l'intéresséE, ni d'une prise en charge globale. Ce mode de raisonnement doit évidemment beaucoup aux discours fantasmatiques de Nicolas Sarkozy qui a toujours vu dans les étrangèrEs des fraudeurSEs.

### LA RHÉTORIQUE DES FLUX MIGRATOIRES ET LA POLITIQUE DES QUOTAS

À ce climat de suspicion des médecins, s'ajoutent aujourd'hui des consignes données aux préfets par le ministre de l'Intérieur. Depuis son retour à ce poste, Nicolas Sarkozy s'est prononcé à de nombreuses reprises contre une immigration qui serait « subie » et dont les causes seraient les possibilités de régularisation de plein droit de certaines catégories d'étrangèrEs et plus particulièrement la délivrance d'une carte de séjour temporaire « vie privée et familiale ». Les quotas qu'il préconise devraient limiter le nombre de titres de séjour délivrés pour chacune des catégories. Qu'importent alors la situation médicale des malades étrangèrEs et les risques qu'elles et ils encourraient dans leur pays d'origine : le nombre de titres de séjour pour soins délivrés annuellement ne devrait pas excéder un certain seuil. Ou plutôt ne doit pas excéder un certain seuil, car en 2005, les statistiques font loi et tout démontre que des consignes claires ont été données aux préfectures.

La préfecture de Lyon, par exemple, a récemment refusé le séjour à plusieurs séropositifVEs ou malades du sida et leur a demandé de quitter le territoire, alors qu'elles et ils avaient obtenu un avis favorable de la part du médecin inspecteur de santé publique. Officiellement, la préfecture a prétendu que ces personnes ne pouvaient apporter la preuve de leur résidence en France, ou qu'elle avait des doutes sur leurs justificatifs d'identité. Interpellé par le Collectif santé étrangers Rhône<sup>3</sup>, Jean-Pierre Lacroix, le préfet, a affirmé qu'il ne prendrait pas de mesure d'éloignement contre ces malades qui risquaient leur vie dans leur pays d'origine, mais qu'il refusait de leur délivrer un titre de séjour pour faire baisser des

chiffres qu'il jugeait mauvais. L'avocate de la préfecture, Me Dominique Schmitt, reprendra la même argumentation lors de l'audience devant le juge des référés après le recours formé par une de ces malades. Après avoir rappelé la progression du nombre de demandes, elle a expliqué benoîtement qu'« il n'est pas question de renvoyer cette femme à la mort [...]. Mais il faut bien réguler et trancher en fonction des éléments qui nous sont communiqués ».

**Qu'il s'agisse du processus d'asilification ou de politique des quotas, dans les deux cas, ce qui est à l'œuvre c'est une remise en cause du principe du droit au séjour. Il ne s'agit plus d'étudier les raisons qu'ont les étrangèrEs de résider en France, mais d'une part, de restreindre arbitrairement les critères d'évaluation face à la montée en charge du système, et, d'autre part, de ne prendre en compte les prétendus intérêts de la France. Si, depuis des années, nous dénonçons les critères trop restrictifs qui font du droit au séjour une machine à fabriquer des sans-papièrEs, ce qui se profile dans les discours du ministre de l'Intérieur nous fait craindre le pire : un arbitraire érigé en système au profit d'un utilitarisme économique. Cette politique conduira inmanquablement des étrangèrEs malades vers la mort.**



1. Sur la réglementation du droit au séjour pour raisons médicales voir p.8.

2. Comité médicale pour les exilés : créé en 1979, le Comede accueille demandeurSEs d'asile et étrangèrEs en séjour précaire pour une prise en charge médico-psycho-sociale ([www.comede.org](http://www.comede.org)).

3. Ce Collectif réunit les associations : AIDES, CIMADE, Forum Réfugiés, Entr'Aids, Migrations Santé Rhône-Alpes, Médecins du Monde, Mouvement Français pour le Planning Familial et le Relais Santé Mutualité du Rhône.



## prise en charge médicale tardive

**Le problème du recours tardif aux soins touche particulièrement les oubliés du système de santé français : les exclus de l'assurance maladie et les précaires. C'est donc à double titre que les étrangers y sont fortement exposés. C'est pourquoi nous revenons dans ce numéro sur les enjeux de la prise en charge des personnes qui se présentent tardivement aux soins, alors que leur infection par le VIH est déjà avancée.**

Le succès des trithérapies, qui permettent à beaucoup de séropos de continuer à vivre, a fait oublier que le sida est aussi un problème de prévention. Le fait de savoir très tôt (notamment grâce au dépistage anonyme et gratuit) que l'on est infecté par le VIH favorise l'accès à une prise en charge médicale de qualité : l'initiation du traitement antirétroviral peut être préparée, la mise sous traitement se fait dans de meilleures conditions, avec une meilleure participation de la personne concernée. Par ailleurs, la réussite du premier traitement est un facteur déterminant pour l'évolution à long terme de l'infection. Dans le cas des femmes enceintes, un dépistage précoce du VIH permet la mise en place d'un traitement évitant la transmission du virus à l'enfant. Enfin, connaître sa séropositivité permet de prendre toutes les mesures nécessaires pour ne pas contaminer son, sa, ou ses partenaires.

Beaucoup trop de malades découvrent leur séropositivité alors qu'ils et elles présentent déjà des symptômes de maladies opportunistes signant l'entrée dans le stade sida, ou alors que le virus a déjà causé de sérieux dégâts au système immunitaire (le nombre de CD4 de la personne infectée est inférieur à 200/mm<sup>3</sup>). Force est de constater que dans ces cas-là, la prise en charge, difficile, se fait souvent dans la précipitation. Le résultat ? Une personne prise en charge tardivement a un risque 16 fois plus élevé de décéder dans les 6 mois qui suivent le diagnostic de l'infection. Mais ce chiffre n'est pas une fatalité : en ayant conscience des difficultés liées à la prise en charge tardive et en s'informant sur les moyens d'y faire face, le ou la malade améliore fortement ses chances de combattre efficacement la maladie.

### COMBIEN DE PERSONNES DÉCOUVRENT-ELLE LEUR SÉROPOSITIVITÉ TROP TARD ?

À ce jour, plus de la moitié des malades du sida suivis dans les hôpitaux français ont été pris en charge tardivement. Au moment du diagnostic du sida, parmi les personnes françaises 1/3 d'entre elles ignoraient leur séropositivité; chez les personnes originaires d'Afrique sub-saharienne, cette proportion est d'environ 2/3. Ce dernier chiffre n'est pas étonnant : en effet, les autorités sanitaires se refusent à organiser une prévention adaptée et à améliorer l'accès aux soins pour les personnes migrantes. Tous les ans, en France, 20 femmes transmettent le VIH à leur enfant durant leur grossesse ; dans leur grande majorité, ces femmes n'ont pas bénéficié d'un suivi médical correct. De ce fait, leur séropositivité a été découverte trop tard.

### PROBLÈMES POSÉS PAR LA PRISE EN CHARGE TARDIVE

Dans un contexte d'accès aux soins difficile, nombre de personnes souffrant des premiers symptômes d'une maladie opportuniste du sida se rendent aux urgences. En 2004, le « rapport Delfraissy »<sup>1</sup> soulignait pourtant que le personnel médical de ces services n'est pas suffisamment formé pour reconnaître les infections opportunistes inaugurales du sida. Ainsi des malades infectés par le VIH, avec un sida déclaré, peuvent sortir des urgences sans avoir été orientés vers un service spécialisé. Une telle « erreur de parcours » peut coûter une vie. Apprendre sa séropositivité provoque un choc psychologique énorme. L'apprendre tardivement, alors que le virus a déjà infecté de nombreuses cellules, est d'autant plus difficile qu'il faut débiter un traitement antirétroviral rapidement, dans les jours qui suivent le diagnostic ; les malades n'ont alors pas le temps de se préparer à la nouvelle vie qui commence.

Cela se complique encore pour les femmes enceintes : la découverte de la séropositivité peut aboutir à une mise sous traitement quasi-immédiate de la femme<sup>2</sup>, visant uniquement à protéger l'enfant à venir d'une transmission du virus lors de la grossesse ou de l'accouchement. Ainsi, le risque de transmission du VIH à l'enfant est d'autant plus élevé que le traitement antirétroviral est débuté tard dans le cours de la grossesse, une fois passé la 12<sup>e</sup> semaine d'aménorrhée.

Bien que ces constats soient très inquiétants, il ne faut pas baisser les bras. Malgré les contraintes (beaucoup de médicaments à prendre contre le VIH, contre les infections opportunistes), malgré les effets indésirables des traitements, les antirétroviraux peuvent être efficaces même dans les situations graves. S'ils sont accompagnés d'une information suffisante et d'un suivi étroit, il y a toutes les raisons d'espérer un rétablissement rapide.

### LA MISE SOUS TRAITEMENT

Le choix du traitement antirétroviral doit répondre à deux exigences souvent contradictoires. D'une part, ce traitement doit être suffisamment efficace pour agir fort et vite sur le virus. D'autre part, il doit aussi être simple à prendre et le mieux toléré possible. Le choix du traitement est toujours individualisé et doit impliquer la participation du ou de la malade dans la limite de ses possibilités. Le, la, médecin a un devoir crucial d'information du ou de la malade sur les traitements.

Pour les femmes enceintes, le choix du traitement antirétroviral doit également tenir compte d'une éventuelle toxicité dirigée contre l'enfant à naître.

## LE RAPPORT DELFRAISSY

Ce rapport regroupe les recommandations françaises de prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Il est rédigé sous la direction du Professeur J.-F. Delfraissy par un groupe d'expertEs dont font partie des représentantEs des associations de lutte contre le sida. Tous les quatre ans, le rapport est intégralement revu et ses données sont réévaluées à la lumière des connaissances nouvellement acquises ; dans l'intervalle, le rapport est mis à jour une fois.

Commandé par le ministère de la Santé, le rapport Delfraissy constitue le guide des bonnes pratiques de la prise en charge des séropos ; ces recommandations devraient en principe s'imposer et être mises en pratique par l'ensemble des personnes et structures qui soignent des personnes vivant avec le VIH.

L'article que nous publions s'inspire des chapitres 4, « Quand et comment débiter un traitement antirétroviral » et 13, « Grossesse » de la version 2004 du rapport, qui consacrent des paragraphes entiers à la prise en charge tardive.

La recommandation principale concernant la prise en charge tardive : « Une surveillance médicale renforcée, sur plusieurs mois, des patients pris en charge tardivement (stade sida ou  $CD4 < 200/mm^3$ ) compte tenu de la surmortalité observée dans ce groupe ».

Par ailleurs, la version 2002 du rapport consacrait son chapitre 23 « Migrants/Etrangers et VIH » aux enjeux spécifiques que pose la prise en charge des étrangèrEs. Ce chapitre, toujours d'actualité, souligne, au delà de la prise en charge médicale, l'ensemble des problèmes que doivent prendre en considération les professionnellEs de santé et les structures qui soignent des étrangèrEs atteintEs par le VIH, en particulier en matière de droit au séjour et d'accès aux soins.

**Ces deux versions sont consultables sur le net :**

- **Rapport 2004 :**  
[www.sante.gouv.fr/htm/actu/delfraissy\\_2004/rapport.pdf](http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/delfraissy_2004/rapport.pdf)  
- **Rapport 2002 :**  
[www.sante.gouv.fr/htm/actu/delfraissy](http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/delfraissy)

## LES TRAITEMENTS

Les trithérapies avec 2 IN (Inhibiteurs nucléosidiques) + 1 IP (Inhibiteur de la protéase) constituent une option thérapeutique souvent préconisée dans les prises en charge tardives. Quand le nombre de  $CD4$  est inférieur à  $200/mm^3$ , les traitements préventifs contre la toxoplasmose et contre la pneumocystose pulmonaire (PCP, la pathologie la plus fréquemment en cause dans la mort des patientEs prisEs en charge tardivement) sont indispensables. En raison d'interactions médicamenteuses, il faut parfois retarder le début du traitement antirétroviral de 2 ou 3 semaines, pour soigner en priorité une infection opportuniste. Ce délai doit être mis à profit pour informer le ou la malade sur sa future multithérapie, ainsi que sur l'importance de l'observance au traitement antirétroviral. Pour certaines pathologies opportunistes comme la leucoencéphalite multifocale progressive (LEMP) ou la cryptosporidiose, aucun traitement spécifique n'existe. Il est alors fortement recommandé de débiter le traitement antirétroviral dès que possible afin de restaurer rapidement les défenses immunitaires.

Chez les femmes enceintes prises en charge entre le huitième mois de grossesse et l'accouchement, la prescription d'une trithérapie associant deux IN (AZT et 3TC) et un IP (ritonavir/lopinavir) est recommandée. Si la découverte de la séropositivité a lieu quelques heures avant l'accouchement, la solution optimale consiste à mettre en place une perfusion d'AZT pendant l'intervention en association avec une monodose de névirapine. Dans les deux cas, l'enfant reçoit un traitement antirétroviral post-exposition dans les semaines qui suivent la naissance.

## ESSAIS THÉRAPEUTIQUES

Les personnes prises en charge avec un sida déclaré ou une forte immunodépression peuvent se voir proposer d'entrer dans un essai thérapeutique. Le plus souvent, ces essais visent à évaluer de nouvelles stratégies de traitement, à tester un nouveau produit antirétroviral, ou à en comparer l'efficacité et la tolérance avec un médicament de référence.

La participation à une recherche peut constituer une opportunité intéressante dans certaines situations. Cependant, l'entrée dans un essai implique d'en avoir bien compris les risques et bénéfices potentiels pour soi-même. Le 12 mars 2005, le Conseil national du sida (CNS) a rendu un avis<sup>3</sup> précisant que « devant la nécessité pour les laboratoires pharmaceutiques d'obtenir aussi des données concernant les patients naïfs de traitement à un stade plus avancé de la maladie, le CNS estime que l'on peut étendre à de tels patients l'évaluation du nouveau traitement, mais uniquement dans un second temps, une fois la sécurité et l'efficacité établies chez des patients pour qui les risques sont moindres ». Autrement dit, les personnes n'ayant encore jamais pris d'antirétroviraux mais dont l'infection par le VIH est avancée doivent être très vigilantes avant d'accepter d'entrer dans un essai : elles doivent d'abord s'assurer que la dose optimale du nouveau médicament a déjà été définie chez des malades moins immunodéprimés. Sinon, elles prennent le risque de recevoir une dose insuffisamment efficace, ou de subir une toxicité qui peut les décourager de prendre leur traitement. L'importance du premier traitement antirétroviral est cruciale ! **Il ne faut pas prendre de risque lorsque l'on est à un stade avancé de l'infection à VIH.**

Par ailleurs, après le choc de l'annonce de la séropositivité, lorsque l'on connaît encore mal la maladie dont on est atteintE, est-on réellement en mesure de savoir si la participation à un essai constitue une chance ou un risque inutile ? ChacunE est évidemment libre de choisir.

Mais toute personne nouvellement diagnostiquée avec une infection à VIH ou un sida doit savoir qu'il existe aujourd'hui des multithérapies antirétrovirales d'efficacité prouvée et de tolérance connue, auxquelles touTEs les malades peuvent avoir accès en France.

## L'OBSERVANCE AU TRAITEMENT

La compréhension du traitement et le respect de la prescription sont des facteurs-clés de sa réussite<sup>4</sup>. De nombreux effets indésirables peuvent être soignés par des traitements spécifiques. Certaines toxicités peuvent justifier une modification du traitement antirétroviral. Mais il ne faut en aucun cas arrêter ou oublier de prendre les médicaments prescrits sans en parler à unE médecin.

Si le début du traitement est difficile à supporter (effets indésirables, problèmes psychologiques liés à l'annonce de la séropositivité), il faut absolument en parler avec l'équipe médicale qui peut trouver des solutions : une hospitalisation d'une semaine est éventuellement recommandée au début du traitement ; des « consultations d'éducation thérapeutique » ou « consultations d'observance » doivent être proposées afin de donner au, à la malade les meilleures chances de réussite.

## LE SUIVI

Une consultation de suivi doit être prévue 8 à 15 jours après l'initiation du traitement antirétroviral. Au cours de cette visite, tous les problèmes liés au traitement et à la qualité de vie du ou de la malade doivent être abordés. Cette consultation sera suivie « d'une surveillance médicale renforcée » qui pourra donner lieu à des visites fréquentes du, de la médecin. Par ailleurs, l'équipe soignante doit également s'assurer que l'accès aux soins et aux traitements gratuits est garanti pour les étrangerEs et les personnes en précarité ; elle doit tout mettre en œuvre pour faire en sorte que les conditions de vie du ou de la malade lui permettent de suivre correctement son traitement antirétroviral.

Le soutien des proches, quand il est possible, et les conseils de membres d'associations engagées dans la lutte contre le sida sont souvent déterminants dans ce genre de situations.

En 2001, plus de 50% des personnes diagnostiquées en stade sida ne connaissaient pas leur séropositivité. En 1994, cette proportion n'était que de 20% !

La prise en charge tardive nécessite l'effort de l'ensemble de l'équipe soignante. Les services aguerris à ce type de prise en charge doivent être mobilisés en priorité.

Mais la véritable urgence, aujourd'hui, est de rendre les prises en charge tardives exceptionnelles. Cet objectif ne sera atteint que grâce à des choix politiques et sociétaux fermes en faveur d'une incitation au dépistage qui n'oublie personne. Trop de gens ne comprennent pas ce qui leur arrive : les unEs se croyaient à l'abri tandis que les autres ne sont pas informés sur le VIH et n'ont pas accès aux structures médicales capables de les conseiller.

La démarche de dépistage pour les étrangerEs en situation irrégulière est d'autant plus difficile que leur accès aux soins est limité. Il existe un réel manque d'information sur les dispositifs d'accès gratuit aux soins. Et lorsqu'on a l'information, il faut encore affronter de multiples difficultés administratives pour faire valoir ses droits.

Peut-on penser à se rendre dans un Centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) lorsqu'on ne sait pas où et comment accéder à une prise en charge médicale de base ? Va-t-on se faire dépister lorsqu'on ignore que l'on peut bénéficier d'un traitement antirétroviral gratuit, malgré l'absence de papiers et de couverture sociale ?

La prise en charge tardive reste la conséquence dramatique de la politique de l'autruche, tant pour les personnes qui ne se sentent pas concernées, que pour les pouvoirs publics qui cloisonnent, isolent, stigmatisent les unEs et n'éveillent pas la vigilance des autres.

1. Voir encadré et l'article publié sur ce rapport dans Protocole 35 : [www.actupparis.org/article1846.html](http://www.actupparis.org/article1846.html).

2. Dès que possible après la douzième semaine de grossesse pour limiter la toxicité des antirétroviraux sur le fœtus (cf Rapport Delfraissy 2004).

3. « Avis sur les conditions de participation à des protocoles d'essai clinique de nouveaux traitements, pour les patients infectés par le VIH et n'ayant jamais pris d'antirétroviraux » : [www.cns.sante.fr/html/avis/ethique/17\\_03\\_05/fr\\_1\\_b.htm](http://www.cns.sante.fr/html/avis/ethique/17_03_05/fr_1_b.htm).

4. Voir le compte-rendu de la RéPI 47 « observance et qualité de vie » disponible sur notre site : [www.actupparis.org/article1604.html](http://www.actupparis.org/article1604.html).

## CPAM de Paris

### Rupture de traitement sous ordonnance

Aujourd'hui, les textes réglementaires ne prévoient pas la délivrance de plus d'un mois d'antirétroviraux en une seule fois. Pourtant, il s'agit d'une pratique généralisée qui permet de faciliter la vie des séropos à la veille de vacances ou d'un départ professionnel de longue durée. Le ou la directrice intérimaire de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de Paris, sans consulter des usagerEs, ni de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), a souhaité supprimer cette pratique par une circulaire interne, juste avant les vacances d'été. Ce sont des malades, confrontés à des refus de délivrance, qui nous ont alertés. Ces refus signifiaient pour eux une éventuelle rupture de traitements.

Cette circulaire interne est contradictoire avec une nouvelle disposition de la loi de Santé publique du 13 août 2004 qui a été rappelée aux directeurs et directrices et médecins-conseil des CPAM par une circulaire de la CNAM, le 9 mars 2005. Cette nouvelle disposition devrait entrer en vigueur à l'automne 2005 et officialiser l'octroi de prescription de plus d'un mois pour les malades en affection longue durée.

Après notre intervention auprès du cabinet du ministre de la Santé, le directeur de la CNAM, Frédéric Van Rookeghem, dans un courrier daté du 6 juillet, a demandé à la CPAM de Paris, de permettre en cette période estivale la délivrance de plus d'un mois de traitement. Il semble que les prescriptions en question soient à nouveau accordées depuis cette période.

Cet incident est plus qu'inquiétant. Il suffit en effet d'unE responsable administratifE pour modifier l'interprétation, jusque là favorable aux malades, d'un vide réglementaire et menacer la continuité des soins. Il est tout aussi inquiétant de constater une nouvelle fois que sans nous, cet arbitraire se serait imposé sans que l'ensemble du dispositif ne lui oppose, de lui-même, le moindre garde-fou pour soutenir la qualité de vie et de soins des malades. Le fait que personne, au ministère de la Santé ou à la CNAM, n'ait été capable de nous donner le nom du ou de la responsable intérimaire de la CPAM montre bien que de telles décisions peuvent être prises sans aucun contrôle des autorités de tutelle.

Si ceTTE fantôme administratifE zéléE lit ces lignes, qu'il ou elle sache que nous souhaitons le, la, rencontrer pour lui expliquer les conséquences de ses décisions sur nos vies.



## droit d'asile, over the rainbow

**Régulièrement, nous devons nous mobiliser pour dénoncer et tenter d'empêcher la condamnation à mort, à la prison, à la torture d'homos ou de trans jugéEs dans leur pays en raison de leur seule orientation sexuelle ou identité de genre. Lorsque nous interpellons l'État français sur ces cas, sa réponse est le silence. Et, alors qu'il y a urgence à offrir à ces personnes LGBT persécutées le droit d'asile, une réforme initiée le 10 décembre 2003 tend à y rajouter des obstacles. Apporter la preuve qu'on est victime ou menacéE de persécutions peut, dans bien des cas, s'avérer difficile, voire impossible.**

L'homosexualité est illégale dans plus de 90 pays. C'est un crime passible de la peine de mort dans 9 pays : Afghanistan, Arabie Saoudite, Émirats Arabes Unis, Iran, Mauritanie, Nigéria, Pakistan, Soudan et Yémen.

### PENDAISON, DÉCAPITATION, LAPIDATION

En 2002, l'Égypte incarcérait 23 hommes présumés homosexuels. L'Arabie Saoudite en décapitait trois et en emprisonnait un plus grand nombre encore, qui furent condamnés jusqu'à 2 000 coups de fouet. Le 19 juillet dernier, en Iran, deux adolescents étaient pendus publiquement. Le 16 août, un homme a connu le même sort. Un autre « attend » son exécution, prévue le 27 août. Au Cameroun, onze homos présumés sont sous les verrous depuis mai, en prévision d'un procès. Au Nigeria, un homme est dans le couloir de la mort et devrait être lapidé pour sodomie ; le procès de deux autres hommes ne cesse d'être reporté, faute de témoins à charge.

### LA FRANCE S'EN TAMPONNE

Les autorités françaises ne réagissent pas. Le Quai d'Orsay nous répond qu'il travaille sur le sujet, mais « discrètement, avec diplomatie ». Ce serait une garantie de succès, beaucoup plus qu'en condamnant publiquement ces pays. Autant dire que rien n'est fait. Jacques Chirac, pendant ce temps, reçoit en grande pompe des dirigeants notoirement homophobes.

Lorsque la Nigériane Amina Lawal fut déclarée coupable d'adultère et condamnée à mort par lapidation dans son pays en 2002, Jean-Pierre Raffarin, Premier ministre, avait déclaré, sous la pression d'associations, son indignation au nom de la France. Amina Lawal fut finalement acquittée en 2003. L'État français doit faire de même pour les lesbiennes, pédés, trans.

### LGBT PERSÉCUTÉES ? PROUVEZ LE !

La Convention de Genève de 1951, qui régleme le droit d'asile dans les pays signataires, reconnaît, par le biais de la jurisprudence, le statut de réfugiéEs aux personnes LGBT persécutéEs ou risquant de l'être. Cependant, en France, comme pour toute demande d'asile, il est réclamé au, ou à la requérantE d'apporter les preuves des persécutions subies. L'Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA) exige même de cette personne la preuve que son homosexualité est notoire dans son pays, comme l'illustre cet extrait de la notification de refus qu'a reçu de l'OFPRA, K.T, un homosexuel iranien : « considérant, toutefois, que ni les pièces du dossier ni les déclarations faites en séance publique devant la Commission ne permettent de tenir les craintes de

persécutions énoncées par l'intéressé à l'égard des autorités publiques iraniennes du fait de son homosexualité pour fondées ; qu'au demeurant, il ressort de l'instruction qu'il n'a jamais cherché à manifester ostensiblement son homosexualité dans son comportement extérieur (...) ; que le courrier émanant de la mère de l'intéressé rédigé en des termes qui ne permettent pas de les regarder comme étant un témoignage spontané, n'est pas suffisant à cet égard ; qu'ainsi le recours ne peut être accueilli ; DECIDE :

Article 1er – Le recours de M. K.T. est rejeté.

Article 2e – La présente décision sera notifiée M. K.T. et au directeur de l'OFPRA. »

### POUR NE PAS CREVER, VIVEZ CACHÉES

On connaît la musique, et le bon vieux ressort homophobe qui voudrait que l'homosexualité soit plus de l'ordre de la vie privée que l'hétérosexualité. L'auteurE de cette décision doit être très ignorantE ou bien haïr mortellement les pédés pour refuser de voir que l'homosexualité ou le changement d'identité de genre a un impact immédiat dans la vie publique, surtout dans des pays où les droits des minorités sont inexistantes. Qu'aurait dû faire cette personne pour « manifester ostensiblement son homosexualité dans son comportement extérieur ». Tortiller du cul ? Se mettre du vernis à ongles rose ? Se faire sodomiser devant un commissariat ? Tenir la main de son copain dans la rue ? Le demander en mariage à la mairie de Téhéran ? Assumer publiquement ce que l'on est et crever, ou rester cachéE et ne pas vivre : merci l'OFPRA, pour cette alternative.

Au vu de ce témoignage, on ne peut que remettre en cause le principe qui veut que le ou la requérantE soit mortE ou doive porter visiblement les stigmates d'une persécution pour qu'il ou elle soit accueilliE en France. La persécution des homos et des trans est une réalité. Par cette exigence, l'OFPRA se rend complice des agressions dont sont victimes bon nombre de trans, pédés et gouines.

### CONDAMNABLES EN « PAYS SÛRS »

En attendant une harmonisation au niveau européen, l'OFPRA, le 30 juin dernier, a établi une liste de douze États considérés comme « pays d'origine sûr ». Cette liste constitue l'un des freins créé par le gouvernement pour limiter l'immigration. Pour la première fois, l'origine devient un critère d'exclusion du droit d'asile. Les douze pays inscrits sur cette liste sont censés veiller au « respect des principes de la liberté, de la démocratie et de l'État de droit, ainsi que des droits de l'Homme et des libertés fondamentales ». Pourtant 9 d'entre eux (Bénin, Bosnie-Herzégovine, Cap-Vert, Ghana, Inde, Mali, Maurice, Mongolie, Sénégal) répriment les homosexuelLEs.

## « le noir est une couleur »

**Depuis l'arrivée au pouvoir de la droite, les prostituéEs ont été la cible privilégiée des forces de police. Et le vote de la Loi pour la sécurité intérieure<sup>1</sup> (LSI) de Sarkozy qui, sous couvert de lutte contre la traite et le proxénétisme, a mis en place une véritable chasse légale contre les travailleurSEs du sexe. Les prostituées africaines du bois de Vincennes, qui subissent encore aujourd'hui cette violente répression, se sont mobilisées au sein d'un collectif pour mieux se défendre et faire valoir leurs revendications. Rencontre avec Marianne, membre de ce collectif.**

**Dans quel contexte avez vous créé le collectif et avec quels objectifs ?** Nous avons créé ce collectif qui regroupe les prostituées africaines du bois de Vincennes à l'occasion de la mobilisation du 15 mars 2005, une journée<sup>2</sup> organisée à l'Assemblée Nationale pour le deuxième anniversaire de la LSI. Notre objectif en allant à cette journée était de nous faire connaître, de témoigner de la répression que nous subissons quotidiennement depuis plus de deux ans, d'exprimer notre voix comme les prostituées blanches de Vincennes ont pu le faire auparavant. Nous voulons nous intégrer et obtenir le droit de travailler, ne serait-ce que quelques heures, afin de gagner un peu d'argent. Nous travaillons à Vincennes depuis plusieurs années, 7 ou 8 ans pour certaines d'entre nous. Nous le faisons d'abord par nécessité économique.

Pour la journée du 15 mars, nous avons préparé un tract qui expliquait notre démarche et nos revendications : nous sommes noires, nous demandons à être respectées car nous faisons partie de la population française. Nous nous sentons chez nous ici car la plupart d'entre nous ont la nationalité française, d'autres non mais toutes sont en situation régulière. Cette journée était l'occasion de nous exprimer par nous-mêmes, de participer à un débat qui nous concerne. D'habitude, nous restons en retrait et certains en déduisent que nous ne faisons pas partie de la population et de la vie active. C'est faux, nous voulons nous intégrer.

Notre participation à la journée nous a permis de nous faire connaître auprès des autres associations. Notre discours a été entendu et nous avons même été ovationnées. Désormais, nous savons que nous pouvons travailler avec d'autres associations et collectifs et qu'ils nous aideront dans nos démarches.

**Après cette journée du 15 mars, une mobilisation se met-elle en place ?** Le Syndicat de la Magistrature nous aide régulièrement dans nos démarches et nous permet de mieux connaître nos droits. Il y a aussi le collectif « Femmes de droits, droits des femmes » qui nous soutient. De même que le Bus des Femmes qui vient régulièrement dans le bois pour nous donner des préservatifs ou quand nous avons besoin d'un rendez-vous auprès d'une autorité, avec ou sans les prostituées blanches; Alors Claude Boucher<sup>3</sup> nous aide à l'obtenir. Quand une fille est arrêtée, les associations nous donnent les coordonnées d'un avocat. Un réseau d'entraide s'est mis en place depuis mars dernier, mais ce n'est pas encore suffisant. Certaines associations restent frileuses, parce qu'elles ont peur d'être montrées du doigt. J'ai entendu dire à l'Assemblée que des associations ne veulent plus venir sur le terrain pour distribuer du matériel de prévention par peur d'être arrêtées par la police ou d'être accusées de faire proxénétisme, parce que la distribution de préservatifs serait considérée par les flics comme une incitation à la prostitution.

**Comment s'exerce la répression ? Quelles sont les techniques employées par la police ?** Nous sommes littéralement submergées de contraventions. Très souvent, ils ne respectent pas les délais légaux. Ils nous donnent une amende de 35 euros puis immédiatement celle de 90 euros<sup>4</sup>. C'est ainsi que nous cumulons 3 000 ou 4 000 euros d'amende sur plusieurs mois. Pour payer ces sommes, nous avons mis en place un système de tontine pour le remboursement des amendes. La police s'appuie systématiquement sur l'interdiction du racolage pour nous harceler. À chaque fois, ils nous mettent des procès-verbaux pour ce motif et prétendent que nous arrêtons les clients en faisant des signes de la main ou des appels de phare. Mais c'est faux. Quand la fille n'est pas dans la cabine de son camion, ils s'arrêtent pour vérifier si elle est à l'arrière. Et si la voiture du client est garée près de la camionnette, ils frappent à la porte et hurlent en accusant la fille de faire du racolage. Ils exigent de rentrer immédiatement dans le camion. Une fois à l'intérieur, ils emmènent le client à quelques mètres et lui demandent de témoigner contre la prostituée. S'il accepte, alors les flics dressent un procès-verbal pour racolage. S'il refuse, les flics le menacent d'aller le dénoncer à sa femme. Heureusement, certains clients résistent. Ils expliquent qu'ils connaissent la fille depuis longtemps ; ils sont donc venus d'eux-mêmes sans être racolés. Dans ce cas, la police abandonne et s'en va. Mais elle n'oublie jamais de nous mettre une amende de 135 euros.

Les gardes à vue de 72 heures sont fréquentes. Et celles qui travaillent de nuit sont régulièrement placées en garde à vue de 24 heures. Il est fréquent que les policiers menacent la personne : ils lui disent qu'en cas de nouvelle arrestation ils lui interdiront de travailler dans tel ou tel endroit. Quand on arrive devant le juge, on lui donne notre version des faits et c'est laissé à son appréciation. Parfois il abandonne les poursuites et nous laisse rentrer chez nous. Il nous remet également une liste des associations que nous devons contacter pour trouver un travail et arrêter la prostitution. Mais si tu les contactes, tu vas attendre pendant un mois, trois mois avant que l'association ne te trouve un emploi. Et pendant ce temps, tu manges quoi ? En fin de compte, tu es obligée de retourner au bois pour gagner un peu d'argent. A chaque fois, le camion est confisqué par le juge. Je n'ai plus le mien depuis septembre 2004, alors je tapine à pied. Avant que la LSI ne soit votée, la police mettait nos camions à la fourrière. Ils faisaient cela tous les jours pendant 8 ou 10 mois. Il fallait payer 135 euros pour la fourrière, puis une autre amende de 35 pour récupérer le camion. Quand la loi a été votée, ils ont changé de technique et se sont mis à nous arrêter systématiquement.

**Dans quelles conditions se déroulent les arrestations et les gardes à vue ?** C'est très brutal. Les policiers se comportent comme des voyous et ils nous insultent. Il est

très fréquent que nous soyons fouillées avant même la garde à vue, dès que l'on entre dans le panier à salade. Et là, il arrive souvent que ce soit des hommes qui fassent les fouilles au corps alors que c'est illégal. Ils en profitent pour nous toucher, nous mettre les doigts dans les fesses. Les policières ne sont pas mieux. L'une d'entre elles est très agressive avec nous. Lors des gardes à vue, il est fréquent qu'on nous refuse un verre d'eau ou d'aller aux toilettes. Nicolas Sarkozy prétendait que sa loi cherchait à punir les proxénètes et les réseaux. En réalité, elle nous a transformées en délinquantes. Contre un tel arsenal policier, quelles forces pouvons-nous opposer ? Aucune. La police est toujours plus forte. Elle devrait nous protéger, en réalité elle nous pourchasse. Toute cette répression excite la haine. Je ne connais aucune prostituée, qu'elle soit blanche ou noire, qui ne peut dire qu'elle ne hait pas la police.

**Le collectif a essayé de trouver un compromis avec la police qui vous aurait permis de travailler à certaines heures à des endroits bien précis ?** Oui, on a essayé de négocier ça, mais ils n'ont rien voulu entendre. Une prostituée blanche a eu un rendez-vous avec Villepin quand il était encore à l'Intérieur. Nous ne savons pas tout ce qu'il a dit, excepté qu'il prétendait ne pas être au courant que la répression était si forte à notre égard. De notre côté, nous avons eu un rendez-vous avec la préfecture. Nous leur avons demandé de participer aux réunions du conseil de sécurité de Vincennes, mais sans succès. On a essayé de négocier et de nous faire discrètes. Malgré cela, la police continue de nous harceler.

**Crois-tu que la police s'en prend plus particulièrement aux prostituées étrangères et notamment africaines ?** Oui, c'est certain. La situation est plus difficile pour nous que pour les prostituées blanches. C'était vrai également pour celles des pays de l'Est, mais elles ont été chassées depuis et on ne les voit plus. On ne sait pas où elles sont allées, certaines sont parties sur les nationales, en Province. La plupart d'entre elles étaient dans des réseaux que l'USIT<sup>4</sup> cherchait à démanteler. Et il faut arrêter de mentir : aujourd'hui, dans le bois de Vincennes, il n'y a plus une seule femme qui se prostitue pour un réseau ; il n'y a plus de maquerelles ou de filles rackettées. Toutes les prostituées qui travaillent aujourd'hui dans le bois de Vincennes sont exclusivement indépendantes, qu'elles soient noires ou blanches. Mais nous ne sommes pas plus de 50. La police a complètement vidé le bois, et pourtant la répression continue.

**Quelles sont les conséquences de la répression sur vos conditions de travail ?** Elles se sont beaucoup dégradées. Nous sommes obligées de faire très vite, il faut dire au client de se presser. Cela a entraîné une baisse des tarifs. Et puis, quand on va trop vite, il arrive que le préservatif éclate.

Il faudrait réglementer la prostitution, car si j'arrête cela n'empêchera pas d'autres de le faire. Je connais des collègues blanches qui ont 50, 60 ou 70 ans et qui n'ont aucune retraite. La prostitution est leur unique revenu. Un jour, une femme de 68 ans, et qui était diabétique, allait être embarquée par les flics. Je leur ai dit de m'emmener à sa place parce que j'étais plus jeune et en meilleure santé. Ils ont refusé et m'ont dit : « non, on l'emmène parce que c'est une prostituée comme toi. On t'embarquera une autre jour. » Rien que d'en parler, j'en ai les larmes aux yeux. J'ai un travail à temps partiel pour lequel je gagne 525 euros par mois, mon loyer me coûte 400 euros et il faut ajouter la nourriture, l'électricité, etc. Avec l'allocation logement de 300 euros, je dispose d'environ 800 euros par mois. Qu'est-ce que je peux faire avec ça ? Je suis donc obligée de venir ici pour compléter et acheter les petits besoins : un manteau ou des chaussures pour ma fille. Je tapine le temps d'avoir 50 euros pour faire mes courses et je repars.

**Comment ont évolué les rapports avec les clients ? As-tu l'impression que la LSI a contribué à un changement d'attitude du client ?** C'est plus dur qu'avant. Certains clients font du chantage et disent à la prostituée qu'elle ira dormir en garde à vue. Des clients profitent de la situation dans laquelle nous sommes et demandent des rapports non protégés. Certaines n'ont pas le choix et ont besoin d'argent ; dans ces conditions, il leur est difficile de refuser. Mais tous les clients ne sont pas comme ça, beaucoup nous respectent. On a trois sortes de clients : ceux qui viennent pour parler ; d'autres qui viennent pour admirer le corps d'une femme ; ceux qui viennent se soulager et se confier. Je pense souvent aux propos de Grisélidis Réal : « la prostitution est un art ».



1. Unité de soutien aux interventions territoriales, créée spécifiquement pour l'application de la LSI.

2. Cette journée organisée par l'association Femmes publiques a réuni des associations et des prostituéEs pour faire un état des lieux des conséquences de la LSI et demander son abrogation immédiate.

3. Directrice du Bus des Femmes.

4. La première amende correspond à une verbalisation pour stationnement interdit, la seconde pour refus d'obtempérer.



## un pas devant l'autre et recommencer

Une banderole rose, des bâches noires, des pancartes, la chanson des demoiselles qui ont eu des amants si tôt, la musique de Patrick Vidal, le tombé des robes, le tee shirt Christian Lacroix, des paillettes à gogo, l'énergie du groupe.



### cause toujours

**37%**

des nouveaux diagnostics VIH sont liés à une transmission par voie homosexuelle  
*au cours des douze derniers mois \**

### on arrête quand ?

**36%**

des pédés ont pratiqué au moins une sodomie non protégée  
*au cours des douze derniers mois \**

### nos plus belles années

**41%**

des pédés ont pratiqué une fellation non protégée avec exposition au sperme  
*au cours des douze derniers mois \**

### comme le temps passe

**45%**

des pédés séropos ont pratiqué au moins une sodomie non protégée  
*au cours des douze derniers mois \**

### qui n'a pas sa souche résistante ?

**20 %**

des pédés qui ignorent leur statut sérologique pratiquent régulièrement la sodomie non protégée  
*au cours des douze derniers mois \**

**sida**  
**vous pouvez**  
**répéter la question**  
**?**

\* enquête presse gay 2004



**Colère = Action**

T-shirt Noir 15 €  
S - M - L - XL  
version manches longues 20 €  
M - L



**Silence = Mort**

T-shirt Noir 15 €  
S - M - L - XL  
version manches longues 20 €  
M - L



**agnès b**

T-shirt Blé 15 €  
T1 - T2 - T3



**agnès b  
Africa is burning**

T-shirt Noir manches longues 20 €  
coupe "femme" T1 - T2  
coupe "homme" S - M - L - XL



**agnès b  
Paris is burning**

T-shirt Noir manches longues 20 €  
XS - S - M - L - XL - XXL



**Ignorance is your enemy**

Débardeur Pearl Noir 15 €  
TU



**Ignorance is your enemy**

T-shirt Cloe 15 €  
Noir - Kaki - Beige  
TU



**Nous sommes la gauche**

T-shirt Blanc Carré Noir 5 €  
S - M



**Christian Lacroix**

T-shirt Noir ou Blanc 15 €  
coupe "homme" M - L  
coupe "femme" S - M



**agnès b  
Femmes 8 mars**

T-shirt Blanc texte Rose 5 €  
M - L - XL



**Têtes Raides**

T-shirt Blanc et photo 10€  
S - M - L - XL



**Louise Attaque**

T-shirt Noir "face à face" 15€  
S - M



**Tryo React Up**

T-shirt Gris 5 €  
L - XL



**Sweat capuche zippé**

Act Up sur manches 35 €  
Noir - Kaki - S - M - L - XL  
Rose - Bleu Ciel - S



**Sweat**

Act Up sur manches 20 €  
Vert-Gris L  
Noir L - XL  
Bleu Marine M - L - XL

**Complétez et retournez ce talon accompagné du règlement à l'ordre d'Act Up-Paris**

à Act Up-Paris / VPC - BP 287 - 75525 Paris Cedex 11. Vous pouvez aussi nous joindre par mail : stands@actupparis.org

Vos coordonnées : Prénom - NOM .....

Adresse complète .....

Téléphone ..... E-mail .....

Votre commande : ..... Montant : .....€

..... Merci d'ajouter 3 € pour les frais de port

# TÊTU

LE  
MAGAZINE  
DES GAYS  
ET DES  
LESBIENNES

KKR1K9K9K9 2006 N° 110 11 €

TÉMOIGNAGES  
**LOCATION:  
FAIRE FACE  
À L'HOMOPHOBIE**

LE PORNO GAY  
ET LE BAREBACK  
**LES PROS DU X  
PASSENT-ILS  
VRAIMENT  
À L'ATTAQUE?**

RICK CASTLE  
**TENDANCE BONDAGE:  
LES LIENS DU SEXE**

GLISSE ET GLOIS  
**LES LESBIENNES  
SURFENT  
SUR LA VAGUE**

APRÈS UNE ANNÉE ROSE...  
**RENTRÉE TÉLÉ:  
RETOUR À LA  
CASE PLACARD?**

NOUVEAU... LA GYM-RÉALITÉ  
**TROIS GAYS, TROIS  
MOIS POUR MAIGRIR**

**FILLES &  
GARÇONS  
44 PAGES  
SPÉCIAL  
MODE**

SOPHIE MARCEAU, MATT DILLON, MARIE LAFORÊT, SYLVIE JOLY, CRAIG DAVID

**TOUS LES MOIS  
CHEZ VOTRE MARCHAND DE JOURNAUX**



# SIDA un glossaire

Cela fait 6 ans qu'a été édité le deuxième titre de la collection « information = pouvoir ».

Ce glossaire dont la dernière mise à jour papier date de 2001, était en rupture de stock depuis plus d'un an. Voici la troisième mise à jour.

Il s'est enrichi de plus de 700 entrées, dont de nombreuses portant sur les Hépatites dans le cadre des co-infections VIH/hépatites.

Rédigé par la commission Traitements & Recherche d'Act Up-Paris, il a été réalisé sous forme pratique afin de permettre aux malades et à leurs proches de mieux comprendre les termes médicaux, interpréter leurs bilans sanguins, de participer plus activement au dialogue avec leur médecin et de connaître les principaux acteurs et actrices de la lutte contre le sida. Il est complété par une liste des médicaments actuellement disponibles et par des adresses utiles.

**Ce glossaire est gratuit, il est disponible :**  
par téléchargement

[www.actupparis.org/rubrique81.html](http://www.actupparis.org/rubrique81.html)

dans nos locaux

45 rue Sedaine, dans le 11<sup>ème</sup> à Paris

par correspondance

participation de 2 euros, en timbre, pour les frais d'envoi



## VOUS AUSSI RENDEZ DES MILITANTES HEUREUSES



**SOUTENEZ LEUR ACTION  
AVEC VOTRE ARGENT**

## Le sida, c'est la guerre. L'argent, c'est le nerf.

Nous assurons notre indépendance grâce à la diversité de nos financements. Aujourd'hui, comme nous l'écrivions dans le dernier numéro d'Action, les financements publics, fléchés sur un type d'activité, se maintiennent, alors que ceux de l'industrie pharmaceutique, non fléchés, sont en baisse constante depuis plusieurs années.

Dans ce contexte, les dons que vous pouvez nous faire sont particulièrement précieux. Ils permettent une activité pour laquelle nous ne recevons aucune subvention spécifique : envoyer des militantEs dans les pays du Sud ou à des réunions internationales (G8, Onusida, OMC, etc.) pour plaider en faveur de l'accès de touTEs aux traitements et aux soins ; porter plainte contre le député Vanneste pour les horreurs homophobes qu'il a prononcées et créer une jurisprudence indispensable ; diffuser des tracts de prévention, d'alerte, de colère ; informer de nos combats par le biais d'Action ; alerter quotidiennement les médias et jouer le rôle d'une agence de presse spécialisée dans les questions liées au sida ; lutter pour une meilleure prévention auprès de tous et toutes ; etc.

Ces combats ne peuvent être menés sans vous. Bien sûr, nous préférierions vivre d'amour, d'eau fraîche, de rose et de paillettes. Mais nous aimerions aussi que le sida n'existe pas. Or, il est là, et l'épidémie, l'incompétence de nos dirigeantEs, les dysfonctionnements des pouvoirs publics, l'ignorance et la haine ouvrent chaque jour de nouveaux fronts dans la guerre que nous menons. Pour tenir sur ces fronts, nous avons besoin des aides que chacunE d'entre vous peut accorder.

## Envoyez vos dons à Act Up-Paris

BP 287, 75525 Paris Cedex 11

En plus de financer notre activité et d'assurer notre indépendance, vous pouvez déduire 66 % du montant de vos dons de vos impôts.



# Pour les étrangèrEs en France, se soigner reste un combat

**Une couverture maladie faussement universelle** qui exclut les sans-papierEs, **des préfectures** refusant d'appliquer le droit au séjour pour raisons médicales, **un gouvernement** qui ne cesse de s'attaquer à l'Aide médicale de l'état, **et des expulsions** d'étrangèrEs gravement malades, **mettent en danger la santé et la vie des étrangèrEs.**

**Des lois sur l'immigration ultra-restrictives** qui produisent misère et exclusion, **une répression policière** qui cible prioritairement les étrangèrEs, **des autorisations de séjour précaires** interdisant emplois et allocations, **des dispositifs d'hébergement d'urgence** insalubres et saturés, **et l'inégalité des droits sociaux** entre françaisES et étrangèrEs, **favorisent et accentuent les problèmes de santé des étrangèrEs.**

Manifestement, l'état français n'accorde aucun prix à la vie des étrangèrEs, que ce soit ici ou ailleurs, comme le prouve ses promesses non tenues en matière d'accès aux soins dans les pays du Sud.

**Nous exigeons l'évidence, l'égalité des droits entre françaisES et étrangèrEs :**

- **une couverture maladie universelle pour touTEs les résidentEs en France ;**
- **un droit commun et sans exception au travail, au logement, et aux prestations sociales ;**
- **une autre politique d'immigration** : de véritables titres de séjour, l'abolition de la double peine, et un moratoire sur les expulsions.

## manifestation

**samedi 24 sept. 2005**  
**14 heures, place de Clichy**