

Action

la lettre d'Act Up-Paris n°111 Février 2008



ACT UP PARIS
FRANCHISES:
MORTE
D'UN SIDA
SURTAUXE

ACT UP PARIS
FRANCHISES:
RACHELOT-
ARQUIN
RESPONSABLE!

ACT UP PARIS
FRANCHISES:
MORTE
D'UN SIDA
SURTAUXE

ANTITIBERI
VOTEZ CONTRE
COMPLICE DES FRANCHISES
ACT UP PARIS
CANDIDAT À PARIS

COEXE-ACTION

FRANÇOISE DE
PANAFIEU
VOTEZ CONTRE
COMPLICE DES FRANCHISES
ACT UP PARIS
CANDIDATE A PARIS

DOMINIQUE
VOTEZ CONTRE
KABEN
COMPLICE DES FRANCHISES
ACT UP PARIS
CANDIDAT À LYON

Ours

Directeur de publication
Hugues Fischer.

Co-directeur de publication
Emmanuel Chateau.

Rédactrice en chef
Claire Vannier.

Ont participé au numéro
François Berdougo - Grégory Braz - Cécile Cadu - Jean Cazentre - Emmanuel Chateau - Frédéric Cohen - Emmanuelle Cosse - Marie Cuilliez - Vincent Daumier - Khalil Elouardighi - Hugues Fischer - Chloé Forette - Fabien Giraudeau - Nathalie Grillon - William Hamon - Hélène Hazéra - Caroline Izambert - Catherine Kapusta-Palmer - Pauline Londeix - Jérôme Martin - Eric Marty - Rose Rachel Rebelle - Carole Renaudin - Antonin Sopena - Stéphane Vambre.

Ce journal est réalisé par les militantEs d'Act Up-Paris. Il est tiré à 14 000 exemplaires. Il ne peut être vendu. La reproduction des articles est autorisée à condition d'en citer la source : Action, la lettre d'Act Up-Paris.

Imprimeur : Expressions2 - 10 bis rue bisson - Paris XX^{ème}.

ISSN 1158-2197 - Dépôt légal à parution.

Février 2008

Sommaire

Edito p2, Act Up en actions p4, Municipales p5, Questionnaire p6, Bruno Pascal Chevallier p8, Sida is disco p10, AME p12, Réponse à Favereau p14, Action=Vie p15, Répi p19, Qualité de vie p19, Ouverture du Colloque femmes p20, Sida envie d'en être, Hélène p22, Prévention-explications de texte p26, Cameroun p28, Thaïlande p29, Secret médical en prison p30, Pétition Act Up contre Chiland p32.

Gardons le contact

- Rejoignez-nous chaque mardi à 19h15 à l'Ecole des Beaux Arts, 14 rue Bonaparte, M° St Germain des Prés.
- Pour connaître nos activités, vous pouvez nous joindre : 01 48 06 13 89 / actup@actupparis.org
- Abonnez-vous à la lettre électronique, en allant sur : <http://listes.sanzdat.net/sympa/info/actupinfos>
- Consultez notre site internet : www.actupparis.org

Abonnement

Action. 1 an : 8 €. Abonnement de soutien : 18 €

Nom Prénom

Adresse

.....

.....

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

« Cela fait des années qu'ils protestent » ...

« Ne vous inquiétez pas, ils ne sont que deux. Cela fait des années qu'ils protestent, cela ne sert à rien ». C'est ainsi que Nicolas Sarkozy a réagi alors qu'il était interpellé par plusieurs militants d'Act Up-Paris protestant contre l'investiture de Christian Vanneste par l'UMP pour les municipales. Le Président de la République – alors simple président de l'UMP - s'était pourtant publiquement engagé à exclure Christian Vanneste, après que celui-ci a été condamné pour insulte homophobe suite à la plainte d'Act Up-Paris, de SOS Homophobie et du SNEG. En lui accordant « son soutien plein et entier » pour les élections municipales, l'UMP rend l'homophobie éligible, avec le soutien de Nicolas Sarkozy. Placés en garde à vue, suite à cette interpellation, trois militants d'Act Up-Paris se trouvent à nouveau aujourd'hui menacés de poursuites judiciaires. Non content de saturer l'espace médiatique en multipliant les annonces, il semble que c'est ainsi que le pouvoir en place souhaite faire taire toute contestation dès lors qu'elle dévoile l'hypocrisie de sa politique. Tandis que les sondages font état d'une insatisfaction croissante vis-à-vis de la politique menée par Nicolas Sarkozy, la garde rapprochée du Président de la République cherche par tous les moyens à le faire passer pour un mal-aimé. Pourtant, aujourd'hui, ce sont bien les mensonges et le mépris de sa politique qui apparaissent au grand jour.

Du point de vue de la lutte contre le sida, ces neufs premiers mois de gouvernement sont déjà catastrophiques : remise en cause des politiques de réduction des risques liés aux drogues, atteintes au secret médical pour les prisonnierEs, recul de la participation financière de la France au financement mondial de la lutte contre le sida, nouvelles attaques contre les dispositifs d'accès aux soins pour les étrangerEs, instauration des franchises médicales.

Alors que les associations proposent des évolutions majeures dans la politique de dépistage, le ministère de la santé - sans doute soumis à la pression des médecins et des laboratoires d'analyses médicales - entrave la mise en place de projets pilotes employant les tests rapides.

A l'approche du 1er décembre, c'était la première enquête de prévalence par méthode directe en milieu gay qui était abandonnée par l'InVS au profit d'autres orientations politiques privilégiées par le gouvernement sur le cancer et la maladie d'Alzheimer. Suite aux protestations d'Act Up-Paris, la ministre de la Santé s'est finalement engagée à ce que cette étude soit réalisée mais celle-ci aura pris plusieurs mois de retard.

Pour d'obscures raisons administratives, pour la première fois depuis des années, l'INPES ne sera pas en mesure de produire de nouvelles campagnes de prévention en direction des gays alors même que l'urgence de l'épidémie réclame plus de moyens.

Pendant des mois, les associations de malades se sont évertuées à faire comprendre l'injustice des franchises médicales. Il aura fallu qu'un malade mette sa santé en danger pour que l'absurdité de ces franchises sur les soins transparaisse enfin dans les

médias et que Nicolas Sarkozy s'en justifie maladroitement en faisant croire - à tort - qu'elles seront remboursées par les mutuelles.

Mais le pire reste à venir.

Conformément à son programme, le Président de la République déclarait il y a quelques jours à la Confédération des Syndicats Médicaux et à la Mutualité Française sa volonté de remettre en cause la prise en charge à 100 % des personnes en Affection de Longue Durée (ALD), en distinguant ce qui « relève de la solidarité et ce qui relève de l'assurance ». Le rapport publié sur le bouclier sanitaire proposé par Martin Hirsch laisse déjà entrevoir que si ce dispositif pourrait permettre aux malades les plus précaires de bénéficier d'une diminution d'une cinquantaine d'euros sur les dépenses qu'ils consacrent annuellement à leur santé (le montant même du plafond des franchises dont on vient de les taxer), la plupart des malades en ALD seront largement perdantEs.

Jusqu'à présent l'Élysée n'a toujours pas reçu les associations de malades dans le cadre des consultations sur la réforme qu'il envisage pour le système de santé. Depuis près de vingt ans, nous nous battons pour imposer le point de vue des malades et des minorités dans les politiques de lutte contre le sida. C'est en protestant que nous avons réussi à faire évoluer, en dépit des gouvernements, les politiques de santé en France et à l'international. Quoiqu'en pense Nicolas Sarkozy, ce n'est pas aujourd'hui que nous cesserons d'accuser l'incapacité de ce gouvernement à mettre en œuvre une véritable politique de lutte contre le sida.

Hugues Fischer & Emmanuel Château
Co-présidents d'Act Up-Paris

Act Up



Opération prévention sur les Vélib' - 01/12/07



Déploiement de banderoles
Place Vendôme - 01/12/07

Manifestation

Manifestation de la Journée mondiale contre le sida - 30/11/07



Protestation au Congrès de l'UMP
contre l'investiture de C. Vanneste - 05/01/08





Ensemble, allons battre la campagne

La période préélectorale des Municipales à Paris permet, au travers des programmes de campagne des candidatEs, d'observer leur compréhension des besoins et des attentes de leurs électeurTRICES. Nous avons observé ces préparatifs, les meetings et les moyens de remonter de l'information. Analyse.

En relisant le programme électoral des candidatEs parisiennEs au regard de la lutte contre le sida, nous constatons qu'une fois de plus, la prise en compte de l'épidémie est loin d'être en adéquation avec la réalité (de terrain). Pourtant, faute de disposer de revenus suffisants à cause de leur maladie, près de 20 % des séropositifEs sont dépourvuEs de logement individuel (Source : Enquête Vespa de l'ANRS). Si les deux principauxALES candidatEs à la mairie de Paris mettent en avant la question du logement dans leur programme, ces dernierEs n'évoquent jamais la question de l'accès des personnes malades. Ce sont pourtant les plus directement frappées par la crise du logement à Paris. Or, près de la moitié des 200 000 séropositifEs françaisES vivent en Ile-de-France.

Seulement 15 % des 40 000 logements sociaux promis par Bertrand Delanoë seront accessibles aux plus précaires et notamment aux malades qui, du fait de leur maladie, n'ont pour seule ressource qu'une Allocation Adulte Handicapé (AAH) de 628 € par mois. Il s'agit pourtant des logements les plus demandés et qui connaissent le taux de rotation le plus faible.

Françoise de Panafieu, qui prétend être « la candidate de l'essentiel », fait encore mieux : elle se permet d'insulter les malades et les handicapéEs en dénonçant le fait que « Paris devienne la ville des plus aisés et des plus aidés ». Alors qu'elle annonce la construction de 40 000 nouveaux logements, elle ne s'engage que sur 24 000 nouveaux logements sociaux sur la mandature et annonce dans le même temps vouloir en vendre 2 500 par an.

A Paris, de nombreuxSES malades et leurs familles sont jetéEs à la rue ou plongent dans le surendettement, faute de pouvoir payer des loyers trop élevés. Les associations d'aide aux séropositifEs sont totalement débordées par l'absence de solutions de relogement. Les dispositifs d'hébergements thérapeutiques, réservés à ceux et celles qui ne peuvent disposer d'un logement individuel en raison de leur état de santé, sont totalement engorgés faute de déboucher sur des solutions de relogement de droit commun. Des centaines de malades se retrouvent à la rue du fait de l'incurie de la politique municipale sur le logement.

Il est pourtant évident que le logement social doit d'abord être consacré à ceux et celles qui en ont le plus besoin. **Pour nous séropositifEs, ne pas disposer d'un logement c'est ne pas être en mesure de se soigner.** Ce n'est rien de moins qu'une question de vie ou de mort. Plutôt que de concentrer l'effort sur les plus précaires, les programmes des deux principauxLES candidatEs à la Mairie de Paris préfèrent accorder leur priorité au logement des classes moyennes, pour de simples questions de calculs électoraux. Peu leur importe que plusieurs milliers de malades dorment à la rue au mépris de leur santé. Bertrand Delanoë et Françoise de Panafieu devraient finir par le comprendre ; compte tenu de leur niveau de ressources, la moitié des séropositifEs parisiennEs n'ont d'autre choix que de se tourner vers le logement social pour disposer d'un toit.

ConsternéEs par cette situation nous avons décidé de participer, nous aussi, à la campagne pour les élections municipales, en réintroduisant dans le débat les sujets dont nos candidatEs se plaisent à ignorer l'existence, sous forme de questionnaires envoyés aux candidatEs. (Voir pages suivantes).



Rassemblement contre les Franchises - 08/02/08

Questions aux candidatEs

Nous avons rassemblé les thèmes les plus pertinents de la lutte contre le sida dans un contexte d'élections municipales, et en avons produit ce questionnaire à l'adresse des principaux/principales candidatEs à la Mairie de Paris, afin qu'ils/elles y explicitent leurs points de vue et leurs programmes concernant ces sujets urgents.

Thème I : le logement des séropositifEs

Trop de séropositifEs sont à la rue aujourd'hui à Paris. Se loger est un droit. Pour les malades c'est une nécessité vitale afin de pouvoir se soigner. En France, plus du quart des malades du sida doivent se contenter des 628 € mensuels d'une AAH ou du minimum invalidité faute de pouvoir travailler en raison de leur état de santé. 18 % des séropositifEs sont dépourvuEs de logement individuel. Ces malades n'ont d'autre solution pour se loger que d'obtenir un logement social de droit commun de type « PLAI ». Or les délais d'obtention sont intolérablement longs, ces logements connaissent le taux de rotation le plus faible du parc social parisien et 75 % des demandeurSEs de logements sociaux disposent de revenus inférieurs aux plafonds « PLAI ». Françoise de Panafieu s'est engagée à réaliser, sur 2008-2014, 9 000 logements sociaux, Bertrand Delanoë et Marielle de Sarnez 40 000, Denis Baupin 54 000.

Question 1 : La mise en place de la Plate-forme Interassociative Logement Sida (PILS) a constitué une première réponse aux difficultés des personnes vivant avec le VIH pour obtenir un logement. Quel bilan en tirez-vous ? Comment comptez-vous pérenniser le partenariat établi avec le département de Paris ?

Question 2 : Comment entendez-vous faire de la maladie ou du handicap un critère réellement prioritaire dans l'attribution des logements sociaux ?

Question 3 : Comptez-vous rendre obligatoire la mise en place de commissions d'attribution transparentes dans toutes les mairies d'arrondissement et harmoniser les critères d'attribution ?

Question 4 : Que représentera la part de logements « PLAI », dits logements très aidés, dans les logements que vous vous engagez à réaliser ? Pensez-vous que cela répondra à la réalité des besoins ?

Question 5 : Quels autres moyens proposez-vous pour le nombre de logement social de droit commun accessibles aux personnes malades et handicapées en situation de précarité

Thème II : précarité et handicap

Près de la moitié des séropositifVEs sont inactifVEs du fait de leur maladie. Parmi elles et eux, la moitié ont moins de 760 € par mois pour vivre et se soigner et de plus en plus de séropositifVEs se retrouvent au RMI faute d'une reconnaissance réelle de leur handicap.

Question 1 : Les délais de traitement des demandes d'AAH dépassent habituellement à Paris le délai légal de 4 mois. Vous engagez-vous à réduire cette durée d'attente ? Comment ?

Question 2 : Vous engagez-vous à intégrer les associations de malades au sein de la commission exécutive de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) ? Quelle gouvernance souhaitez-vous donner à la MDPH de Paris ?

Question 3 : De plus en plus de séropositifVEs sont confrontéEs à des situations de précarité qui mettent en cause leur santé et obère leur espérance de vie, quelle offre d'accompagnement social souhaitez-vous leur proposer ?

Thème III : santé & prévention

Paris est la capitale européenne du sida. La Région Ile-de-France représente seulement 19 % de la population française mais près de la moitié des séropositifVEs vivent en Ile-de-France. Chaque jour 20 personnes sont contaminées en France, dont la moitié en région parisienne. 71 % des contaminations concernent des hétérosexuellEs, 44 % des découvertes de séropositivité concernent des femmes. De toute évidence, la question du sida doit constituer une priorité politique pour Paris.

Question 1 : Face au renchérissement du coût de l'accès aux soins et à la santé, beaucoup de ParisienNEs s'adressent aux centres de soins municipaux et aux Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG). Leur fonctionnement est inadapté et décourageant (attente, contingentement, délais de remise des résultats, etc.). Quels moyens supplémentaires êtes-vous prêtE à dégager pour améliorer cette offre de soins et de prévention ?

Question 2 : En tant que maire de Paris, vous présiderez l'AP-HP. Les hôpitaux parisiens manquent de moyens pour la prise en charge des malades du sida et répondent mal aux spécificités de la maladie. Comptez-vous faire de cette question une priorité ? Comment ?

Question 3 : Souhaitez-vous mettre en place des campagnes de prévention du VIH/sida réalistes, directes, ciblées, explicites et répétées ? Pensez-vous impliquer les associations de lutte contre le sida dans leur réalisation ?

Question 4 : Vous engagez-vous à subventionner les associations LGBT ? Leur action en matière de prévention des conduites à risques est irremplaçable.

Thème IV : accès aux soins des étrangerEs

La mise à l'index des étrangerEs, notamment « sans-papiers », rend difficile leur accès aux soins, ce qui est pourtant un enjeu de santé publique.

Question 1 : Quels dispositifs concrets, pensez-vous mettre en place au niveau municipal, pour mieux prendre en compte les besoins spécifiques des étrangerEs dans l'organisation du système de soins parisien ?

Nous vous tiendrons informéEs des réponses reçues.

Le combat contre les franchises de Bruno-Pascal Chevalier



Rassemblement contre les Franchises - 08/02/08

Militant dans l'âme, Bruno-Pascal a fait ses classes aux jeunesses communistes. Il travaille à Act Up-Paris pendant six ans où il s'occupe de la commission banlieue. Il rejoint ensuite le Conseil d'Administration d'Aides Ile-de-France et le Patchwork des Noms.

Depuis septembre 2007, c'est au dispositif des franchises médicales qu'il s'attaque en poursuivant une grève des soins pour dénoncer leur mise en œuvre depuis le 1^{er} janvier 2008 par le gouvernement Fillon, dans le cadre du Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS). Sous couvert de réduire le déficit de la Sécurité Sociale et de responsabiliser les malades, ces taxes sur les médicaments et les déplacements sanitaires les précarisent et leur rendent difficile l'accès aux soins. Ce que dénonce aussi les collectifs inter-associatifs (dont Act Up-Paris) contre ces franchises. Depuis bientôt cinq mois, Bruno Pascal Chevalier ne prend plus aucun médicament et n'a plus de suivi médical. Il mesure les risques qu'il prend et n'encourage personne à faire de même. Si aujourd'hui il est fatigué, il est plus que jamais convaincu qu'il doit aller jusqu'au bout de son combat.

« La banlieue et la province, ça n'est pas vraiment différent. Il n'y a aucune visibilité pour les gays et surtout les séropositifs. Aujourd'hui, on se cache encore si on est VIH. Les gens ont peur. Pour moi, ça n'a jamais été un obstacle d'être homosexuel. J'ai conscience de l'homophobie et de la sérophobie ambiante. Ce n'est pas par hasard si je suis devenu travailleur social. »

Sur son site [<http://grevedesoins.fr>] il raconte son combat au quotidien, et récolte témoignages, signatures et soutien de malades et de personnalités politiques qui rejoignent son combat. *« Je reçois des témoignages forts. Ça me rappelle le début de la lutte contre le sida. Ça fédère les jeunes, les vieux. Je suis travailleur social, je suis témoin au quotidien de la situation des gens, de leurs difficultés à avoir accès aux soins. Je rencontre des gens qui vivent avec 600 ou 800 € par mois et pour qui ce n'est pas une priorité de se soigner. Ils pensent d'abord à payer leur loyer et manger à leur faim. Le soin devient secondaire. Dans ma vie personnelle, ces déremboursements et ces franchises ont des conséquences. Je me suis dit qu'il fallait taper fort. Je me suis dit que le mouvement qui s'était engagé avec le collectif contre les franchises n'était pas suffisant. Ça ne permettait pas aux malades de s'approprier la parole et d'agir. Je me suis dit que j'allais symboliser leur privation en faisant une grève de soins. J'ai décidé de communiquer sur cette action en faisant attention de ne pas inciter les gens à faire pareil. Mon action n'est pas un appel à la grève des soins. »* Son combat, il le mène pour les autres : ceux qu'il reçoit au quotidien dans son Centre d'Action Sociale. *« Depuis que j'ai médiatisé mon action, les gens, viennent sur mon site et témoignent des conséquences de cette loi sur leur vie. Contrairement à ce que disent Nicolas Sarkozy et Roselyne Bachelot-Narquin, je ne suis pas un cas isolé. »*

Bruno-Pascal souhaite récupérer le maximum de soutiens politiques, associatifs, d'organisations mutualistes qui sont de plus en plus nombreuses à rejoindre cette action. Et puis, il y a les individus qui s'organisent partout en France et se prononcent contre les franchises.

« Un rapport de force s'est créé. La semaine dernière, à Nantes, une dame a récolté 400 signatures en 2 heures. Nous profitons de la campagne municipale pour faire signer des pétitions sur les marchés. Au début, les gens sont méfiantEs, mais quand ils comprennent que c'est contre les franchises, ils signent. (...) Ça fait partie du combat d'Act Up que de se mobiliser contre les franchises, ensemble, on est capable de gagner. On a déjà fait reculer des trucs aussi monstrueux. C'est ça être activiste. »

Et avec le projet à venir, de réforme de la prise en charge à 100 % des Affections Longue Durée à l'automne prochain, le slogan d'Act-Up prend tout son sens. *« Je suis malade, mort, je coûterai moins, tuez moi, je suis malade ! »*. Rien n'est jamais irréversible, et j'attends que le débat soit reporté à l'Assemblée. J'irai jusqu'au bout. Cette victoire nous appartient à tous. Plus on agira, plus on fera entendre notre désaccord.

Tout est question de franchise

Le 14 novembre dernier, Act Up-Paris a rencontré la ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, Roselyne Bachelot-Narquin. Ce rendez-vous, sollicité depuis sa nomination, s'est débloqué à la faveur de la pression que nous avons exercée à propos des franchises médicales, lors du débat parlementaire. Déroulé de ce rendez-vous :

- La ministre de la Santé s'est montrée attentive à la question des femmes vivant avec le VIH, prête à mettre en œuvre l'accès au préservatif féminin à un coût comparable à son équivalent masculin. Le développement de la proposition systématique de dépistage doit être étudié par le Ministère. Elle accepte l'idée d'une participation renforcée des femmes dans la recherche pour étudier plus sérieusement l'influence du genre, et considère qu'une incitation, exercée par le contrôle de l'autorité publique sur la recherche, serait possible.

- Le transsexualisme est une question sur laquelle Roselyne Bachelot-Narquin s'est déjà prononcée. Interrogée sur la mise en adéquation du sexe légal avec le sexe social, elle comprend nos préoccupations mais nous rappelle que les ministères en charge, sont ceux de la Justice et de l'Intérieur. Quant à la dépsychiatriation, la discrimination et la prévention du sida, elle nous propose un point d'analyse en début 2008.

- Sur la question du dépistage du VIH et de l'évolution du dispositif législatif actuel au vu du rapport du Conseil national du sida¹ (CNS), la Ministre nous accorde son soutien pour que 2008 puisse être l'année de l'expérimentation de nouvelles approches.

- Nous avons ensuite présenté plusieurs dossiers posant la question de l'égalité d'accès aux avancées médicales. Il s'agit des tests antigènes HLA d'hypersensibilité à l'abacavir, des tests de tropisme du VIH pour l'utilisation des nouveaux traitements, des conditions d'accès à l'EPO pour le traitement de l'hépatite C, des techniques de correction de la lipomatrophie des fesses et du délai d'obtention des médicaments en France, après l'autorisation de mise sur le marché européenne. En cause ici, la lenteur des circuits administratifs face à l'urgence des besoins des malades. La Ministre nous a proposé d'étudier des solutions, si besoin par une approche législative, qui pourrait remédier à ce qu'elle considère être « des lourdeurs technocratiques ».

- Elle s'est engagée à nous consulter pour les discussions sur la question des programmes patients, à permettre le financement du groupe TRT-5² par la DGS en respectant les choix de structure voulus par les associations qui le composent, et à nous intégrer dans le comité de suivi du plan d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques.

- En revanche, Madame Bachelot-Narquin s'est emmurée dans un mutisme total lorsque nous avons abordé la question des franchises médicales et a mis fin à notre entretien. Cela montre bien que nous avons affaire à une Ministre franchisée, ouverte et intéressée à nos préoccupations, dès lors qu'elle a dépassé le seuil de la franchise fixée, selon toute évidence par l'Elysée, pour exercer son ministère.

1- voir le site du CNS : www.cns.sante.fr

2- le TRT- est un collectif qui regroupe des membres des associations : Action-Traitement, Act Up-Paris, Aides, Arcat-Sida, Sida Info-service, Sol En Si et Nova Dona

Chaque mercredi une poignée de militantEs d'Act Up tient une permanence des droits sociaux (PDS) et accueille les personnes embourbées dans des situations aberrantes. Cette rubrique a pour but de présenter un florilège de ces cas et des actions menées.

Après le 93, puis le 94, voilà le 77

Monsieur W est venu nous voir pour instruire un renouvellement d'AAH et de carte d'invalidité en avril 2007. Le dossier a été enregistré à la MDPH du 77, le 16 mai 2007. Début décembre, n'ayant aucune réponse concernant son dossier et ses droits arrivant à échéance le 30 du mois, M. W inquiet s'adresse à nous de peur de voir ses droits arrêtés.

Contactée, la MDPH nous confirme que ce dossier n'a toujours pas été traité et nous informe qu'elle va faire le nécessaire pour la poursuite des droits auprès de la CAF le temps que ce dossier soit instruit. A notre demande pour connaître la manière de procéder dans le 77 concernant les dossiers en cours de traitement et arrivant à terme, nous avons reçu la réponse suivante :

« Dans le 77, il n'y a pas de maintien des droits automatiquement comme dans le 93 et le 94 le temps de l'instruction. En général les malades nous appellent nous informant que leurs allocations n'ont pas été versées ou bien qu'elles arrivent à échéance comme le dossier dont vous nous faites part, et nous enclenchons au cas par cas la poursuite des droits auprès de la CAF. »

A suivre.

A deux sur une AAH

Monsieur X, 44 ans est titulaire d'une AAH avec un taux d'incapacité de 60 % depuis 1998. Le 19 Mars 2007, M. X dépose à la MDPH du 94 un dossier de renouvellement d'AAH ainsi qu'une demande de carte d'invalidité et le complément de ressources. M. X est convoqué à la MDPH du 94 en août 2007. Lors de l'entretien, le médecin conseil lui demande de remplir des documents pour une orientation professionnelle. Il doit le faire rapidement sur place, car ses prestations ont peu de chances d'être renouvelées.

Septembre 2007, la CAF du 94 coupe toutes les allocations de M. X qui se retrouve sans aucune ressource. Grâce à son compagnon, lui aussi en AAH, ils vivent depuis septembre à deux sur une seule AAH puisant dans leurs économies pour faire face, mais jusqu'à quand ?

Nous avons contacté la MDPH du 94 afin d'obtenir des éclaircissements sur ce dossier. Le responsable du service technique et du suivi nous informe que la MDPH n'a toujours pas statué sur ce dossier, et que le malade sera prochainement convoqué à nouveau par l'équipe technique, sauf qu'aucun rendez-vous n'est encore fixé à ce jour.

Comme la MDPH du 93, celle du 94 semble mettre en place les mêmes procédures. Il leur est impossible de continuer à verser l'AAH à quelqu'un qui n'est pas déjà titulaire d'une carte à 80 %. Seules les allocations des malades ayant une carte à 80 % sont maintenues, le temps que les services traitent le dossier. Pour ceux qui sont en dessous des 80 % ils doivent d'eux-mêmes s'inscrire au RMI en attendant. Sauf que, les malades l'ignorent.

Je suis veuf, à la rue, aidez-moi !

Monsieur Z nous sollicite pour une demande de logement. Il vivait depuis 3 ans avec son compagnon et tous deux étaient séropositifs. Il y a un mois, pendant un repas son compagnon s'écroule sous ses yeux, et décède d'une crise cardiaque fulgurante. M. Z n'est pas inscrit sur le bail, n'a que le RMI comme revenu et se retrouve contraint de quitter le logement début novembre.

L'assistante sociale de secteur commence les démarches qui s'imposent : inscription comme demandeur de logement et reconnaissance « qualité de travailleur handicapé ». Cette dernière obtenue, il est orienté vers une association afin d'étudier une possibilité d'hébergement.

Nous prenons contact avec l'assistante sociale de l'association afin de prendre connaissance de ce qui est déjà entrepris et de voir si une possibilité d'hébergement est envisageable. La réponse est de prime abord évasive. Au rappel de l'urgence de la



situation, notre interlocutrice considère notre intervention comme de l'ingérence et nous fait comprendre que vu l'état de santé psychologique de M. Z, il est préférable qu'il n'y ait pas trop de référents ou d'interlocuteurs sociaux. Sauf que c'est l'intéressé qui fait le tour des associations afin de trouver une solution rapide à sa situation.

Le malade doit avoir le choix de collaborer avec unE ou plusieurs interlocuteurRICEs sociaux pour être mieux informéE des divers dispositifs qui existent, afin d'exercer en toute liberté son propre choix, son projet de vie.

Nous sommes régulièrement confrontés à des usagerEs de la permanence qui sont suiviEs par d'autres associations membres de la PILS et qui ne sont même pas informéEs de la possibilité d'être inscritEs sur la liste PILS, ou de l'existence même de ce dispositif.

L'assistante sociale a justifié le fait que M. Z n'avait pas été inscrit sur la liste de la PILS car ce serait « *trop long vu sa situation* ». Mais dans certains cas, les attributions ont lieu rapidement et la constitution du dossier aurait été un minimum à faire. Les assistantes sociales de la PILS n'ont pas à sélectionner les personnes qui devraient être inscrites ou non sur la liste PILS, de façon arbitraire ; ce comportement peut incontestablement constituer une forme de discrimination. Trop d'assistantes sociales portent un jugement sur le comportement, l'état de détresse des malades venus les solliciter. Elles décident donc pour eux, dans le secret d'un bureau, ce qui les laisse trop souvent mal informéEs, sans recours et sans secours.

Nouveau piège du retour à l'emploi

Madame V vit avec le VIH et se trouve confrontée à des complications sociales qui pourraient rapidement s'avérer dramatiques. En septembre 2007, elle reçoit un courrier de son propriétaire l'informant que son bail ne sera pas renouvelé et qu'elle doit trouver un autre appartement. Elle n'a comme ressources, que le RMI et un emploi à temps partiel en CDI dans une entreprise de counselling, avec un revenu mensuel de 520 €. Devant démarrer un traitement lourd par interféron en octobre 2007, son médecin traitant et l'équipe de la permanence introduisent un dossier MDPH avec une demande d'AAH.

Pour Noël, Mme V reçoit un courrier de la MDPH qui l'informe que l'AAH lui est accordée jusqu'en 2012 ainsi qu'une reconnaissance d'invalidité entre 50 % et 79 %...

Janvier 2008 : un nouveau courrier de la CAF lui indique qu'elle ne pourra pas percevoir l'AAH. En effet, un décret entré en vigueur le 1^{er} janvier 2008 ne lui permet pas de percevoir l'AAH du fait qu'elle est salariée, et ce même si elle est en arrêt maladie et n'a aucun droit ouvert aux indemnités journalières de la Sécurité Sociale. Un employé de la CAF l'informe qu'au regard de sa situation et de la nouvelle législation, il est préférable qu'elle soit licenciée pour pouvoir bénéficier de l'AAH. Mme V tient à son emploi partiel bien que trop faible actuellement pour pouvoir l'exercer. Elle est sous contrat et n'a pas ouvert de droits aux Assedic, ni aux prestations de la Sécurité Sociale. Elle se retrouve donc au RMI jusqu'à nouvel avis, et probablement bientôt, sans logis. Ce cas n'est pas isolé et les situations de ce type se multiplient.

Une réaction pas très sport

M. Y est âgé de 66 ans, séropositif depuis 1993. Il a une carte d'invalidité à 80 %. Cet ancien logisticien traducteur a pratiqué beaucoup de randonnées. M. Y est actuellement sous quadrithérapie avec la volonté de s'en sortir. En accord avec son médecin traitant (certificat médical fourni à l'appui), il contacte Handisport pour pouvoir pratiquer une activité sportive modérée et encadrée, en indiquant son handicap c'est-à-dire sa séropositivité.

La réponse d'Handisport suit : « *Monsieur, après réflexion avec le comité directeur du Club handisport annécien et contact pris avec la Fédération Française Handisport pour un complément d'information, nous avons conclu que malgré la reconnaissance que vous avez auprès de la COTOREP en tant que travailleur handicapé, votre situation ne correspond pas aux critères demandés par la Fédération Française Handisport. Nous sommes désolés...* »

M. Y habitant à proximité de la Suisse a contacté Handisport Suisse qui accepte son dossier tout à fait normalement. Mais pour faire du sport il lui faudra aller en Suisse !

AAH : Allocation adulte handicapé.

CAF : Caisse d'allocations familiales.

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées.

PILS : Plateforme inter-associative pour le logement sida.

RMI : Revenu minimum d'insertion.



Rassemblement contre les centre de rétention - 05/01/08

Une attaque de plus contre les étrangerEs malades

En envisageant l'instauration d'un ticket modérateur sur l'AME, Roselyne Bachelot-Narquin met en danger la vie des séropositifVES étrangerEs.

Exercer pleinement son droit à se soigner implique un accès à une véritable couverture maladie. Elle seule peut garantir la continuité des soins : par une affiliation à la Sécurité Sociale, en donnant accès à la carte vitale et, pour les plus démunisEs (vivant en dessous du seuil de pauvreté avec moins de 606 € par mois), par une prise en charge complète des dépenses de santé. Depuis 1999, la Couverture Maladie Universelle (CMU), et la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) assurent cette protection. Pourtant, en ont été exclus d'emblée les étrangerEs en situation irrégulière présentant pourtant les mêmes conditions de ressources. La création, la même année, de l'Aide Médicale d'Etat (AME) devait donc leur permettre de se soigner *ad minima*. En effet, l'AME reste un dispositif précaire d'accès aux soins puisqu'elle ne prend pas en charge l'intégralité des majorations des soins dentaires, optiques et hospitaliers à la différence de la CMU-C. Et que de nombreux spécialistes refusent, pour cette raison, de délivrer des soins à ses bénéficiaires. En 2002 et 2003, la droite a renforcé ce processus d'exclusion. Désormais, outre les conditions de ressources spécifiques, seulEs les étrangerEs capables de justifier d'une présence de plus de trois mois sur le territoire français peuvent en bénéficier. Et, à présent, si l'on en croit les propos tenus par la ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports¹, il s'agit de remettre en cause la gratuité, pourtant déjà relative, des soins couverts par l'AME en demandant à ses bénéficiaires de s'acquitter d'un reste à charge

1- Propos tenus par la Ministre le 6 novembre 2007, lors de son audition en commission élargie pour le Plan pour la Loi de Finances 2008 (PLF)

forfaitaire. Si la mise en place d'un tel forfait a été votée en 2002, aucun décret d'application ne l'a jamais rendue effective. Par cette proposition, la Ministre décide donc d'ignorer la dénonciation constante des associations de malades et de défense de droits des migrantEs d'une mesure qui vise clairement à exclure les sans papiers du système des soins. **L'égalité d'accès aux soins, pourtant garantie par les textes constitutionnels et internationaux, sera remise en cause par l'application de cette loi qui instaure, par ailleurs, une différence fondée sur la régularité au séjour.** En outre, exiger une participation financière qui ne peut être fournie, c'est clairement condamner les bénéficiaires de l' AME à ne plus pouvoir user de cette aide ! Et remettre en cause un accès effectif aux soins qui mettra en danger la vie de nombreuxSES séropositifVES étrangerEs. C'est aussi limiter l'accès au dépistage et à la prévention et donc, prendre la responsabilité d'une reprise de l'épidémie, alors même que le nombre de contaminations a marqué le pas dans la population étrangère sur le territoire depuis 2004²

Roselyne Bachelot-Narquin décide également de rompre avec les exigences légitimes de concertation avec les associations, puisqu'elle agit sans tenir informer le Comité inter-associatif de suivi de l'AME et laisse sans réponse les demandes d'éclaircissements qui lui sont adressées sur cette question.

Rappelons donc ce qui a pourtant déjà été dénoncé maintes fois : le ticket modérateur doit soi-disant permettre de mieux contrôler les dépenses de santé. Or, on sait qu'il entraînera au contraire un surcoût et un danger en termes de santé publique. Des pathologies simples qui auraient pu être soignées efficacement et à peu de frais ne seront pas prises en charges et dégèneront en complications graves et coûteuses à traiter. Il induira également des coûts supplémentaires de gestion pour récupérer ces sommes forfaitaires auprès d'étrangerEs disposant d'une très faible solvabilité. Et il fera supporter ces coûts aux professionnelLEs de la santé, renforçant ainsi les logiques de conflits entre médecins et malades qui vont à l'encontre des intérêts de ces dernierEs.

En outre, cet argumentaire est indécent, il prétend responsabiliser les bénéficiaires de l'AME. En leur faisant payer une somme dont ils/elles ne peuvent s'acquitter, tout en arguant qu'ils/elles sont des « malades irresponsables ». On sait au contraire que les bénéficiaires de l'AME ont recours beaucoup plus systématiquement aux génériques que les affiliéEs du régime général de Sécurité Sociale, et que lorsque leurs dépenses de santé sont plus importantes que celles des autres assuréEs, ce n'est pas leur sens de la responsabilité qui est en cause, mais c'est qu'ils/elles sont atteintEs, proportionnellement, de pathologies plus lourdes.

Prétendre qu'il est possible d'instaurer un forfait à la charge des bénéficiaires de l'AME, c'est donc méconnaître la précarité financière des étrangerEs qui en bénéficient, et les priver d'un accès effectif aux soins. Qui est irresponsable dans cette histoire ?

Sous couvert de « responsabiliser les malades étrangerEs », il s'agit surtout de poursuivre la même logique de culpabilisation déjà à l'œuvre avec les franchises médicales : stigmatiser des malades étrangerEs plus « irresponsables » que des malades en situation régulière, eux/elles-mêmes plus « irresponsables » que des non-malades, etc. Il s'agit encore une fois de stigmatiser pour mieux désolidariser.

Act Up-Paris exige :

- **l'abandon immédiat de tout projet visant à la mise en place d'un forfait à la charge des bénéficiaires de l'AME ;**
- **l'application à touTEs, avec ou sans papiers, du dispositif CMU.**

Réponse à Eric Favereau

Le 24 janvier, dans *Libération*, le journaliste Eric Favereau écrivait un article intitulé « *Sans papiers, HIV, et cas de conscience.* »¹

Cet article relatait l'histoire d'un couple marié, ayant fait une demande d'Assistance Médicale à la Procréation (AMP) pour avoir unE enfant. Pour le journaliste, c'est la situation des deux parents qui fait l'intérêt de leur histoire : ils sont camerounaisES, la femme est sans-papiers, bénéficiaire de l'Aide Médicale d'Etat (AME) et l'homme est séropositif, régularisé pour soins et polygame. L'article reprend ce que sont censées avoir été les interrogations des médecins du service d'AMP, confrontés à leur demande : quel avenir pour l'enfant « *entre une mère sans-papiers et un père séropositif* » ? ou encore « *Est-il «raisonnable» d'aider ce couple à avoir unE enfant ?* ». Finalement, le Centre d'éthique clinique de l'hôpital Cochin a accédé à la demande du couple, « *la femme est aujourd'hui enceinte* ». Et le journaliste de se demander si l'AMP est un soin et si, à ce titre, il peut relever de de l'AME, dispositif d'accès aux soins pour les sans-papiers pauvres ayant des revenus inférieurs à 606 € par mois.

Pour nous, malades du sida, cet article est inacceptable. Tout d'abord, par les éléments qu'il omet. L'AMP dont il s'agit ici est une AMP en contexte viral, c'est-à-dire une technique qui permet d'éviter la contamination de la mère et de l'enfant en pratiquant un lavage de sperme. Elle peut également être utilisée pour que les femmes séropositives puissent avoir des enfants. Pratiquée depuis 2001, cette technique a fait la preuve de sa fiabilité, sur les 400 AMP en contexte viral pratiquées depuis 2001, aucune contamination n'a été enregistrée. Comment alors oublier de mentionner que, grâce à l'AMP, non seulement cette femme est enceinte mais surtout que ni elle, ni son enfant ne seront séropositifEs. Dans ces conditions, peut-on raisonnablement continuer à écrire qu'une technique qui évite des contaminations n'est pas un soin ? Les séropositifEs ont le droit d'avoir des enfants, et l'accès à l'AMP pour les couples séropositifEs ou sérodifférentEs est le résultat direct des actions menées par les associations de malades. Qu'un journal comme *Libération* considère qu'être séropositifVE est un « élément défavorable » pour être parentE, marque un recul insupportable et relève d'un profond mépris pour les malades. De même, comment priver des sans-papiers d'avoir des enfants ? Ou encore d'avoir moins accès à la prévention et aux soins ? Alors que l'AME est plus que jamais menacée par un gouvernement et un parlement qui multiplient les mesures racistes anti-immigrés, essayer de faire passer l'AME comme un dispositif détourné de son objet, alors qu'il est le seul moyen pour des sans-papiers d'avoir accès à la prévention, au dépistage et aux soins ; c'est cautionner ces attaques. Le chroniqueur du *Figaro*, Ivan Rioufol n'a d'ailleurs pas manqué de citer cette histoire pour dénoncer l'étendue de la « solidarité nationale » et de l'AME, dispositif sur lequel même *Libération* exprime sa « perplexité »².

Si l'AME intéresse vraiment *Libération*, nous invitons ces journalistes à venir rencontrer les séropositifEs de la « Permanence Droits aux titres de séjour pour personnes malades », d'enquêter sur les malades sans-papiers excluEs des soins faute de pouvoir prouver trois mois de présence en France, sur ceux et celles qui mettent des années à avoir des titres de séjour stables, et sont aussi réduitEs à vivre à la rue et à voir leur état de santé se dégrader.

1 - <http://www.liberation.fr/vous/305787.FR.php>

2 - <http://blog.lefigaro.fr/rioufol/2008/02/le-blocnotes.html>

action = vie

INTRO

Le droit pour touTEs de pouvoir bénéficier d'un logement adapté est un droit fondamental, reconnu par les textes constitutionnels français et par le traités internationaux. En France, il est d'abord visé par la Constitution de 1946, réaffirmé par celle de 1958, puis rappelé et explicité par plusieurs lois en 1989, 1990 et 2000. Si tous ces textes confèrent à ce droit un caractère fondamental, sa portée se trouvait considérablement limitée par son inopposabilité : nul ne pouvait s'en prévaloir pour obliger l'État à lui dire permettre d'accéder à un logement adapté. Ainsi l'opposabilité du droit au logement est devenue, au fil de la dégradation de la situation du logement en France, une revendication majeure du monde associatif. Act Up-Paris s'est pleinement reconnu dans ce combat du fait des problèmes sérieux que les séropositifs rencontrent pour se loger et le nombre grandissant de malades vivant

à la rue ou dans des conditions totalement inadaptées à leur état de santé.

La loi n° 2007-290 du 5 mars 2007, a créé un droit au logement opposable (DALO). L'article 300-1 du code de la construction et de l'habitation dispose que «*le droit à un logement décent et indépendant, [...], est garanti par l'État à toute personne qui, résidant sur le territoire français de façon régulière et dans des conditions de permanence définies par décret en Conseil d'Etat, n'est pas en mesure d'y accéder par ses propres moyens ou de s'y maintenir*». Cette avancée indéniable est pourtant loin de répondre aux exigences de la situation, tant le mécanisme mis en place se distingue par son accès restreint, sa complexité et sa lenteur, pour arriver en définitive à un pouvoir de contrainte limité sur l'État.

Ainsi pour faire jouer son droit au logement opposable, chaque demandeur devra répondre à

LE DROIT A UN LOGEMENT OPPOSABLE DALO

I - QUI PEUT BÉNÉFICIER DU CARACTÈRE OPPOSABLE DU DROIT AU LOGEMENT ?

1. CONDITIONS GÉNÉRALES

a. Régularité et de permanence du séjour

Seuls les étrangers « *admis à séjourner régulièrement sur le territoire français dans des conditions de permanence* » peuvent bénéficier du DALO. Cette double condition de régularité et de permanence devrait être précisée par un arrêté pas encore publié. En l'absence de cet arrêté, on peut penser que la nature requise du séjour est identique à celle prévue pour le regroupement familial, c'est-à-dire d'avoir un titre de séjour au moins égal à un an. Mais, lors des débats parlementaires il a été évoqué que les titres de séjours exigés soient ceux pour lesquels la signature d'un contrat d'accueil et d'intégration est nécessaire : ceci exclurait alors les titres de séjour « étudiant » et les cartes de séjour délivrées pour raison médicale.

b. Dépôt d'une demande de logement social restée sans réponse adaptée

Il faut non seulement avoir déposé une demande mais aussi que celle-ci soit toujours être en attente de réponse et donc annuellement renouvelée.

La loi impose explicitement une condition d'absence de « proposition adaptée ». Si vous avez refusé une proposition de logement inadapté, vous pouvez tout de même vous prévaloir du DALO. Il sera néanmoins nécessaire d'expliquer en quoi elle ne correspondait pas à votre situation.

De surcroît, il est nécessaire que la demande soit sans réponse depuis un « délai anormalement long ». Ce délai est fixé par arrêté préfectoral. Ce qui implique qu'il est différent d'un département à l'autre. Il varie de 3 mois à 4 ans. Certaines demandes considérées comme prioritaires sont exemptées de cette condition d'un « délai anormalement long », les demandeurs peuvent donc saisir la commission sans délais, immédiatement après le dépôt de leur demande de logement.

2. CONDITIONS RELATIVES AU CARACTÈRE PRIORITAIRE DE LA DEMANDE

Les deux types de situations prioritaires, pour lesquelles il ne sera pas exigé que la demande de logement soit restée sans réponse depuis un « délai anormalement long » sont rigoureusement encadrées par les textes. Ce sont :

- le demandeur qui ne dispose pas d'un logement stable et conforme aux normes de sécurité ou de salubrité ;
- le demandeur qui est mal-logé alors que sa situation exige une certaine qualité de logement.

Ces demandeurs doivent en outre remplir une condition supplémentaire, celle de la bonne foi. Cette condition assez floue est présumée, c'est-à-dire que c'est à l'Administration de prouver qu'un demandeur est de mauvaise foi.

a. Absence d'un logement stable et conforme aux normes de sécurité/salubrité.

La loi envisage quatre situations.

- les personnes dépourvues de logement : hébergé par un tiers est aussi considéré comme « dépourvu de logement », sauf si le tiers a une obligation alimentaire (ascendant, descendant, conjoint) ;
- les personnes faisant l'objet d'une décision de justice prononçant l'expulsion de leur logement ;
- les personnes hébergées depuis plus de 6 mois dans une structure d'hébergement ou logées temporairement dans un établissement ou un logement de transition depuis plus de 18 mois ;
- les personnes logées dans des locaux impropres à l'habitation ou dans une habitation insalubre ou dangereuse. Le fait de pouvoir bénéficier de plein droit d'un logement peut empêcher de bénéficier du DALO sur ce critère.

b. Mal-logement alors que la situation exige une certaine qualité de logement

Il s'agit des demandeurs qui :

- ont au moins un mineur à charge ;
- présentent un handicap ;
- ou ont à charge une personne présentant un handicap.

Concernant le logement occupé à la date de la demande, il s'agit le cas échéant :

- des logements « manifestement surpeuplés » ; dont la surface habitable est inférieure à 16 m² pour deux, augmentée de 9 m² par personne supplémentaire dans la limite de 70 m² pour huit personnes et plus. Pour les personnes vivant seules, il s'agit de logement ne disposant pas d'une pièce

soit d'au moins 9 m² et 2,2 m de hauteur sous plafond soit un volume habitable de 20 m³.

- des logements qui présentent au moins un des risques pour la sécurité ou la santé énumérés à l'article 2 du décret du 30 janvier 2002 (électricité ou gaz hors normes de sécurité, etc.)
- des logements auxquels il manque au moins deux des conditions de confort fixées par l'article 3 du décret du 30 janvier 2002 (chauffage, cuisine ou coin cuisine, eau potable et évacuation des eaux usées, électricité, salle de bain, WC dans l'appartement ou pour les studio sur le palier, etc.).

II COMMENT BÉNÉFICIER DU CARACTÈRE OPPOSABLE DU DROIT AU LOGEMENT ?

La procédure se déroule en trois phases : il faut avoir fait une demande de logement préalable, avant d'engager un recours amiable devant une commission de médiation. Il est ensuite possible, sous conditions, de présenter un recours contentieux devant le juge administratif.

Chacune de ces étapes constitue des filtres qui visent à écarter le demandeur. Par ailleurs, la mise en œuvre de ce dispositif est progressive. Ainsi, les recours juridictionnels ne seront possibles qu'à partir du 1^{er} décembre 2008 et uniquement pour les demandes prioritaires, dispensées de la condition de délais « anormalement long » pour saisir la commission. Pour les autres types de demandes, le recours juridictionnel ne sera accessible qu'à partir du 1^{er} janvier 2012.

1. RECOURS AMIABLE DEVANT LA COMMISSION DE MÉDIATION

Il faut au préalable avoir déposé une demande de logement (voir I.) Le recours amiable doit être déposé devant la commission de médiation, mise en place par la Préfecture dans chaque département.

a. Comment saisir la commission de médiation ?

La commission de médiation regroupe des représentants de l'État, des collectivités locales, des organismes bailleurs et d'hébergement ainsi que des représentants d'associations spécialisées. Elle vérifie que l'éligibilité des demandes. La loi lui confie également le soin de sélectionner les demandes « urgentes ». Seules ces demandes devraient être transmises au Préfet. Cette condition d'urgence se cumule aux autres conditions, mais elle n'est précisée par aucun texte. Il est difficile de prévoir

UN LOGEMENT OPPOSABLE

comment sera appliqué cette condition.

La commission peut également considérer qu'une situation est prioritaire pour des raisons particulières, même si le demandeur ne remplit pas exactement les conditions fixées.

Pour saisir cette commission, il faut former un recours amiable à partir d'un formulaire disponible auprès des préfectures. Le recours doit décrire tous les éléments de la situation et réunir toutes les pièces justificatives : demande de logement, titre de séjour, justificatif de ressources, attestation d'hébergement, reconnaissance de handicap, rapport social, justificatif du caractère non adapté d'une précédente demande, etc. Si certains éléments ne sont pas demandés dans le formulaire mais peuvent justifier du caractère urgent et prioritaire de la demande de logement, il est conseillé de compléter le recours sur papier libre.

Le soutien d'une association pour la constitution du recours est conseillé, mais seules celles qui sont agréées à cet effet peuvent aller devant la commission.

b. Délais et réponse de la commission de médiation

Le demandeur reçoit une attestation de dépôt de son recours. Cette attestation est importante car la commission de médiation doit prendre sa décision dans les trois mois suivant sa saisine, dans les départements d'outre-mer, et dans les 6 mois jusqu'au 1^{er} janvier 2011, dans les départements comportant au moins une ou partie d'agglomération de plus de 300 000 habitants. Quelle que soit sa décision, elle doit en informer le demandeur par écrit. Toutes ses décisions doivent être motivées.

Si la commission rend une décision favorable, elle doit préciser les caractères que devra avoir le logement pour être adapté à la situation du/de la demandeur. Elle doit informer le Préfet ou son délégataire du caractère prioritaire et urgent de la demande de logement et de ses caractéristiques.

La commission de médiation peut néanmoins juger qu'une demande d'hébergement ou de logement temporaire est plus adaptée à la situation du demandeur. Les critères qui peuvent motiver une telle décision n'ont pas encore été définis, mais il est imaginable que la stabilité des ressources et de l'autonomie du demandeur soit prise en compte.

Enfin si la commission estime que la demande n'est pas prioritaire et/ou urgente, elle peut néanmoins réorienter le demandeur vers tout organisme qu'elle jugea compétent.

Droit opposable à l'hébergement

La commission peut également être saisie d'une demande d'hébergement par toute personne française ou en séjour régulier et permanent (cette condition étant appréciée de la manière que pour le droit au logement) et qui a fait une demande auprès d'un organisme d'hébergement restée sans réponse. Pour les demandes d'hébergement, la commission a six semaines pour statuer et le préfet a six semaines pour proposer une place dans une structure d'hébergement adaptée.

c. Quelles sont les obligations des PréfetEs ?

Une fois informé du caractère prioritaire et urgent d'une demande de logement, le Préfet ou son délégataire doit définir un périmètre géographique dans lequel doit être trouvé le logement. Il désigne un bailleur social disposant de logements adaptés au sein de ce périmètre et lui précise un **déla** maximum dans lequel il devra attribuer un logement adapté au demandeur. Le Préfet dispose de plusieurs procédures pour forcer un éventuel bailleur récalcitrant. Il peut également louer à un bailleur, public ou privé, social ou très social, un logement sous-loué au demandeur.

Quoi qu'il en soit, un logement doit être attribué dans les trois mois suivant la décision favorable de la commission de médiation, à défaut de quoi il est possible de former un recours devant le juge administratif. Dans les départements d'outre-mer, et jusqu'au 1^{er} janvier 2011, dans les départements comportant au moins une ou partie d'agglomération de plus de 300 000 habitants, ce délai est porté à 6 mois.

d. Peut-on contester les décisions de la commission de médiation ?

Aucun recours spécifique contre les décisions de la commission de médiation n'a été prévu. Mais ces décisions étant des décisions administratives, elles peuvent donner lieu à des recours de droit commun soit devant l'administration (hiérarchique devant le ministère du Logement, ou gracieux devant la commission de Médiation), soit devant le juge administratif. Pour plus de renseignements sur la forme de ces recours voir le *Guide des Droits Sociaux*. Trois motifs de contestation peuvent être envisagés : soit le rejet par la commission du caractère urgent et prioritaire de la demande, soit le choix des caractéristiques du logement à proposer, soit la réorientation vers des dispositifs d'hébergement.

Attention ! Si vous souhaitez contester le choix des caractéristiques du logement qui vous est proposé, il paraît nécessaire de former un recours contentieux devant le/la juge administratifVE accompagné d'un référé en suspension. En effet, vu les délais d'instruction des juridictions administratives, il est possible que lse préfetEs vous proposent un logement qui ne soit pas adapté avant que ne soit jugé votre recours. Dans un ce cas, en refusant un tel logement, vous risquez de perdre votre possibilité de faire valoir le caractère opposable du droit au logement.

2. RECOURS JURIDICTIONNEL DEVANT LE JUGE ADMINISTRATIF

a. Caractéristiques du recours

Il faut saisir le juge administratif des référés. Pour pouvoir intenter un tel recours, il faut avoir obtenu une décision favorable de la commission de médiation mais ne pas avoir obtenu de logement adapté dans les trois ou six mois qui suivent (voir II.2.c).

Sur la forme :

- le recours doit être adressé en 4 exemplaires au juge des référés du tribunal administratif ;
- il n'est pas obligatoire d'être assisté d'un avocat, mais il est possible de demander l'aide juridictionnelle pour les personnes à faibles ressources ;
- le recours doit comporter une copie de la décision de la commission de médiation ;
- il doit être signé par le demandeur ou son avocat.

Sur le fond :

Le recours doit détailler les raisons de droit et de fait qui fondent l'urgence d'une attribution de logement et justifier que le demandeur remplit les conditions générales du droit au logement opposable (demande préalable de logement, condition réglementaire d'accès à un logement social, régularité du séjour).

b. Quel est le rôle des juges des référés ?

Le juge des référés doit vérifier que la demande a bien un caractère prioritaire et urgent et qu'aucune proposition adaptée n'a été faite au demandeur dans les trois mois qui suivent la décision de la commission de médiation. Le juge peut donc être amené à vérifier si un éventuel logement proposé correspond ou non aux besoins et capacités du demandeur. Le juge peut ordonner au Préfet de loger ou de reloger le demandeur sous un certain délai. Afin de forcer celui-ci à s'exécuter, il peut également prononcer des astreintes (somme que le préfet doit payer pour chacun des jours de retard entre le délai fixé et la proposition de logement). Cette astreinte est prévue au bénéfice d'un fonds d'aménagement urbain institué au profit des communes et des regroupements intercommunaux. Le juge des référés a deux mois pour statuer. Sa décision est rendue en dernier ressort, c'est-à-dire qu'il est impossible de faire appel, et que la seule voie de recours est la cassation devant le Conseil d'État. À la différence du référé initial, le pourvoi devant le Conseil d'État nécessite un avocat et doit être formé dans les 15 jours qui suivent la décision du juge des référés.

Adresses utiles

PERMANENCE DES DROITS SOCIAUX

PERMANENCE DES DROITS AUX TITRES DE SÉJOUR POUR LES PERSONNES MALADES

Act Up-Paris tient deux permanences d'aide et de conseil en matière de droits sociaux tous les mercredis de 14h à 18h et en matière de droits des étrangers, tous les lundis de 14h à 18h. Vous pouvez en bénéficier en venant au 45 rue Sedaine Paris XI^e. Si vous ne pouvez pas vous déplacer et uniquement durant ces créneaux horaires vous pouvez nous joindre par téléphone au 01 49 29 44 75 ou par mail : permamence@actupparis.org / etrangers@actupparis.org

PERMANENCE TÉLÉPHONIQUE SUR LES TRAITEMENTS

Nous répondons à vos questions concernant les traitements ou la recherche, tous les mardis, mercredis, jeudis, de 9h à 13h au 01 49 29 44 82 ou par mail : traitements@actupparis.org

67^e RéPI

Act Up-Paris organise depuis douze ans des réunions publiques d'information à destination des malades. Ces RéPIs ont pour objet de mettre en contact malades chercheurSEs et clinicienNEs afin d'assurer un véritable partage des connaissances sur le VIH.

Nouveaux médicaments, nouvelles stratégies

La rentrée 2008 voit la mise en disponibilité immédiate ou très prochaine de cinq nouveaux médicaments contre le sida : Isentress[®] et Prezista[®] sont déjà disponibles, Celsentr[®] et Atripla[®] ont depuis peu leur autorisation européenne de mise sur le marché, et l'étravirine devrait suivre. Ces médicaments répondent à un souci, constant depuis 10 ans, de diminuer les effets secondaires, et d'essayer de mieux adapter les stratégies de traitement à la particularité du virus, au niveau d'avancement de l'infection au VIH, au niveau de santé globale du malade ; en bref : au contexte. Mais si la plupart de ces nouveaux médicaments étaient, lors des essais de développement qui ont précédé leur mise en disponibilité, destinés aux patients en échec thérapeutique et résistants aux autres traitements déjà existants, dans quelle mesure pourraient-ils également aider des malades n'ayant jamais été traités, et débutant leur premier traitement ? Quelles nouvelles stratégies d'initiation de traitement seraient rendues possibles avec ces nouveaux médicaments ? Par ailleurs, il est primordial, pour une mise sous traitement, de prendre en compte l'état de santé global du malade : quels bénéfices peut-on espérer de ces nouveaux médicaments pour les malades atteints d'autres pathologies lourdes comme le cancer, le diabète ou la tuberculose ?

Aujourd'hui des essais vérifient l'intérêt de ces nouvelles molécules et de nouvelles stratégies. Pour nous les présenter, Act Up-Paris accueillera :

- Le P. Yazdan Yazdanpanah, du Centre Hospitalier de Tourcoing, qui abordera les possibilités s'ouvrant aux malades résistants aux stratégies de traitement actuelles.
- UnE autre intervenantE, pour évoquer les nouvelles possibilités de traitement de première ligne.
- Le P. François Boué, de l'hôpital Antoine Bécélère, pour insister sur les possibilités s'offrant aux malades atteints de multipathologies.

La 67^{ème} RéPI aura lieu le mercredi 5 mars 2008 de 19h à 22h, au Centre Wallonie-Bruxelles, 46 rue Quincampoix Paris 4^{ème} (métros : Châtelet, Les Halles ou Rambuteau), entrée libre.

Plan qualité de vie

La ministre de la Santé a récemment installé le Comité de suivi du Plan d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. Act Up-Paris y dispose d'un siège, aux côtés de Aides, d'autres associations de malades (hémophiles, insuffisants rénaux, diabétiques, personnes atteintes de mucoviscidose et beaucoup d'autres) et du Collectif interassociatif sur la santé (CISS). Nous allons y défendre les droits et les intérêts des séropositifVEs et malades du sida, qualifiéEs par le Plan de « malades chroniques », c'est-à-dire touchéEs par *une maladie de longue durée, évolutive, souvent associée à une invalidité et la menace de complications graves*. Au programme notamment : faire en sorte que les actions bizarrement dénommées « d'éducation thérapeutique des malades », menées par l'industrie pharmaceutique soient encadrées, ou que les droits sociaux des malades soient plus et mieux appliqués pour leur assurer un meilleur revenu ou des logements adaptés. Ce ne sera pas simple car Marie-Thérèse Boisseau, la présidente du Comité de suivi, ne semble pas avoir compris ce qu'impliquait le fait de travailler avec des associations de malades : participation à la définition des modalités de travail, à la définition des priorités et à la prise des décisions. Notre présence signifie aussi que le cadre de travail défini entre toutes les parties prenantes doit être respecté, pour nous permettre d'exercer nos missions de représentantEs des malades dans des conditions satisfaisantes. Nous veillerons à ce qu'elles soient correctement remplies.



Une ouverture prometteuse

Coordinatrice du Colloque « Femmes et VIH, 1997-2007, où en sommes-nous 10 ans après ? » Catherine Kapusta-Palmer a ouvert ces journées en tant que porte parole du collectif inter-associatif. Nous reproduisons en partie son discours ici.

En 1997, il y a dix ans, la Direction Générale de la Santé, en partenariat avec le Centre Européen de la Surveillance Epidémiologique du Sida et Sida Info Service, organisait le colloque « Femmes et infection à VIH en Europe ». Pour la première fois, la question des femmes face à cette épidémie était mise en avant. Des scientifiques, des médecins, des institutionnels, des associatifs se réunissaient pour prendre en compte la question des femmes vivant avec le VIH. Il était temps qu'un colloque s'intéresse aux spécificités des femmes dans cette épidémie. Mais la préoccupation essentielle les concernant, était, alors la transmission mère-enfant.

En 1997, les femmes séropositives ne parlaient pas en leur nom propre. Elles étaient encore plus dans une situation d'invisibilité. Des recommandations sont sorties de ce colloque :

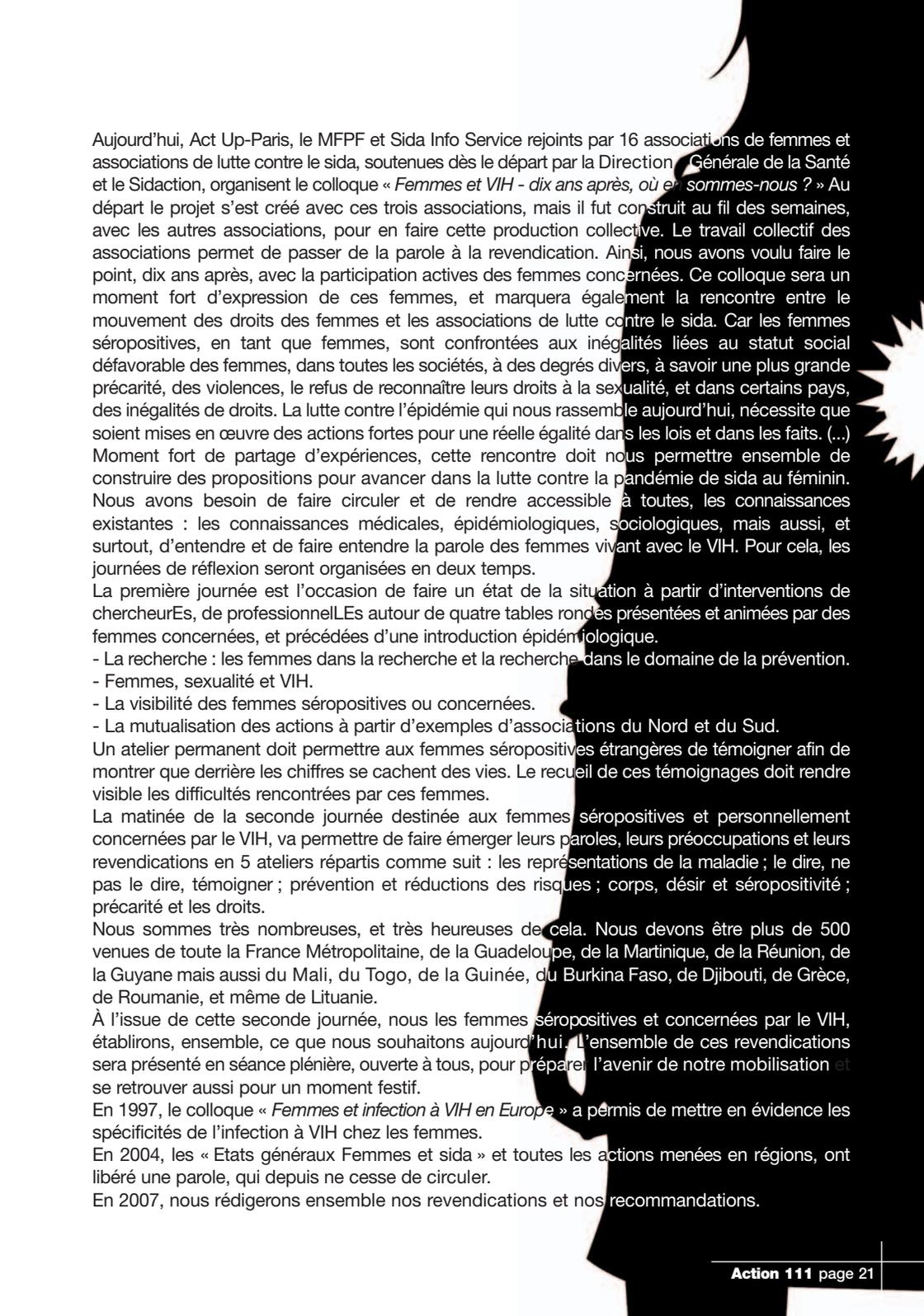
- la nécessité d'une attention particulière dans le domaine de la prévention, à savoir, une écoute particulière, mais aussi des outils de prévention pour les femmes ;
- la nécessité d'un suivi gynécologique spécifique et l'importance du lien entre l'infectiologue, le gynécologue et les autres spécialistes ;
- des espaces de paroles, et pour cela un véritable soutien financier aux associations de femmes ;
- une véritable prise en compte des prostituées et des femmes usagères de drogues ;
- l'information des hommes hétérosexuels, que l'on parle de sexualité ou de la contraception.
- une représentation plus importante des femmes dans les essais thérapeutiques.

Nous en étions encore au début des trithérapies, raison pour laquelle les revendications sur les spécificités des femmes face aux traitements, n'étaient pas encore évoquées.

Ces questions nous tiennent toujours particulièrement à cœur. (...)

En 2003, le Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF), représenté par Carine Favier, qui est une association généraliste dans le champ des droits des femmes, a invité les associations de lutte contre le sida, afin de partager leurs préoccupations concernant les questions relatives à la vie des femmes concernées par le VIH. Ainsi, se créait le premier collectif inter-associatif réunissant Act Up-Paris, Aides, le Kiosque, le Mouvement Français pour le Planning Familial et Sida Info Service représenté par Hélène Freundlich, visant à inscrire le combat contre le VIH dans la lutte pour les droits des femmes et les droits des femmes dans la lutte contre le sida. Les premiers États généraux « Femmes et sida » se déroulent le 7 mars 2004, avec plus de 200 participantEs. La volonté revendiquée lors de cette première journée de réflexion était de mettre au premier plan la parole des femmes vivant avec le VIH. C'est à la première personne que les femmes concernées se sont exprimées en tant qu'experte de leur maladie et de leur vie, face aux institutionnellEs, aux médecins et chercheurEs venuEs suivre la journée.

Parmi les points de ces États généraux, il y a eu l'affirmation que les femmes séropositives voulaient participer activement à leur parcours de soins, et qu'elles refusaient d'être les victimes face à cette maladie. Conscientes que ce n'était que le début d'un combat pour se faire entendre, les femmes présentes ont rappelé l'importance de transformer les normes et représentations sociales, de se faire entendre et donc de prendre la parole. Cette volonté de transformer les choses s'est faite aussi grâce à toutes les mobilisations en régions, à la création de réseaux, à la création du « Groupe Femmes » du TRT-5, au livre consacré aux femmes qu'a préparé l'ANRS et tout ce qui s'est fait en Afrique par les femmes elles-mêmes.



Aujourd'hui, Act Up-Paris, le MFPF et Sida Info Service rejoins par 16 associations de femmes et associations de lutte contre le sida, soutenues dès le départ par la Direction Générale de la Santé et le Sidaction, organisent le colloque « Femmes et VIH - dix ans après, où en sommes-nous ? » Au départ le projet s'est créé avec ces trois associations, mais il fut construit au fil des semaines, avec les autres associations, pour en faire cette production collective. Le travail collectif des associations permet de passer de la parole à la revendication. Ainsi, nous avons voulu faire le point, dix ans après, avec la participation active des femmes concernées. Ce colloque sera un moment fort d'expression de ces femmes, et marquera également la rencontre entre le mouvement des droits des femmes et les associations de lutte contre le sida. Car les femmes séropositives, en tant que femmes, sont confrontées aux inégalités liées au statut social défavorable des femmes, dans toutes les sociétés, à des degrés divers, à savoir une plus grande précarité, des violences, le refus de reconnaître leurs droits à la sexualité, et dans certains pays, des inégalités de droits. La lutte contre l'épidémie qui nous rassemble aujourd'hui, nécessite que soient mises en œuvre des actions fortes pour une réelle égalité dans les lois et dans les faits. (...) Moment fort de partage d'expériences, cette rencontre doit nous permettre ensemble de construire des propositions pour avancer dans la lutte contre la pandémie de sida au féminin. Nous avons besoin de faire circuler et de rendre accessible à toutes, les connaissances existantes : les connaissances médicales, épidémiologiques, sociologiques, mais aussi, et surtout, d'entendre et de faire entendre la parole des femmes vivant avec le VIH. Pour cela, les journées de réflexion seront organisées en deux temps.

La première journée est l'occasion de faire un état de la situation à partir d'interventions de chercheurEs, de professionnelLEs autour de quatre tables rondes présentées et animées par des femmes concernées, et précédées d'une introduction épidémiologique.

- La recherche : les femmes dans la recherche et la recherche dans le domaine de la prévention.
- Femmes, sexualité et VIH.
- La visibilité des femmes séropositives ou concernées.
- La mutualisation des actions à partir d'exemples d'associations du Nord et du Sud.

Un atelier permanent doit permettre aux femmes séropositives étrangères de témoigner afin de montrer que derrière les chiffres se cachent des vies. Le recueil de ces témoignages doit rendre visible les difficultés rencontrées par ces femmes.

La matinée de la seconde journée destinée aux femmes séropositives et personnellement concernées par le VIH, va permettre de faire émerger leurs paroles, leurs préoccupations et leurs revendications en 5 ateliers répartis comme suit : les représentations de la maladie ; le dire, ne pas le dire, témoigner ; prévention et réductions des risques ; corps, désir et séropositivité ; précarité et les droits.

Nous sommes très nombreuses, et très heureuses de cela. Nous devons être plus de 500 venues de toute la France Métropolitaine, de la Guadeloupe, de la Martinique, de la Réunion, de la Guyane mais aussi du Mali, du Togo, de la Guinée, du Burkina Faso, de Djibouti, de Grèce, de Roumanie, et même de Lituanie.

À l'issue de cette seconde journée, nous les femmes séropositives et concernées par le VIH, établirons, ensemble, ce que nous souhaitons aujourd'hui. L'ensemble de ces revendications sera présenté en séance plénière, ouverte à tous, pour préparer l'avenir de notre mobilisation et se retrouver aussi pour un moment festif.

En 1997, le colloque « Femmes et infection à VIH en Europe » a permis de mettre en évidence les spécificités de l'infection à VIH chez les femmes.

En 2004, les « Etats généraux Femmes et sida » et toutes les actions menées en régions, ont libéré une parole, qui depuis ne cesse de circuler.

En 2007, nous rédigerons ensemble nos revendications et nos recommandations.



Envie d'en être ?

sida : envie d'en être ? À cette question nous répondons : non. 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. Nous sommes des séropositifVES, des malades, des activistes de la lutte contre le sida. Rencontre avec une de nos militantEs, Hélène.

Un bref aperçu de ta vie en quelques dates. 1952 : naissance. 1968 : mai 68. 1970 : grave accès maniaco-dépressif ; HP. 1972-73 : s'amuse au FHAR. 1974 : adopte Hélène comme prénom, premières hormones. 1975 : Pigalle, le bois (des films et du théâtre etc). 1978 : Michel Cressole me fait rentrer à *Libération* comme pigiste. 1984 : débute un traitement au lithium, les copains commencent à mourir. 1987 : contamination. 1989 : je rejoins Act Up. 2000 : après un procès gagné je quitte *Libération* pour France Culture.

Tu as eu une jeunesse alternative ? L'écriture m'a très vite passionnée. J'ai très tôt lu de la poésie (entre autres choses). Du romantisme au surréalisme, au dadaïsme pour finir avec les situs, ça s'est fait presque naturellement. J'étais sacrément infatuée de moi-même, je pense que je surestimais mes talents. J'ai toujours eu des amis bizarres, marginaux, quelques-uns poètes. L'artistouille.

On parle souvent de toi comme d'une « figure historique ». Comment tout cela a-t-il commencé ? Je ne suis pas responsable des opinions que les autres ont de moi. Dire que je suis une figure historique c'est aussi une façon commode d'évacuer mon discours actuel. Je ne me sens pas « figure historique », je me sens rescapée, quand je pense au FHAR je me dis que 80 % sont morts aujourd'hui. Je ne voudrais pas voir reproduire aujourd'hui un certain sectarisme et fanatisme des années 70.

Comment as-tu compris que tu étais homosexuelle ? Sexuellement je suis attirée par des hommes et des femmes. J'ai eu mon premier amant à 14 ans, et ma première amante à 16 ans. Avec lesquels est-ce que j'ai été le plus homosexuelle ? J'espère avec les deux.

Te définis-tu par rapport à ta sexualité et si oui avec quel mot ? Je suis libertaire, je me définis par rapport à mon goût de la liberté, jusque dans la sexualité. Je ne suis pas nationaliste trans'.

Peux-tu nous parler de l'annonce de ta séropositivité ? Une amie était mon médecin traitant. Je faisais des tests régulièrement. Un week end elle m'a appelée : « j'ai quelque chose à te dire, il faut que je passe chez toi ». Elle m'a alors dit « il y a un risque que tu te sois contaminée HIV ». C'était comme de me prendre une enclume en pleine tête. Je devais

cachez la nouvelle à ma compagne. Je pleurais dans le métro. Heureusement j'avais un petit boulot à faire, avec plein d'interviews. J'en faisais une par jour au téléphone, au bout de 20 jours j'en avais 20... J'ai pu finir le boulot.

Pourquoi le « cacher » à ta compagne ? Il y a une nuance entre « ne pas dire » et « mentir »... Elle était fragile. Elle avait des amies à New York qu'elle n'avait pas vues depuis longtemps, je lui ai offert un voyage ensemble, qu'elle puisse les revoir. Je lui ai craché le morceau à notre retour. Elle était furibarbe.

Que savais-tu du sida, de ses modes de transmission ? Le préservatif, pour moi c'était évident car je l'avais utilisé à Pigalle contre la syphilis. Fallait-il le mettre pour les fellations ? Là c'était plus vague. Quand on me le demandait je le mettais. J'ai mis des années de psychothérapie pour accepter que je n'étais pas complètement ignorante de la dangerosité potentielle de la fellation... À l'époque, des médecins m'ont dit des conneries du genre « à chacun de gérer ses propres risques ». Je ne peux plus entendre ces discours aujourd'hui vu ce qui m'est arrivé.

Parle-nous de ta vie au moment où tu as appris ta séropositivité ? J'ai appelé mes rencontres de minitel sur trois mois pour les prévenir de faire le test. Je pense n'avoir contaminé personne. Je vivais en couple avec une femme qui est sans doute le grand amour de ma vie, nous dormions ensemble, ce qui est pour moi très important, mais nous n'avions plus de rapports, ce qui m'a évité de la contaminer. Mes aventures masculines étaient sans lendemain. Ça été une horreur totale, on était juste avant l'arrivée des trithérapies. Mes quelques amiEs étaient sur le départ. Ma contamination m'a permis d'être plus proche d'eux, plus complice. Je n'ai pas été une grande militante au début de l'épidémie, mais je n'ai pas laissé tomber les amis.

Comment tu t'es protégée après ? La capote, y compris pour les fellations actives ou passives. La capote ce n'est pas comme de se taper sur le zgeg avec un marteau, ça ralentit un peu l'action, ce qui peut être bien. On aurait dû lancer un concours de parfum pour capotes avec les grands chefs français. En 12 ans, je n'ai eu qu'un seul pépin de latex ! Je demandais aux mecs de me goder avant « pour réduire les risques », c'est drôle des mecs qui n'osaient te goder, quand tu leur disais que c'était bon pour la prévention, ils te le mettaient jusqu'au poing !

Comment se déroulent tes relations avec le monde médical ? L'amie médecin qui m'a annoncé la nouvelle de mon VIH est morte depuis d'un cancer. Avec mes médecins traitant c'est plutôt bien. Quelques anicroches, une avec un médecin charmant, mais d'après moi avec un « blocage trans ». Il mettait en avant ma bipolarité et ma crise à l'âge de 18 ans sur des ordonnances pour aller faire des analyses anodines... À la Salpêtrière à cause du 1 de la Sécu, des infirmières m'ont réveillée d'une anesthésie générale (opération pour une otite céréuse) en me disant « *monsieur, monsieur réveillez-vous !* » (on voyait mes seins à travers ma blouse). Il y a aussi plein de gens gentils et efficaces, je ne veux pas les oublier.

Est-ce que tu as eu un parcours médicalisé dans le cadre de la transsexualité ? Une ex-maîtresse m'a présentée à un médecin qui était fou d'elle. Grâce à lui j'ai eu mes premiers Progynon-retards (hormone vintage des années 70, depuis retirée du commerce). À la pharmacie Pigalle, ils nous donnaient les hormones sans problème. Peut-être aurais-je

dû aller voir un endocrino... Après le FHAR, il n'était pas question pour moi d'aller voir un psy pour qu'il me donne l'autorisation d'être moi-même. J'ai quand même voulu aller voir le grand psy-à-trans de Londres, il m'a proposé de me faire opérer tout de suite « *vous vous intégrez mieux* »... Ça m'a fait peur, je sentais qu'il y prenait plaisir.

L'incidence des discours psychiatriques sur la transsexualité sur ta vie ? Je savais que les psys payés pour gérer le problème tenaient des discours glauques, qu'ils adoraient parler au masculin dans la salle d'attente à celles qui étaient jolies et autres abus, mais je n'ai pas eu à me confronter à eux. Je ne suis pas passée dans les filières d'opérations. Ce sont mes amies transsexuelles qui m'ont fait prendre conscience du poids des psys réacs dans le système qui nous discrimine. Aujourd'hui je suis une thérapie de mon choix qui se passe très bien.

Comment s'est passée l'annonce de ta séropositivité à ton entourage ? C'est drôle, je croyais que ça allait faire plaisir à mes copains séropos, et pas du tout, ils étaient furax, effondrés : ils m'aimaient. Ça a renforcé les liens. J'ai installé un paravent en basculant dans le SM... Ça me permettait d'évacuer l'histoire, et l'on peut pratiquer le SM sans rapports sexuels, juste avec des coups... J'adorais qu'on me fasse pleurer. J'ai fait circuler une rumeur comme quoi j'avais été victime d'une rencontre SM qui aurait mal tourné, pour expliquer mes airs dépressifs. Ma mère était très âgée, j'avais pas envie de l'achever en lui racontant l'histoire (mon frère, je crois, s'en est chargé). Je comprends Romero qui ne voulait pas que sa mère sache. Fréquenter Act Up-Paris, où tant de séropos parlaient ouvertement de leur séropositivité sans que ça rentre dans le côté « confession/appel à compassion » m'a fait un bien fou. La mort de ma mère m'a libérée de ce côté-là, tout était dans le non-dit. Mais jamais je ne me suis cachée pour prendre mes médicaments.

Au jour le jour, c'est quoi d'être séropositive ? Pour tout le monde l'apparence est importante, pour une trans' encore plus : la maladie revirilise les femmes trans'. Je vis en guerre avec mon image depuis l'arrivée des lipodystrophies. Mes amis photographes qui veulent me photographier ne se rendent pas compte que ma première envie quand je vois leurs photos c'est de me mettre la tête dans une cuisinière à gaz (je cuisine à l'électricité, rassurez-vous). Ces veines énormes sur le corps, les cavités aux genoux, les bras maigrichons... J'ai dû réduire mes doses d'hormones, je perds mes cheveux, mes dents... Et en même temps l'Actupienne que je suis me dis : « *je suis belle et vivante et Merde !* » Quand on aime la sodomie, quatre diarrhées par jour, à moins de tomber sur un pervers, c'est pas l'idéal.

Quel traitement as-tu pris, prends-tu ? Depuis dix ans, les traitements ont évolué, je ne sais pas par cœur leur liste, pour la maladie je fais confiance à mon charmant médecin... Aujourd'hui c'est Ziagen®, Norvir®, Epivir®, et il y en a un que j'oublie. Sans oublier le Mothilium® pour les vomissements, celui pour le cholestérol, bientôt pour les problèmes cardiaques. Le Norvir® à mettre dans le frigo t'interdit les voyages dans les pays chauds.

Comment s'est passée ta première prise d'un traitement antiviral ? Slurp. C'était au temps du Videx® en gros comprimés... Un médicament me faisait gerber (j'ai un souvenir dans un avion d'avoir redécoré la cabine arrière), plus tard, pire, un autre médicament m'avait déclenché une dépression... J'étais à deux doigts de m'acheter une cuisinière à gaz. 15 jours après en

avoir parlé à mon médecin et qu'il me change de traitement, j'ai repris goût à la vie. C'est incroyable la science, les progrès, ça vous donne beaucoup d'espoir, mais je pense aussi à tous ceux sur cette terre qui n'ont pas accès aux médicaments, ça me gâche mon plaisir.

As-tu déjà souffert de discriminations ? Oui. Violentes moralement et physiquement (coups, etc.). C'est humiliant d'avoir à dire qu'on est victime de discriminations mais il faut en parler. Dans la rue, la terreur c'est que ça retombe sur tes proches. Et si on parlait des discriminations contre les moches ? Une garçonne avec qui j'ai eu des amours m'a raconté que certaines lesbo-rigides, au début où nous sortions ensemble, allaient lui dire « *attention ! Elle est séropo !* ». J'étais à Act Up et j'aurais proposé des relations non protégées à une femme dont j'étais amoureuse ?! Les personnes discriminées adorent discriminer les autres.

Tu annonces tout de suite ta séropositivité lors de tes émois sexuels ? Pendant des années, quand ça ne se voyait pas, non... Il y a eu une fois bizarre où un mec après s'être bien lâché (« je suis une petite fille, maîtresse ») est tombé sur mes analyses médicales, en me cherchant querelle. Nous avons tout fait avec capote pourtant. Pendant des années, je ne l'ai pas dit à mes amants. Si une rencontre de cul tournait régulière, je coupais court pour ne pas risquer un rejet après l'annonce. Par contre, mes amantes étaient au courant. Ça doit faire deux ans que je ne baise plus, mon physique s'est trop dégradé. Récemment j'ai mis une annonce sur Meetic où j'indique que je suis séropo. Je trouve que le sero-sorting c'est une connerie et une saloperie, mais qu'une personne séropo veuille rencontrer une autre personne séropo, ce n'est pas pareil qu'un seroneg qui refuse d'avoir un contact avec un séropo. Quand je suis venue à Act Up, j'espérais me ramasser un petit junkie où quelque chose dans le genre... Mais non, je n'ai gagné que des amis.

Comment vois-tu l'avenir moléculaire ? Plutôt bien. C'est incroyable ce qui a déjà été fait en 20 ans. Ça fait croire au progrès.

Comment vis-tu ? Dans le boulot, je me sens à moitié de mes capacités. Il y a une déprime énorme avec laquelle je me bats. En même temps mes malheurs aiguissent mes choix : je vais plus vite à l'essentiel. Je sais que je ne peux plus voyager à l'aventure comme j'ai pu le faire avant, aller dans des pays où l'eau n'est pas bonne, où il fait trop chaud... Pour ma vie intime, je me bagarre pour ne pas me refermer sur moi-même, aidée par quelques amiEs. Je vis un peu au jour le jour. Entre le besoin de solitude et la peur de la solitude. Et les coups de fatigue. « *Vous avez une maladie fatigante* » me dit mon médecin !

Dans dix ans, tu te vois comment ? Avec Act Up-Paris, on aura fait la révolution et l'on vivra dans la passion intégrale, dans un monde libertaire sans classes, sans police, sans nuisibles, où chacun s'épanouira dans la création et la découverte émerveillée de la création de l'autre.

Si tu devais changer quelque chose dans ta vie ce serait quoi ? Je regrette de m'être laissée contaminer, oui... Mais si je ne m'étais pas contaminée, je serais peut-être plus égoïste aujourd'hui.

Que dirais-tu à unE séroneg sur le fait d'être séropo ?

Pour une pipe sans capote, le prix à payer est exorbitant. Il n'y a aucun intérêt d'attraper ce truc sinon de pouvoir faire des blagues qui mettent tout le monde mal à l'aise.

Avis de la CFS : Un miroir aux alouettes

La commission fédérale suisse sur le sida a récemment affiché une conviction bien troublante en affirmant que, dans certaines conditions qu'elle précise, les séropositives ne risqueraient pas de transmettre le virus à leur partenaire. Il n'en fallait pas moins pour lancer un débat mondial.

Pour notre part, nous avons choisi d'appeler les médias à la prudence dans leurs réactions à ce texte. Combien de fois n'a-t-on pas dû faire face aux annonces tonitruantes de la presse sur des sujets mal maîtrisés, donnant à croire au miracle sans avoir pris le temps de traiter leurs informations à la mesure de leur public : on n'annonce pas la découverte d'un traitement définitif au grand public qui compte nombre de séropositives lorsqu'il s'agit de résultats de recherche fondamentale qui n'aboutiront, si ça se trouve, jamais à rien, on ne sort pas de grands titres sur les promesses d'un vaccin fabuleux lors du démarrage d'essais préliminaires de tolérance, c'est, nous semble-t-il, une question élémentaire de déontologie. Mais pour autant, l'information mérite évidemment d'être diffusée, dès lors qu'elle est présentée de manière compréhensible pour l'auditoire visé, et à condition qu'elle ne soit pas tronquée. C'est ce que nous tentons de faire ici en nous basant avant tout sur le texte suisse.

Dans un long article adressé « *avant tout aux médecins* », et publié le 30 janvier par le bulletin des médecins suisses, « *la Commission fédérale pour les problèmes liés au sida (CFS) arrive à la conclusion suivante.*

« Une personne séropositive suivant un traitement antirétroviral avec une virémie entièrement supprimée (condition désignée par « TAR efficace » ci-après) ne transmet pas le VIH par voie sexuelle, c'est-à-dire qu'elle ne transmet pas le virus par le biais de contacts sexuels. Cette affirmation reste valable à condition que :*

- la personne séropositive applique le traitement antirétroviral à la lettre et soit suivie par un médecin traitant ;*
- la charge virale (CV) se situe en dessous du seuil de détection depuis au moins six mois (autrement dit : la virémie doit être supprimée depuis au moins six mois) ;*
- la personne séropositive ne soit atteinte d'aucune autre infection sexuellement transmissible (IST). »*

L'article de la CFS apporte ensuite un certain nombre de précisions sans lesquelles cette affirmation se prête trop facilement à des interprétations hasardeuses :

« La CFS est consciente que d'un point de vue strictement scientifique, les éléments médicaux et biologiques disponibles à l'heure actuelle ne prouvent pas qu'un TAR efficace empêche toute infection au VIH (en effet, il n'est pas possible de prouver la non survenance d'un événement certes improbable, mais théoriquement envisageable). Reste que du point de vue de la CFS et des organisations concernées, les informations disponibles à ce jour sont suffisantes pour justifier ce message. Si le risque résiduel ne peut être exclu du point de vue scientifique, la CFS et les organisations concernées estiment néanmoins qu'il est négligeable. »

C'est surtout cet aspect du message suisse qui fait l'objet d'une discussion animée actuellement. En effet, depuis sa sortie, la discussion dans la communauté scientifique laisse apparaître de plus en plus d'avis contraires. Des équipes concernées par ces recherches se prononcent pour dire que le message suisse n'est pas raisonnable :

« Les personnes séropositives qui suivent un TAR efficace doivent savoir qu'elles ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle tant qu'elles suivent le TAR à la lettre et de manière conséquente, qu'elles sont régulièrement suivies par un médecin et qu'elles ne souffrent pas d'autres infections sexuellement transmissibles (IST). »

« Après avoir été informé et conseillé dans les détails, il appartient au partenaire séronégatif de décider si le couple sérodifférent doit renoncer, ou non, à toute autre mesure de protection. »

« Le message selon lequel « les personnes séropositives suivant un TAR efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle » ne modifie en rien la stratégie de prévention appliquée en Suisse. En effet, à l'exception des couples fidèles pour lesquels la séropositivité et l'efficacité du traitement sont établies, les mesures de protection usuelles sont à respecter en tout temps. »

« La CFS appelle les médecins, les organisations de lutte contre le sida et les médias à prendre leurs responsabilités lorsqu'ils informeront le public sur ce thème complexe. Cette condition doit absolument être respectée si l'on veut éviter que ce message, en soi réjouissant pour beaucoup de personnes concernées, ne soit mal interprété et ne mette un nombre encore plus grand de personnes séronégatives en situation de risque. »

Quel média grand public avide de scoop va prendre la peine de citer ou d'expliquer tous ces attendus pour faire comprendre clairement la position suisse ? Quel groupe peut se permettre, sans faire preuve d'une imprudente mauvaise foi, d'afficher un signe approuvateur de relâchement de la protection sans discernement ? Que diront les responsables de tels messages à celles et ceux qui les ont crus et qui seront devenus séropositifVES ? A Act Up-Paris, nous avons toujours pris le parti de diffuser l'information qui concerne le sida le plus largement possible. Mais de manière compréhensible, exhaustive et documentée. L'article de la CFS est une prise de position, non une recommandation ni un résultat d'étude. Il doit être considéré comme tel, il concerne le comportement personnel autant que la santé publique. Mais il nous appartient de mettre en garde les personnes de ne pas utiliser ces affirmations pour justifier un comportement imprudent, puis d'espérer rejeter la responsabilité de leur contamination vers la CFS. En se défaussant de cette responsabilité, la CFS ne fait rien d'autre que leur tendre par avance un miroir pour assurer la tranquillité de leur conscience.

Cameroun : précieux bilans

Le 8 janvier dernier, le Comité National de Lutte contre le Sida du Cameroun émettait une circulaire auprès des centres de prise en charge des malades du sida de tout le pays. La mobilisation nationale et internationale a eu raison de ce grand pas en arrière.

Le texte du CNLS, structure institutionnelle camerounaise remettait en cause la prise en charge, déjà insuffisante, d'examens sanguins (CD4, NFS, transaminases, et glycémie). Jusqu'à aujourd'hui, sur des bilans estimés à 21 000 Francs CFA (environ 32 €), l'Etat en payait 18 000 et le reste était à la charge du malade. Trop cher, explique le CNLS, qui évoque « un grave dérapage budgétaire » pour 2007 et fixe des quotas de bilans sanguins au-delà desquels la prise en charge publique cessera. Cela signifie donc, concrètement, la multiplication par 7 du coût pour les malades de ces examens indispensables à l'élaboration de stratégies thérapeutiques. Dans un pays où 80 % des malades touchent 30 € par mois, on leur demande donc de payer des examens routiniers 32 €, alors même que le Cameroun s'était engagé à assurer aux séropositifs la gratuité de ces bilans pour 2008.



Le « dérapage budgétaire » n'est jamais justifié. Pourtant, le Cameroun, qui reçoit de l'argent du Fonds Mondial, notamment pour financer ces examens, est autorisé à consacrer une part de cette subvention à la réalisation d'un audit de son utilisation par les administrations locales. Aucune enquête de cette sorte n'a été utilisée : le gouvernement n'a qu'à s'en prendre à lui-même, et pas aux malades, s'il a été incapable d'anticiper une éventuelle explosion des dépenses, qui restent à prendre au conditionnel. De la même manière, les critères qui ont présidé à la fixation de ces quotas sont des plus flous.

La société civile, les malades en tête, se mobilise. Une manifestation a eu lieu le 20 février, notamment à l'initiative du Mouvement Camerounais Pour l'Accès aux Traitements (Mocpat), relayée par un zap d'Act Up-Paris devant l'ambassade du Cameroun en France. Finalement, le gouvernement a décidé d'annuler la circulaire du CNLS et diligente un groupe de travail, auquel participeront les malades, pour trouver des solutions de financement. Ce recul est donc une belle victoire, mais ne résout en rien le problème de fond : les activistes vont maintenant devoir obtenir de leur gouvernement la transparence totale sur l'utilisation de l'argent du Fonds Mondial, de façon à faire au mieux pour que, dans le cadre du nouveau financement, la demande du Cameroun soit adaptée aux besoins et que la subvention soit utilisée de façon transparente et efficace.



Zap de l'Ambassade du Cameroun - 05/01/08



Chaiya Sasomsap ne doit pas reculer face au lobby pharmaceutique

Depuis janvier 2008, la Thaïlande a un nouveau ministre de la Santé : M. Chaiya Sasomsap, qui sous la pression des firmes pharmaceutiques, a annoncé son intention de revenir sur les licences obligatoires émises par le précédent gouvernement.



M. Chaiya Sasomsap a indiqué le 11 février 2008 qu'il envisage de revenir immédiatement sur la politique d'accès aux médicaments génériques instituée par la Thaïlande l'année dernière. Sous pression du lobby pharmaceutique, le nouveau gouvernement thaïlandais a décidé de réexaminer les décisions prises il y a quelques semaines par le précédent ministre de la Santé en matière de licences obligatoires – une disposition prévue par les règles de l'OMC pour permettre le recours à des génériques avant la fin du brevet.

Or, l'accès aux génériques reste l'unique moyen de baisser les prix des médicaments à un niveau suffisamment bas pour que toutes les maladies thaïlandaises puissent y avoir accès. Ceci vaut pour les médicaments anticancéreux concernés par les récentes licences obligatoires, comme pour l'ensemble des médicaments coûteux et qui pour cette raison restent hors de portée des malades. Entre les intérêts des multinationales pharmaceutiques et les intérêts des malades pauvres, M. Chaiya Sasomsap doit aujourd'hui choisir son camp.

La Thaïlande a fait la démonstration de l'efficacité de l'usage de génériques dans le cadre de son programme de lutte contre le sida. En l'absence de traitements, le sida reste une maladie mortelle. Or, la Thaïlande est le pays d'Asie qui connaît le plus fort taux de prévalence du VIH : entre 500 000 et 1 million de séropositifs. Mais les trithérapies anti-VIH fournies par les laboratoires de marque restent hors de prix : 8 000 à 13 000 € par personne et par an au prix occidental, alors que la Thaïlande reste un pays pauvre (PIB/hab. de 4 000 €, soit 5 fois moins que la France). L'accès universel au traitement VIH pour tous les malades du sida en Thaïlande est pourtant possible : les versions génériques sont disponibles pour 70 € par personne et par an (soit 100 fois moins cher que les versions occidentales).

M. Chaiya Sasomsap doit poursuivre la voie initiée en 2007 par son prédécesseur, et ne pas hésiter à utiliser les licences obligatoires chaque fois que cela est nécessaire pour permettre l'accès aux médicaments. En 2001, lors de la conférence de Doha, l'ensemble des pays membres de l'OMC ont confirmé le droit à utiliser les licences obligatoires pour assurer l'accès aux médicaments pour toutes. La Thaïlande n'a fait qu'exercer ce droit. Elle ne doit pas céder sous la pression du lobby pharmaceutique et de ses soutiens.



Secret médical en détention : Rachida Dati coupable, Roselyne Bachelot-Narquin complice.

Le 20 Août 2007, Rachida Dati, surfant sur l'émotion de l'opinion publique et prenant prétexte de la récidive d'un pédophile quelques jours après sa sortie, déclarait au journal télévisé de France 2 que « l'Administration Pénitentiaire [devrait] avoir accès au dossier médical de la même manière que les médecins [devraient] avoir accès au dossier pénitentiaire », tout en se gardant bien de préciser qu'un médecin de l'Unité de Consultations et de Soins Pénitentiaires (UCSA) avait prescrit au détenu un stimulant sexuel quelques jours avant sa libération.

Cette déclaration est en totale opposition avec la loi du 18 janvier 1994 qui affirme que la prise en charge médicale et sanitaire dépend du service public hospitalier et non pas de l'Administration Pénitentiaire (AP). Et par conséquent, le secret médical reste intangible quel que soit l'endroit où il est exercé.

A travers son action politique, Rachida Dati tente de confondre les prérogatives du ministère de la Justice avec celles du ministère de la Santé pour que l'AP puisse ainsi disposer d'un dossier regroupant informations juridiques, sociales et médicales des détenus. Les préconisations du Comité d'orientation restreint et la loi sur la rétention de sûreté font apparaître les premières attaques contre le secret médical, attaques qui constitueraient un grave recul des droits des malades et de la loi du 18 janvier 1994.

Le Comité d'orientation restreint (COR) sur la future loi pénitentiaire

En novembre 2007, le COR remettait à la Garde des sceaux 120 préconisations devant servir d'ossature à la future loi pénitentiaire. On peut notamment y lire qu'il faudrait « mettre à la disposition du corps médical intervenant auprès d'un détenu la pièce de justice relatant les faits motivant son incarcération ainsi que l'intégralité des expertises psychiatriques, psychologiques et médico-psychologiques dont il a pu faire l'objet dans le cadre de la procédure judiciaire ». Étrangement, ce comité d'orientation regroupant magistrats, personnels pénitentiaires, représentants associatifs, avocats etc. répond exactement aux exigences exprimées par Rachida Dati quelques mois plus tôt.

Act Up-Paris estime que la connaissance du passé judiciaire et carcéral d'un détenu malade par son médecin n'est nullement nécessaire à sa prise en charge médicale. Si cette préconisation devait se traduire en loi, elle risquerait fort d'instaurer un climat de défiance entre malade détenu et médecin.

Le COR préconise également de « réaffirmer l'opposabilité du secret médical, mais donner possibilité au médecin traitant en milieu pénitentiaire de communiquer les éléments cliniques à un expert, dès lors qu'ils sont utiles aux droits du détenu ou à la direction de l'établissement, dès lors qu'ils sont indispensables à une adaptation des conditions de détention » et de « donner la possibilité au médecin traitant en milieu pénitentiaire, en cas de danger imminent pour les personnels pénitentiaires ou de nécessité pour ceux-ci de tenir compte dans leur attitude ou dans leur mission de l'état physique ou psychique d'un détenu, de donner à la direction de l'établissement, une information médicale strictement réduite à cette finalité, à charge pour ledit médecin d'en avertir le détenu ».

On le constate clairement, les possibilités de déroger au secret médical sont multiples et finalement peu précises. On peut craindre que le médecin (exerçant en détention) n'ait recours systématiquement à cette procédure vis-à-vis de la direction de l'établissement en ce qui concerne les aspects du dossier médical à transmettre. L'Administration Pénitentiaire se moque



des droits des malades et cherche à avoir la mainmise sur une activité médicale qui s'exerce dans ses murs sans qu'elle n'ait pour autant une quelconque autorité à ce sujet. Nous craignons que les personnes séropositives soient systématiquement signalées à l'A.P. en cas d'exposition au sang lors d'une bagarre, comme pourraient l'être également les personnes usagères de drogues, ou sous substitution, afin de lutter contre le trafic et de favoriser avant tout les missions des personnels pénitentiaires.

La loi de rétention de sûreté et la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental

Act Up-Paris a décidé de répondre à l'appel lancé par le SNEPAP-FSU, le Syndicat de la Magistrature et le Groupement étudiant national d'enseignement aux personnes incarcérées (GÉNÉPI) contre la rétention de sûreté. Cette loi a été adoptée par le Sénat le 8 février 2008, qui en a aussi élargi son champ d'application.

Nous avons dénoncé cette mesure de rétention intervenant après qu'une peine de prison a été purgée, sans qu'aucune infraction n'ait été commise, et sur la simple base d'une expertise psychiatrique cherchant à évaluer « la dangerosité d'un individu ». Selon le gouvernement, il s'agit d'une « solution préventive » face à une « présomption de récidive ». Bref, une peine sans crime qui peut se commuer en prison à vie sans chance de réinsertion, telle est censée être la mission de la prison.

Act Up-Paris s'inquiète également du rôle que ce texte fait tenir au médecin exerçant en détention. L'une des dispositions de celui-ci indique que « *dès lors qu'il existe un risque sérieux pour la sécurité des personnes au sein des établissements (de rétention de sûreté), les personnels soignants intervenant au sein de ces établissements et ayant connaissance de ce risque sont tenus de le signaler dans les plus brefs délais au directeur de l'établissement en lui transmettant, dans le respect des dispositions relatives au secret médical, les informations utiles à la mise en œuvre de mesures de protection.*

Les mêmes obligations sont applicables aux personnels soignants au sein des établissements pénitentiaires » (article L. 6141-5 modifié). Selon quels critères le médecin devra-t-il évaluer la dangerosité supposée des détenus ? Si ce n'est dans le cadre d'une consultation, où et quand un médecin peut-il émettre un tel signalement ? Et cela ne correspond-il pas justement à une atteinte au secret médical ? Quelles seront les sanctions en cas de manquement de la part des médecins puisqu'il s'agit ici d'obligation ? Une fois encore, Rachida Dati tente de faire des médecins exerçant en détention des agents pénitentiaires, au détriment de la loi du 18 janvier 1994. Cette première brèche concernant l'indépendance des médecins vis-à-vis de l'AP et du secret médical en détention risque de mettre à mal la relation malade/médecin en instaurant un climat de défiance réciproque.

En voulant instaurer un secret médical modulable en détention, Rachida Dati se rendra coupable de la mauvaise prise en charge thérapeutique de détenus séropositifs et de la propagation du VIH et des hépatites en détention. Une consultation doit être un instant où le malade peut avoir confiance en son médecin afin de s'exprimer ouvertement, sans crainte du jugement et de la sanction, afin de mettre en place une prise en charge globale. Si ces conditions ne sont pas remplies, nous pouvons craindre une dégradation de l'accès aux soins en détention dans un contexte déjà fort peu glorieux. Et tandis que la loi du 18 janvier 1994 a fait de l'organisation des soins en détention une compétence du ministère de la Santé, Roselyne Bachelot-Narquin reste muette et se rend complice du démantèlement des droits des malades détenus.

Procès Chiland vs Act Up-Paris

Oui, les conséquences des discours et des pratiques psychiatriques sur les personnes transgenres peuvent et doivent être dénoncées

En juin 2005, Act Up-Paris diffusait un texte dénonçant les discours de la psychiatre Colette Chiland, spécialiste autoproclamée du transexualisme, auteure en particulier d'un *Que sais-je ?* qui cumule les poncifs à l'égard des trans (refus d'appeler par leur genre d'adoption les personnes concernées, minimisation du phénomène, etc.). Colette Chiland a porté plainte pour diffamation. Le président de l'époque a été mis en examen et jugé. Il a été condamné le 28 juin 2007 pour diffamation à 500 € d'amende avec sursis et 1 € de dommages et intérêts. Il a fait appel de cette décision ; l'audience de plaidoirie se tiendra le 28 février 2008.

Au-delà de la condamnation individuelle et du casier judiciaire qu'elle implique, ce jugement pose un problème de fond. Le tribunal n'a pas jugé diffamatoire le terme de « haine » utilisé par l'association pour qualifier l'attitude et les écrits de la psychiatre. Mais ces mêmes juges n'autorisent pas qu'on dénonce l'impact de cette violence sur les personnes transgenres, et qu'on en attribue la responsabilité à son auteure.

Pourtant, la reconnaissance de la violence des discours racistes ou antisémites, et beaucoup plus récemment, sexistes ou homophobes, ne s'est jamais faite sans la prise en compte de leurs conséquences sur les personnes directement visées. Si les propos d'un Christian Vanneste ont pu être condamnés comme étant insultants et homophobes, c'est bien parce que leur impact délétère sur la vie des gays et des lesbiennes a été démontré. Pourquoi en serait-il autrement pour les trans ? Le procès en appel d'un militant d'Act Up-Paris sera donc une des rares occasions de tester les pouvoirs publics, pour voir jusqu'où ils pourront aller en matière de reconnaissance des discriminations transphobes. En effet, la transphobie n'est pas reconnue par la loi, ni, officiellement, par la Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Égalité (HALDE). C'est pour cette raison que nous vous proposons, à l'occasion de ce procès, de signer le texte suivant :

Pétition signée à l'occasion du procès en appel de Jérôme Martin, ancien président d'Act Up-Paris, poursuivi par Colette Chiland, psychiatre et auteure de *Changer de sexe* :
 « *Oui, les conséquences des discours et des pratiques psychiatriques sur les personnes transgenres peuvent et doivent être dénoncées.*

Oui, on peut et doit dire que des psychiatres détruisent les vies de personnes transgenres quand leurs propos ou leurs pratiques rabaissent, insultent, infériorisent les trans ;

Oui, on peut et doit dire que des psychiatres détruisent les vies de personnes transgenres quand ces médecins refusent d'entendre la parole, individuelle ou collective, des trans qui leur demandent de cesser de les considérer comme des malades mentauxLES ;

Oui, on peut et doit dire que des psychiatres détruisent des vies de personnes transgenres quand ces psychiatres négligent d'alerter les pouvoirs publics sur l'impact du sida chez les trans, alors que ces médecins sont en première ligne pour en voir les premiers signes ;

La transphobie existe et ne pourra être efficacement combattue que si l'on reconnaît qu'elle détruit les vies des personnes transgenres. Le discours psychiatrique officiel est un terreau fertile à cette transphobie. Les conséquences des discours et des pratiques psychiatriques sur les personnes transgenres peuvent et doivent être dénoncées.

Nous demandons que la justice reconnaisse l'impact de la transphobie sur les personnes. Nous demandons par ailleurs la dépsychiatriation de la question trans. »

Vous pouvez signer cette pétition en ligne : <http://www.actupparis.org/article3286.html>