



VIH HEPATITES

**La face cachée
des discriminations**
Rapport 2020

 **AIDeS**
Membre de la Coalition
Internationale Sida 



Créée en 1984, AIDES est la première association de lutte contre le sida et les hépatites en France et en Europe. Elle est reconnue d'utilité publique et labellisée « Don en confiance » par le Comité de la Charte. AIDES agit depuis 36 ans avec et auprès des populations les plus

vulnérables au VIH/sida et aux hépatites pour réduire les nouvelles contaminations et accompagner les personnes touchées vers le soin et dans la défense de leurs droits. Plus globalement, l'association joue un rôle majeur dans l'amélioration

de la prise en compte des malades dans le système de santé en France, l'évolution des droits des personnes vulnérables et la lutte contre les discriminations. Ses principes : respect, indépendance, confidentialité et non-jugement.

VIH/hépatites, la face cachée des discriminations

Rapport 2020

Sommaire

Édito	5
Un rapport produit dans une démarche communautaire	6
I. Crise sanitaire et précarité : des facteurs de vulnérabilité exacerbés	9
1. Une précarisation économique aggravée des populations les plus fragiles	10
1.1. Des difficultés d'accès aux ressources et à l'emploi	11
1.2. Des difficultés d'accès à l'alimentation et à l'hygiène	12
Interview Giovanna Rincon, Acceptes-T	13
2. Des conditions d'hébergement dégradées	15
3. Une santé et une qualité de vie impactées	16
3.1. La Covid-19 réactive la stigmatisation à l'encontre des PVVIH	16
3.2. Des difficultés d'accès à la prévention et aux soins	18
3.3. « J'avais cette sensation d'être exclu, et aujourd'hui je le sens encore plus »	18
II. Crise sanitaire et accès aux droits : une relégation sociale accrue	21
1. Travail du sexe : entraves, exclusion et violences	22
Interview Éva Vocz, Fédération Parapluie Rouge	25
2. Personnes étrangères en situation administrative instable : des obstacles permanents	27
Interview Bernadette Rwegera, Ikambere	29
3. Usagers-es de drogues : stigmatisation et répression accentuées	30
Interview AIDES Guyane	33
4. Prisons : zones de non-droits	35
5. Genre, orientation sexuelle et identité de genre : des inégalités amplifiées	37
Interview Élian Barcelo, Fédération LGBTI+, Iskis	39
III. AIDES et la crise sanitaire : nos réponses communautaires	43
1. Construire des réponses adaptées avec nos communautés	44
1.1. Continuer nos missions en renouvelant nos pratiques et nos approches	44
Interview Nathalie Latour, Fédération Addiction	47
1.2. Soutenir les populations accompagnées face aux difficultés rencontrées	49
Interview Corinne Jac, Laurent Rubinstein, Collectif Inter-Urgences	53
2. La santé communautaire : notre réplique pour lutter contre les épidémies	55
2.1. Défendre les droits de nos communautés	56
Interview Gaëlle Krikorian, sociologue	59
2.2. Favoriser l'implication des premiers-es concernés-es dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de santé	62
Glossaire	65



Aurélien Beaucamp,
président de AIDES

Au sein de l'association AIDES, comme beaucoup, nous avons vécu avec stupeur l'irruption de la crise sanitaire liée à la Covid-19. Nous avons été confrontés-es à la maladie, et subi la perte douloureuse de proches, sans toujours pouvoir les accompagner jusqu'à leurs derniers moments. Au plus fort de la crise, nous avons été effarés-es par le nombre de morts égrené jour après jour, désarçonnés-es par les hésitations de la science et de la médecine face à ce virus inconnu, déroutés-es par les réponses erratiques apportées par les autorités publiques pour y faire face. L'apparition de la Covid-19 nous rappelle les débuts de l'épidémie du VIH. La surenchère médiatique, l'emballement autour de remèdes miracles, ou encore la stigmatisation des personnes porteuses du virus. Cette crise sanitaire confirme également que les virus se nourrissent de la précarité, de la fragilité et des discriminations, autant qu'ils contribuent à les renforcer. La lutte contre le VIH/sida et les hépatites nous a appris que les politiques d'exclusion subies par les personnes les plus vulnérables entravent l'efficacité des luttes contre les pandémies.

La crise sanitaire a un impact considérable sur les stratégies de prévention diversifiées contre le VIH. La saturation des laboratoires d'analyses médicales et l'adaptation du fonctionnement des centres gratuits d'information, de diagnostic et de dépistage du VIH et des IST (Cegidd) aux nécessaires mesures de protection sanitaire ont entraîné une baisse massive du nombre de dépistages. La mobilisation des services d'inféctiologie dans la prise en charge de la Covid-19 a freiné le suivi des personnes séropositives et la croissance du nombre d'utilisateurs-rices de la Prep. En 2019, sous les effets conjugués du dépistage répété et ciblé, de la Prep et du traitement comme prévention (Tasp) le nombre de nouvelles découvertes d'infection a enfin baissé. Tout en veillant à ne pas donner prise à l'épidémie de la Covid, il faut trouver les moyens de maintenir un fort recours à la prévention diversifiée.

La médiatisation à outrance de cette crise sanitaire n'a pas rendu plus visibles les personnes les plus vulnérables qui sont aussi les premières touchées. Dans cette édition 2020 de notre rapport VIH/hépatites : la face cachée des discriminations, nous avons donc voulu donner la parole aux populations laissées pour compte. Nous avons recueilli les témoignages des personnes concernées par le VIH/sida que nous accompagnons à AIDES et nos militants-es impliqués-es auprès d'elles. Afin de mettre en perspective leurs témoignages, nous avons également donné une large place à

des interviews réalisées avec des militants-es d'associations partenaires et de personnes engagées dans le champ de la santé. Cette publication repose sur leur vécu, leur expertise et leur réflexion collective, au plus proche des réalités du terrain. Nos militants-es ont également participé à la conception des visuels : c'est le langage de corps mobilisés face à la pandémie qui s'expriment à travers leurs portraits. Ce n'est pas un rapport produit sur nos communautés : c'est un rapport produit avec elles.

Leurs témoignages sont sans appel : la crise sanitaire liée à la Covid-19 révèle et exacerbe les inégalités existantes et touche de plein fouet les personnes les plus vulnérables au VIH aux hépatites, qu'elles soient porteuses de virus ou exposées au risque d'infection. Les inégalités structurelles et le contexte social défavorable les exposent tout particulièrement au risque de contamination, ainsi qu'à des complications médicales en raison des facteurs de comorbidités liés à leur état de santé ou à leurs conditions de vie. Le VIH et le Sars-CoV-2 frappent le plus durement les personnes les plus fragiles et soumises à des politiques d'exclusion sociale : travailleurs-ses du sexe, usagers-es de drogues, étrangers-es en situation administrative précaire, détenus-es, minorités sexuelles et de genre. La gestion de la crise sanitaire révèle et accentue des logiques que nous dénonçons depuis longtemps, et notamment l'aberration des politiques élaborées soi-disant dans une logique de protection de la santé individuelle et publique, mais qui en pratique, excluent et répriment les populations les plus marginalisées.

Ce rapport ne dénonce pas seulement, il propose des pistes d'actions et des mesures concrètes construites avec les premières personnes concernées, pour améliorer l'accès à la santé pour tous-tes. La démocratie en santé a été délaissée et malmenée dans la gestion de la crise sanitaire actuelle, alors même qu'elle constitue une partie de la solution pour mieux l'affronter. Il est urgent de repenser la place des usagers-es dans notre système de santé, à travers la mobilisation communautaire et l'implication des principaux intéressés-es dans l'ensemble des processus de décision qui les concernent, en matière de recherche, de prise en charge médicale, ainsi que d'élaboration, de mise en œuvre et d'évaluation des politiques de santé. La participation des personnes séropositives et la création d'espaces pouvant garantir leur engagement actif à tous les niveaux de réponse à l'épidémie, a prouvé sa pertinence et son efficacité dans la lutte contre l'épidémie du VIH/sida. Pourquoi nous priver de ce modèle dans celle contre la Covid-19 ?

Un rapport produit dans une démarche communautaire

Ce rapport est produit à partir des retours d'expérience des personnes concernées par le VIH et les hépatites, ainsi que des militants-es de AIDES qui les accompagnent, sur leur vécu de la crise sanitaire liée à la Covid-19. Leur participation, à travers la mobilisation de leur vécu, de leurs savoirs et de leur expertise, permet de restituer les difficultés d'accès aux droits et à la santé rencontrées. La parole est donnée aux premiers-es concernés-es, afin de partager leur témoignage, transmettre leurs constats, développer une analyse collective et construire des pistes d'action et des revendications. Dans une démarche de plaidoyer résolument communautaire, les populations que nous accompagnons, et dont nombre de nos militants-es sont issus-es, sont ainsi placées au cœur de la dynamique. Ce n'est pas un rapport produit sur nos communautés : c'est un rapport produit **avec** elles.

Plusieurs dispositifs de recueil de données ont été mis en place afin d'articuler une approche qualitative, à travers une série d'entretiens individuels et collectifs ainsi que des témoignages écrits, avec une approche quantitative, grâce à des questionnaires. Outre la complémentarité qu'elle offre, cette méthodologie mixte a permis de favoriser différentes possibilités d'expression afin de recueillir le plus grand nombre possible de témoignages des militants-es et des personnes accompagnées dans les 76 antennes locales de notre association.

TOUT LE MONDE N'EST PAS ÉGAL FACE AU VIH ET AUX HÉPATITES



Les épidémies de VIH et d'hépatites n'affectent pas toutes les populations de la même manière. Selon les dernières données de Santé publique France¹, environ 173 000 personnes vivent avec le VIH en France, dont 25 000 ignorent leur statut sérologique. En 2018, le nombre de contaminations a baissé de 7 % avec 6 200 découvertes de séropositivité, la première diminution depuis plusieurs années. Parmi les personnes qui ont découvert leur séropositivité, certaines

populations sont surreprésentées : 40 % des contaminations concernent des rapports sexuels entre hommes et 56 % concernent des personnes nées à l'étranger, en majorité des femmes originaires d'Afrique subsaharienne. Les entraves à l'accès aux soins et à la prévention, telles que les stigmatisations et discriminations, la précarité sociale et économique ou encore les politiques répressives, constituent également des facteurs d'exposition aux hépatites B et C².

Au regard de ces constats épidémiologiques, AIDES concentre ses activités auprès des personnes séropositives et des populations les plus vulnérables au VIH et aux hépatites virales : les usagers-es de drogues, les travailleurs-ses du sexe, les personnes trans, les personnes migrantes, les personnes détenues, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH), les femmes et les personnes vivant dans les départements français d'Amérique.

80 témoignages
recueillis à travers

8 entretiens
collectifs

15 entretiens
individuels

13 retours
écrits

1. Recueillir le vécu pour développer une compréhension collective de la crise sanitaire : la dimension qualitative du recueil

Des temps d'échanges collectifs et individuels ont été organisés durant l'été 2020 afin de recueillir des éléments approfondis auprès des personnes concernées sur leur vécu du confinement et de la période qui a suivi, ainsi que des expériences d'accompagnement et d'adaptation des activités des militants-es.

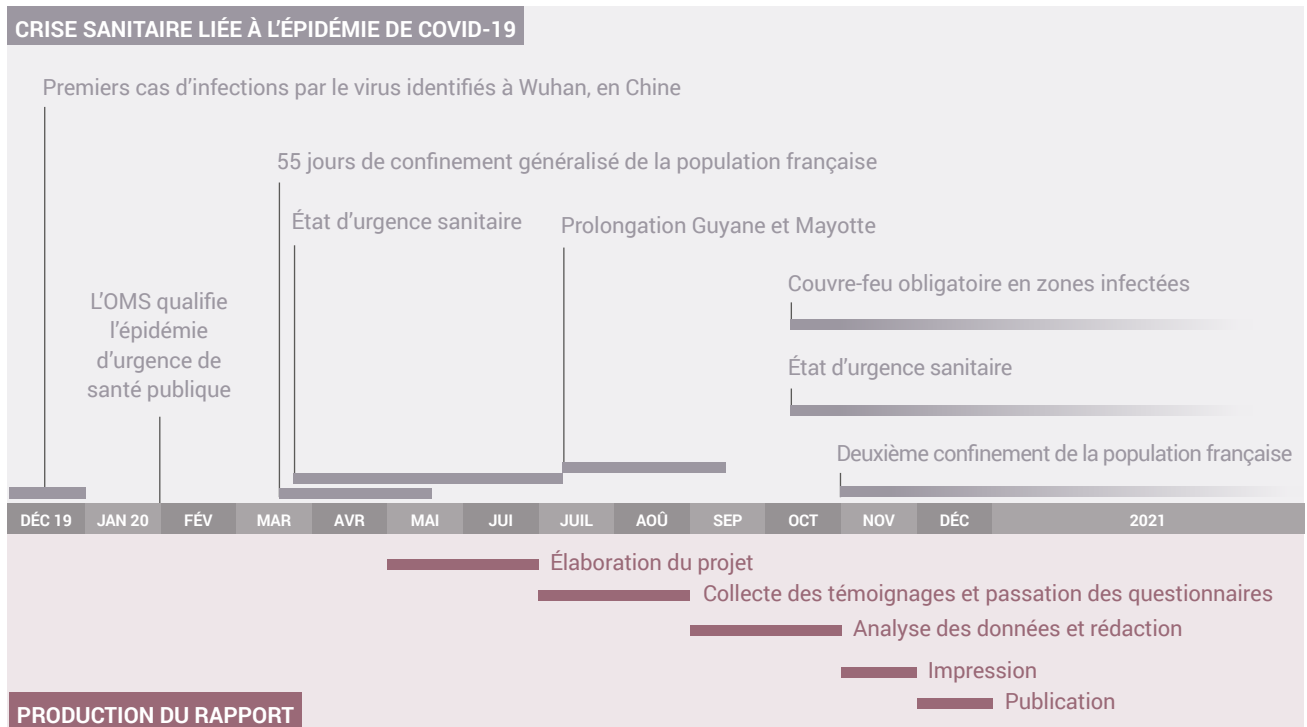
Huit temps d'échanges collectifs se sont tenus, avec trois à quatre binômes de personnes accompagnées et de militants-es provenant des différentes antennes locales de AIDES présentes sur le territoire. Chaque temps d'échanges était dédié aux enjeux propres d'une population clé du VIH (cf. encadré *Tout le monde n'est pas égal face au VIH et aux hépatites*) : personnes vivant avec le VIH (PVVIH), personnes migrantes, usagers-es de drogue, travailleurs-ses du sexe, personnes détenues, femmes, chemsexuels, HSH. Ces temps d'échanges collectifs ont permis de recueillir l'expertise des participants-es, de mutualiser leurs constats et de développer une analyse partagée des conséquences de la crise.

Une série de quinze temps d'échanges individuels, dont dix réalisés dans le cadre du volet qualitatif de l'enquête EPIC (cf. page suivante), a permis d'approfondir les éléments recueillis à travers l'expression des vécus et des expériences personnelles de la crise sanitaire. Par ailleurs, **treize contributions écrites** ont permis à ceux-lles qui n'avaient pas pu participer aux temps d'échanges ou qui souhaitaient privilégier une démarche d'expression écrite, d'apporter leurs retours d'expérience. Au total, plus de **quatre-vingts témoignages de personnes concernées et de militants-es ont été recueillis**.

¹ Santé publique France, « Découvertes de séropositivité VIH et diagnostics de sida - France, 2018 », *Bulletin de santé publique*, octobre 2019

² Haute autorité de santé, « Recommandations en santé publique sur les hépatites B et C », site de la HAS. Lien URL : <https://www.has-sante.fr/>

Frise chronologique : un rapport situé dans le temps long d'une crise sanitaire



2. Collecter des données pour évaluer l'impact de la crise sanitaire : la dimension quantitative du rapport

AIDES a mis en œuvre le volet français d'**EPIC** (Enquêtes Flash VIH-VHC pour évaluer l'impact de la crise sanitaire Covid-19 en milieu communautaire), une étude multi-pays élaborée par Coalition PLUS. Nous avons choisi de déployer l'enquête auprès des **usagers-es de drogues** et les **travailleurs-ses du sexe** de notre réseau associatif qui ont très vite été identifiés-es comme deux populations particulièrement touchées par la crise sanitaire. Les questionnaires ont été diffusés durant l'été 2020. Outre des informations spécifiques à chacune des populations concernées, les questionnaires ont permis de collecter des éléments sociodémographiques, et de recueillir les besoins socioéconomiques, ainsi que les difficultés d'accès aux soins rencontrées pendant le confinement. La passation des questionnaires a permis d'obtenir les retours de **183 répondants-es**, dont **68 usagers-es de drogues** et **67 travailleurs-ses du sexe**. L'échantillon des répondants-es est composé de 84 femmes, dont 70 femmes cis et 14 femmes trans, avec un âge médian de 37 ans (de 20 à 62 ans), de 94 hommes, dont 91 hommes cis et 3 hommes trans, avec un âge médian de 37 ans (de 20 à 65 ans), et d'une personne non binaire âgée de 33 ans. Le pays de naissance des répondants-es est pour la majorité la France (131 répondants-es sur 183).

L'enquête Acovih (Adaptations à la Covid-19 lorsque l'on vit avec le VIH) a été réalisée par AIDES en partenariat avec le laboratoire de psychologie sociale de l'université de Lyon (GRePS) et Coalition PLUS, afin d'explorer les connaissances, les perceptions des risques et les moyens dont disposent les **PVVIH** pour faire face à l'épidémie de Covid-19. Le questionnaire, accessible en ligne durant l'été 2020, a permis de recueillir le profil sociodémographique des répondants-es, les caractéristiques médicales liées au VIH, le vécu de la séropositivité et l'accès aux soins pendant et hors confinement, les perceptions du risque liées à la Covid-19, ainsi que les enjeux de santé mentale. Au total, **252 PVVIH résidant en France ont répondu à l'enquête**. L'échantillon de répondants-es est composé de 48 femmes, dont 44 femmes cis et 4 femmes trans, avec un âge médian de 52 ans (de 19 à 78 ans), de 199 hommes, dont 198 hommes cis et 1 homme trans, avec un âge médian de 47 ans (de 18 à 75 ans), et de 5 personnes non-binaires avec un âge médian de 38 ans (de 18 à 71 ans). Sur l'ensemble des répondants-es, 67 % s'auto-identifient comme homosexuels-les (dont 98 % sont des hommes), 21 % comme hétérosexuels-les et 6 % comme bisexuels-les. Le pays de naissance des répondants-es est pour la majorité la France (83 %). Deux personnes sur trois (68 %) déclarent un niveau d'études supérieures.

epic
Un projet de Coalition PLUS

183 répondants-es
dont

68 usagers-es
de drogues

67 travailleurs-ses
du sexe

ACOVIIH

250 répondants-es
dont

83 % sont nés-es
en France

68 % ont un niveau
bac ou plus

67 % s'auto-identifient
comme
homosexuels-les



I.

Crise sanitaire et précarité : des facteurs de vulnérabilité exacerbés

“ Mon problème, maintenant, c’est là où je vis – parce que je suis à l’hôtel avec le 115, vraiment ce n’est pas facile. Au moment du confinement, j’avais des problèmes de médicaments, parce que j’avais demandé l’asile et il m’a été refusé. Et là je n’ai même pas de CMU [Couverture maladie universelle, remplacée par la Protection universelle maladie (Puma) depuis 2016] pour le moment, parce que la CMU, ils me l’ont refusée aussi. Donc on m’a donné les 100 % à l’accouchement, mais aujourd’hui quand je vais à la pharmacie, on refuse de me donner les médicaments. Même trouver un moyen de déplacement, c’est tout un problème. Là je ne travaille pas, le papa il n’est pas là pour le bébé, et je n’ai personne. Même pour sortir, c’est tout un problème. C’est au moment du confinement que Assiya [la militante de AIDES qui l’accompagne] m’avait donné un peu pour pouvoir prendre le bus. Ça reste un problème aujourd’hui. Et je sais que le jour où les contrôleurs vont me chopper, ça ne sera pas facile pour moi. Donc c’est un peu compliqué pour moi, vraiment. Surtout avec le bébé, ce n’est pas facile. Je ne peux même pas prendre le lait aux Restos du cœur, ils sont fermés aussi. Donc je ne sais pas, je ne sais pas... C’est un peu compliqué, vraiment, c’est un peu compliqué.”

Alma, personne séropositive accompagnée par AIDES

Les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) ne sont pas plus fragiles face à la Covid-19, tant qu’elles ne sont pas immunodéprimées ou ne souffrent pas d’une maladie associée (cf. encadré VIH et Covid-19 : que sait-on ? page suivante). Néanmoins, l’approche biomédicale dominante, qui prend en compte les facteurs de risques ou les pathologies associées pour appréhender la vulnérabilité des personnes au virus, ne doit pas occulter « une analyse de l’épidémie et de ses conséquences selon des critères sociaux et économiques » comme le souligne Emmanuel Rusch³. On le sait : les inégalités sociales se répercutent très fortement sur la santé. Le gradient social de santé désigne cette corrélation entre l’état de santé des personnes et leur position sociale. Le VIH et le SARS-CoV-2 peuvent ainsi fonctionner en synergie, les conditions sociales d’inégalités de santé étant des facteurs déterminants d’exposition aux deux virus⁴. Les personnes fragiles socialement y sont plus exposées, car précaires économiquement et socialement, marginalisées ou rencontrant des difficultés d’accès aux soins⁵. À ce titre, la Covid-19 est une syndémie⁶. Autrement dit, elle partage un niveau d’interface avec le VIH auprès des populations les plus vulnérables, que les inégalités structurelles et le contexte social défavorable exposent tout particulièrement aux risques de contamination et de complications de santé liées à ces deux virus. Nos constats de terrain et ceux de nos partenaires associatifs⁷ le démontrent dans la crise sanitaire que nous traversons. Ce sont les publics les plus touchés par l’épidémie du VIH/sida – personnes étrangères en situation administrative précaire, travailleurs-ses du sexe, usagers-es de drogues, personnes détenues, personnes trans – qui paient aussi le plus lourd tribut à l’épidémie de Covid-19. Les témoignages recueillis auprès des militants-es et des personnes accompagnées par notre réseau à l’occasion de ce rapport révèlent l’impact de la crise sanitaire et des mesures mises en place par le gouvernement pour y faire face, sur les revenus, l’hébergement, la santé et la qualité de vie de nos communautés.

³ « Emmanuel Rusch, président de la SFSP : La représentation de l’épidémie centrée sur le modèle biomédical efface une lecture et une analyse de l’épidémie et de ses conséquences selon des critères sociaux et économiques », *Remaides*, n°111, printemps/avril 2020.

Lien URL : https://www.aides.org/sites/default/files/Aides/bloc_telechargement/remaides_111.pdf

⁴ Stephanie Shiao et al., « The Burden of Covid-19 in People Living with HIV: A Syndemic Perspective », *AIDS and behavior*, avril 2020. Lien URL : <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s10461-020-02871-9.pdf>

⁵ Des travaux récents de l’Institut national des études démographiques (Ined) confirment que les discriminations au sein du système de santé peuvent constituer un obstacle aux soins pour les personnes socialement défavorisées en raison du sexe, de l’immigration, de l’origine ethnique ou de la religion. Cf. Joshua Rivenbark, Mathieu Ichou, « Discrimination in Healthcare as a Barrier to Care: Experiences of Socially Disadvantaged Populations in France From a Nationally Representative Survey », *BMC Public Health*, 2020

⁶ L’épidémie n’est pas le seul fait de la maladie virale, mais de la synergie de celle-ci avec un ensemble de maladies chroniques – hypertension, diabète, obésité, problèmes cardiovasculaires, cancer – eux-mêmes directement liés aux inégalités sociales de santé : l’épidémie est alors une syndémie. Richard Horton, « Offline: Covid-19 is not a pandemic », *The Lancet*, n°396, septembre 2020

⁷ L’étude Précarité et séroprévalence de la Covid-19 en Île-de-France menée par Médecins sans frontières, Épicentre et l’Institut Pasteur révèle une sur-contamination dans des lieux de regroupement de personnes en grande précarité. Cf. Thomas Roederer et al., « High seroprevalence of SARS-CoV-2 antibodies among people living in precarious situations in Ile de France », octobre 2020. Lien URL : https://epicentre.msf.org/sites/default/files/2020-10/High_seroprevalence_of_SARS-CoV-2_antibodies_among_people_living_in_precarious.pdf

1. Une précarisation économique aggravée des populations les plus fragiles

VIH ET COVID-19: QUE SAIT-ON?⁸



En l'état des connaissances scientifiques actuelles, la Covid-19 n'est pas plus dangereux pour une personne séropositive au VIH que pour une personne séronégative, si sa charge virale est indétectable⁹, son taux de CD4 supérieur à 200/mm³¹⁰ et si elle ne présente pas d'autre pathologie. En France, c'est le cas pour plus de 80 %

des PVVIH. La Société française de lutte contre le sida (SFLS) et la Société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF) recommandent aux personnes séropositives comme à leur entourage de suivre strictement les conseils des autorités publiques, et insistent sur le fait de « prendre régulièrement ses traitements contre le

VIH et les traitements des maladies associées¹¹ ».

La Haute autorité de santé (HAS) a également publié des documents de référence sur les préconisations à suivre pour le suivi des PVVIH, ainsi que pour celles vivant avec une hépatite virale chronique¹².

La dégradation de la situation financière pendant le confinement cache de fortes disparités sociales : 30 % des foyers les plus modestes sont concernés, contre 11 % des foyers les plus aisés.

Face à la fragilité de notre système de soins, sous tension depuis des années, l'ampleur de la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 a contraint le gouvernement à répliquer de manière inédite, en fermant la quasi-totalité des lieux publics du territoire et en confinant la population pendant plusieurs mois. Pour pallier les conséquences économiques et sociales de cette paralysie du pays, les pouvoirs publics ont annoncé la mise en place de certaines mesures : le télétravail, le chômage partiel, le fonds de solidarité (cf. encadré *Le fonds de solidarité au titre de la crise sanitaire*) ou encore la mise à l'abri des personnes sans domicile. Si ces mesures ont permis d'atténuer les effets de la crise, une partie de la population, plus particulièrement certaines communautés les plus exposées au VIH et aux hépatites, n'y ont pas eu droit et ont vu leur situation financière déjà précaire empirer, comme le montrent les témoignages recueillis.

Il n'y a pas d'égalité face à l'épidémie : selon l'enquête de conjoncture auprès des ménages français menée par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) à la sortie du confinement, 20 % des personnes estiment que la situation financière de leur foyer s'est dégradée durant le confinement¹³. Au sein de ces 20 %, on remarque de fortes disparités : 30 % des personnes les plus modestes sont concernées, contre 11 % des foyers les plus aisés.

LE FONDS DE SOLIDARITÉ AU TITRE DE LA CRISE SANITAIRE



L'aide du fonds de solidarité a été accordée aux travailleurs-ses indépendants-es déclarant leur activité et sous des critères stricts de perte de revenu entre 2019 et

2020. Pour obtenir 1 500 euros en mars 2020, il fallait avoir gagné moins de 50 % de son revenu déclaré en mars 2019, pour les mois d'avril et mai, la moyenne des

revenus de 2019 pouvant servir de base de comparaison. En conséquence, un grand nombre de personnes n'ont pas pu bénéficier de ce fonds de solidarité.

⁸ Pour plus d'infos : « VIH et coronavirus : point d'infos », site seronet.info. Lien URL : <https://seronet.info/article/vih-et-coronavirus-point-dinfos-86963>. Lancé en 2008 par l'association AIDES, seronet.info est un site reposant sur une démarche communautaire ayant pour objectif d'améliorer l'accès à la connaissance, de partager l'expérience du vécu de la maladie et de sortir de l'isolement. Il est destiné aux personnes séropositives au VIH et aux hépatites virales, ainsi qu'à leurs proches.

⁹ Une PVVIH qui prend régulièrement son traitement a une charge virale « indétectable », c'est-à-dire que la quantité de virus qui circule dans son sang est limitée et qu'elle ne transmet pas le VIH.

¹⁰ Les CD4 ou T4 sont les cellules cibles du VIH. Les traitements antirétroviraux permettent de bloquer le processus de réplication et d'infection de ces cellules par le virus, qui ont un rôle clé dans la défense du système immunitaire.

¹¹ SFLS, SPILF, Covid-19 : lettre d'information, 12 mars 2020. Lien URL : http://sfls.aei.fr/ckfinder/userfiles/files/Actus/doc/2020/COVID19_PVVIH_Reco_SFLS-SPILF.pdf

¹² HAS, « Continuité du suivi des personnes vivant avec le VIH et de l'offre de soins en santé sexuelle », *Réponses rapides dans le cadre de la Covid-19*, 10 avril 2020. HAS, « Continuité du suivi des personnes atteintes d'hépatites virales chroniques », *Réponses rapides dans le cadre de la Covid-19*, 10 avril 2020. Lien URL : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3178825/fr/continuite-du-suivi-des-personnes-vivant-avec-le-vih-et-de-l-offre-de-soins-en-sante-sexuelle-dans-la-leeve-de-confinement

¹³ Valérie Albouy, Stéphane Legleye, « Conditions de vie pendant le confinement : des écarts selon le niveau de vie et la catégorie socioprofessionnelle », *Insee Focus*, n°197, 19 juin 2020. Lien URL : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4513259>

1.1. Des difficultés d'accès aux ressources et à l'emploi

Les aides financières mises en place par le gouvernement pour les personnes dont l'activité professionnelle a été mise en pause pendant le confinement n'étaient pas accessibles à tous·tes. En effet, les personnes sous contrats de travail courts, intérimaires, ou non-déclarées, comme les personnes étrangères sans autorisation de travail et certains·es travailleurs·ses du sexe, n'ont eu droit à aucune compensation de leur perte de revenu. Elles ont donc dû vivre sur leurs économies pendant plusieurs mois, parfois avec l'aide de leur entourage. Cela ne leur a pas toujours permis de subvenir à leurs besoins financiers et certains·es ont contracté des impayés.

“ Et pour manger, j'ai dépensé toutes mes économies. Les économies que j'avais à la base, je les ai dépensées pour manger [...] et j'ai arrêté de payer tout, la lumière, le téléphone.

Francesca, travailleuse du sexe accompagnée par AIDES ”

L'ÉCLAIRAGE DE L'ENQUÊTE EPIC : UNE DÉGRADATION DE LA SITUATION ÉCONOMIQUE ET DE LA QUALITÉ DE VIE DES TRAVAILLEURS·SES DU SEXE ET DES USAGERS·ES DE DROGUES



Le volet français enquêtes EPIC, Enquêtes Flash VIH-VHC pour évaluer l'impact de la crise sanitaire Covid-19 en milieu communautaire¹⁴, met en évidence la dégradation de la situation des travailleurs·ses du sexe et des usagers·es de drogues durant le confinement. Sur l'ensemble des répondants·es, 67 personnes exercent ou ont exercé le

travail du sexe, dont 16 sont des hommes, âgés de 29 ans en médiane (de 22 à 63 ans), et 48 des femmes, âgées de 37 ans en médiane (de 22 à 62 ans). Concernant leur situation économique, 55 sur 67 d'entre eux·elles déclarent une dégradation de leur situation économique, 52 sur 64 une diminution de leur revenu du travail du sexe et 43 sur

67 une baisse de leur qualité de vie. Parmi les répondants·es, 68 personnes consomment ou ont consommé des drogues dans les 12 derniers mois, dont 53 hommes, âgés de 38 ans en médiane (de 22 à 62 ans), et 13 femmes, âgées de 37 ans en médiane (de 21 à 55 ans). Concernant leur situation économique, 24 sur 68 déclarent une dégradation.

Les conséquences n'ont pas été les mêmes pour tous·tes et dépendent du type d'emploi, ainsi que du degré d'exposition aux contaminations¹⁵. En effet, certaines personnes ont considéré le fait d'avoir travaillé — au moins partiellement — en présentiel pendant le confinement comme une chance, car elles pouvaient sortir et conserver un rythme quasi-normal. D'autres en ont souffert, craignant pour leur santé et travaillant dans des conditions qui ne leur permettaient pas de se sentir protégées. En atteste le témoignage d'un volontaire de l'association qui a perdu son emploi, car il a refusé de travailler dans des conditions ne garantissant pas sa protection.

“ Suite à l'avènement du Covid-19 j'ai demandé à mon employeur de me changer de poste car j'étais exposé au grand public avec le risque de contracter cette maladie sachant que ma santé était déjà fragile. Malheureusement mon employeur n'a pas voulu accéder à ma requête. Il m'a obligé de travailler à ce poste, et sinon de démissionner.

Mounir, militant impliqué dans l'accompagnement des personnes étrangères ”

Les travailleurs·ses du sexe et les usagers·es de drogues ont subi une dégradation de leur situation économique et de leur qualité de vie durant le confinement.

¹⁴ Cf. supra, *Collecter des données pour évaluer l'impact de la crise sanitaire : la dimension quantitative du rapport*, p. 1.

¹⁵ Union générale des ingénieurs, cadres et techniciens — Confédération générale du travail (UGICT-CGT), « Le monde du travail en confinement : une enquête inédite », *Rapport d'enquête*, mai 2020. Lien URL : <https://luttevirale.fr/wp-content/uploads/2020/05/RAPPORT-ENQUETE-UGICT-CGT-VFINALE.pdf>

L'ÉCLAIRAGE DE L'ENQUÊTE ACOVIH : L'IMPACT ÉCONOMIQUE DE LA CRISE SANITAIRE POUR LES PVVIH



L'enquête ACOVIH, Adaptations à la Covid-19 lorsque l'on vit avec le VIH¹⁶, met en évidence l'impact économique de la crise sanitaire en fonction du profil socio-économique des personnes interrogées. Sur l'ensemble des répondants-es, 21 % déclarent une

dégradation de leur situation financière entre le début et la fin du confinement, 7 % une amélioration et 71 % une absence de changement. Plus de la moitié des personnes faisant part d'une dégradation financière sont sans activité professionnelle, au chômage,

étudiants-es ou travaillent à temps partiel, alors qu'elles représentent seulement un tiers des répondants-es. Ainsi, la dégradation financière des personnes séropositives sur la période concerne plus particulièrement les plus précaires (32 %).

1.2. Des difficultés d'accès à l'alimentation et à l'hygiène

“ En ce moment, ce n'est pas possible de travailler. Pour manger, c'est un peu urgent. ”

Teva, travailleuse du sexe accompagnée par AIDES

La précarisation économique des populations a impacté leur accès à la nourriture et à l'hygiène. La crise sanitaire a par ailleurs entraîné une diminution, voire un arrêt temporaire, des activités des structures d'accueil et des associations de soutien, le temps de mettre en place une organisation n'exposant pas les bénévoles, pour la plupart âgés-es, à la Covid-19. En conséquence, les personnes dépendant de ces structures et associations pour accéder à un hébergement, à de la nourriture et à l'hygiène se sont trouvées en grande difficulté. Outre les impacts négatifs évidents en termes de santé globale, cela a également altéré leur capacité à respecter les mesures sanitaires.

“ Ce n'était pas facile de respecter les mesures sanitaires. Vous imaginez, les personnes qui cherchaient à trouver un endroit pour dormir, les personnes qui cherchaient des trucs à manger – ce n'était pas facile pour elle de les respecter. Quand ils venaient nous voir, ils n'avaient même pas l'idée qu'on était en période de confinement. Ce qu'ils cherchaient, c'était un hébergement, quelque chose à manger. Donc les gestes barrière, c'était après quoi. ”

Mounir, militant impliqué dans l'accompagnement des personnes étrangères

Face à l'impossibilité d'accéder à des aides, certaines personnes n'ont pas eu d'autre choix que de continuer à travailler pendant le confinement. Les travailleurs-ses du sexe étaient particulièrement concernés-es, en raison de leur exclusion du fonds de solidarité. Si la majorité de ceux-lles ayant participé aux échanges ont arrêté leur activité pendant le confinement, cette situation en a contraint certains-es à poursuivre, dans des conditions extrêmement difficiles et angoissantes¹⁷ (cf. interview « Les communautés de personnes trans et travailleurs-ses du sexe ont été parmi les plus affectées par l'épidémie de Covid-19 » page suivante).

¹⁶ Cf. supra, *Collecter des données pour évaluer l'impact de la crise sanitaire : la dimension quantitative du rapport*, p. 7.

¹⁷ Cf. également : *Travail du sexe : face à l'urgence sociale, le mépris gouvernemental*, p. 22.

« Les communautés de personnes trans et travailleuses du sexe ont été parmi les plus affectées par l'épidémie de Covid-19 »

Quel constat avez-vous fait sur l'impact du confinement et du déconfinement sur les personnes trans et notamment celles que vous suivez chez Acceptess-T ?

Giovanna Rincon : Le constat est extrêmement violent et révélateur de réalités sur la transphobie qu'on connaissait déjà partout dans le monde avant le confinement. Cette crise a été un grand tsunami pour la communauté trans. En France, au niveau social par exemple, certaines personnes ont été confrontées à des interruptions de droits sociaux, notamment de droit au séjour, mais il y a eu aussi des interruptions de soins et une forme de précarisation générale qui aurait pu être évitée si les associations communautaires avaient été impliquées dans les stratégies de santé publique en réponse à la Covid-19. Nous accompagnons des femmes trans sans papier qui vivent en France depuis au moins 20-30 ans, voire plus, mais qui sont en situation irrégulière et qui n'ont jamais eu la possibilité de se régulariser et qui ont été touchées de plein fouet par ce tsunami. Si on analyse la situation de façon cynique, celles qui sont séropositives au VIH ont réussi à obtenir des papiers en tant qu'étrangères malades mais celles qui n'ont pas été touchées par le VIH sont restées sur la touche.

En quoi la crise de la Covid est un révélateur ou un amplificateur des discriminations et des inégalités que subissent les personnes trans ?

GR : L'épidémie de Covid est un révélateur des urgences qu'on connaissait déjà mais en tant qu'association nous allons devoir passer à une échelle supérieure. Cette crise ne peut pas être uniquement perçue comme une crise sanitaire, c'est aussi une crise qui révèle d'avantage les discriminations, les disparités sociales et l'invisibilisation des personnes vulnérables. Par exemple nous dénonçons les obligations de quitter le territoire français (OQTF). C'est totalement injuste qu'aujourd'hui le ministère de l'Intérieur puisse se permettre d'appliquer des avis d'expulsion au moment où il faudrait plutôt envisager de régulariser les personnes qui ont été le plus touchées par cette crise.

Avant la crise il n'y avait pas de projets de mesures sociales spécifiques pour les personnes trans de la part de certaines institutions, donc on se pose la question de ce qui est prévu pour que des populations comme la nôtre puissent faire face à la crise post-Covid et à une perte exponentielle de leur capacité de résistance économique, matérielle et sociale. Notamment pour compenser les pertes économiques dues à l'arrêt brutal du travail du sexe. Il faudra vraiment prendre en compte qu'il existe de fortes inégalités concernant le travail du sexe qui n'est pas reconnu et qui expose de façon accrue à l'épidémie de Covid-19 celles et ceux qui le pratiquent.

Quelles solutions, expérimentations ou réseaux de solidarités avez-vous mis en place ?

GR : À la base, Acceptess-T a souhaité suivre les protocoles de réduction des risques liés à l'épidémie de Covid-19 établis par le gouvernement et par l'Agence régionale de santé (ARS) Île-de-France mais très vite nous avons réalisé que ces mesures n'étaient pas adaptées aux personnes que l'on accompagnait. Plutôt que d'appliquer un confinement absolu nous avons travaillé sur un déconfinement proactif capable de participer malgré tout à la réduction des risques. Nous avons mis en place toute une stratégie intercommunautaire basée sur la participation des personnes concernées et non sur le contrôle et la répression. Dans ce contexte très difficile notamment pour les personnes trans sans papiers et/ou travailleuses du sexe, nous avons été vigilantes de ne pas envoyer un message culpabilisant ou de jugement.



Giovanna Rincon
Acceptess-T

Faut-il vraiment présenter l'infatigable Giovanna Rincon ? Activiste depuis de nombreuses années pour les droits des personnes trans, des travailleuses du sexe et dans la lutte contre le VIH/sida, Giovanna Rincon est directrice de l'association Acceptess-T, co-porte-parole de la Fédération trans et intersexes, membre du conseil d'experts-es de la stratégie Vers Paris sans sida et vice-présidente du Corevih Île-de-France.

La communauté trans a été très malmenée dans l'histoire collective des droits civique mais aussi souvent oubliée dans les stratégies de lutte contre le VIH/sida. Aujourd'hui nous refusons d'être laissées de côté dans la lutte contre la Covid-19.

On aurait pu attendre de nous un discours de demande de l'arrêt du travail du sexe en raison des risques de transmission du virus mais ce type d'injonction ne fonctionne pas. Nous avons préféré créer un kit médical de promotion de réduction des risques liés à la Covid-19 et à la santé sexuelle. Nous avons continué à distribuer des préservatifs et nous avons également développé nos propres messages de prévention qui n'avaient rien à voir avec ceux des ARS ou de l'État.

L'idée étant de donner aux personnes la capacité de prendre les décisions les plus adaptées à leurs pratiques et leurs contraintes, et ce avec des moyens concrets. Nous leur avons fourni des outils de prévention (thermomètres, gel hydro-alcoolique, masques, doliprane, etc.) et aussi de la nourriture, des cartes téléphoniques et même des hébergements d'urgence grâce à la plateforme de solidarités trans pédés gouines sur Facebook. Il s'agissait de répondre aux besoins des personnes de notre communauté les plus fragilisées. Nous avons apporté une attention particulière à nos aînées et aux personnes malades chez qui on a livré de la nourriture à domicile. Le soutien psychologique, social et de médiation a été important pour accompagner à distance les personnes qui avaient des symptômes ou qui ont dû être hospitalisées.

La crise actuelle a-t-elle permis de hiérarchiser les revendications concernant les personnes trans ?

GR : *Cette crise nous a permis de réorganiser nos priorités. Nous avons obtenu un soutien financier de 3 800 euros de l'International Committee on the Rights of Sex Workers (ICRSE) qui nous a permis de salarier une personne pendant trois mois, dont la mission est de rédiger un rapport qui va tracer de façon qualitative et quantitative toutes les recommandations faites par l'État et les ARS, ainsi que les réponses ou initiatives de notre association. Il y aura aussi des témoignages de personnes qui ont bénéficié de l'aide d'Acceptess-T pendant la crise. Ce rapport aura une conclusion et des préconisations mais aussi des revendications. Nous rappellerons que la communauté trans a été très malmenée dans l'histoire collective des droits civiques mais aussi souvent oubliée dans les stratégies de lutte contre le VIH/sida.*

Aujourd'hui nous refusons d'être laissées de côté dans la lutte contre la Covid-19. Cette crise nous a fait prendre conscience qu'il y avait un véritable enjeu chez certains groupes de personnes très vulnérables et notamment les femmes trans âgées qui vivent sur le territoire français depuis de nombreuses années. La question se pose sur ce que sera leur fin de vie. L'accompagnement des femmes trans senior est un sujet important de réparation et de reconnaissance et fera partie de nos revendications prioritaires. Ce plaidoyer doit être écrit noir sur blanc et envoyé aux institutions pour les mettre face à leurs responsabilités et éviter que les futures générations connaissent les mêmes inégalités.

Avez-vous été entendues par les pouvoirs publics ? En quoi votre expertise en santé communautaire peut aider dans la crise actuelle ?

GR : *Les communautés de personnes trans et travailleurs-ses du sexe ont été parmi les plus affectées par l'épidémie de Covid et par le confinement et on n'ose même pas imaginer ce qui se serait passé sans l'intervention d'une association comme la nôtre. Les institutions nous connaissent, elles connaissent notre travail et elles se sont adressées directement à nous pendant cette crise. Nous nous sommes inscrits-es dans une démarche d'interpellations publiques et directes avec les pouvoirs publics mais nous avons également démontré notre expertise dans un accompagnement social et sanitaire des personnes concernées. Acceptess-T s'inscrit plus que jamais comme un acteur majeur en santé communautaire avec une expérience du terrain, des acteurs associatifs qui sont capables de donner des recommandations mais aussi de donner vie à des projets concrets sur le terrain avec la reconnaissance des personnes concernées et des institutions.*

Je salue la ville de Paris qui a financé le fonds urgence Covid. C'est une forme de reconnaissance du travail mené par notre association et qui s'inscrit dans la mémoire et l'histoire collective, entre une association communautaire et une institution, face à un sujet clivant comme le travail du sexe. C'est aussi un signal fort qu'il est possible à partir de maintenant de continuer à élaborer ensemble des politiques publiques nécessaires pour cette population. Évidemment nous restons dans une position critique et militante avant de devenir un prestataire de service des pouvoirs publics.

Propos recueillis par Fred Lebreton

Le 3 septembre 2020

Interview à retrouver en intégralité sur le site seronet.info

2. Des conditions d'hébergement dégradées

Les inégalités de logement et d'hébergement ont également eu des impacts sur la santé des populations que nous accompagnons. Cette situation n'est pas nouvelle, mais la promiscuité dans les logements exigus et collectifs ou la vie à la rue ont accru les risques de contamination à la Covid-19. Par ailleurs, le confinement en a contraint une partie à une cohabitation forcée, avec un risque d'outing¹⁸ ou de divulgation non-consentie de la séropositivité, entraînant des ruptures dans la prise de traitement. Une militante trans témoigne ainsi de l'impact de ses difficultés d'hébergement sur sa santé.

“ Je suis une personne concernée [par la trans-identité]. Pendant la période de confinement, c'est surtout à cause de l'instabilité de logement que j'ai arrêté plein de traitements. J'ai recompris la notion de outing shock [impact lié à la divulgation non consentie de son orientation sexuelle ou de son identité de genre] qui date des années 1990. Parce que quand t'es dans la rue ou que tu bouges tous les deux jours autre part, prendre des traitements ça devient compliqué. ”

Jenny, militante impliquée dans l'accompagnement des personnes trans et travailleuses du sexe

L'attestation de sortie pendant le confinement a impacté la population de manière inégale. Ce dispositif s'est avéré particulièrement problématique pour les personnes en situation de précarité sociale, contraintes de se déplacer pour accéder à des services de première nécessité, obtenir des aides et faire valoir leurs droits. Il a également surexposé les SDF aux contrôles de police et aux contraventions¹⁹.

“ La police, ils ont vraiment catalogué les gens de la rue, ils leur mettaient des amendes parce qu'ils n'avaient pas de masque ou d'attestation de déplacement, ou parce qu'ils étaient dans la rue. Mais comme il n'y avait pas de foyers, parce qu'ils étaient tous fermés, c'était le serpent qui se mordait la queue [...]. C'était toujours des blocages là-dessus, beaucoup de gens des rues l'ont très mal vécu – à part les personnes qui toussaient, et qui arrivaient à rester un petit peu à l'hôpital, mais autrement... ”

Wilfried, militant impliqué dans l'accompagnement des usagers-es de drogue

Certains de nos publics sont plus touchés par la précarité en matière de logement. Ainsi, de nombreux-ses travailleurs-ses du sexe ne sont ni propriétaires, ni locataires de leur logement du fait de la stigmatisation de leur activité et des politiques qui précarisent leurs conditions de vie²⁰. Certains-es ont dû quitter leur logement avec le confinement et se sont retrouvés-es à la rue dans un contexte de saturation des centres d'hébergement d'urgence.

“ Je me suis retrouvée SDF, moi, dès le 16 mars. [...] C'était une situation déjà un petit peu compliquée, et la personne qui m'hébergeait m'a demandé de trouver une autre solution le jour même. Donc je suis partie. On ne m'a pas pris par les cheveux pour me mettre dehors, mais voilà, il fallait que je trouve une solution, donc bah, ok, salut. Sur le moment, je ne savais pas trop quoi faire, je n'avais pas de thunes de côté, je n'avais rien, donc ouais, c'était un peu perturbant. Après, j'ai atterri dans un CHRS [Centre d'hébergement et de réinsertion sociale] pour essayer de trouver une solution d'hébergement. On est le combien là [aujourd'hui] ? Le 15 juillet. Je n'ai toujours pas de nouvelles, malgré les signalements. Il y a eu plein de signalements, hein, pour moi, pour d'autres personnes. Au tout début, il y a eu une place dans un foyer. Et ensuite, plus du tout. ”

Jenny, militante impliquée dans l'accompagnement des personnes trans et travailleuses du sexe

Sans solution d'hébergement, des personnes ont été obligées de vivre dans des logements exigus à plusieurs, les exposant au risque de contamination à la Covid-19. Une personne étrangère en situation administrative irrégulière, faute de logement pérenne, a vécu en squat en amont et au début du confinement. La promiscuité et les allers-venus qui caractérisent cet hébergement collectif, particulièrement inadapté au respect des gestes barrières, l'ont conduite à contracter la Covid-19.

“ Pendant le Covid, je voulais retourner en squat, mais les médecins m'ont dit : "Non, tu n'y retournes pas, c'est dangereux". J'ai dit : "Oui, je sais c'est dangereux, mais je n'ai pas le choix". ”

Jean, personne étrangère en situation administrative précaire accompagnée par AIDES

La promiscuité dans les logements exigus et collectifs et la vie à la rue ont accru les risques de contamination à la Covid-19.

¹⁸ L'outing est le fait de révéler l'orientation sexuelle ou l'identité de genre d'une personne sans son consentement, voire contre sa volonté.

¹⁹ Cf. également *Crise sanitaire et accès aux droits : une relégation sociale accrue*, p. 21.

²⁰ À titre d'exemple, le « proxénétisme hôtelier » (article 225 et suivants du code pénal), qui est puni jusqu'à dix ans d'emprisonnement et 750 000 € d'amende, fragilise les logiques d'entraide en matière d'hébergement. La « [contribution] à financer un établissement de prostitution » relevant de ce délit, le-la colocataire d'un-e travailleur-se du sexe peut être considéré-e comme proxénète.

Le confinement a engendré des difficultés spécifiques pour les PVVIH ou LGBTQI+ qui ont dû cohabiter avec des personnes ignorant leur identité de genre, leur orientation sexuelle ou leur statut sérologique.

De nombreux centres d'hébergement d'urgence possèdent des dortoirs, des chambres partagées ou des espaces sanitaires et des cuisines collectives, ce qui rend difficile le respect des gestes barrières pour sa protection. Des personnes hébergées ont témoigné de l'enfermement imposé par ces structures, qui les ont privées de leur autonomie et de leur capacité à choisir de sortir ou non « pour leur bien ». Le fait d'être enfermés-es, qui plus est dans des espaces restreints et collectifs, a par ailleurs engendré une augmentation des violences physiques et psychologiques — sans qu'aucune solution spécifique n'ait été mise en place pour y répondre²¹.

“ Pour le public migrant il y a eu des conséquences lourdes du confinement dans un certain nombre de centres d'hébergement : outre un encadrement réduit au plus strict minimum, le confinement et la promiscuité ont entraîné des violences entre les personnes. Sans parler aussi de la répression policière sur des migrants sans abri sommés de respecter le confinement en rentrant chez eux (!) avec de fréquentes verbalisations à la clef. ”

Bruno, militant impliqué dans l'accompagnement des personnes étrangères

Enfin, le confinement a engendré des difficultés spécifiques pour les PVVIH ou LGBTQI+ qui ont dû cohabiter avec des personnes ignorant leur identité de genre, leur orientation sexuelle ou leur statut sérologique. D'après les témoignages, le sentiment d'isolement ainsi généré a été exacerbé pendant le confinement. Cette situation a également pu entraver l'accès au dépistage, comme en témoigne ce militant.

“ [Le jeune homme qui m'a contacté] n'assumait pas son homosexualité et habitait chez ses parents. Il souhaitait faire un test de dépistage au VIH à la suite d'une prise de risques. Il travaillait à l'hôpital, donc il ne voulait pas faire le test là-bas. Nous on n'était pas ouverts, donc on pouvait juste lui envoyer un autotest, mais il ne pouvait pas le recevoir chez lui parce que justement il voulait cacher un peu tout ça. C'est comme ça que je me suis retrouvé à 23h30, au pied d'une église, à lui fournir un autotest. On a fait comme on a pu, mais c'est vrai que ce n'était pas forcément évident à ce moment-là. ”

Anthony, militant impliqué dans l'accompagnement des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH)

3. Une santé et une qualité de vie impactées

La crise a renforcé les inégalités sociales en santé, en éloignant du soin et de la prévention les personnes les plus vulnérables. Les témoignages recueillis évoquent une aggravation de la stigmatisation des PVVIH en raison de la crise sanitaire, et son impact sur leur santé. Ils mettent également en évidence les difficultés accrues d'accès aux soins et aux traitements pour les personnes concernées par le VIH/sida et les hépatites.

3.1. La Covid-19 réactive la stigmatisation à l'encontre des PVVIH

Parmi les témoignages, le parallèle est fréquemment fait entre l'épidémie de Covid-19 et celle du VIH/sida, toujours active malgré les progrès thérapeutiques et scientifiques, notamment en raison de discriminations persistantes à l'égard des personnes séropositives. L'irruption du nouveau virus n'est pas sans rappeler à certains-es les débuts de l'épidémie du VIH en France, que l'on comprenait mal²². Pour d'autres, il ravive la crainte de mourir et renvoie aux « années de cendre » : bien qu'identifié, le virus tuait faute de traitement²³ et les personnes touchées étaient souvent rejetées par leur famille.

“ J'ai un peu flippé au démarrage, parce que ça m'a ramené, en tant que séropo, aux années 1990, à l'époque où je pensais mourir du sida. Je me suis dit "Putain, je ne gagne pas au loto, ça va me tomber sur le dos". [...] Comme on ne savait pas trop ce que — enfin, il y avait beaucoup d'informations qui circulaient autour du coronavirus, et puis des risques potentiellement de mort [...] Moi, dans les années 1995 j'ai fait mon testament, et là, du coup, j'avais commencé à le ressortir pour le refaire. [...] En fait, ce qui me faisait le plus peur, c'était de devoir mourir et d'être enterré dans l'urgence, sans personne autour. ”

Patrick, militant impliqué dans l'accompagnement des HSH

²¹ Sur l'impensé de la santé mentale dans la gestion de la crise sanitaire, cf. infra « J'avais cette sensation d'être exclu, et aujourd'hui je le sens encore plus », p. 18.

²² Le virus du VIH a été identifié durant les années 1983 et 1984.

²³ Les traitements antirétroviraux contre le VIH commencent à se développer à partir de 1996.

L'ÉCLAIRAGE DE L'ENQUÊTE ACOVIH : L'INQUIÉTUDE DES PVVIH FACE AU RISQUE DE COVID-19



Parmi les répondants-es, 49% font part de leur inquiétude à l'idée d'être infectés-es par la Covid-19. Alors qu'en l'état actuel des

connaissances scientifiques, la Covid-19 n'est pas plus dangereux pour une PVVIH que pour une personne séronégative²⁴,

35% considèrent que le fait d'être séropositif-ve au VIH augmente leur risque d'infection, et 9% que cela le diminue.

Le nombre de morts égrené jour après jour par les médias, les hésitations de la médecine, les errements des pouvoirs publics font revivre cette période douloureuse chez beaucoup. L'évocation de la peur et de l'incertitude liées aux modes de contamination et à l'absence de traitement est récurrente chez les personnes ayant vécu l'épidémie du VIH dans les années 1980 et 1990.

« C'était beaucoup d'incertitudes par rapport au virus du Covid-19 en lui-même. Certaines personnes ont contracté le VIH en 1984-1985, à une période d'incertitude où il n'y avait pas de traitement et où les modes de contamination n'étaient pas très clairs. Et elles ont eu l'impression de revivre à peu près la même chose, parce que pareil, pour le Covid, il n'y a pas de traitement, et beaucoup d'incertitudes par rapport aux modes de contamination. Et donc ça a été assez chargé d'émotion, d'incertitude et de peur aussi, en fait. S'ajoutent à ça les déclarations de Montagnier²⁵.

Ça aussi, elles l'ont vécu comme une double peine, c'est comme si elles allaient encore être responsables de ce virus... Ou alors être stigmatisées parce qu'elles seraient responsables : on était à la recherche d'un vaccin pour le sida et que c'est ça qui aurait déclenché le Covid. Donc, c'était très ambigu, et même moi, je n'avais pas d'éléments de réponse... Ouais, c'était assez dur pour elles. »

Assiya, militante impliquée dans l'accompagnement des PVVIH

De nombreuses rumeurs circulent, relayées par les médias et les réseaux sociaux, sur le lien entre la Covid-19 et le VIH/sida²⁶. Démenties par la communauté scientifique, ces contre-vérités manifestent néanmoins que la sérophobie, c'est-à-dire la peur et le rejet des personnes séropositives, est toujours bien trop présente au sein de notre société.

La Covid-19 réactive la stigmatisation des PVVIH, qui subissent encore aujourd'hui la défiance et l'exclusion liées aux représentations erronées sur le virus, que ce soit dans leur entourage, leur environnement professionnel ou encore le monde médical²⁷. Ces phénomènes ont un impact sur leur santé, leur qualité de vie et leur accès aux droits, et les maintiennent dans une forme de marginalisation sociale. « Le trauma peut se réveiller d'autant plus violemment que beaucoup de personnes queer [s'identifiant comme LGBTQI+ ou hors de la norme hétérosexuelle], qui ont vécu les moments les plus dramatiques du sida [...] perdant leurs proches ou se croyant longtemps condamnées et vivant ensuite leur survie comme un sursis, font aujourd'hui partie des groupes d'âge à risque [exposés à la Covid-19] » souligne le sociologue Sébastien Chauvin²⁸.

« Il y a pas mal de personnes que j'accompagne qui ont gardé des séquelles et des traumatismes de la période. Parce qu'il y en a qui ont perdu énormément de proches à cause du Covid. Il y a aussi ce traumatisme de ne pas avoir pu assister à leur enterrement, ou de ne pas avoir pu les soutenir. Et puis, il y a aussi certaines personnes pour qui cette période-là — notamment le fait d'être masqué — les ramène en arrière, aux premières années de leur contamination [par le VIH], où c'était une discrimination plus plus, montrée du doigt, ou autre. La discrimination persiste toujours, et elles se sentent ramenées en arrière, complètement à l'époque... Et ça, ça revient vraiment, c'est quelque chose qui est très stressant pour beaucoup de personnes. »

Camille, militante de AIDES impliquée dans l'accompagnement des PVVIH

Les rumeurs qui circulent sur le lien entre la Covid-19 et le VIH/sida mettent en évidence que la sérophobie est toujours bien trop présente au sein de notre société.

²⁴ Cf. supra encadré *VIH et Covid-19 : que sait-on ?*, p. 10.

²⁵ Lors d'une interview sur CNews le 17 avril 2020, le professeur et ancien prix Nobel de médecine Luc Montagnier a déclaré que le coronavirus aurait fait l'objet de manipulations génétiques dans un laboratoire de recherche contre le VIH, dont il serait sorti par accident. Il a été démenti par la communauté scientifique qui s'accorde sur le fait que le virus responsable de la Covid-19 est d'origine animale.

²⁶ Cf. supra *AIDES et la crise sanitaire : nos réponses communautaires*, p. 43 pour les actions d'information, de prévention, de conseils et d'orientation mises en place par notre association pour accompagner nos publics.

²⁷ AIDES, « Enquête d'opinion CSA pour AIDES : de l'ignorance au rejet, la fabrique des discriminations », *VIH/hépatites : la face cachée des discriminations*, Rapport, p. 8 à 13, édition 2017. Lien URL : https://www.aides.org/sites/default/files/Aides/bloc_telechargement/AIDES_RAPPORT%20DISCRIMINATIONS_2017_FINAL.pdf

²⁸ « Covid-19 et VIH : le vent se (re)lève ? », *Remaides*, n°111, p. 39, printemps/avril 2020. Lien URL : https://www.aides.org/sites/default/files/Aides/bloc_telechargement/remaides_111.pdf



Prep

La prophylaxie pré-exposition est une stratégie de réduction du risque de contracter le VIH, reposant sur l'utilisation d'un médicament antirétroviral, à prendre au cours d'une période d'exposition à un risque de contamination.

3.2. Des difficultés d'accès à la prévention et aux soins

Parmi les témoignages recueillis, plusieurs personnes ont fait part des difficultés d'accès à la santé pendant la crise sanitaire, dans un contexte de saturation des services de santé. Les services d'infectiologie, mobilisés par la prise en charge des patients-es infectés-es par la Covid-19, ont notamment été perturbés. Des téléconsultations ont été mises en place à certains endroits pour assurer le suivi des PVVIH ou des usagers-es de la **Prep**, mais on nous a également rapporté des annulations de rendez-vous, sans forcément de reports.

“ Moi, sur les retours que j'avais pendant la période, c'était l'annulation des consultations des personnes qui vivaient avec le VIH de façon assez large, y compris pour des personnes qui venaient d'être détectées quelques mois avant. J'ai une personne qui avait eu une annonce de séropositivité un mois avant le confinement, et tous ses rendez-vous de suivi, qui sont censés être proches au début du traitement normalement, notamment pour vérifier leur efficacité, avaient sauté. On a assisté à une annulation des consultations Prep en fonction des villes et à une continuité en téléconsultation en fonction des Cegidd [Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic]. ”

Thomas, militant impliqué dans l'accompagnement des personnes étrangères

Il est difficile de généraliser, tant la situation est contrastée selon les territoires et selon les structures concernées. Toujours est-il que la relation avec les équipes en charge du VIH a changé, voire s'est dégradée pour un nombre important de PVVIH, comme en témoigne l'enquête ACOVIH. Cette situation a entraîné des non-recours et des renoncements aux soins, générant du retard ou une rupture de suivi dans la prise en charge médicale des personnes concernées.

L'ÉCLAIRAGE DE L'ENQUÊTE ACOVIH : UNE RELATION AVEC LES ÉQUIPES EN CHARGE DU SUIVI VIH QUI A CHANGÉ, VOIRE QUI S'EST DÉGRADÉE



Parmi l'ensemble des répondants-es, 30 % indiquent que la communication avec l'équipe médicale en charge de leur suivi VIH s'est détériorée pendant le confinement, et 15 % rapportent une relation de confiance dégradée.

Concernant leur suivi dans le contexte de crise, 76 % des répondants-es rapportent ne pas avoir été contactés-es par l'établissement qui prenait habituellement en charge leur pathologie VIH pour parler de leur suivi.

Cela s'explique notamment par la mobilisation des services d'infectiologie dans la gestion et la prise en charge de la Covid-19, qui a rendu difficile pour eux la continuité du suivi des autres infections.

3.3. « J'avais cette sensation d'être exclu, et aujourd'hui je le sens encore plus »

La crise sanitaire, et le confinement instauré par le gouvernement pour limiter la propagation de l'épidémie, ont renforcé la précarité sociale et relationnelle de beaucoup de publics que nous accompagnons. De nombreux témoignages évoquent un sentiment d'isolement, exacerbé par la distance d'avec les proches et la fermeture ou la désorganisation de nombreuses structures d'accueil et de soutien. Chez ces publics, affectés pour la plupart par la précarité économique, le manque d'équipement informatique et téléphonique ne permet pas non plus de maintenir un contact pourtant essentiel avec l'entourage.

“ Les retours qu'on a eus [pendant la période de confinement], c'est surtout une grande solitude. Un manque de contact énorme, et du coup un isolement énorme, parce que la plupart des personnes qu'on accompagne sont quand même dans une situation financière très précaire, n'ont pas forcément internet ou d'ordinateur, et se sont retrouvées vraiment cloisonnées seules chez elles. Et ça a été très, très compliqué, quoi. [...] Des personnes migrantes originaires d'Afrique subsaharienne, des HSH, des femmes, majoritairement, entre 40 et 60 ans. Elles sont majoritairement seules et sans enfants. Et la plupart, surtout les personnes migrantes, sont isolées, parce qu'elles n'ont pas de famille sur place, et elles n'ont pas forcément de liens amicaux non plus. ”

Mélodie, militante impliquée dans l'accompagnement des PVVIH

“ En termes d'impact psychologique, pour les personnes, ça a été vraiment très lourd. Les personnes qu'on accueille sont quand même souvent des personnes assez seules, soit parce qu'elles ne viennent pas de la région, soit parce que la précarité fait qu'elles se sont retrouvées isolées de leurs proches. Globalement, ce sont des personnes assez isolées. Et là, avec la fermeture de la plupart des associations qui créent du lien, plus la rupture des liens amicaux, c'était vraiment compliqué pour la plupart. ”

Lauriane, militante impliquée dans l'accompagnement des PVVIH

La vulnérabilité relationnelle, liée à la fragilité du réseau de soutien et de support, peut avoir des conséquences sur la santé psychique des personnes : sentiment d'abandon, exclusion, perte de lien social. Cette problématique n'a pas suffisamment été prise en compte par les autorités publiques dans la gestion de la crise et dans les réponses apportées à l'épidémie. Une étude de Santé publique France confirme l'impact des facteurs socio-économiques sur la santé mentale et souligne l'importance de mieux accompagner les personnes présentant une vulnérabilité psychologique²⁹.

L'intégration dans la stratégie de lutte contre le VIH d'un « quatrième 90 », centré sur les conditions de vie et de soin des personnes, doit devenir une priorité des politiques de santé.

Conclusion

Les témoignages de nos communautés montrent à l'unanimité que les personnes qui paient le plus lourd tribut à la crise sanitaire sont les plus précaires. Plutôt que de prendre en compte les inégalités de ressources préexistantes, pourtant largement documentées, et malgré les nombreuses actions de visibilisation de ces situations auprès des pouvoirs publics³⁰, les mesures prises par le gouvernement pour pallier les conséquences sociales et économiques de la crise subies par ces publics demeurent largement insuffisantes.

Grâce à notre expérience de la lutte contre le VIH nous savons que les déterminants sociaux ont un impact considérable sur la santé. Bien que les avancées scientifiques et thérapeutiques permettent aujourd'hui de mettre fin au sida en France, la précarité, ainsi que l'atteinte aux droits³¹, éloignent les populations clés de l'épidémie du système de santé et empêchent d'atteindre pleinement l'objectif « 90-90-90 »³². Parce qu'une lutte efficace contre les épidémies ne peut pas faire l'économie d'une lutte contre les inégalités sociales, l'intégration dans la stratégie de lutte contre le VIH d'un « quatrième 90 » centré sur les conditions de vie et de soin des personnes doit devenir une priorité des politiques de santé³³ et servir de modèle dans la lutte contre d'autres épidémies, telles que celle de la Covid-19.

²⁹ Santé publique France, « Covid-19 : une enquête pour suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie », site de Santé publique France, consulté le 4 octobre 2020. Lien URL : <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/covid-19-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie>

³⁰ Cf. infra *Défendre les droits de nos communautés*, p. 56

³¹ Cf. infra *Crise sanitaire et accès aux droits : une relégation sociale accrue*, p. 21

³² L'objectif « 90-90-90 » repose sur le dépistage et la mise sous traitement des personnes infectées par le VIH, couplée à la prévention des populations les plus exposées au virus. Il s'agit d'assurer que 90 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique, que 90 % des personnes diagnostiquées soient sous traitement antirétroviral et que 90 % des personnes sous traitement aient une charge virale indétectable.

³³ François Berdugo, Gabriel Girard, *La fin du sida est-elle possible ?*, Textuel, pp.175-176, 2017



II.

Crise sanitaire et accès aux droits : une relégation sociale accrue

“ La répression policière a toujours été là, mais elle est devenue visible et plus intense [pendant la période de confinement]. Là, il y a — comment dire ? Un système gouvernemental qui va réprimer, au lieu de donner accès aux soins, à des papiers, à des droits. Je pense que quand on cumule plusieurs discriminations, qu'on soit transgenre, migrante, ou qu'on travaille à la rue, oui, je pense qu'il y a beaucoup, beaucoup, beaucoup de répression policière. ”

Ludivine, travailleuse du sexe accompagnée par AIDES

L'épidémie de Covid-19 exacerbe non seulement les inégalités sociales existantes, mais elle touche également le plus durement les populations déjà les plus stigmatisées et marginalisées : travailleurs-ses du sexe, usagers-es de drogues, personnes étrangères en situation administrative précaire, personnes détenues ou encore personnes défavorisées en raison de leur genre, leur identité de genre ou leur orientation sexuelle. Les témoignages que nous avons recueillis mettent en évidence l'impact des mesures gouvernementales prises pour endiguer la propagation de l'épidémie dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire sur ces populations. La création d'une infraction pénale spécifique pour non-respect du confinement a particulièrement affecté certaines d'entre elles, que les conditions de vie ou de travail exposent plus fortement au contrôle et à la répression policière³⁴. La limitation des déplacements et le confinement de la population a également exacerbé les violences, que ce soit dans l'exercice du travail du sexe ou dans la sphère conjugale et familiale. Les situations d'exceptionnalité juridique — en milieu fermé notamment, ou dans les territoires ultra-marins — ont renforcé les traitements différenciés des populations. La logique sécuritaire de pénalisation des comportements adoptée durant cette période a particulièrement visé les publics les plus vulnérables, renforçant leurs difficultés d'accès aux droits et à la santé.

³⁴ Cf. infra *Convaincre et soutenir : la réduction des risques en temps de confinement*, p. 46, pour l'approche en matière de réduction des risques défendue par AIDES..

1. Travail du sexe : entraves, exclusion et violences

³⁵ Cf. supra *Crise sanitaire et précarité : des facteurs de vulnérabilité exacerbés* p. 9

³⁶ AIDES, « Travail du sexe et politiques répressives : de Charybde en Scylla », *VIH/hépatites : la face cachée des discriminations*, pp.52-63, édition 2017. Lien URL : https://www.aides.org/sites/default/files/Aides/blog_telechargement/AIDES_RAPPORT%20DISCRIMINATIONS_2017_FINAL.pdf

³⁷ Acceptess-T, AIDES, Bus des femmes, Arcat, Cabiria, Collectif des femmes de Strasbourg Saint-Denis, Grisélidis, MDM, le Planning familial, Paloma, le Strass, « Que pensent les travailleurs-se-s du sexe de la loi prostitution ? Enquête sur l'impact de la loi du 13 avril 2016 contre "le système prostitutionnel" », *Rapport inter-associatif*, avril 2018. Lien URL : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01867653/document>

“ D'un point de vue gouvernemental, moi en tout cas, j'ai le sentiment qu'on a été complètement abandonnées. ”

Jessica, militante impliquée dans l'accompagnement des travailleurs-ses du sexe

Outre des difficultés exacerbées d'accès aux ressources et à l'hébergement³⁵, les travailleurs-ses du sexe sont confrontés-es à des problématique spécifiques depuis le début de la crise sanitaire : une stigmatisation accrue, des contraintes renforcées qui complexifient leur travail, une intensification de la répression policière, ainsi qu'une augmentation des violences subies. Leur vulnérabilité, déjà accentuée par la loi de 2016 et les discriminations, est décuplée dans l'indifférence des pouvoirs publics (cf. interview « On a vécu et on vit encore les effets néfastes d'un cocktail qui comprend putophobie, transphobie et racisme », p. 25).

TRAVAIL DU SEXE : FACE À L'URGENCE SOCIALE, LE MÉPRIS GOUVERNEMENTAL



La loi du 13 avril 2016 « visant à renforcer la lutte contre le système prostitutionnel et à accompagner les personnes prostituées » a dégradé les conditions d'exercice et de vie des travailleurs-ses du sexe³⁶. Une enquête menée en inter-associatif en 2018 a mis en évidence ses conséquences dramatiques : l'augmentation des violences subies, la baisse des revenus, la raréfaction des clients, la baisse de pouvoir dans les négociations, l'accroissement des vulnérabilités et un risque d'exposition plus grand au VIH³⁷. En réponse à un rapport gouvernemental focalisé sur l'évaluation de l'application de la loi et aveugle à la situation des premiers-es concernés-es, un nouveau contre-rapport inter-associatif a

été publié en juillet 2020³⁸. La crise sanitaire et sociale liée à la Covid-19 montre l'échec de la loi de 2016, dite « de pénalisation des clients ». La Covid-19 et les mesures prises pour l'endiguer, tels que le confinement et la distanciation physique, ont amené, de manière inédite, à une situation prônée par les tenants-es de l'abolitionnisme : une offre et une demande du travail du sexe taries. Dans ce contexte, le gouvernement et le volet dit « social » de la loi de 2016 – « le parcours de sortie » – se sont révélés inopérants pour répondre à la crise sociale, voire humanitaire, que vivent les travailleurs-ses du sexe. La crise liée à la Covid-19 a révélé au grand jour l'hypocrisie et le mépris de l'État, embourbé et aveuglé par son idéologie.

Les interpellations des associations communautaires³⁹, des associations de santé⁴⁰ dont AIDES, et celles d'une trentaine de députés-es de la majorité demandant la création d'un fonds d'urgence abondé par les crédits non utilisés de l'allocation du parcours de sortie sont restées lettres mortes. Pour seule réponse, un « très compliqué » de la Secrétaire d'État à l'égalité entre les femmes et les hommes. Entre l'idéologie ou des dispositifs d'urgence, l'État a choisi l'abolitionnisme et a de nouveau joué avec la vie des travailleurs-ses du sexe. Ce sont les associations communautaires qui ont, avec la mise en place de cagnottes solidaires, suppléé à l'inaction du gouvernement⁴¹.

³⁸ Acceptess-T, AIDES, Arcat, Autres Regards, Bus des femmes, Cabiria, Collectif des femmes de Strasbourg Saint-Denis, Fédération Parapluie Rouge, Grisélidis, Paloma, le Strass, *Lettre ouverte à Emmanuel Macron*, 6 avril 2020. Lien URL : <https://strass-syndicat.org/wp-content/uploads/2020/07/Shadow-report-2020.pdf>

³⁹ Acceptess-T, Autres Regards, Bus des femmes Cabiria, Femme, Fédération Parapluie Rouge, Grisélidis, Paloma, le Strass, *Lettre ouverte à Emmanuel Macron*, 6 avril 2020. Lien URL : <https://strass-syndicat.org/communiqués-de-presse/lettre-ouverte-president-emmanuel-macron/>

⁴⁰ AIDES, Arcat, MDM, le Planning familial, Sid'Action, *Courrier inter-ministériel*, 30 avril 2020. Lien URL : <https://www.aides.org/communiquer/travailleuses-eurs-du-sexe-en-danger-les-associations-interpellent-les-ministres>

⁴¹ Cf. infra *Réinventer « l'aller-vers » en assurant des relais de solidarité communautaire*, p. 50

Des travailleurs-ses du sexe évoquent une intensification de la stigmatisation subie depuis le début de la crise sanitaire. L'exercice du travail du sexe se cumule souvent avec d'autres facteurs de stigmatisation, en raison du sexe, de l'identité de genre, de l'origine, ou encore du statut administratif vis-à-vis du séjour sur le territoire. La défiance, voire la discrimination, auxquelles ils-elles sont confrontés sont particulièrement perceptibles au contact de certains services d'accès aux droits ou à la santé. L'intériorisation de la stigmatisation peut conduire à une autocensure dans l'accès à certains droits ou à certaines prestations et engendrer des phénomènes de non-recours ou de renoncement.

“ Moi, pendant le confinement, j'ai appelé l'assistante sociale, qui aide les gens. Mais elle a commencé à me demander des choses, depuis combien de temps j'étais en France. J'ai eu peur. J'ai renoncé à recevoir de l'aide, parce qu'elle commençait à me demander ce que je faisais, et du coup j'ai arrêté. Je n'ai rien demandé. Je suis restée à la maison, tranquille – tranquille, mais sans aide. C'est très difficile. ”

Francesca, travailleuse du sexe accompagnée par AIDES

La stigmatisation et la discrimination peuvent également s'exercer à travers la catégorisation administrative qui ne reconnaît pas le travail du sexe comme une activité légitime. Ces catégories ne sont pas seulement les rubriques d'une nomenclature administrative : elles sont aussi des catégories de jugement⁴². Une militante met ainsi en évidence les pratiques discriminatoires qu'elle a subies en raison de son activité lors d'un dépistage de la Covid dans un centre dédié.

“ Quand on dit travailleur, travailleuse du sexe, parce qu'on n'a pas envie de mentir, parce que c'est le but aussi de la démarche, ils te regardent bizarrement [au guichet des services], et tu vois qu'ils ne cochent pas la case travail [sur le formulaire administratif]. [Au centre de dépistage Covid] je crois qu'ils ont coché une case "aucune activité". [...] On n'était pas légitimes, en fait, d'avoir accès aux soins, alors que justement, c'est des questions de santé publique : on est en contact avec des personnes, on ne peut pas respecter les gestes barrière, il y a des clients qui veulent embrasser... Enfin, on est obligées de se faire dépister, sinon ça va être l'hécatombe, en fait ! ”

Ludivine, travailleuse du sexe accompagnée par AIDES

Une autre explique l'impossibilité d'accéder à la prévention et au dépistage dans un Cegidd durant le confinement, sous prétexte d'avoir continué à exercer le travail du sexe pendant cette période de limitation des contacts.

“ Moi quand j'ai appelé le seul Cegidd qui restait ouvert, ils m'ont dit "Nous, on ne reçoit que les publics prioritaires". Je leur ai demandé qui c'était, et ils m'ont répondu HSH [homme ayant des relations sexuelles avec des hommes]. Quand je leur ai dit "Et du coup, les travailleuses et travailleurs du sexe ?", on m'a dit "Ah bah non, ils n'ont qu'à arrêter de travailler". C'est-à-dire que les autres pouvaient, mais si c'était ton métier, non. C'était assez troublant. ”

Ilona, militante impliquée dans l'accompagnement des travailleurs-ses du sexe

On retrouve ici un trait commun aux épidémies de VIH/sida et de Covid-19, qui consiste à rejeter la responsabilité de la contamination et de la transmission sur les personnes, dans une forme de culpabilisation. Cette approche masque l'impact des facteurs structurels qui déterminent aussi bien la propagation des épidémies, que la mise en place des réponses politiques apportées en termes de prévention, de dépistage et d'accès aux soins.

Certains-es travailleurs-ses du sexe ont pu adapter leur activité en pratiquant sur internet le travail de *camgirl* ou de *camboy*⁴³. Cependant, la plupart des personnes avec qui nous avons échangé expliquent que cela ne leur a pas été possible car elles ne pouvaient pas se procurer le matériel nécessaire ou n'avaient pas les compétences requises. Certaines mettent également en avant la fréquence de sollicitations peu sérieuses de clients et que cette activité était moins rémunératrice, ce qui rejoint des constats documentés par ailleurs⁴⁴. Ainsi, malgré la peur du virus décrite par tous-tes les travailleurs-ses du sexe ayant participé aux échanges, beaucoup ont poursuivi leur travail habituel. Certains-es ont pu continuer leur activité en ne voyant que leurs clients-es réguliers-es, ce qui leur a permis de conserver, au moins en partie, leurs revenus. D'autres ont continué à exercer dans la rue afin de subvenir à leurs besoins.

Nombreux-ses sont ceux-lles qui nous ont fait part de difficultés avec les forces de l'ordre : ils-elles ont subi des dénonciations, ainsi qu'une multiplication des contrôles et des verbalisations. La répression policière du travail du sexe s'est en effet accentuée pendant la période de confinement, du fait de la limitation des déplacements et d'une forte présence des forces de l'ordre dans certains quartiers.

La défiance et la discrimination auxquelles les travailleurs-ses du sexe sont confrontés-es sont particulièrement perceptibles au contact de certains services d'accès aux droits ou à la santé.

⁴² Vincent Dubois, *La vie au guichet*, 3^e édition, Economica, collection Études Politiques, p. 18-19, Paris, 2010

⁴³ Exercice du travail du sexe en ligne avec l'usage de webcams à des fins sexuelles.

⁴⁴ Pierre Brasseur, Jean Finez, « Performing Amateurism: A Study of Camgirls' Work », *The Social Meaning of Extra Money: Capitalism and the Commodification of Domestic and Leisure Activities*, 2019, pp. 221-238, 2019

L'ÉCLAIRAGE DE L'ENQUÊTE EPIC⁴⁵ : UNE AUGMENTATION DES VIOLENCES SUBIES PAR CERTAINS-ES TRAVAILLEURS-SES DU SEXE



Concernant les violences des clients-es, 14 travailleurs-ses du sexe sur 67 (dont 7 femmes cis, 2 femmes trans et 4 hommes cis) ont déclaré une augmentation d'au moins un des types de violence évoqués (violence physique,

verbale, psychologique ou sexuelle). Pour ce qui est des rapports avec les forces de l'ordre, 13 sur 41 déclarent avoir plus souvent peur d'être harcelés-es ou arrêtés-es par la police depuis la crise sanitaire. Elles-ils sont par ailleurs 15 sur

41 à déclarer avoir fait l'objet d'un contrôle de police pendant le confinement : 14 déclarent avoir subi au moins un contrôle d'attestation, 1 déclare avoir fait l'objet d'au moins un contrôle d'identité, 1 déclare avoir subi au moins une fouille.

La crise sanitaire est venue exacerber la dégradation des conditions de vie et de travail que subissent les travailleurs-ses du sexe depuis la loi de 2016 dite « de pénalisation des clients ».

Depuis la loi de 2016 dite « de pénalisation des clients », les travailleurs-ses du sexe sont soumis-es à des conditions de vie et de travail dégradées en raison d'une approche répressive des pouvoirs publics (cf. encadré *Travail du sexe : face à l'urgence sociale, le mépris gouvernemental*, p. 22). La crise sanitaire est venue exacerber cette situation, d'autant que les collectifs de travail et les réseaux de solidarité communautaires ont été déstabilisés et que les associations qui les accompagnent habituellement ont été contraintes de limiter leurs activités pendant le confinement. Les travailleurs-ses du sexe sont confrontés-es à un isolement encore plus fort, entraînant une surexposition aux violences physiques et sexuelles. Peu d'entre eux-elles entreprennent des démarches auprès des forces de l'ordre, par crainte de ne pas être entendus-es. Le témoignage suivant met en évidence la manière dont les idées reçues sur le travail sexuel rendent leur parole illégitime : un-e travailleur-se du sexe n'est pas une « bonne victime », mais une « victime coupable ».

“ Pour toutes les femmes qui ont continué à vivre dans un camion, dans lequel elles travaillent, alors là, [les violences subies] n'ont pas arrêté. Ça a été l'horreur. Entre les mecs qui venaient la nuit leur pêter les vitres, une fille qui a été menacée avec une arme blanche, dérobée, volée. [...] Ça n'a vraiment pas arrêté, les agressions. Au début du confinement, un retrait de préservatif volontaire, une agression sexuelle quoi. Ça, ça a été terrible. [...] Et [la jeune fille qui a subi] l'agression au couteau, et qui a été volée, ça a été dans le cadre, au départ, d'un échange avec un client. Donc elle capte, en fait, que ce n'était pas un client, ce n'était pas ça, quoi. Et là aussi, avec la police, ça a été super compliqué. Il a fallu leur réexpliquer que c'était elle la victime, que c'était elle qui avait été agressée au couteau. "Oui, mais elle travaillait, oui, ci et ça" : c'est ce qu'on a entendu en premier. ”

Jenny, militante impliquée dans l'accompagnement des travailleuses du sexe

La majorité des travailleurs-ses du sexe ont été exclus-es des dispositifs d'aides financières mis en place dans le cadre de la crise sanitaire et ont donc vu leur précarité s'aggraver avec le confinement⁴⁶. La diminution ou l'arrêt du travail du sexe pendant cette période a eu des répercussions sur la reprise d'activité à la sortie du confinement, puisqu'il a été nécessaire de compenser a posteriori les pertes engendrées. La nécessité d'augmenter l'activité pour faire face aux difficultés financières a conduit à une sélection moins drastique des clients, renforçant l'exposition aux violences ou aux pratiques sexuelles à risque.

“ [À la sortie du confinement], il a fallu reprendre de plus belle pour combler les trous des deux mois, qui ont été quand même assez conséquents. C'est le cas pour moi, et je pense aussi que pour d'autres personnes, ça a été encore plus conséquent [...]. Il y avait des gens qui ne pouvaient pas payer leur loyer, des choses comme ça. Je suis en phase de limite, financièrement parlant, ce qui me pousse à bosser beaucoup plus en abattage, sans forcément vérifier les clients avant, pour récupérer les sous qui manquent. ”

Ludivine, travailleuse du sexe accompagnée par AIDES

⁴⁵ Cf. supra, *Collecter des données pour évaluer l'impact de la crise sanitaire : la dimension quantitative du rapport*, p. 7.

⁴⁶ Cf. supra *Des difficultés d'accès aux ressources et à l'emploi*, p. 11.

« On a vécu et on vit encore les effets néfastes d'un cocktail qui comprend putophobie, transphobie et racisme »

Quels constats avez-vous faits sur la période de confinement puis de déconfinement, notamment sur les difficultés qu'ont rencontrées les travailleurs-ses du sexe ?

Éva Vocz : *La période de confinement a été terrible, mais l'après a été pire encore. Et ce n'est évidemment pas terminé. La situation avant le confinement était déjà critique parce qu'on recensait des meurtres de travailleuses du sexe (TDS), dont celui de Jessyca Sarmiento⁴⁶ qui avait fait du bruit, suscitant des manifestations. [...]*

Au niveau des communautés de travailleuses du sexe, les réactions ont été diverses. Par exemple, Les roses d'acier, le collectif des travailleuses du sexe de Belleville, expliquent que les travailleuses du sexe chinoises ont arrêté de travailler assez tôt car elles étaient mieux informées des risques, du fait que l'épidémie avait d'abord touché la Chine et qu'elles avaient eu les informations en amont. Elles s'étaient organisées pour économiser afin de faire face à une période sans activité, ni ressources ; ce qu'elles avaient anticipé. Reste qu'elles n'ont pas eu assez de ressources car le confinement a duré trop longtemps pour tenir. Les autres communautés travailleuses du sexe n'avaient pas du tout anticipé et elles ont été confrontées à une rupture de ressources pour vivre, du jour au lendemain. Donc plus de possibilités de payer les loyers. Beaucoup de travailleurs et travailleuses du sexe n'ont pas nécessairement un bail locatif. Certains-es sont victimes de « marchands de sommeil » ; d'autres dorment dans des chambres d'hôtels payées à la journée voire des dortoirs. Tout d'un coup, avec cette crise, il n'y avait plus la possibilité d'avoir des ressources pour payer son loyer. C'était la première inquiétude, suivie par : « Comment faire pour manger ? » Les inquiétudes étaient élémentaires : se nourrir et nourrir ses enfants, pour celles qui en ont ; payer son loyer... Et pas de possibilités de reporter le paiement. Si je passe deux mois sans payer mon loyer, comment vais-je pouvoir sortir l'argent juste après le confinement ? À cela s'ajoutait l'inquiétude d'attraper le Covid, car travailler durant cette période-là, avoir des rapports sexuels, c'était prendre le risque d'attraper cette maladie, et pour les personnes plus âgées, plus vulnérables, de mettre leur vie en danger. [...]

Les associations constatent une hausse des violences, une hausse des agressions par armes blanches... On parle de violences vraiment graves. On note aussi une précarisation des travailleuses du sexe. À Marseille, des TDS se sont retrouvées sans domicile. C'est une situation qui aurait pu être anticipée par le gouvernement, d'autant que nous les avons alertés pendant des mois. Certaines TDS sont décédées du Covid.

Comment expliquez-vous cette hausse des agressions ? À quoi sont-elles liées ?

ÉV : *Il y a des agressions pour vol des travailleuses du sexe comme des clients ; clients qui, du fait de la loi de 2016 qui les pénalise, ne peuvent pas porter plainte. Cela se produit dans un contexte général de hausse de la criminalisation, depuis l'adoption de la loi de pénalisation du client. Nous avons vu une augmentation des amendes, notamment au Bois de Boulogne. Je peux citer le cas d'une travailleuse du sexe transgenre latina qui a reçu trente amendes pour stationnement interdit depuis le début de l'année 2020. J'appelle cela du harcèlement ! C'est le résultat des arrêtés municipaux et préfectoraux parisiens⁴⁷. Nous avons aussi connaissance à Marseille d'amendes qui ont été données pour non-respect du confinement à des travailleuses du sexe qui n'avaient aucune ressource et pas d'autres choix que de travailler. Ce qui peut conduire à des situations absurdes où les travailleuses du sexe sont contraintes de travailler davantage pour payer les amendes qu'on leur inflige. À Lyon, l'ancienne municipalité a, durant le confinement, fermé une des rues du travail du sexe ; ce qui a conduit à un déplacement des travailleuses vers une autre rue et cela a créé des conflits débouchant sur des violences extrêmement graves. Des camionnettes de travail ont été brûlées et des TDS très violemment agressées physiquement. Suite au confinement, les faits de violence sont devenus plus fréquents, se sont amplifiés. Des agressions nous ont été signalées à Nantes. Parfois les agresseurs se font passer pour la police. À Paris, des hommes vont chez des travailleuses du sexe, posent plein de questions comme s'il s'agissait d'un interrogatoire, recueillent des informations, puis après ils les dénoncent aux propriétaires pour qu'elles se fassent expulser. Parfois, c'est le voisinage même qui est de plus en plus violent. Les lois dans ce cas ne protègent pas du tout les travailleuses du sexe.*



Éva Vocz

Fédération Parapluie Rouge

Eva Vocz est coordinatrice de la Fédération parapluie rouge. Elle est aussi camgirl et actrice porno. La Fédération parapluie rouge (anciennement Collectif droits & prostitution) est composée de la plupart des associations de santé communautaire et de travailleurs-ses du sexe en France.

⁴⁶ Jessyca Sarmiento a été assassinée en février 2020 par un chauffard au Bois de Boulogne où elle travaillait.

⁴⁷ Ces arrêtés empêchent de stationner ou interdisent de se livrer à des allées et venues répétées, de jour comme de nuit, sur les espaces de stationnement des véhicules, etc.

La crise a fait l'effet d'une loupe grossissante, amplifiant tous les problèmes hérités de la loi de pénalisation des clients.

La crise de la Covid-19 a-t-elle augmenté les difficultés des travailleurs-ses du sexe ?

ÉV : La crise, du fait du confinement, a créé un endettement. Même si certaines travailleuses du sexe ont poursuivi leur activité, les clients ont eu peur : de sortir, d'être pénalisé, d'attraper le Covid... La crise a fait l'effet d'une loupe grossissante, amplifiant tous les problèmes hérités de la loi de pénalisation des clients. C'est-à-dire une insécurité accrue, une hausse de la criminalisation directe des travailleurs-ses du sexe car la police trouve tous les prétextes pour donner des amendes. Il y a davantage de haine. La hausse de la stigmatisation affecte toutes les populations discriminées. Les roses d'acier m'ont parlé, par exemple, du racisme antichinois, anti-asiatique qui s'est manifesté au tout début de la pandémie. On a vécu et on vit encore les effets néfastes d'un cocktail qui comprend putophobie, transphobie et racisme ! Je constate aussi un cyber-harcèlement dont les activistes comme nous sont la cible.

Quelles solutions avez-vous pu mettre en place pour aider les travailleurs-ses du sexe ?

ÉV : Très vite, nous nous sommes dit que la priorité était de lancer des cagnottes. Il y a eu énormément d'aides. C'est évidemment en dessous des besoins, mais, par exemple, la cagnotte qu'a lancée le Syndicat du travail sexuel (Strass) a permis de recueillir 60 000 euros, ce qui est un montant énorme. Entre 400 et 500 personnes ont sollicité une aide auprès du Strass. Acceptess-T a créé le FAST⁴⁸ [Fonds d'aide sociale trans]. Certaines associations ont utilisé leurs subventions. Dans certaines municipalités et quelques territoires où il est possible de dialoguer, des partenariats ont été trouvés pour les colis alimentaires. La première semaine de confinement, nous étions un peu paniquées, puis rapidement les cagnottes ont été mises en place, mais elles ne permettaient pas de payer les loyers de toutes les travailleuses du sexe qui en avaient besoin. Il y a eu de l'aide intracommunautaire. [...] Les roses d'acier se sont beaucoup entraînées, mais elles avaient anticipé. Enfin, pour les personnes qui se déclarent comme autoentrepreneurs, il y avait normalement une aide de l'État, mais tout le monde n'y a pas eu droit, car il fallait remplir certaines conditions. Ce que l'on constate, c'est qu'il y a plein de travailleuses du sexe qui pourraient se déclarer et qui ne le font pas, soit par manque d'informations sur leurs droits, soit parce que c'est une prise de risque d'un point de vue fiscal. Certaines se sont déclarées et ont eu un contrôle fiscal.

Avec la crise, vos revendications ont-elles changé ?

ÉV : La crise nous a conduites à mettre en place une réponse rapide pour faire face à des demandes urgentes. Notre revendication prioritaire a porté sur la création d'un Fonds d'urgence. Avant la crise, notre mobilisation visait à obtenir un rendez-vous avec le gouvernement parce que l'on constatait une augmentation des meurtres de travailleuses du sexe. Je pense qu'à la suite de cette crise, qui se poursuit encore, certains élus ont pris conscience de la gravité des conséquences de la loi de 2016. Elle était déjà problématique avant, les enjeux soulevés pendant le confinement (le logement par exemple) ont permis une prise de conscience accrue et même de franchir une étape.

On a le sentiment avec cette crise que des structures comme la vôtre ne sont pas écoutées, pas associées aux décisions qui vous concernent. Qu'en pensez-vous et comment l'expliquez-vous ?

ÉV : Le premier point, c'est que les associations de travail du sexe sont la cible de diffamations, notamment de la part de structures prohibitionnistes ou de personnalités politiques qui entretiennent l'idée que derrière nous, c'est le « lobby proxénète » qui parle ! Cela vise à délégitimer notre parole comme nos revendications. Tout l'enjeu est : comment être audible ? Pour le moment, nous avons besoin des grandes structures, que j'ai déjà mentionnées, pour leur taille, leur image, leur nom, pour que nos combats soient plus audibles. C'est d'autant plus facile que nous tenons le même discours. Ce que dit AIDES n'est pas éloigné de ce que disent des associations de santé communautaire TDS. C'est ce travail en commun et cette bonne communication qui permettent d'avancer. D'une certaine façon, peu importe qui arrive à être entendu par le gouvernement, même si cela reste frustrant pour les TDS qui militent. On en est là aujourd'hui et si on veut avancer, il faut composer.

⁴⁸ Cf. infra interview « Les communautés de personnes trans et travailleuses du sexe ont été parmi les plus affectées par l'épidémie de Covid-19 », p. 13

2. Personnes étrangères en situation administrative instable : des obstacles permanents

Les personnes étrangères en situation administrative précaire sont en grande difficulté depuis le début de la crise sanitaire. Outre l'exacerbation des difficultés financières et d'accès à l'hébergement⁴⁹, elles sont confrontées à des problématiques spécifiques qui entravent leur accès aux droits et à la santé. Les personnes ayant témoigné évoquent des obstacles récurrents pour obtenir ou maintenir leur droit au séjour et à pouvoir se soigner, ainsi que des risques accrus auxquels les exposent le renforcement des contrôles policiers. Le déficit d'accompagnement concret des mesures sanitaires imposées par l'État a en outre été criant pendant le confinement pour les publics ne maîtrisant pas la langue française, et n'ayant pas toujours accès aux moyens d'information et de communication. Les enjeux de la médiation et de l'interprétariat sont d'autant plus importants étant donné l'incertitude liée au coronavirus et à ses modes de transmission, ainsi que l'évolution des consignes sanitaires. Pourtant, les autorités publiques n'ont mis en place aucun dispositif spécifique pour les personnes allophones afin d'y répondre⁵⁰.

“ Ça a été très difficile pour certains qui ne savaient ni lire ni écrire : remplir la déclaration était un parcours du combattant. Et ils n'avaient pas la possibilité de se payer des titres de transport. On l'a vécu pour plusieurs situations, et c'est le cas encore pour Alma [une personne qu'elle accompagne], vu qu'elle n'a aucun droit ouvert : pour se déplacer c'est très compliqué, pour aller à l'hôpital notamment. La peur d'être contrôlée, d'être arrêtée. C'est une problématique assez forte, chez nous. ”

Assiya, militante impliquée dans l'accompagnement des personnes étrangères

La fermeture des guichets administratifs et préfectoraux pendant le confinement a indéniablement rallongé les délais d'accès à l'ouverture ou au renouvellement du droit au séjour, déjà très longs en temps normal. Des mesures ont été mises en place à l'échelle nationale pour prolonger les titres de séjour et permettre une continuité des droits ouverts pour les personnes étrangères⁵¹. Cependant, les personnes qui n'étaient pas concernées par cette prolongation, qui attendaient une réponse de la préfecture à la suite d'un dépôt de demande avant le confinement, ainsi que celles qui souhaitaient demander l'asile, se sont retrouvées confrontées à la fermeture totale des guichets et à l'impossibilité d'accéder à des informations sur leur situation administrative et sur leurs droits. De plus, la reprise des activités des administrations à la sortie de la période de confinement a été marquée par une accélération de la dématérialisation des procédures, dont les conséquences dramatiques sont déjà largement documentées⁵².

Outre les interminables délais et l'invisibilisation des files d'attente, la dématérialisation constitue un obstacle pour les personnes qui ne disposent pas ou ne maîtrisent pas les usages administratifs d'internet. Nos militants-es et les personnes concernées observent également un grand nombre de refus de délivrance ou de renouvellement de titres de séjours pour soin, qui font craindre de nouvelles restrictions de ce droit déjà malmené⁵³.

La prolongation des droits à l'aide médicale d'Etat (AME) et à la complémentaire santé solidaire (CSS) durant la période de confinement a permis une continuité de la couverture santé pour les personnes concernées⁵⁴. Néanmoins, les témoignages recueillis montrent que les personnes sans droits ouverts en France ou dont les droits avaient expiré avant le début du confinement ont eu d'immenses difficultés à ouvrir ou renouveler leur couverture santé.

Les autorités publiques n'ont mis en place aucun dispositif ne permettant de répondre aux besoins médiation et d'interprétariat des personnes allophones.

⁴⁹ Cf. supra *Crise sanitaire et précarité : des facteurs de vulnérabilité exacerbés*, p. 9.

⁵⁰ Cf. infra *Soutenir les populations accompagnées face aux difficultés rencontrées*, p. 49, pour les réponses apportées par AIDES pour pallier les insuffisances des autorités publiques en la matière.

⁵¹ Cf. infra *Garantir la stabilité administrative de l'ensemble des personnes présentes sur le territoire*, p. 60.

⁵² Défenseur des droits, *Enquête sur l'accès aux droits*, volume 2, *Relations des usagers et usagers avec les services publics : le risque du non-recours*, avril 2017. Lien URL : <https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/enquete-relations-usagers-servpublics-v6-29.03.17.pdf>

⁵³ AIDES, « Remise en cause du droit au séjour pour raison médicale à toutes les phases de la procédure », *VIH/hépatites : la face cachée des discriminations*, p. 17, décembre 2018. Lien URL : https://www.aides.org/sites/default/files/Aides/bloc_telechargement/AIDES-RAPPORT%20DISCRIMINATIONS_2018_BD.pdf

⁵⁴ Cf. infra *La simplification des démarches d'ouverture et de renouvellement de la couverture santé*, p. 56.



TPE

Pris dans les heures qui suivent une prise de risque, le traitement post-exposition au VIH réduit de façon importante le risque de contamination par le virus. Il est délivré aux services d'accueil et d'urgence des hôpitaux, qui ont la responsabilité de le prescrire.

Les personnes allophones, faute de dispositif concret d'accompagnement aux mesures sanitaires imposées par l'État, n'ont pas toujours été informées dans les premiers jours du confinement que des attestations obligatoires pour se déplacer étaient nécessaires.

Une militante raconte par exemple les barrières administratives rencontrées par les personnes européennes sans droits ouverts en France pour accéder au traitement post-exposition ou TPE, à prendre pourtant en urgence. Elle relate également les difficultés d'accès aux antirétroviraux (ARV) d'une personne étrangère séropositive au VIH, qui a dû finalement compter sur la solidarité communautaire pour pouvoir se soigner (cf. interview « Nous avons senti un véritable élan de solidarité, qui je l'espère se poursuivra au-delà de la crise sanitaire », page suivante).

“ C'est pire que tout, parce qu'[à l'accueil des urgences] il faut d'abord aller vérifier auprès du pays d'origine de la personne qu'elle n'a pas de droits ouverts, et ensuite attendre la réponse vers la France. Alors que c'est un TPE, hein. [...] [Et pour les ARV], c'est par levier de quelqu'un du réseau qu'on connaît, qu'on a eu un petit peu de cachets par-ci, un petit peu de cachets par-là, mais c'était vraiment pénible à vivre. T'avais envie de te dire : "Purée, merde, 40 ans de lutte VIH, pour ça". ”

Jenny, militante impliquée dans l'accompagnement des travailleuses du sexe

Ces situations rendent compte d'entraves à l'accès aux droits à la santé qui, sans être nouvelles, sont exacerbées en période de crise sanitaire. Les barrières à l'accès aux soins et aux traitements relèvent bien souvent de la complexité des parcours administratifs, et de la défiance généralisée que subissent les personnes.

Par ailleurs, les échanges avec les militants-es révèlent des discriminations directes qui viennent s'ajouter aux obstacles administratifs. Un militant évoque ainsi l'impossibilité d'avoir un médecin du Samu au téléphone en raison de son accent étranger, alors qu'il appelait pour accéder aux traitements antirétroviraux.

“ C'est une réalité, quand tu appelles [le 15] et que tu parles avec un accent africain, ils ne te prennent pas au sérieux. Si c'est un Français qui appelle, ils prennent beaucoup de temps à lui expliquer, à lui dire des choses, mais pas quand tu es Africain [...]. "J'appelle parce que c'est une personne vulnérable qui n'a plus accès à son traitement, donc qu'est-ce qu'on peut faire ? Il y a une personne qui est souffrante parmi nous, il faut trouver une solution." Mais on a passé presque trois ou quatre appels, dix ou quinze minutes. Puis on a fait appel à l'assistante sociale [de AIDES] qui a appelé, et à ce moment-là on a eu un médecin. ”

Mounir, militant impliqué dans l'accompagnement des personnes étrangères

Les témoignages recueillis évoquent également des difficultés avec les forces de l'ordre. Ainsi, une personne étrangère assignée à résidence ne savait pas si elle devait continuer à se rendre à la gendarmerie pour signer comme d'habitude, en raison du confinement. Seule une réponse orale lui a été donnée par les gendarmes, lui affirmant qu'il n'était pas nécessaire qu'elle vienne pendant le confinement. Celle-ci n'ayant pas de valeur légale, la personne a continué à s'y rendre face à la crainte d'une pénalisation, jusqu'à l'intervention de son assistante sociale et de sa cheffe de service lui permettant d'obtenir une autorisation écrite officielle.

Les personnes allophones, faute de dispositif concret d'accompagnement des mesures sanitaires imposées par l'État, n'ont pas toujours été informées dans les premiers jours du confinement que des attestations obligatoires pour se déplacer étaient nécessaires. De même, la possibilité de se munir d'attestations est conditionnée à la connaissance du français, et à l'accès au papier ou à une imprimante. Dans ce contexte, le dispositif de verbalisation mis en place pendant le confinement s'est avéré particulièrement injuste vis-à-vis de ce public, dont certains-es ont pu recevoir des amendes après la présentation d'attestations non officielles, car simplifiées ou présentant des phrases traduites. Enfin, la peur engendrée par la surreprésentation policière a contraint certaines personnes, particulièrement celles en situation irrégulière en France, à se cloîtrer à plusieurs dans de petits espaces. Craignant l'arrestation en cas de contrôle, elles sont parfois restées plusieurs jours sans oser sortir pour subvenir à leurs besoins de première nécessité.

“ On a trouvé par exemple cinq, six jours après le confinement, cinq petites gamines nigériennes qui étaient enfermées dans une chambre. Elles n'osaient même pas sortir dans la rue, aller acheter à manger, par peur des flics. Pas d'autre chose, mais par peur des flics. ”

Jenny, militante impliquée dans l'accompagnement des travailleurs-ses du sexe

« Nous avons senti un véritable élan de solidarité, qui je l'espère se poursuivra au-delà de la crise sanitaire »

Quel constat avez-vous fait sur l'impact du confinement et du déconfinement sur les femmes vivant avec le VIH et notamment celles que vous suivez chez Ikambere ?

Bernadette Rwegera : Toutes les difficultés que ces femmes vivaient avant, que ce soit l'isolement, la précarité ou encore les problèmes de logement ont été accentuées par la crise sanitaire. Ikambere a été contraint de fermer son centre d'accueil de jour entre le 17 mars et le 11 mai 2020. Cette fermeture a privé les bénéficiaires du soutien et du repère quotidien que constitue l'accompagnement proposé dans les locaux de l'association et a suscité de nombreuses angoisses, craintes et interrogations chez les femmes et chez les professionnels. De nombreuses femmes ont été plongées dans des situations de détresse du fait de l'impossibilité de se nourrir, de rompre l'isolement ou de se loger en sécurité pendant le confinement. Le fait d'être confiné a également empêché certaines femmes d'exercer leur activité professionnelle comme garder des enfants ou faire le ménage et elles n'ont pas pu bénéficier du chômage partiel ce qui les a précarisées davantage.

Quelles solutions, expérimentations ou réseaux de solidarité avez-vous mis en place ?

BR : L'association a bénéficié du soutien de nombreuses fondations et institutions dont le Secours catholique, la région Île-de-France, le Conseil départemental de Seine-Saint-Denis ou encore Solidarité sida. Nous avons distribué des aides financières et des colis alimentaires à plus de 100 femmes particulièrement fragilisées par la période de confinement et également financé plus d'une centaine de nuitées d'hôtel grâce entre autres à un partenariat avec la Fondation des femmes et la direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement (DRIHL). Nous avons assuré un soutien moral, social et aussi l'éducation thérapeutique à travers notre ligne téléphonique disponible sept jours sur sept. Nous avons mis en place des partenariats en région parisienne, je pense notamment aux associations Banlieue santé ou Diagonale 91 qui nous ont servi de relai pour les femmes qui étaient domiciliées en banlieue.

La crise actuelle a-t-elle permis de hiérarchiser vos priorités en tant qu'association ?

BR : L'ensemble de l'équipe a été mobilisée pour adapter l'accompagnement à la situation. Il a fallu gérer des situations d'urgence alimentaire mais aussi mettre à l'abri les femmes sans solution d'hébergement, dans des logements sur-occupés ou en situation de violences conjugales. Nous avons pu héberger dix femmes dans nos cinq appartements passerelles et financer des centaines de nuitées d'hôtel. Et puis nous avons eu une vigilance particulière pour les femmes qui sont âgées ou malades. Le téléphone a été essentiel pour maintenir un lien social avec les femmes les plus isolées et les plus vulnérables. Elles avaient un grand besoin d'être rassurées et accompagnées.

Avez-vous le sentiment d'avoir été entendue par les pouvoirs publics ? En quoi votre expertise en santé communautaire peut aider dans la crise actuelle ?

BR : Nous sommes une association de terrain et nous travaillons sans difficultés avec nos partenaires institutionnels comme la région ou l'ARS. La période que nous avons vécue est une période inédite dans l'histoire récente. Les pouvoirs publics et la société civile ont géré des situations d'urgence au jour le jour et du mieux possible. Notre expertise en santé communautaire est un véritable atout pour mener des actions de prévention et d'information en santé sur le Covid-19 en allant vers les personnes les plus éloignées des systèmes de soins et de prévention. Cette crise a permis aux acteurs de terrain de mutualiser leurs compétences pour renforcer leurs actions auprès des publics les plus vulnérables. Nous avons senti un véritable élan de solidarité, qui je l'espère se poursuivra au-delà de la crise sanitaire.

Propos recueillis par Fred Lebreton
Le 9 septembre 2020



Bernadette Rwegera
Ikambere

Bernadette Rwegera a créé l'association Ikambere en 1997. Ikambere signifie, en Kinyarwanda (langue du Rwanda), « la maison accueillante ». Son travail universitaire sur les femmes vivant avec le VIH en Île-de-France a fait d'elle une experte reconnue dans la lutte contre le VIH et lui a valu le titre de Chevalier de l'Ordre national du Mérite. Ikambere est aujourd'hui un acteur incontournable dans la prise en charge des femmes migrantes touchées par le VIH/sida⁵⁵.

⁵⁵ Annabel Desgrées du Loû et Jano Dupont, *Ikambere – La maison qui relève des femmes*, Éditions de l'atelier, novembre 2019



Caarud

Les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues sont des établissements médico-sociaux avec une approche de réduction des risques. Ils s'adressent à des personnes qui ne sont pas forcément engagées dans une démarche de soin, et qui sont exposées à des risques d'infection, notamment au VIH et à l'hépatite C, du fait de leurs modes de consommation ou des produits consommés.

3. Usagers-es de drogues : stigmatisation et répression accentuées

Les usagers-es de drogues que nous accompagnons ont été particulièrement éprouvés-es par l'épidémie de Covid-19 et l'instauration de mesures de confinement par les autorités publiques. Les publics accueillis par nos centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues (Caarud) sont souvent en situation de précarité sociale, et pour beaucoup vivent à la rue. Ils ont eu de grandes difficultés d'accès à l'alimentation, à l'eau, à l'hygiène et à l'hébergement, qui ont impactées leurs conditions de vie, et leur santé physique et psychique⁵⁶. La baisse des revenus tirés de la mendicité, contrainte par la restriction généralisée des déplacements et la fermeture de nombreux lieux, ainsi que les difficultés pour maintenir ou obtenir certaines prestations sociales, ont par ailleurs restreint leur possibilité d'acheter des produits, accentuant le manque et l'anxiété. Beaucoup de témoignages font également part de plus grandes marques de défiance subies durant la période de confinement, qui mettent en évidence une stigmatisation accrue à l'encontre de ces publics.

“Ceux qui font la manche pour les fins de mois, ils ont vraiment senti la différence entre avant et après le confinement. Certains nous ont rapporté que les gens n'étaient pas forcément très agréables avec eux. Ou d'habitude, comme ils disent, ils squattent les entrées de supermarchés, et là, les gens faisaient appel aux vigiles pour les virer, parce que ça leur faisait peur. [...] Il y en a plusieurs qui nous ont dit : "C'est plus compliqué, les gens nous regardent de travers, ils ne nous donnent rien", ou "On s'est fait virer de l'endroit où on squatte d'habitude pour faire la manche". Alors que d'habitude, ils n'ont pas de problèmes.”

Guillaume, militant de AIDES impliqué dans l'accompagnement des usagers-es de drogues

Les usagers-es ont été contraints-es d'adapter leur consommation de produits psychoactifs en fonction de la baisse de leurs revenus, mais également de l'évolution de l'offre. Le marché des drogues illicites a en effet été perturbé durant la période de confinement, avec la limitation de la circulation et le contrôle accru des déplacements⁵⁷. Les témoignages recueillis font état de situations contrastées selon les produits, les territoires ou les périodes concernées. De nombreux-ses militants-es ont néanmoins relevé une augmentation des prix et une qualité assez variable des produits pendant le confinement.

“Au niveau de l'accès à la drogue, c'était compliqué : grosse augmentation des prix, et galère pour aller [en acheter] parce qu'il fallait trouver une case à cocher [sur l'attestation de déplacement]. T'es pas dans le produit essentiel. Si vraiment t'en cherchais, tu pouvais en trouver, mais par contre c'était très cher.”

David, militant impliqué dans l'accompagnement des usagers-es de drogues

“Par rapport à l'accès à la drogue, les dealers étaient plutôt contents. Il fallait faire attention quand même, la police était là derrière, à regarder, mais on a eu de la bonne qualité de drogue pendant un mois, facile un mois et demi. Après, quand il y a eu la pénurie, au bout de deux mois, il fallait faire plus attention, la drogue c'était moins sain.”

Étienne, usager de drogues accompagné par AIDES

Dans ce contexte, les usagers-es ont été contraints-es d'adopter différentes stratégies pour s'approvisionner, réguler leur consommation et gérer leurs éventuelles dépendances. Certains-es ont choisi l'abstinence ou ont subi un sevrage forcé. D'autres ont augmenté leur consommation ou se sont reportés-es vers d'autres produits psychoactifs ou médicamenteux dont ils-elles maîtrisaient moins bien la consommation — notamment l'héroïne, les opiacés de synthèse ou les anxiolytiques. Cela rejoint les premiers résultats de la *Global Drug Survey* (GDS) spéciale Covid qui font état d'arrêts de consommation, notamment en matière de cocaïne, ainsi que de reports de consommation, surtout vers l'alcool et les benzodiazépines⁵⁸. L'ouverture partielle des Caarud durant la période de confinement a permis d'accompagner les usagers-es pour faire face aux difficultés rencontrées et assurer la distribution de matériel⁵⁹.

⁵⁶ Cf. supra *Crise sanitaire et précarité : des facteurs de vulnérabilité exacerbés*, p. 9

⁵⁷ Clément Gérôme et Michel Gandihon, « Évolution des usages et de l'offre de drogues au temps du Covid-19 : observations croisées du dispositif Trend », *Bulletin Trend – Covid-19*, n°2, Observatoire français des drogues et des toxicomanies, avril-mai 2020. Lien URL : <https://www.ofdt.fr/publications/collections/notes/bulletin-trend-covid-19-numero-2/>

⁵⁸ Marie Jauffret-Roustide, « Comment la pandémie a modifié les usages de drogues. Résultats de la Global Drug Survey », e-conférence de la Mission métropolitaine de prévention des conduites à risques (MMPCR), 5 octobre 2020

⁵⁹ Cf. infra *La distribution de matériel de prévention et de réduction des risques*, p. 45

“ Les prix des prods a beaucoup augmenté, surtout le cannabis et la coke. Ce qui a eu pour effet de reporter certaines personnes vers l'héroïne. Et on a beaucoup de gars qui sont maintenant des fumeurs d'héro alors qu'ils ne l'étaient pas avant le confinement, en fait. Ça a eu cet effet de report puisque l'héro n'était pas plus chère, et qu'elle était de bonne qualité par ailleurs [...]. On a eu plusieurs personnes qui avaient arrêté l'alcool avant, ou qui avaient travaillé sur la réduction des risques, et qui ont trouvé que ça comme solution possible pour pouvoir gérer la solitude du confinement, pour pouvoir gérer le quotidien. Ils se retrouvent dans une situation où ils revivent une situation d'alcool post-confinement qu'ils déterminent eux-mêmes comme problématique. [...]

Il y a eu des augmentations de prix donc on ne pouvait pas se payer certains prods, et l'alcool a permis de gérer ces types de consommation. ”

Alex, militant impliqué dans l'accompagnement des usagers-es de drogues

L'ÉCLAIRAGE DE L'ENQUÊTE EPIC : UNE AUGMENTATION DES CONTRÔLES POLICIERS POUR LES USAGERS-ES DE DROGUES



Pour ce qui concerne les rapports avec les forces de l'ordre, 18 sur 65 des usagers-es de drogues interrogés-es déclarent avoir plus souvent peur d'être

harcelés-es ou arrêtés-es par la police depuis la crise sanitaire. Elles-ils sont par ailleurs 33 sur 64 à déclarer avoir fait l'objet d'un contrôle de police pendant le

confinement : 26 déclarent avoir fait l'objet d'au moins un contrôle d'attestation, 11 d'au moins un contrôle d'identité, 2 d'au moins une fouille.

Les difficultés rencontrées par les usagers-es de drogues ont été exacerbées par les contrôles policiers et les verbalisations pour non port de masque ou absence d'attestation de déplacement, comme pour d'autres populations clés particulièrement exposés du fait de leurs conditions de vie ou de travail⁶⁰. Beaucoup d'abus nous ont été rapportés. Malgré les instructions du gouvernement appelant les forces de l'ordre à faire preuve de « discernement [...] lors du contrôle de public sans domicile fixe ou en situation de grande précarité »⁶¹, les témoignages que nous avons recueillis font état d'une plus forte présence policière aux abords des lieux de réduction des risques, ainsi que des nombreuses verbalisations d'usagers-es faute d'attestation.

“ On remarquait même qu'il y avait des contrôles à côté de notre local, ce qui n'est pas habituel. C'est-à-dire que les flics ont repéré qu'il y avait des usagers qui venaient, et ils contrôlaient les gens. Moi-même, j'ai été contrôlée, on m'a demandé ma carte professionnelle, alors que ça fait 10 ans que je bosse à AIDES, et qu'on ne m'avait jamais demandé ma carte professionnelle. [...] Ils faisaient un petit peu de contrôle au faciès, on ne va pas se mentir [la militante est racisée] [...]. Quand tu n'avais pas d'attestation, tu te prenais une amende. On a eu beaucoup de retours de gens, qu'on a vus après le déconfinement, qui nous ont dit qu'ils avaient chopé des amendes, et qu'ils ne les ont toujours pas payées. C'est-à-dire qu'ils ne savent pas trop comment se démerder, à qui demander de l'aide [...] ils sont un petit peu paumés là-dessus, et même nous on ne sait pas trop comment les accompagner. ”

Hanna, militante impliquée dans l'accompagnement des usagers-es de drogues

Ces situations accentuent la stigmatisation des usagers-es et l'intériorisation de la violence institutionnelle, contribuant à les éloigner du droit commun. Les militants-es de AIDES ont par ailleurs relevé la difficulté à mettre en œuvre une médiation institutionnelle autour de ces situations, l'élargissement des prérogatives de verbalisation au-delà des forces de l'ordre habilitées — tels que les agents de sécurité de la ville de Paris — ayant contribué à brouiller les canaux de communication et les relations institutionnelles habituelles. Du fait de leur insolvabilité, les personnes concernées n'ont pas toujours pu s'acquitter des contraventions reçues, ce qui a conduit à leur majoration. L'absence d'informations concernant leurs droits a le plus souvent amené à ne pas contester les abus subis. Ces verbalisations abusives risquent d'avoir des effets sur la possibilité pour ces personnes de faire valoir leurs droits en raison d'un fichage pour non acquittement de l'amende. À terme, les personnes pourront voir leur situation de précarité administrative renforcée et subir des doubles peines inacceptables.

⁶⁰ Cf. supra Travail du sexe : entraves, exclusion et violences p. 22, et Personnes étrangères en situation administrative instable : des obstacles permanents, p. 21.

⁶¹ Instruction ministérielle du 27 mars 2020 sur la prise en charge et le soutien des populations précaires face à l'épidémie de Covid-19.

AMENDE FORFAITAIRE : LA POLITIQUE PUBLIQUE DES DROGUES FAIT FAUSSE ROUTE



Depuis septembre 2020, le délit d'usage de stupéfiants peut faire l'objet d'une amende forfaitaire délictuelle de 200 €⁶². Avec cette mesure, l'exécutif s'obstine dans la logique prohibitionniste de la loi du 31 décembre 1970, dont l'inefficacité et le caractère contre-productif n'est

pourtant plus à démontrer⁶³. Cette approche répressive risque d'aggraver les échecs de la France en matière de politiques publiques des drogues. Elle isole un peu plus notre pays sur la scène internationale à l'heure où de nombreux États ont revu leur politique au bénéfice

d'une régulation, par la dépénalisation ou la légalisation. Cette mesure passe à côté des véritables enjeux auxquels nous sommes collectivement confrontés-es en matière de drogues, et plus particulièrement d'accès aux droits et à la santé des personnes concernées.



Chemsex

Le terme de chemsex est né de la contraction de *chemicals* (produits de synthèse utilisés comme drogue) et de *sex*. Il désigne l'usage de drogues dans un cadre sexuel, souvent dans des soirées privées, où les produits vont être utilisés pour découpler et allonger le plaisir, lors de rapports sexuels de groupe.

Les chemsexuels ont été confrontés à des enjeux spécifiques pendant le confinement⁶⁴. Une partie des témoignages font part d'une diminution de la consommation de produits et d'un changement dans les pratiques sexuelles, avec la mise en place de stratégies d'adaptation plus ou moins subies : sexualité avec les partenaires de confinement, masturbation, usage de sextoys ou pratiques de sexualité en ligne. Chez certains, cela a engendré des difficultés : les militants-es nous ont rapporté de nombreuses inquiétudes de chemsexuels concernant leur état psychique : sentiment d'isolement et de solitude, anxiété. À l'inverse, certains l'ont ressenti comme une forme de libération, due au relâchement de l'injonction normative à l'hypersexualité.

“ Ce que j'ai ressenti très fortement depuis le début, c'est qu'il y avait une forme de libération par rapport au fait qu'enfin, on n'avait plus à baisser. Les mecs nous disaient : "J'ai cette pression de la communauté gaie, l'idée que pour être un bon gay, il faut baisser. Et là on me dit stop, tu ne baisses plus. Du coup la libido redescend, et il y a une forme de libération par rapport à ça. Je n'ai plus à baisser." [...] Les mecs ils voyaient des potes à eux qui baisaient tout le temps, il y a une sorte de jalousie, d'envie, et là, comme leurs potes ne baissent plus, ça fait redescendre la pression. J'ai eu beaucoup de mecs, notamment dans les groupes de chemsex, qui avaient choisi d'être abstinentes, et qui étaient vraiment libérés par rapport à ça. ”

Stan, militant impliqué dans l'accompagnement des chemsexuels

D'autres ont maintenu ou repris assez rapidement leur usage de produits en contexte sexuel, seuls ou à plusieurs, chez eux ou chez des partenaires extérieurs. Pour certains d'entre eux, le relâchement du cadre normatif lié au travail a entraîné un brouillage des temps sociaux propice à la surconsommation de produits, accentué par la difficulté d'articulation entre la vie professionnelle et la vie personnelle pendant la période de confinement.

“ Ce qui s'est passé, c'est que c'était très calme au début du confinement, et que les partouzes ont vite repris. La notion de week-end a complètement disparu. C'est-à-dire qu'il y avait des partouzes tout le temps. Comme les gens étaient en télétravail, ce n'était plus la partouze qui commence le vendredi soir pour durer tout le week-end. Là, il y en avait en semaine. ”

Stan, militant impliqué dans l'accompagnement des chemsexuels

“ On télétravaille, il n'y a pas vraiment d'horaires. Je pense notamment à un mec que j'accompagne et qui a fait 5 jours consécutifs [de chemsex], ce qu'il n'avait jamais fait de sa vie. [...] Il y a des gens qui ont des consos qui ont dérapées. Parce que le cadrage du boulot, à la base, tu n'as pas le choix. Et là, il n'y avait plus vraiment de limites, quoi. Les mecs, ils étaient en train de baisser il y a dix minutes, hop, ils mettent un petit short, ils allument la webcam, ils sont en conférence téléphonique. Et deux heures après, c'est reparti, on enlève le tee-shirt et on recommence, quoi. ”

Olivier, militant impliqué dans l'accompagnement des chemsexuels

⁶² Loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice, article 58. Lien URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article-jor/JORFARTI000038261788?r=GD8nqEaaV2>

⁶³ AIDES, ASUD, CIRC, Fédération addiction, GRECC, LDH, MDM, Norml France, OIP, PsychoActif, Principes Actifs, SOS Addictions, Syndicat de la Magistrature, Techno+, Livre blanc inter-associatif sur l'article 37 du projet de loi de programmation 2018-2022 et de réforme de la justice, novembre 2018. Lien URL : https://www.aides.org/sites/default/files/Aides/bloc_telechargement/synthE%CC%88se_web_final_2.pdf

⁶⁴ Cf. infra Genre, orientation sexuelle et identité de genre : des inégalités amplifiées, p. 37, pour la stigmatisation médicale et intra-communautaire qu'ont subie les chemsexuels et Continuer nos missions en renouvelant nos pratiques et nos approches, p. 44 pour les réponses d'accompagnement mises en place par AIDES pour les chemsexuels

« Plus que jamais, nous tirons la sonnette d'alarme sur les risques que la situation actuelle fait peser sur la santé de nos publics en Guyane »

Depuis l'apparition de la pandémie, que s'est-il passé pour les personnes vivant avec le VIH (prise en charge, accompagnement, accès aux traitements, etc.) et pour les personnes appartenant aux populations clés (accès à la prévention, accompagnement, accès aux services, etc.) ?

AIDES Guyane : Les consultations à l'hôpital ont été annulées au plus fort de l'épidémie, et reportées à une date ultérieure. Le renouvellement des ordonnances pour les traitements antirétroviraux a pu se faire. L'accès aux médicaments a pu poser des difficultés : des pharmacies n'avaient pas reçu les informations et refusaient l'aide médicale d'État (AME) ou la complémentaire santé solidaire (CSS) prolongées dans le cadre de l'état d'urgence⁶⁵. Le travail partenarial a permis de faire avancer ce point. Dès le mois de juin, des personnes se sont retrouvées avec leurs droits à la sécurité sociale périmés. Un plaidoyer a été mis en place, notamment avec l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE). En lien avec le prolongement de l'état d'urgence, les droits à la protection universelle maladie [anciennement Couverture maladie universelle (CMU)] et à la CSS arrivés à expiration entre le 12 mars et le 31 octobre 2020 ont pu bénéficier d'une prolongation de trois mois à compter de leur date d'échéance.

Par contre, l'accès au séjour reste problématique. Malgré les courriers adressés au ministère de l'Intérieur et les démarches locales, le prolongement des titres de séjour n'a pas été acté sur l'ensemble de la durée de l'état d'urgence. Dans ce contexte, les personnes étrangères rencontrent un cumul de difficultés pour déposer leurs dossiers de renouvellement de séjour. La préfecture et la sous-préfecture sont peu ouvertes, il est donc difficile d'obtenir des rendez-vous. En outre, en raison des restrictions de déplacement qui pèsent particulièrement sur les personnes qui habitent sur le fleuve Maroni, il est impossible de se déplacer. Il est également très compliqué de fournir les documents nécessaires : du fait du retard dans le dépôt des demandes de séjour, certaines pièces sont périmées, et la fermeture des frontières empêche les personnes d'aller récupérer leurs documents (passeports, documents administratifs surinamais ou guyaniens).

Les frontières avec le Suriname sont fermées depuis début mars. Les personnes qui habitent à Albina, en face de Saint-Laurent-du-Maroni et qui sont suivies en Guyane ne peuvent plus accéder à l'hôpital et à leur traitement. En partenariat avec le Centre hospitalier de l'ouest guyanais (CHOG) et le réseau ville hôpital, leurs ordonnances ont pu être renouvelées, et nous avons pu récupérer leurs médicaments. Avec l'accord de la sous-préfecture, nous avons pu traverser le fleuve Maroni pour remettre les antirétroviraux à notre partenaire Surinam Red Cross Society (SRCS) pour que les PVVIH concernées au Suriname puissent poursuivre leurs traitements. Nous avons également participé à une réunion transfrontalière avec les hôpitaux du Suriname, de Guyane et les autorités sanitaires des deux pays afin de voir de quelle manière une coopération peut se mettre en place afin de gérer au mieux les besoins des personnes. Des inquiétudes sont présentes sur l'évolution du nombre d'infections au Suriname et sur de possibles pénuries en médicaments. À ce jour, la Covid-19 est toujours active.

La situation sanitaire en Guyane est fragile depuis longtemps avec une offre de soins dégradée, du fait du manque de moyens, par rapport à d'autres territoires. Comment le système a-t-il résisté à l'arrivée de la Covid-19 ?

AIDES Guyane : Malgré le confinement qui a été instauré en Guyane en même temps que dans l'hexagone, l'épidémie est arrivée en décalé sur notre territoire, à peu près au moment du déconfinement national. La Guyane a ainsi pu bénéficier de la réserve sanitaire et de l'expérience des soignants-es. Le matériel comme les masques et le gel a aussi été disponible à cette période. Les lits de réanimation ont pu être installés : avant le Covid, le CHOG ne disposait d'aucun lit de réanimation. La Guyane faisait aussi face à une épidémie de dengue et de leptospirose.



AIDES Guyane

La Guyane, territoire français le plus touché par le VIH/sida, paie également un lourd tribut à la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19. L'état d'urgence sanitaire mis en place par le gouvernement entre le 24 mars et le 10 juillet a été prolongé jusqu'au 16 septembre dans ce département. Les militants-es de AIDES sur place témoignent des difficultés rencontrées par les publics que nous accompagnons.

⁶⁵ Cf. infra La simplification des démarches d'ouverture et de renouvellement de la couverture santé, p. 56

Avec le confinement, nous avons constaté une détérioration des conditions d'accueil et de prise en charge du VIH et des hépatites virales.

Des évacuations sanitaires ont aussi été organisées avec les Antilles. L'épidémie est d'abord arrivée par l'est, ensuite à Cayenne, puis dans l'ouest. La situation s'est calmée à Cayenne au moment du pic dans l'ouest, et cela a permis de renforcer les équipes ainsi que le centre de santé de Maripasoula. Au-delà de la crise liée au Covid, l'ouest guyanais fait face à une pénurie d'infectiologues depuis plusieurs années. Après avoir passé plusieurs mois sans infectiologue, un poste est maintenant pourvu, sur les trois qui sont prévus. Le manque d'effectif se traduit par un nombre limité de consultations pour les PVVIH et une impossibilité jusqu'en début 2020 d'avoir accès à la Prep sur Saint-Laurent-du-Maroni.

Avec le confinement, nous avons constaté une détérioration des conditions d'accueil et de prise en charge du VIH et des hépatites virales. L'offre de dépistage associative a été réduite du fait des mesures prises contre le Covid-19. En outre, le manque de matériel et de ressources humaines dans les laboratoires de biologie médicale s'est traduit par un délai de plusieurs semaines avant l'obtention des résultats de dépistage IST. Les difficultés concernent aussi le CHOG. L'indisponibilité de l'infectiologue a entraîné l'interruption des consultations de suivi. Les personnes ont rencontré des difficultés d'accès à la prise de rendez-vous et à l'information sur la disponibilité et l'organisation des services. Elles se sont retrouvées dans l'impossibilité d'accéder au CHOG sans rendez-vous. Pour celles qui ont réussi à en obtenir, elles avaient l'obligation de présenter des justificatifs de leur venue, rompant la confidentialité liée à leur état de santé. Enfin, les équipes de réservistes dédiées à l'épidémie de Covid-19 étaient dans l'impossibilité de se mobiliser sur la prévention et le suivi du VIH et des hépatites virales.

Ces préoccupations ne sont que l'exacerbation des problématiques habituellement rencontrées par AIDES en Guyane, et au sujet desquelles nous avons déjà contacté l'Agence régionale de santé (ARS) en décembre dernier. Plus que jamais, nous tirons la sonnette d'alarme sur les risques que la crise sanitaire fait peser sur la santé de nos publics en Guyane.

À l'échelle du territoire et tous domaines confondus, concernant la réponse à cette nouvelle épidémie, qu'est-ce qui a marché et qu'est-ce qui n'a pas fonctionné ?

AIDES Guyane : *La mobilisation et le partenariat ont fonctionné, plusieurs partenaires qui se connaissaient peu, se sont rapprochés, cela a amené à la mise en place de plusieurs actions, que ce soit des actions de terrain ou des actions de plaidoyer. Sur Saint-Laurent-du-Maroni, des permanences d'accès aux soins de santé (Pass) se sont mises en place dans les quartiers et villages. Nous espérons qu'elles pourront se maintenir. Dans le même temps, des difficultés liées à l'organisation et la communication ont été fortes et ont entraîné des difficultés. Ça a été le cas pour la distribution des aides alimentaires. Des problèmes de calibrage des aides avec le nombre de personnes qui en nécessitaient. Il en a été de même sur l'hébergement Covid que nous gérons, les partenaires avaient des informations parcellaires sur le dispositif, et on a fait face à des mauvaises orientations des personnes.*

Des données de 2017 indiquaient que la moitié de la population vivait sous le seuil de pauvreté contre 14 % en métropole. Le taux de pauvreté semble malgré tout avoir baissé ces dernières années, mais les richesses restent très inégalement réparties. Dans ce contexte, avez-vous des craintes concernant l'impact économique de la crise sanitaire de la Covid-19 ? Cela peut-il avoir des conséquences sur l'épidémie de VIH ?

AIDES Guyane : *Complètement, Médecins du monde a d'ailleurs parlé de crise humanitaire. La pauvreté, importante en Guyane, est accentuée par cette crise : accès à des revenus, à de l'eau, à des denrées alimentaires, etc. À ce jour, l'ensemble de l'activité n'a pas repris, nombre d'artisans, d'entreprises annoncent des faillites. Le coût de la vie a aussi augmenté avec le Covid-19 : des produits ont doublé dans certains magasins, idem pour le coût des transports. Nous faisons face depuis mars à une pénurie de bouteilles de gaz, qui est la source d'énergie principale dans les foyers pour cuisiner. Cela aura forcément des conséquences sur le VIH, car cela risque d'augmenter la vulnérabilité des personnes face aux épidémies.*

Propos recueillis par Jean-François Laforgerie

Août 2020

L'intégralité de l'interview est à retrouver sur le site seronet.info

et dans l'édition n°112 de la revue *Remaides*

4. Prisons : zones de non-droits

“ On a regardé les infos à la télé. C'était la folie, on n'y croyait pas trop, les matons nous ont dit que tout le monde allait être confiné. Plus le droit aux promenades, ni parler, rien ! [...] C'était compliqué au début car on avait un milliard de questions et d'inquiétudes et personne pour nous dire quoi que ce soit. On avait l'ordre de ne pas bouger de nos cellules, de prendre nos gamelles en cellule, et le reste des consignes viendrait après. ”

Jordan, personne détenue en maison d'arrêt accompagnée par AIDES

“ Ah c'était chaud le Covid. Fallait être costaud mentalement sinon t'étais mort ou tu allais être shooté aux médocs psy. ”

Roméo, personne détenue en centre de détention accompagnée par AIDES

En France, la crise sanitaire a été déclarée dans un contexte de surpopulation carcérale. Certains établissements sont plus concernés que d'autres : en janvier 2020, les maisons d'arrêts connaissent ainsi un taux d'occupation de 138 %, contraignant plusieurs personnes à partager la cellule⁶⁶. Une telle situation complique le respect des gestes barrières par les personnes détenues, dans un contexte de confinement par ailleurs marqué par le manque d'accès aux masques et au gel hydro-alcoolique. À la fin du mois de juin, plus de quarante prisons⁶⁷ présentent des personnes testées positives à la Covid-19. Dans certaines d'entre elles, plus de la moitié des personnes détenues sont concernées⁶⁸.

Pendant la crise sanitaire⁶⁹, les autorités publiques ont pris des mesures pour augmenter les libérations anticipées. En deux mois de confinement, le nombre de personnes détenues a diminué de plus de 13 500. Au regard de cette situation, un courrier d'une quarantaine d'associations et d'organisations, dont AIDES, et de nombreuses personnalités publiques engagent les autorités publiques à mettre un terme à la surpopulation carcérale : « si elle résulte de circonstances exceptionnelles, [cette situation] impose une évidence incontestable : réduire la population carcérale, prendre en charge en milieu libre ceux qui peuvent ou doivent l'être, n'est ni déraisonnable, ni dangereux. C'est, au contraire, une mesure de salut public⁷⁰. »

“ Sauf que les détenus, ils étaient très inquiets, parce que forcément, ceux qui rentrent et qui sortent, c'était plutôt les agents qui risquaient de faire rentrer le Covid. [...] Certains ont été en cellule seuls parce que les autres détenus étaient sortis, mais c'est quand même une maison d'arrêt qui est restée un peu surpeuplée. [...] Ça ça n'a pas changé grand-chose, quoi. ”

Axelle, militante impliquée dans l'accompagnement des personnes détenues

Pour les personnes détenues — qui ont témoigné auprès des militants-es de AIDES dans le cadre d'interventions en milieu carcéral — le confinement a d'abord été une source d'inquiétudes et de restrictions. Les politiques internes de gestion de la crise sanitaire dépendant des établissements, certains-es détenus-es ont été interdits-es de promenades, tandis que d'autres ont vu leur temps de promenade augmenté.

Dans tous les cas, la privation d'activités ainsi que l'interdiction d'intervention pour les associations, qui occupent habituellement une partie de leur temps, a marqué négativement la période de confinement pour ces personnes. Plus encore, la suspension des parloirs ainsi que les conditions de reprise, empêchant toute intimité et la venue des enfants, ont été particulièrement mal vécues, aggravant la sensation d'isolement et l'inquiétude. Les conséquences psychiques ont été d'autant plus importantes pour les personnes en transfert ou ayant été incarcérées pendant le confinement, car elles ont été placées en quatorzaine. Par ailleurs, les restrictions de déplacements à l'extérieur de la prison ont empêché les proches de se rendre aux parloirs lorsque ces derniers ont repris.

“ Dans les parloirs ils ont installé des murs de plexiglass, on pouvait voir nos familles mais le contact physique était complètement interdit. ”

Roméo, personne en centre de détention accompagnée par AIDES

La crise sanitaire impose une évidence incontestable : réduire la population carcérale, prendre en charge en milieu libre ceux qui peuvent ou doivent l'être, n'est ni déraisonnable, ni dangereux. C'est, au contraire, une mesure de salut public.

⁶⁶ 70 651 personnes détenues pour 61 080 places au 1^{er} janvier 2020. Observatoire international des prisons (OIP), « Surpopulation carcérale », site de l'OIP, consulté en septembre 2020.

Lien URL : <https://oip.org/decrypter/thematiques/surpopulation-carcerales/#?text=Il%20est%20aujourd'hui%20de%20des%20cortes%20peines%20de%20prison>

⁶⁷ OIP, « Coronavirus en prison – L'essentiel », site de l'OIP, consulté en septembre 2020.

Lien URL : <https://oip.org/covid19-en-prison-essentiel/>

⁶⁸ À la maison d'arrêt de Majicavo, à Mayotte, 183 personnes détenues sur un total de 323 avaient été testées positives le 4 juin 2020. OIP, « Covid-19 : les angles morts de la politique de prévention en prison », site de l'OIP, 25 juillet 2020. Lien URL : <https://oip.org/analyse/covid-19-les-angles-morts-de-la-politique-de-prevention-en-prison/>

⁶⁹ Ordonnance n° 2020-303 du 25 mars 2020 portant sur l'adaptation de règles de procédure pénale. Lien URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041755529/>

⁷⁰ Lettre ouverte au président de la République, 5 juillet 2020. Lien URL : https://oip.org/wp-content/uploads/2020/06/lettre-ouverte-surpopulation-carcerales_03062020.pdf

“ La promiscuité et l'absence d'intimité étaient telles que plein de détenus ont refusé de voir leur famille. Ça a duré une petite quinzaine de jours. Les parloirs ont repris avec une seule personne, et puis là maintenant [au mois de juillet], ils peuvent voir à nouveau leurs enfants notamment. Mais ça a été compliqué. Avec cette absence d'intimité totale, parce que tous les détenus et le surveillant pouvaient entendre ce qui se disait. C'était quand même assez terrible. ”

Axelle, militante impliquée dans l'accompagnement des personnes détenues

L'accès à la santé pour les personnes détenues a été perturbé durant le confinement. Bien que les Unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) soient restées ouvertes, seules les personnes aux rendez-vous jugés suffisamment importants étaient autorisées à s'y rendre. Par ailleurs, dans l'un des établissements où nos militants-es interviennent, l'accompagnement psychologique a été totalement suspendu.

L'accès au matériel de réduction des risques liés aux contaminations au VIH et aux hépatites, déjà particulièrement limité au sein des établissements pénitentiaires en temps normal, a également été perturbé. Le matériel mis à disposition par les militants-es n'a pas pu être approvisionné car l'intervention des associations en milieu carcéral était interdite de mars à juin. Le confinement a donc exacerbé l'exposition des personnes détenues aux risques de contamination, déjà très forte dans un contexte de négation des questions de sexualité et d'usage de produits psychoactifs par l'administration pénitentiaire. Celle-ci refuse par ailleurs d'appliquer la loi de modernisation du système de santé de 2016 qui ouvre la possibilité de programmes d'échanges de seringues en milieu fermé.

“ À part les capotes, il n'y a rien. Mais je veux dire : rien. Quand on pense aux traitements d'urgence [TPE], ça serait le minimum je trouve. [...] Eh bien, même à l'unité sanitaire, il n'y en a pas. C'est-à-dire qu'ils appellent les urgences, et encore, quand on leur dit quelque chose. Parce que ce n'est pas si évident [pour les personnes détenues] de dire qu'elles ont eu par exemple des relations sexuelles consenties, mais quand même sans capote, pour pouvoir accéder à un TPE. D'aller poser ça, tout simplement. Elles ne disent pas non plus si elles ont été victimes de violences, forcément, et quand on le sait, de toute façon, on ne peut pas donner de traitement d'urgence. Il n'y a que dans les carnets de route — qu'on ne peut pas amener non plus, qu'on le dise — mais qui peuvent se mettre au milieu des brochures : c'est plus compliqué de mettre une seringue, mais des Roule ta paille⁷¹, c'est possible. ”

Axelle, militante impliquée dans l'accompagnement des personnes détenues

En outre, les ruptures de droits sociaux qu'entraînent habituellement les libérations ont été exacerbées pendant le confinement avec la fermeture au public des services d'insertion et de probation (SPIP), des guichets administratifs du droit commun et les difficultés d'accès aux visites médicales. Les personnes libérées pendant le confinement et accompagnées par nos militants-es ont rencontré des difficultés d'accès à un hébergement, à une couverture de santé ou encore au revenu de solidarité active (RSA).

“ On lui a donné son traitement [contre l'hépatite C] à la maison d'arrêt, et il a fait partie de ceux qui ont été libérés plus tôt [...]. Il s'est retrouvé à la rue avec toute sa famille, parce que ce n'était pas prévu qu'il sorte si tôt, c'était le bazar pour lui. Et il ne savait pas si son hépatite était guérie ou pas, il n'était pas du tout rattaché à son suivi. Donc il a pris son traitement fin mars, il a été libéré, et il a fini son traitement à l'extérieur parce qu'il avait encore des médicaments avec lui. Il n'a pas eu de contrôle, et le bilan hépatique est en cours, là [au mois de juillet]. Mais ça a mis beaucoup plus de temps que prévu, finalement. ”

Lucie, militante impliquée dans l'accompagnement des personnes détenues

Dans un système de santé où il faut être affilié-e à une couverture de santé pour obtenir le remboursement de ses traitements, ces ruptures de droits conduisent fatalement à des ruptures d'accès aux traitements.

Le confinement a exacerbé l'exposition des personnes détenues aux risques de contamination, déjà très forte dans un contexte de négation des questions de sexualité et d'usage de produits psychoactifs par l'administration pénitentiaire.

⁷¹ Carnet de feuilles qui permet aux usagers de drogues par inhalation d'avoir du matériel propre et à usage unique.

C'est notamment ce à quoi est confrontée une usagère du Caarud de Rennes qui suivait un traitement de substitution aux opiacés (TSO) lorsqu'elle était en prison : elle n'y a toujours pas accès, plusieurs mois après sa libération.

“ Une usagère du Caarud est sortie de prison pendant le confinement. [...] La difficulté qu'elle a eue, c'est de récupérer son dossier de CMU [Couverture maladie universelle, remplacée par la Protection universelle maladie depuis 2016] [...]. Elle avait commencé à entamer une démarche d'accès aux soins au sein de la prison avec une assistante sociale, et en sortant de prison, bah pffft ! Plus de dossier, impossible de récupérer son dossier. J'ai envoyé un mail à l'assistante sociale, c'était une grosse galère, enfin voilà, c'est la prison aussi. [...] Et là, [au mois de juillet], je suis toujours en attente de réponse pour qu'elle récupère son dossier. Si elle va à la CPAM [Caisse primaire d'assurance maladie], on la renvoie ailleurs. ”

Lucie, militante impliquée dans l'accompagnement des usagers-es de drogues

5. Genre, orientation sexuelle et identité de genre : des inégalités amplifiées

La crise sanitaire a renforcé certaines inégalités fondées sur le genre, l'orientation sexuelle et l'identité de genre⁷². Outre les risques d'outing forcés des membres de nos communautés que le confinement a pu engendrer⁷³, certaines problématiques spécifiques aux femmes, aux personnes trans et/ou aux personnes non hétérosexuelles ont émergé lors des témoignages. Elles mettent en évidence l'intensification de la hiérarchisation sociale qui infériorise ces populations, et son impact sur leur accès aux droits et à la santé.

L'épidémie et la crise économique qu'elle a provoquée creuse le fossé entre les hommes et les femmes en termes d'accès à l'emploi et de conditions de travail. L'arrêt du travail pour une partie de la population active touche nettement les femmes : parmi celles qui étaient en emploi au 1^{er} mars 2020, deux sur trois seulement continuent de travailler deux mois plus tard, contre trois hommes sur quatre⁷⁴. Cela accentue les inégalités de distribution des ressources économiques et sociales, ainsi que les valorisations symboliques qui lui sont attachées, et s'est traduit par une perte d'autonomie des femmes.

Parmi celles en emploi, les femmes sont autant en télétravail que les hommes, mais les conditions diffèrent. La charge mentale, les doubles journées et l'injonction au *care* qu'elles connaissent en temps normal sont renforcées par le travail à domicile. À ce titre, le confinement agit comme un véritable révélateur des rôles sociaux hommes/femmes⁷⁵ et exacerbe les rapports de pouvoir de genre préexistants. Le confinement crée également des tensions au sein des foyers, liées à la surcharge domestique et professionnelle, à la promiscuité subie, ou encore à une perception différente du respect des mesures sanitaires. Il renforce l'exposition des jeunes LGBTQI+ aux risques de violences intrafamiliales⁷⁶ et des femmes aux violences conjugales.

“ Certaines [des personnes accompagnées] s'inquiétaient aussi beaucoup pour leurs proches. L'une d'entre elles rapportait la situation d'une proche, pour qui ça n'allait pas dans son couple. Elle avait peur qu'elle vive des violences. Une espèce d'angoisse. ”

Megane, militante impliquée dans l'accompagnement des femmes

Le confinement de la population a aussi eu pour conséquence une plus grande exposition aux violences dans les espaces publics, qui concernent déjà particulièrement les jeunes femmes⁷⁷.

Le confinement agit comme un révélateur des rôles sociaux hommes/femmes et exacerbe les rapports de pouvoir de genre préexistants.

⁷² « Urgences LGBTQI durant le confinement : lettre à Marlène Schiappa », *Courrier inter-associatif*, 28 avril 2020. Lien URL : <https://www.aides.org/communiquer/urgences-lgbtqi-durant-le-confinement-lettre-marlene-schiappa>

⁷³ Cf. *Des conditions d'hébergement dégradées*, p. 15

⁷⁴ Anne Lambert et al., « Le travail et ses aménagements : ce que la pandémie de Covid-19 a changé pour les Français », *Population et sociétés*, n°579, juillet 2020. Lien URL : https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/30315/579_population_societes_juillet_2020_covid_travail_france_fr.pdf

⁷⁵ Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (HCE), « Le confinement, un révélateur des rôles sociaux des femmes et des hommes », Communiqué du 14 avril 2020. Lien URL : https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/vigilance_egalite_confinement_avril_2020.pdf

⁷⁶ Christelle Amel, « Violences intrafamiliales : les filles et les jeunes LGBT plus touchés », *Rapport au Défenseur des droits*, avril 2020. Lien URL : <https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/etude-resultats-violencesintrafam-num-24-04-20.pdf>

⁷⁷ Amandine Lebugle et al., « Les violences dans les espaces publics touchent surtout les jeunes femmes des grandes villes », *Population et sociétés*, n°550, décembre 2017. Lien URL : https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/27216/550_population_societes_decembre_2017_violences_1_fr.pdf

Les contrôles répétés
auprès de certaines
catégories de la
population déjà
fortement
stigmatisées
nourrissent un
sentiment de
discrimination et de
défiance envers les
forces de l'ordre.

Les témoignages recueillis montrent que dans certaines zones géographiques, notamment les grandes villes, le harcèlement de rue et les agressions qu'elles ont subi ont été décuplés pendant et après le confinement. Certaines expliquent avoir dû modifier leurs horaires de sortie.

“ Normalement, à minuit, une heure du matin, je sors mon chien sans problème. Et là [pendant le confinement] c'était 20h30, 21h, dernier carat. Ça fait deux ans et demi que j'habite ici, et c'est la première fois que j'ai senti... Des rares mecs en bagnole un peu agressifs, des coups de klaxon. Et puis tu dis "En fait, je peux toujours crier, mais il n'y a personne qui va sortir et qui va m'aider. Non." Les dix jours qui ont suivi la fin du confinement, avant que les bars n'ouvrent, j'ai continué à sentir ce truc d'insécurité par rapport aux hommes. ”

Sacha, militante impliquée dans l'accompagnement des femmes

Les annulations de rendez-vous gynécologiques sans proposition de nouvelle date sont également source d'inquiétude et entraînent des retards dans le soin. Une militante a ainsi dû vivre avec des maux de ventre pendant tout le confinement sans réussir à obtenir d'informations et de prise en charge médicale. L'accès à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) a en outre été compliqué : bien que le délai d'IVG médicamenteuse ait été prolongé de deux semaines pendant le confinement par arrêté du ministère de la Santé et des Solidarités, le Sénat a rejeté la prolongation du délai pour accéder à l'IVG chirurgicale. Le Planning Familial rapporte ainsi une hausse des appels pour des questions liées à l'avortement et aux tests de grossesse pendant et à la sortie du confinement⁷⁸. La peur du virus, de devoir justifier son déplacement auprès de ses proches ou de la police et la perturbation des centres médicaux peuvent expliquer en partie la diminution des IVG pendant cette période. Les entretiens révèlent que les interactions avec la police sont en effet un motif d'angoisse fréquemment évoqué, qui conduit souvent à limiter les déplacements. Les contrôles répétés auprès de certaines catégories de la population déjà fortement stigmatisées nourrissent de fait chez celles et ceux qui en font l'objet un sentiment de discrimination et de défiance envers les forces de l'ordre — notamment due à l'absence d'information sur les raisons du contrôle⁷⁹. Certaines personnes trans évoquent leur crainte de subir de la transphobie lors de contrôles policiers.

“ Quand t'as une identité de genre visible et un genre différent sur ta carte d'identité — puisque l'état civil est rarement changé, vu que ça demande six mois à un an de démarches au niveau du tribunal, c'est rare que ces démarches soient faites — il y avait une très grande peur des contrôles de police et de la transphobie. ”

Ilona, militante impliquée dans l'accompagnement des travailleurs-ses du sexe

Les ruptures d'accompagnement dans le parcours de transition, les modalités de déroulement des rendez-vous à la sortie du confinement ainsi que les annulations ou reports d'opérations sont également des sources de mal-être pour certaines personnes concernées par la transidentité (cf. interview « La crise n'a pas changé les urgences par rapport aux personnes trans », page suivante). Un homme trans accompagné par nos militants-es explique les difficultés auxquelles il est confronté en raison de la perturbation des rendez-vous liés à son parcours de transition.

“ Dans la transition, ça m'a posé vraiment problème [...]. J'étais à huit mois d'hormones, et c'était vraiment dur à vivre. [...] Le fait que [l'orthophoniste] soit annulé, je ne savais pas non plus la visibilité dans l'avenir, quand est-ce qu'on allait reprendre... On n'avait pas de visibilité sur les dates futures, c'était très angoissant à ce niveau-là. L'histoire des masques, avec une orthophonie, c'est un truc de fou, j'ai eu beaucoup de mal [...]. En fait, c'est des problèmes dans d'autres problèmes, comme des poupées russes. Une transition c'est assez compliqué comme ça, avec le Covid en plus, c'est encore plus difficile, quoi. [...] Je devais avoir la mammectomie prévue pour cet été. Le premier rendez-vous, du 9 juin, a été reporté, et puis au final annulé [...]. Avant le Covid, en janvier, la promesse c'était : "Vous serez opéré pour l'été". Là, l'été 2020. C'était ça, le schéma de départ. Le Covid est arrivé, pouf ! Plus de rendez-vous, plus rien. "Vous serez opéré en novembre. On vous donne le calendrier". Sauf que moi, depuis janvier, je ne pense qu'à ça, hein. ”

Alexis, homme trans accompagné par AIDES

⁷⁸ Planning familial, Point presse sur l'avortement en temps de confinement : analyse de la situation du 30 mars au 19 avril 2020, 6 mai 2020.

Lien URL : <https://www.planning-familial.org/fr/nvn/point-presse-sur-lavortement-en-temps-de-confinement-analyse-de-la-situation-du-30-mars-au-19>

⁷⁹ Défenseur des droits, « Enquête sur l'accès aux droits. Relation police/population : les cas des contrôles d'identité », Rapport, janvier 2017.

Lien URL : <https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rapport-enquete-relations-police-population-20170111-1.pdf>

« La crise n'a pas changé les urgences par rapport aux personnes trans »

Quels constats avez-vous faits sur la période de confinement puis de déconfinement, notamment sur les difficultés qu'ont pu rencontrer les personnes transgenres ?

Élian Barcelo : *Tout un tas de choses ont été constatées directement par les associations. Beaucoup de demandes d'accompagnement faites par des personnes transgenres qui avaient connaissance de leur identité depuis plus ou moins longtemps, mais qui ont décidé de faire face à la situation de manière très récente ; notamment des personnes qui se sont retrouvées coincées avec leurs questionnements sur leur identité en phase de confinement, donc seules. Pour certaines, cette situation particulière du début de crise les a décidées à prendre les choses en main. Nous avons constaté de nombreuses demandes pour initier des parcours de transition, lancer des suivis. Des demandes ont également porté sur le fait de savoir si leurs questionnements personnels étaient légitimes, pour avoir des assurances sur les possibilités de vivre ce changement ; beaucoup de premiers questionnements en fait.*

Ce constat a été assez partagé par nos associations. Nous avons eu également de nombreuses demandes concernant des personnes malades du Covid-19 voire d'autres maladies, qui se retrouvaient très isolées dans leur domicile ; certaines en rupture familiale ou en isolement social, avec personne de leur entourage pour les épauler dans la vie quotidienne, pour répondre à leurs besoins primaires comme se nourrir. Du coup, des associations en France se sont organisées pour apporter des repas et un certain confort à ces personnes qui n'avaient aucun entourage. [...]

Quelles solutions avez-vous pu mettre en place aux questionnements sur l'identité, le parcours de transidentité dont le nombre augmentait ?

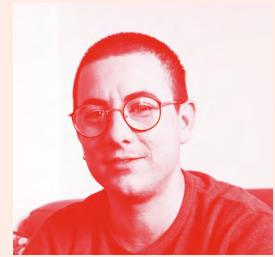
ÉB : *Nous sommes différentes structures avec différentes configurations, donc des réponses différentes. Les structures avec des salariés-es sont assez peu nombreuses. Et quand c'est le cas, le-la salarié-e a été généralement en mesure de faire du lien à distance, notamment avec la mise en place de permanences téléphoniques. Mais nous avons fait le constat que cela marchait assez peu. Différentes raisons à cela. L'une est que l'échange téléphonique était difficile car la personne concernée partageait un logement, avec un-e parent-e, un-e conjoint-e, des amis-es, ce qui ne permettait pas la confidentialité de l'échange. C'est vrai que parler d'une chose aussi intime que l'orientation sexuelle ou l'identité de genre dans un tel contexte n'est pas facile. Des associations se sont tournées vers la création de forums, de fils de discussion, de groupes sur les réseaux sociaux. Il n'y a eu aucun accueil en physique dans nos structures pendant tout le confinement. Ils ont repris progressivement avec le déconfinement.*

Vous expliquez que les demandes de démarrage de parcours ont été nettement plus nombreuses...

ÉB : *On peut dire que la demande a explosé concernant les personnes transgenres [...]. J'ai tendance à penser que ces questionnements auraient émergé à un moment ou un autre, mais pas de la façon à la fois rapide et massive que nous avons connue avec cette crise. Cela a été très soudain avec un sentiment de débuts de transition un peu aux forceps ! Un peu comme si l'enfermement et le repli sur soi induit par le confinement avaient empêché de repousser cette question voire de la fuir et provoquer une omniprésence des questionnements sur la transidentité chez certaines personnes.*

En matière de suivi médical (consultations d'endocrinologie ou autres, hormonothérapies, etc.) quelles difficultés ont été rencontrées par les personnes transgenres ?

ÉB : *Quelques personnes ont connu des difficultés, parfois sur la mise sous traitements et plus rarement pour des personnes lors de visites de contrôle. Majoritairement, la priorisation de l'activité médicale sur le Covid-19 a été bien comprise et acceptée... parce qu'il s'agissait d'une pandémie, d'un contexte d'urgence. Quelques structures comme le Planning familial à Rennes, par exemple, ont poursuivi leurs activités de suivi généraliste pour les personnes transgenres avec une offre téléphonique. Il y avait ainsi toujours le moyen d'avoir des réponses.*



Élian Barcelo

Fédération LGBTI+, Iskis

Élian Barcelo est administrateur de la Fédération LGBTI+. Il est président d'Iskis — centre LGBTI+ de Rennes. La Fédération LGBTI+ s'est constituée en 2003. Elle a pour objet de créer une solidarité entre associations, unir les forces militantes et partager les expériences. Elle regroupe des centres lesbiens, gays, bi, transgenres et intersexes (LGBTI+) et des associations locales ou nationales LGBTI+, agissant en France. Cela représente quelques 35 structures de toutes les régions de métropole, ainsi que la capitale.

Globalement, nous avons le sentiment de ne pas être considérés-es comme des acteurs-rices sérieux-ses par les pouvoirs publics.

La crise de la Covid-19 a-t-elle eu un effet de miroir grossissant des problèmes rencontrés par les personnes transgenres ?

ÉB : Elle n'a pas fait apparaître de faits nouveaux, mais rendu certains points déjà connus en amont de la crise plus aigus. En revanche, quelque chose est venue frapper fort beaucoup d'associations françaises. La crise nous a fait nous rendre compte à quel point il était difficile de mener des activités dans les structures qui n'employaient pas, et qui ne s'appuyaient que sur des bénévoles. Quand on est une association dont les militants-es ne peuvent pas sortir de chez eux-elles du fait du confinement, qu'il n'y a pas de salarié-e qui puisse justifier d'une activité professionnelle, il n'y a rien qui se passe. Et cela durant plusieurs semaines. Cela signifie que pour la plupart des militants-es l'ensemble des activités de bénévolat ne sont plus, pour différentes raisons ou contraintes, une priorité... ce qui est compréhensible sur le plan individuel, mais pose d'énormes difficultés au niveau collectif, notamment de pérennisation des activités.

Il y a donc ce constat très fort qui vient nous frapper : un secteur associatif dans le champ des droits humains fondé exclusivement sur le bénévolat est extrêmement fragile. Et pourtant, on se retrouve dans une situation où les subventions allouées actuellement ne permettent pas d'employer. Le millefeuille administratif et ses multitudes de petites subventions ne permettent pas que nos activités se renforcent et l'accès aux droits s'en trouve, de fait, entravé. Comme tout un tas d'autres secteurs, nous sommes vulnérables à toute crise, notamment sanitaire. Et nous ne pensions pas l'être autant.

Quelles solutions, expérimentations ont été mises en place par rapport aux différents besoins qui vous ont été remontés ?

ÉB : Des choses mises en place par les associations comme de l'accueil téléphonique, du lien par Internet, de la reprise de lien dans des entretiens individuels avec le déconfinement ; des associations ont repris des accueils collectifs, permanences ou groupes de paroles. Cela a suscité beaucoup d'interrogations et de réflexions sur ce qu'il fallait mettre en place pour accueillir de nouveau du public dans le respect des gestes de protection. Notre fédération y a d'ailleurs consacré une réunion thématique avec des personnes qui avaient des billes en santé publique pour aider à la prise de décision sur telle ou telle activité. Cela a pas mal aidé certaines associations et les a rassurées quant à la poursuite de leurs activités. En parallèle, un certain nombre de choses se sont créées de manière plus informelle, en dehors des canaux habituels. [...]

Quels sont les enseignements de cette crise chez les personnes transgenres ?

ÉB : La crise n'a pas changé les urgences par rapport aux personnes transgenres. En revanche, cette période a créé un effet entonnoir avec le nombre de personnes en demande en augmentation. Si les questionnements, les demandes sur le démarrage d'un parcours de transition sociale, médicale... ont été plus nombreux, la manière d'aborder les questions n'a pas tellement changé. Il y a toujours le besoin d'avoir une dépsychiatisation effective de la transidentité, qu'on reconnaisse le droit des personnes transgenres à choisir librement leurs praticiens-nes et le droit à une transition au niveau administratif qui soit respectueuse et facilitée.

Que pensez-vous de la façon dont les décisions concernant les personnes LGBTI ont été prises et la place que vos structures y a eue ?

ÉB : Globalement, nous avons le sentiment de ne pas être considérés-es comme des acteurs-rices sérieux-ses par les pouvoirs publics. On peut faire le parallèle avec ce qui a été fait en matière de communication suite au Ségur de la santé lorsqu'il y a eu cette publication de la part d'un grand nombre d'associations de santé expliquant que des acteurs-rices de prévention n'ont pas été écoutés-es, ni pris-es au sérieux et pas pris-es en compte dans ce processus de réflexion sur la santé. Je fais un constat similaire sur l'écoute des publics LGBTI et de leurs représentants-es durant cette période. Je note aussi que l'unique clef de lecture des enjeux qui nous concernent est la lutte contre les discriminations, les actes de violence physique, etc. Nous ne sommes pas vus-es comme des acteurs-rices de prévention dans la lutte contre les discriminations ou plus largement sur les questions de santé et pas vus-es non plus comme des acteurs-rices sérieux-ses de la démocratie sanitaire, de la lutte contre le suicide, de la lutte contre l'isolement, de la lutte contre les dépressions et en faveur de la santé mentale... Du coup, on a cette impression forte qu'une majorité des pouvoirs publics ont une vision rétrécie de nos compétences.

Propos recueillis par Jean-François Laforgerie

Le 1^{er} septembre 2020

L'intégralité de l'interview est à retrouver sur le site seronet.info

Autre conséquence du confinement : la délégitimation des relations qui ne s'inscrivent pas dans la norme conjugale et familiale dominante. Le repli imposé sur le foyer domestique et la famille nucléaire a particulièrement pesé sur les personnes vivant seules. De nombreux témoignages ont évoqué un sentiment d'isolement et de solitude, et des difficultés pour y faire face.

Pour certaines de nos communautés, où les réseaux relationnels d'amis, d'anciens-nes amants-es, de partenaires, peuvent constituer des « familles d'élection »⁸⁰, la crise sanitaire a également entraîné un affaiblissement du soutien et des sociabilités : cette manière de construire des relations par la sexualité a été disqualifiée. L'attestation de déplacement dérogatoire mentionnait la possibilité de se déplacer pour « motif familial impérieux » ou « garde d'enfants », mais il n'était pas considéré comme légitime de sortir pour des raisons ne relevant pas de liens familiaux — exceptée « l'assistance aux personnes vulnérables ». Ainsi, des amis-es, des amants-es ou des couples non-cohabitants n'avaient pas le droit de se voir. Ce contrôle social des modes de relations s'est également traduit par des formes de stigmatisations accrues, comme en témoigne ce militant.

“ Je pense que le premier truc que j'ai pu observer, c'est quand même — c'est leur moyen principal [aux chemsexuels accompagnés] d'avoir de la sexualité — les rencontres sur les applications. Du coup, à partir du moment où c'était interdit, stigmatisé — il fallait rester chez soi —, eh bien pour eux, ça voulait dire plus de sexualité avec un partenaire. C'était de la sexualité seul, ou alors ils étaient en couple et peut-être qu'ils en avaient, mais du coup il y avait, j'imagine, un grand sentiment de solitude, pour pas mal de personnes qui se sont retrouvées très isolées. Parce que c'est quand même leur premier moyen de sociabilité, enfin, quand t'es dans du chemsex et que tu vois que tes partenaires de cul. ”

Florian, militant impliqué dans l'accompagnement des chemsexuels

La stigmatisation a pu contraindre certaines personnes à échapper au contrôle social en accentuant leurs prises de risques. Ainsi, la peur d'être confronté-e au jugement des médecins ou d'être exposé-e au risque de contamination à l'hôpital a engendré des renoncements à la prise de traitements post-exposition (TPE) au VIH. Cela met de nouveau en évidence la plus-value d'une approche communautaire pour la protection de la santé, favorisant le non-jugement et la compréhension, et privilégiant la réduction des risques plutôt qu'une logique coercitive et stigmatisante⁸¹.

“ Des garçons avaient arrêté leur Prep, ou allaient faire des plans cul un peu en catimini, un peu en loucedé, et du coup, ne se protégeaient pas forcément, et quand ils prenaient des risques, après, c'était assez compliqué parce qu'ils n'osaient pas aller aux urgences. Et d'une parce qu'ils avaient peur d'être jugés par rapport au fait qu'ils avaient baisé et qu'ils allaient se faire juger par les médecins. Certains ont été jugés, c'est-à-dire que certains sont allés aux urgences chercher un TPE, et se sont fait pourrir la gueule par des médecins, en disant "Mais qu'est-ce que vous faites, vous baisez, c'est le Covid", etc., et d'autres n'ont pas voulu aller chercher le TPE, parce qu'ils avaient peur de choper le Covid aux urgences. ”

Stan, militant impliqué dans l'accompagnement des chemsexuels

Le repli imposé sur le foyer domestique et la famille nucléaire a particulièrement pesé sur les personnes vivant seules, entraînant un affaiblissement du soutien et des sociabilités.

Conclusion

À travers l'instauration de mesures gouvernementales restreignant certaines libertés fondamentales dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire, la crise sanitaire liée à la Covid-19 a remis au cœur des politiques de santé publique la question centrale de la garantie des droits humains. Nous sommes bien placés-es pour le savoir à AIDES : une épidémie se nourrit de la stigmatisation, de la répression et des discriminations, autant qu'elle contribue à les entretenir. Les témoignages recueillis dans le cadre de ce rapport auprès des populations les plus vulnérables ou les plus marginalisées que nous accompagnons nous l'a malheureusement de nouveau démontré. La vulnérabilité et la marginalisation de nos communautés sont les conséquences de politiques excluantes qui ne prennent pas en compte les problématiques spécifiques auxquelles nous sommes confrontés-es.

⁸⁰ L'anthropologue Kath Weston a notamment mise en évidence l'importance de ces réseaux de soutien et de sociabilité chez les minorités sexuelles dans le contexte newyorkais de l'épidémie du VIH/sida des années 1990. Kath Weston, *Families we choose. Lesbians, Gays, Kinship*, Columbi U.P., 1991

⁸¹ Cf. infra *Convaincre et soutenir : la réduction des risques en temps de confinement*, p. 46





AIDES et la crise sanitaire : nos réponses communautaires

“ Face à une urgence médicale certaine et une crise morale qui est une crise d'identité je propose un lieu de réflexion, de solidarité et de transformation, voulons-nous le créer ? ”

Extrait d'une lettre adressée à quelques amis par Daniel Defert en vue de la création de
AIDES, le 25 septembre 1984

Comme beaucoup, AIDES a été prise de court par la montée rapide de l'épidémie de Covid-19, par le nombre de décès, par la déstabilisation du système de santé, par le confinement généralisé du pays et l'adoption de l'état d'urgence sanitaire. Nous avons dû réagir rapidement et trouver des solutions pour nous adapter à cette situation. Forts-es de notre expérience de lutte contre les épidémies du VIH/sida et des hépatites, nous avons mis en place les mesures nécessaires pour assurer nos missions de prévention et de protection des populations que nous accompagnons, et dont nombre d'entre nous sont issus-es. Sans jamais transiger sur la sécurité des personnes qui ont besoin de nous et sur celle des militants-es qui les soutiennent.

Pour répondre aux défis de la crise sanitaire, nous nous efforçons d'informer nos publics, de les accompagner dans leur accès aux droits et à la santé, de lutter contre leur isolement, tout en renouvelant nos pratiques et nos approches dans le respect des mesures sanitaires. Nous travaillons également avec les autorités de santé et les décideurs-ses politiques pour défendre les droits de nos populations clés et leur implication dans l'élaboration et la mise en œuvre des mesures de santé les concernant. À ce jour, le bilan reste contrasté. Si certaines mesures ont été prises au plus fort de la crise pour protéger les populations les plus vulnérables, il est nécessaire d'aller encore plus loin pour les aider à faire face à l'épidémie de Covid-19 et à ses conséquences économiques, sanitaires et sociales, qui s'annoncent durables.

1. Construire des réponses adaptées avec nos communautés

La crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 a particulièrement affecté les personnes séropositives ou exposées au VIH et aux hépatites, accentuant leurs facteurs de vulnérabilité⁸². Dans un contexte de mesures sanitaires inédites, et notamment de fermeture de la quasi-totalité des lieux publics, nous avons dû nous adapter et réinventer nos actions afin de poursuivre nos missions à leurs côtés.

1.1. Continuer nos missions en renouvelant nos pratiques et nos approches

Le redéploiement de nos activités à distance

Durant le confinement destiné à freiner la propagation de l'épidémie de Covid-19, nous avons dû adapter notre offre d'accueil pour ne pas compromettre la santé des publics que nous accompagnons et celle de nos militants-es⁸³. Contraints-es de fermer ou d'aménager les horaires d'ouverture de nos 76 antennes locales, nous avons gardé le contact à distance avec les personnes inscrites dans un parcours d'accompagnement, afin de maintenir un lien social et de continuer à répondre à leurs besoins. Nous avons mis en place des permanences téléphoniques et des lignes d'écoute et renforcé notre présence sur les réseaux sociaux, les sites et les applications de rencontre : nos actions virtuelles ont connu une hausse de 25 % entre le premier semestre 2019 et le premier semestre 2020. Ont ainsi été redéployées nos activités d'accueil et d'accompagnement, nos missions d'information, de prévention, de conseil et d'orientation en matière de santé et de droits. Comme en témoigne ce militant, cela nous a permis de soutenir nos publics isolés.

“ Sur Lyon, on avait mis en place des permanences sur les réseaux sociaux. On avait aussi mis en place une ligne d'écoute, que ça soit au niveau santé sexuelle, ou autre, par rapport à comment les personnes vivaient le confinement. Cette ligne était là, juste pour pouvoir discuter, parler avec les personnes qui se sentaient seules. On a aussi mené pas mal d'entretiens. [...] C'était quand même beaucoup lié à la solitude, si les personnes allaient pouvoir gérer le fait d'être seules, leur sexualité aussi, mais c'était surtout ce sentiment d'exclusion. Elles se sentaient seules. Vraiment. [...] On avait des personnes qui venaient avec une ou deux questions, et puis en fait, on voyait quand même au fur et à mesure des conversations, que c'était plus un moment pour elles de respirer, de pouvoir discuter avec quelqu'un, et de pouvoir s'échapper un petit peu de leur isolement. ”

Anthony, militant impliqué dans l'accompagnement des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH)

Nos outils d'accompagnement en ligne ont continué à être développés dans des espaces dédiés aux besoins de nos populations clés : forum d'échange pour les personnes vivant avec le VIH (PVVIH), initiatives de soutien par et pour les personnes LGBTQI+, espaces d'information et d'entraide pour le chemsex ou la Prep⁸⁴. Ces plateformes communautaires d'auto-soutien ont permis d'échanger librement et sans jugement sur nos expériences, craintes et interrogations, à travers un espace rassurant d'entraide. À cet égard, la crise sanitaire, avec la fermeture de nombreuses structures médicales et socio-médicales, a mis en évidence le rôle essentiel de **la démarche communautaire** portée par AIDES. Elle a permis l'accès à la prévention et à la santé pour les personnes éloignées du système sanitaire, grâce à un accompagnement à l'autonomie. Un militant témoigne à propos du chemsex.

“ Ce qui est très intéressant, et même si on le faisait avant, c'est que la période de Covid a fait exploser un truc : d'un seul coup, les médecins ne recevaient plus de nouveaux patients. Ça veut dire qu'il fallait apporter une réponse brève, immédiate et sans contact physique, à distance, avec les patients et avec les usagers [...]. On agit en primo-intervention, parce qu'on est communautaires, parce que les mecs osent, viennent nous parler. Parce qu'ils savent qu'ils vont pouvoir nous parler de cul, nous dire qu'ils sont pédés, nous dire qu'ils se droguent, et que ça ne va pas poser de problèmes. [...] C'est ce rôle qui est absolument unique de pouvoir assurer, de pouvoir analyser les besoins, écouter, appréhender et analyser les besoins de la personne, et de pouvoir la diriger en fonction de ses besoins, de l'urgence, de beaucoup d'autres critères, vers les professionnels adaptés. Tu vois, que ce soit au niveau sexuel ou de l'usage de drogues. ”

Tom, militant impliqué dans l'accompagnement des chemsexuels



Démarche communautaire

Elle consiste à agir avec un groupe de personnes (la communauté) unies par une même problématique et un même désir d'action. Ensemble, elles trouvent les ressources pour élaborer des solutions à leurs problèmes, agir sur leur environnement ou améliorer leur quotidien. Les personnes concernées sont associées à tous les niveaux de l'action, de l'identification des besoins jusqu'à l'évaluation.

⁸² Cf. supra Crise sanitaire et précarité : des facteurs de vulnérabilité exacerbés, p. 9, et Crise sanitaire et accès aux droits : une relégation sociale accrue, p. 21.

⁸³ L'ensemble des actions que nous avons mises en place pendant le confinement étaient recensées et actualisées sur la page de notre site internet : Covid-19 : AIDES en action pendant le confinement. Lien URL : <https://www.aides.org/fiche-pratique/Covid-19-aides-en-action-pendant-le-confinement>

⁸⁴ Cf. définition du chemsex p. 32 et de la Prep p. 18

La distribution de matériel de prévention et de réduction des risques

À défaut de pouvoir assurer l'accueil habituel de nos publics dans nos locaux, nous avons veillé à maintenir la distribution de matériel de réduction des risques (préservatifs, gel, matériel pour usage de drogues) par envoi postal et en aménageant les conditions d'accueil de nos 29 centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogue (Caarud). Ces derniers sont restés partiellement ouverts, dans le respect des mesures sanitaires en vigueur, ce qui leur a permis de poursuivre leur activité. Malgré le confinement, celle-ci a baissé de seulement 5,5 % entre le premier semestre 2019 et le premier semestre 2020, la distribution des kits de prévention a augmenté de 2 % et celle de sprays nasaux de naloxone, pour les overdoses aux opioïdes, a augmenté de 90 %.

“ Nous, à Rennes, on n'a jamais fermé le Caarud [pendant la période de confinement]. Par contre, forcément, on fonctionnait différemment, avec à la fois des livraisons à domicile, dans Rennes, mais aussi autour de la ville. On fonctionnait également sous forme de normal au Caarud : les personnes nous appelaient, elles nous faisaient leur commande de matos, on préparait le sac et elles venaient le chercher puis repartaient. ”

Lucie, militante impliquée dans l'accompagnement des usagers-es de drogues

Si les contraintes sanitaires nous ont empêché de mener à bien nos activités de dépistage par test rapide d'orientation diagnostique (Trod) dans et hors les murs, la période du confinement a été propice à l'autotest. Ce test simple et rapide du VIH à domicile permet de maintenir une offre d'accès à la connaissance du statut sérologique malgré les restrictions de déplacements et favorise l'autonomie des personnes au niveau de leur santé sexuelle. Sa distribution ou son envoi postal a augmenté de 65 % entre le premier semestre 2019 et le premier semestre 2020 auprès de nos publics HSH et travailleurs-ses du sexe et de 32 % auprès des personnes trans.

La campagne Teste-toi avant le sexe ! (cf. encadré *Teste-toi avant le sexe ! Le confinement comme opportunité de dépistage*) a permis de poursuivre dans cette dynamique de dépistage en assurant largement sa promotion et sa diffusion : 1 546 autotests ont été envoyés par courrier, soit une hausse de 783 % entre le premier semestre 2019 et le premier semestre 2020. L'autotest a permis de proposer le dépistage et la prévention à de nouveaux publics.

TESTE-TOI AVANT LE SEXE ! LE CONFINEMENT COMME OPPORTUNITÉ DE DÉPISTAGE



À l'issue de la période de confinement, AIDES a organisé avec ses partenaires associatifs Vers Paris sans sida et le Corevih Arc Alpin, en lien avec Santé publique France, une grande campagne nationale de dépistage du VIH et des infections sexuellement transmissibles (IST) partout sur le territoire : Teste-toi avant le sexe ! ou #TestBeforeSex. Les mesures sanitaires adoptées pour endiguer l'épidémie de Covid-19 pendant le confinement, limitant déplacements et rencontres, ont en effet conduit à une réduction des rapports sexuels et du nombre de partenaires, et à une moindre exposition au VIH et aux IST durant cette période. En outre, les personnes qui ont

été infectées peu de temps avant le confinement ont produit suffisamment d'anticorps durant cette période pour assurer la fiabilité des résultats des tests sérologiques à distance de la dernière exposition au risque. Plusieurs options ont pu être proposées — dépistage sanguin avec ordonnance, Trod, kit autotest — afin de permettre à chacun-e d'avoir accès à un dépistage, y compris sur les territoires n'ayant pas les structures permettant d'accueillir les personnes dans le respect des mesures de sécurité sanitaire en vigueur. Pour accompagner le dépistage, des entretiens téléphoniques ont été assurés par des militants-es de AIDES et ses

partenaires, afin de faire le point sur sa santé sexuelle et d'être accompagné vers le soin ou les moyens de prévention adaptés. Cette campagne de dépistage massif du VIH et des IST avant le retour à une vie sexuelle plus active a été soutenue par une promotion ciblée et continue de mai à juillet 2020, et jusqu'à fin septembre à Paris, sur les réseaux sociaux et les applis de rencontre HSH. Il s'agissait pour AIDES de maintenir, malgré la crise et ses restrictions, une possibilité de connaître son statut sérologique pour traiter une éventuelle infection, constituant une opportunité pour se soigner, et mieux se protéger soi-même ainsi que ses partenaires.

La contrainte ne doit pas se substituer aux dispositifs de prévention et d'accompagnement des personnes, qui sont absolument essentiels pour la protection de la santé.

“ [L'autotest] amène une population, c'est la première fois qu'ils viennent chez AIDES. Les raisons, je t'avoue que je ne les connais pas. C'est peut-être parce que AIDES est une grosse machine, qu'il y a des gens qui la voient comme une asso très politique maintenant, qui fait un peu peur, qui est trop communautaire, qui est trop dans la communauté, c'est tous les mecs discrets qui ont pas envie de venir chez AIDES, etc. Il y a sans doute plein de raisons, mais en tout cas ces événements ont amené une population qui n'allait pas dans nos locaux et qui pendant le confinement, nous a contactés. ”

Stan, militant impliqué dans l'accompagnement des chemsexuels

Convaincre et soutenir : la réduction des risques en temps de confinement

La situation sanitaire exceptionnelle de ces derniers mois nous le démontre une nouvelle fois : la contrainte et la stigmatisation n'incitent pas à des comportements favorables à la santé (cf. interview « La crise a mis en exergue le fait que les discriminations restent encore fortes à l'encontre des personnes usagères de drogues », page suivante). Forts-es de notre expérience en matière de réduction des risques, nous avons tenté d'accompagner au mieux nos publics sur la santé sexuelle ou l'usage de drogues durant le confinement. Nous avons informé et relayé les risques liés à l'épidémie de Covid-19, ainsi que les mesures sanitaires prises pour limiter sa propagation, en invitant les personnes que nous accompagnons à adapter leurs pratiques dans la mesure du possible.

La contrainte ne doit pas se substituer aux dispositifs de prévention et d'accompagnement des personnes, qui sont absolument essentiels pour la protection de la santé. Nous mettons donc en place un accompagnement renforcé via notamment la pair-aidance et la médiation sanitaire, afin de permettre l'adhésion et l'acceptation des personnes concernées par un consentement véritablement libre et éclairé. Nous garantissons le non-jugement de leurs pratiques et favorisons leur implication dans la construction de réponses adaptées, afin de réduire les risques liés à la sexualité ou à l'usage de drogues.

Nous avons ainsi relayé l'importance de respecter le confinement pour éviter la propagation de l'épidémie de Covid-19, notamment concernant les relations sexuelles avec un-e partenaire en dehors de son foyer. Nous avons invité nos publics à investir d'autres pratiques : masturbation, usage de sextoys, sexualité virtuelle (plan cam, sextos, nues, vidéos). Notre rôle n'étant pas non plus de contraindre ou de juger les personnes ayant décidé de rester sexuellement actives pendant cette période : nous avons seulement mis à disposition les ressources nécessaires pour réduire les risques de propagation de la Covid-19⁸⁵.

FOCUS SUR LA RÉDUCTION DES RISQUES EN SANTÉ



Développée au cours des années 1980, dans le contexte de l'épidémie de VIH chez les usagers-es injecteurs-rices d'héroïne, la réduction des risques (RDR) a progressivement intégré d'autres registres d'action concernant d'autres substances psychoactives, l'alcool, mais également la sexualité. Elle se réclame d'une démarche de santé publique pragmatique en ce

qu'elle entend limiter les risques liés à la consommation, sans nécessairement avoir comme objectif premier le sevrage et l'abstinence.

À AIDES, c'est une démarche d'éducation pour la santé dans la mesure où l'intervention contribue au renforcement des compétences psychosociales en permettant aux personnes de construire

des stratégies individuelles et/ou collectives favorables à leur santé et à celle des autres. Elle s'appuie sur les savoirs et les expériences, favorise le développement de compétences nouvelles, d'une conscience collective et sociale (actions d'accompagnement à la RDR liés à l'injection – Aerli, offre de santé sexuelle, etc.) et le renforcement de l'estime de soi.

⁸⁵ L'ensemble de nos conseils ont été mis en ligne sur la page de notre site internet *Sexualité, plan sexe, chemsex : tous nos conseils en temps de Covid-19*. Lien URL : <https://www.aides.org/fiche-pratique/sexe-chemsex-conseils-rdr-prevention-Covid-19>.

« La crise a mis en exergue le fait que les discriminations restent encore fortes à l'encontre des personnes usagères de drogues »

Quels constats avez-vous faits sur la période de confinement puis de déconfinement, notamment sur les difficultés qu'ont pu rencontrer les personnes consommatrices de drogues ?

Nathalie Latour : *De par la diversité de notre réseau, nous avons eu beaucoup de remontées de terrain. Comme tout le monde, nous avons été complètement pris de court par cette crise. Pour autant, nous avons très vite réagi et pris position car il était important en termes de protection des publics que l'on accueille, mais aussi de protection des professionnels, de prendre un certain nombre de mesures. Il s'agissait surtout d'être au rendez-vous et de rester en proximité des publics.*

Ce qui n'a pas été simple puisque, un peu comme tout le monde, nous avons d'abord été dans un brouillard sur les consignes, les modalités d'actions et même dans une forme de paradoxe. Je l'aborde ainsi car ce qui s'est passé dans la mise en place d'un dispositif de crise vis-à-vis des usagers-es de drogues est assez en miroir de la place qu'on accorde à ces populations-là hors période de crise. Nous étions dans un paradoxe où l'on attendait de nous une continuité de service (que, pour notre part, nous avons totalement défendue et soutenue), mais sans aucun moyen pour le faire. Certes, tout le monde était dans ce cas de figure ; à la différence que le secteur médico-social public en difficulté spécifique, n'était inscrit dans aucun texte officiel. Rien n'était prévu pour faire garder les enfants des personnes mobilisées, rien n'était prévu pour obtenir du matériel de protection pour nous permettre de maintenir les activités. Nous étions hors des textes réglementaires, hors des radars. Tout comme le sont d'ailleurs les usagers-es de produits, tout particulièrement dans cette crise. Il a fallu que l'on remonte toute la pente pour finalement être dans les radars et faire en sorte que les publics concernés aient une réponse adaptée par rapport à leurs demandes et à leurs besoins.

Comment cela s'est-il traduit ?

NL : *Nous avons bataillé pour avoir un espace de dialogue au niveau national, ainsi qu'avec toutes les Agences régionales de santé (ARS). Nous voulions de vrais lieux de concertation. Cela a été possible au niveau national et de façon plus inégale au niveau des territoires locaux. [...] Ce qui a été intéressant sur cette période, c'est qu'elle a été l'occasion de travailler sur des représentations sociales vis-à-vis des consommateurs et de leurs pratiques qui restent assez ancrées, même dans des dispositifs de santé non spécialisés, et chez les citoyens globalement. Dans de nombreux cas, la demande prioritaire a porté sur l'hébergement, l'accueil dans un dispositif non dédié à la prise en charge des addictions. Souvent le premier réflexe a été de dire : profitons de cette situation pour inciter la personne à « se débarrasser du produit », cela va être l'occasion de lui faire arrêter sa consommation. On a dû faire tout un travail d'explication, mais aussi de plaidoyer auprès de ces structures et services pour expliquer que non, en fait, c'est exactement l'inverse qu'il faut faire. C'est-à-dire que pour une personne qui est en situation d'usage, la pire des choses à faire, c'est de la mettre dans l'anxiété par rapport au recours au produit. Si cette anxiété est présente, il est très difficile d'accompagner et d'envisager autre chose. C'est vrai pour la consommation de l'alcool comme le maintien de l'accès aux traitements de substitution. Nous avons dû travailler là-dessus, y compris avec certains préfets qui pensaient résoudre des situations locales en limitant, selon certaines modalités, l'accès à l'alcool voire en l'interdisant, par exemple. De la même façon, alors que tous les autres traitements médicaux avaient bénéficié de dispositions spéciales pour en faciliter l'accès (on pouvait sans renouvellement d'ordonnance avoir accès à son traitement), ce n'était pas le cas des traitements de substitutions aux opiacées (TSO). Nous avons, avec d'autres, conduit un travail de plaidoyer, pour que soit levée cette contrainte de renouvellement d'ordonnance tous les 14 jours pour les TSO. Ou encore qu'il soit possible d'avoir son TSO en pharmacie de ville dans les mêmes modalités que pour les autres traitements. Et nous l'avons obtenu. [...]*



Nathalie Latour

Fédération Addiction

Nathalie Latour est déléguée générale de la Fédération Addiction, qui a pour but de constituer un réseau au service des professionnels-les, accompagnant les usagers-es dans une approche médico-psycho-sociale et transdisciplinaire des addictions. C'est le premier réseau d'addictologie en France, regroupant 205 associations (800 établissements de santé de prévention, soins, réduction des risques) et 500 acteurs-rices de ville.

Quand on se met en position d'écouter les personnes, d'entendre leurs demandes, de comprendre leurs problématiques, on comprend qu'elles ont des capacités et savent adapter leurs consommations, les gérer.

La crise a-t-elle accéléré le changement d'optique d'une partie du secteur social sur l'intérêt et l'importance de la réduction des risques (RDR) ?

NL : Elle aura permis de travailler sur certaines représentations, de prendre en compte la réduction des risques. Une avancée qui a été soutenue institutionnellement puisque nous avons travaillé avec la Direction interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (Dihal)⁸⁶ qui a sorti une note ministérielle très forte sur la question⁸⁷. Note dans laquelle est écrite noir sur blanc cette approche de RDR : le fait qu'il fallait autoriser l'alcool, qu'il faut travailler sur la distribution de matériel, etc. Et cela, c'était complètement nouveau. Jusqu'à présent, ces options, nous les défendions en tant que tête de réseau.

Cela pouvait permettre des avancées. Mais, que ce soit inscrit dans la politique publique, cela a constitué un coup d'accélérateur pour que des institutions et des professionnels se sentent soutenus dans le fait qu'ils pouvaient mettre cela en place, rassurés sur le fait que, contrairement à une idée reçue, l'accès aux outils de RDR pour les résidents, le fait de ne pas interdire l'alcool, n'augmentaient pas les violences, mais avaient tendance à les faire diminuer. Finalement, quand on se met en position d'écouter les personnes, d'entendre leurs demandes, de comprendre leurs problématiques, on comprend qu'elles ont des capacités et savent adapter leurs consommations, les gérer. Cela a été un formidable révélateur d'entendre aussi les capacités des personnes dans la régulation de leurs usages. [...]

Vous avez mentionné le poids des représentations concernant les personnes consommatrices, leurs pratiques. Ces représentations génèrent des discriminations. Quel bilan faites-vous de cette période sur ce point ?

NL : La crise a mis en exergue le fait que les discriminations restent encore fortes à l'encontre des personnes usagères de drogues. Elle a démontré la nécessité de travailler sur un certain nombre de représentations sociales. Si on regarde du côté positif, cela a été un moyen de mettre en lumière toutes les personnes qui sont dans les marges, qui vivaient déjà une forme de confinement, mais extérieur. Nous avons constaté que de nombreuses personnes étaient sans solution, subsistaient dans une économie de la débrouille. Bien sûr, nous le savions déjà, mais cela l'a mis en lumière de façon encore plus prégnante.

L'urgence de la crise et son importance nous a prouvé qu'il fallait protéger l'ensemble de la population en assurant une protection universelle, donc bénéficiant à toutes et tous, mais que celle-ci ne suffisait pas et qu'il fallait assurer une protection pour ces populations en tant que telles par rapport à leurs besoins. Et on voit bien lorsqu'on s'en donne les moyens que c'est possible. Plein de choses ont été mises en place à cette occasion et nous en demandons la pérennisation, pour aller plus rapidement vers les publics et leur apporter des réponses plus efficaces. Nous avons fait la démonstration que quand on travaille sur le pouvoir d'agir des personnes que ce soit les personnes concernées, que ce soit les professionnels qui les accompagnent. Eh bien, c'est probant, cela fonctionne. Il ne faut pas que cela s'arrête après le confinement, puis le déconfinement. [...]

Comment réagissez-vous au discours gouvernemental sur les drogues et particulièrement celui du ministre de l'Intérieur ?

NL : On sait très bien, avec désormais quelque cinquante ans de recul, que le fait de repartir sur la dialectique de la « guerre à la drogue » équivaut à faire « la guerre aux drogués ». L'amalgame fait entre les deux est extrêmement dommageable dans le renforcement des discriminations à l'encontre des personnes concernées. C'est usant de voir que l'on reprend encore et encore des postures qui ont largement fait la preuve de leur inefficacité. Bien évidemment que sur la situation des produits psychoactifs qu'ils soient légaux ou non, il faut des interdictions et des espaces de régulation, mais faire peser toute la répression sur l'individu ne fonctionne pas. On ne peut pas dire ou faire croire que la guerre à la drogue va être gagnée parce que l'on pénalisera davantage encore l'individu. Ce discours ne fait que renforcer la stigmatisation des personnes.

⁸⁶ Créée en 2010, la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (Dihal) est chargée par le Premier ministre, et en lien direct avec le ministère chargé du Logement, de coordonner, piloter, accompagner, mettre en œuvre et soutenir activement les politiques publiques de lutte contre le mal-logement.

⁸⁷ Dihal, « Addictions et santé mentale », Note ministérielle, avril 2020. Lien URL : <https://www.federationaddiction.fr/recommandations-dihal-addictions-sante-mentale-rdr-structures-hebergement>

1.2. Soutenir les populations accompagnées face aux difficultés rencontrées

“ Effectivement le soutien [pour faire face à la crise sanitaire] a plutôt été assuré par les réseaux associatifs communautaires, et par quelques institutions, mais voilà, plutôt par les réseaux. ”

Soyun, militante impliquée dans l'accompagnement des travailleurs-ses du sexe

Assurer les moyens de prévention de nos publics face à l'épidémie de Covid-19

Face à la montée rapide de l'épidémie de Covid-19 et à la mise en place de mesures sanitaires pour tenter de l'endiguer, un enjeu essentiel pour notre association était d'informer nos publics de la situation et de leur donner des moyens de prévention des risques de transmission et de contamination. Dans un contexte de manque de transparence des dirigeants-es sur l'utilité des masques notamment, et d'emballement médiatique, notre mission de relai et de médiation d'information s'est avérée plus nécessaire que jamais. À contre-courant de l'approche dominante moralisante et culpabilisatrice, mâtinée de paternalisme du gouvernement, nous avons tenté de faire valoir notre expérience dans la lutte contre le VIH/sida : une stratégie de santé publique efficace doit s'appuyer sur les premiers-es concernés-es, et prendre en considération leur capacité à comprendre les informations et à exercer leur autonomie et leur responsabilité.

Les permanences et les lignes d'écoute mises en place, ainsi que la mise à disposition de ressources actualisées sur nos différents médias (site internet, réseaux sociaux, plateforme d'échanges communautaires) nous ont permis de favoriser l'information et la capacité d'agir des publics que nous accompagnons. Une page spécifique était par exemple dédiée à la situation des PVVIH⁸⁸ afin de relayer l'évolution des recommandations spécifiques les concernant, et de corriger les approximations qui n'ont pas manqué de circuler. Des temps d'échanges et d'information collectifs ont également été organisés en visioconférence pour répondre aux questions et aux besoins des personnes concernées.

“ On a eu beaucoup d'inquiétudes au début du corona, parce que du fait de la barrière de la langue, [les travailleuses du sexe d'origine étrangère que nous accompagnons] ne savaient pas exactement ce que c'était, qu'est-ce qui était interdit de faire, pourquoi les gens étaient masqués, pourquoi les policiers les arrêtaient quand elles n'avaient pas d'attestation, pourquoi elles avaient des amendes. ”

Tiphaine, militante impliquée dans l'accompagnement des travailleurs-ses du sexe

Certains de nos publics ont fait l'objet d'une attention toute particulière, notamment les personnes allophones personnes dont la langue maternelle est une langue étrangère, dans la communauté où elle se trouve ou vivant à la rue. Leur accompagnement, alors qu'ils-elles n'ont pas toujours accès aux moyens d'information et de communication, était d'autant plus crucial avec la fermeture de nombreuses administrations, de structures d'accueil et d'associations.

“ Quand il y a de l'information des autorités sanitaires par rapport aux risques, à l'utilisation de certains produits, à la disponibilité de matos dans les pharmacies, à la circulation qui commence à changer toutes les semaines ou tous les jours, rien de ça n'est produit dans une autre langue que le français. Donc oui, on a prêté énormément de soutien de traduction en arabe, en wolof, en espagnol, en portugais... Parce qu'ils ne l'ont pas fait, quoi. ”

Simon, militant impliqué dans l'accompagnement des personnes étrangères

Face au déficit d'accompagnement concret autour des mesures sanitaires imposées par l'État, et parce que nos demandes en ce sens n'ont pas été entendues, nous avons assuré la diffusion de l'information auprès de nos publics, et distribué des attestations de déplacement et des justificatifs de santé en plusieurs langues. Beaucoup de nos publics n'avaient pas les moyens de s'en procurer, à défaut d'avoir accès à des imprimantes. La distribution du matériel de protection (masque, solution hydro-alcoolique) a quant à elle fait l'objet d'un traitement différencié entre les établissements médico-sociaux, traduisant une hiérarchisation sociale des publics accueillis par ces structures. Nous avons réclamé et obtenu, en lien avec la Fédération Addiction, que les Caarud en soient doté afin de les mettre à disposition de nos publics.

Dans un contexte de manque de transparence des dirigeants-es et d'emballement médiatique, notre mission de relai et de médiation d'information s'est avérée plus nécessaire que jamais.

⁸⁸ Coronavirus : point sur nos actions et recommandations pour les personnes vivant avec le VIH, site de AIDES. Lien URL : <https://www.aides.org/actualite/coronavirus-point-sur-nos-actions-et-recommandations-pour-les-personnes-vivant-avec-le-vih>

La crise sanitaire l'a une nouvelle fois démontré, les populations les plus fragilisées n'ont pas bénéficié de la protection et du soutien qu'elles auraient dû recevoir des autorités publiques, comme le souligne ce militant.

“ Ouais, tu disais que [la municipalité] donnait un masque, mais bon, faut être domicilié, pour avoir un masque. C'est les personnes qui étaient les moins vulnérables à pouvoir attraper le Covid, qui, eux, avaient le droit d'avoir un masque. ”

Wilfried, militant impliqué dans l'accompagnement des usagers-es de drogues

Réinventer « l'aller-vers » en assurant des relais de solidarité communautaire

“ En dehors des réseaux sociaux et de l'information à distance, vu qu'on n'était plus sur le terrain et que nous aussi on était confinés et qu'on devait limiter les actions extérieures, on a de fait été coupés d'un certain nombre de personnes qu'on pouvait habituellement rencontrer [...]. J'ai l'impression que pendant le confinement, notre activité elle s'est surtout centrée sur les HSH, puisque c'était le public le plus facile à atteindre par voie numérique. Parce qu'on a continué en télétravail, via les applications de rencontre notamment [...]. Aujourd'hui dans nos actions, les publics migrants on les rencontre dans les structures partenaires, les centres de soin, les centres d'accueil de personnes en situation de précarité, etc. Et du coup, on a vraiment été coupés du terrain et de ces personnes-là pendant le confinement. ”

Thomas, militant impliqué dans l'accompagnement des personnes étrangères

L'ouverture partielle de nos locaux et la limitation de nos actions extérieures, couplées à la fermeture de nombreuses structures d'accueil partenaires où l'on rencontre habituellement certains de nos publics, nous a conduits-es à repenser nos actions « d'aller-vers ». Cette démarche, qui vise à rencontrer des personnes en situation de précarité ou éloignées des structures de droit commun, a constitué un défi durant le confinement. Pour y faire face, nous nous sommes appuyés-es sur des relais communautaires, au sein de notre propre réseau et avec nos partenaires associatifs. Cette militante témoigne de la manière dont les usagers-es de son Caarud ont participé au relai et à la distribution de matériel de réduction des risques.

“ Ce qui était bien, c'est que c'est des personnes qui faisaient du relai, qui prenaient énormément de matos, et qui assuraient des relais de solidarité. Ils ont créé des espèces de mini-Caarud dans leurs appartements, et ils ont distribué le matériel. Tu vois, donc c'était génial, enfin, ça les a un petit peu soudés, au bout d'un moment, parce qu'il n'y avait plus de vie, quoi. ”

Hanna, militante impliquée dans l'accompagnement des usagers-es de drogues

Face aux difficultés et au déficit d'accompagnement des autorités, de nombreuses initiatives se sont développées dans nos réseaux de militants-es et d'usagers-es, pour prendre des nouvelles, donner un coup de main pour les courses ou passer prendre les traitements à la pharmacie, ou encore apporter un soutien matériel et moral.

“ J'ai été amenée à aller chercher des ordonnances pour des PVVIH âgées, qui font partie des publics que nous accompagnons à Tours, sur le Centre-Val-de-Loire. J'allais chercher les médicaments, le traitement à la pharmacie et je leur ramenaient, puisqu'elles n'étaient pas du tout autorisées à sortir. ”

Amina, militante impliquée dans l'accompagnement des personnes étrangères

“ Moi, je n'ai pas fait trop venir de gens [chez moi] mais j'ai fait pas mal de machines à laver pour des gens, parce que je suis un peu excentré, ils ne prenaient pas trop la peine de venir. Et sinon, ce sont des potes de la rue, des gens avec qui ils ont déjà squatté plusieurs fois de suite et qui ont un appart, qui les ont accueillis. Enfin, sans vraiment accueillir, mais au moins accueillir pour une douche, une machine à laver, un café, une bière, enfin voilà. Donc c'était par connaissance, quoi. ”

David, militant impliqué dans l'accompagnement des usagers-es de drogues

Nous avons également soutenu et relayé les initiatives de nos partenaires associatifs, en matière de soutien financier, d'hébergement et d'accès à l'alimentation. Le Syndicat du travail sexuel (Strass) a par exemple mis en place une cagnotte destinée aux travailleurs-ses du sexe pour l'urgence Covid-19, afin d'aider les plus en difficulté à travers la distribution de colis alimentaires, le paiement de nuitées à l'hôtel, de kits de réduction des risques, d'attestations imprimées et autres soutiens d'urgence.



« Aller-vers »

Démarche inspirée de l'approche américaine de l'outreach, qui consiste à aller à la rencontre des populations les plus exclues, souvent en rupture avec les institutions médico-sociales classiques.

Des liens se sont également développés avec des associations communautaires de soutien entre ressortissants-es étrangers-es.

“ D'autres types d'assos communautaires, qui n'ont pas forcément pour but ni le VIH, ni les hépatites, se sont aussi activées pour soutenir. Je pense très spécifiquement à des communautés ethniques ou nationales [...] tu vois, qui faisaient appel à un autre type de communauté. Et c'est super intéressant parce qu'il y a eu un rapprochement, même un peu timide. Par exemple cette personne, au début du confinement, qui m'est tombée entre les mains, un garçon avec une situation terrible par rapport à une infection VIH. Bah lui, il n'est pas arrivé chez nous via AIDES ou une association VIH/sida, mais par une association de Vénézuéliens. [...] Son premier réflexe, c'était de chercher la communauté des Vénézuéliens, qui parle espagnol, et après quelqu'un là nous l'a envoyé. ”

Simon, militant impliqué dans l'accompagnement des personnes étrangères

Défendre nos communautés et les accompagner dans l'accès aux droits et à la santé

Avec la fermeture des guichets administratifs, nombre de nos publics ont rencontré des difficultés d'accès ou des ruptures de droits durant la période de confinement, que ce soit en termes d'aides et de prestations sociales, de couverture santé ou encore d'accès au droit au séjour. Souvent en lien avec des assistants-es sociaux-les, nous les avons accompagnés pour faire valoir leurs droits. En témoigne une militante ayant accompagnée une personne en situation de rupture de droits à l'allocation aux adultes handicapés (AAH).

“ On a eu un problème de rupture de droits AAH. En fait, tout simplement parce que la CAF [Caisse d'allocations familiales] n'avait pas en tête que tous les titres de séjour avaient été prolongés de six mois. Ils ont donc coupé les droits de la personne qu'on accompagne en disant qu'ils n'avaient pas reçu son titre de séjour – qui évidemment devait être renouvelé pendant le confinement, sinon ce n'est pas drôle. Et c'est une vraie galère, puisqu'on ne pouvait pas les joindre par téléphone, il a fallu que j'envoie je ne sais pas combien de mails... ”

La personne était à deux doigts de se rendre sur place. De toute façon, elle aurait trouvé porte close. Ça c'était vraiment la grosse difficulté : l'injoignabilité des services. Et en plus la mauvaise communication entre les administrations, puisqu'il n'y avait pas de raison que ses droits ne soient pas prolongés, vu que c'était une rupture pour titre de séjour, qui n'était plus valide. Heureusement, par contre, on avait le CCAS [Centre communal d'action sociale] de Grenoble qui était extrêmement réactif, donc on a pu débloquent deux fois de suite des aides financières d'urgence pour qu'elle ne se retrouve pas complètement sans ressources. ”

Claire, militante impliquée dans l'accompagnement des PVVIH

Malgré la simplification de l'ouverture et du renouvellement de certains droits sociaux que nous avons obtenue collectivement avec d'autres associations⁸⁹, des difficultés ont persisté en raison du manque d'informations de certaines administrations et des contraintes pour entrer en contact avec elles. En outre, la fermeture des préfectures pendant la période du confinement a retardé l'accès au droit au séjour pour les personnes qui n'avaient pas encore déposé leur première demande. La crainte du contrôle et de l'arrestation a pesé lourdement sur elles pendant cette période, limitant leurs déplacements pour se nourrir ou se soigner.

Alma, une jeune femme avec un bébé, témoigne de l'ensemble des difficultés qu'elle a rencontrées durant la période de confinement. Déboutée de sa demande d'asile, elle s'est retrouvée sans papier, dans l'attente de pouvoir déposer sa demande d'accès à un **titre de séjour pour raisons médicales**⁹⁰.

“ Sur Bordeaux actuellement [au mois de juillet], à la préfecture sont délivrés des titres de séjour qui auraient dû être délivrés en mars. Donc finalement, l'épidémie a décalé la précarité administrative de toutes les personnes migrantes qui devaient accéder à leurs titres de séjour, et qui, en juillet, sont toujours en attente de pouvoir avoir leurs titres. Celles qui devaient l'avoir en avril ou en mai par exemple. Ce qui fait qu'elles se retrouvent toujours sans pouvoir travailler, donc pas d'argent, pas d'hébergement, etc. Effectivement, ça a tout décalé de trois mois, y compris l'ouverture de tous les droits, quand les personnes sont sans papiers. ”

Lauriane, militante impliquée dans l'accompagnement des PVVIH



Titre de séjour pour raisons médicales

Le titre de séjour pour raisons médicales permet aux personnes étrangères gravement malades qui vivent en France et qui n'ont pas accès aux soins dans leur pays d'origine d'obtenir un droit au séjour et à l'accès aux soins.

⁸⁹ Cf. infra La simplification des démarches d'ouverture et de renouvellement de la couverture santé, p. 56

⁹⁰ Pour plus d'informations sur ce droit et sur les différentes réformes de ces dernières années, cf. AIDES, « Remise en cause du droit au séjour pour raison médicale à toutes les phases de la procédure », VIH/hépatites : la face cachée des discriminations, décembre 2018. Lien URL : https://www.aides.org/sites/default/files/Aides/bloc_telechargement/AIDES_RAPPORT%20DISCRIMINATIONS_2018_BD.pdf

Les tensions qui ont pesé sur le système de santé, faute de moyens adaptés, ont amplifié les inégalités d'accès à la santé des plus précaires et des personnes étrangères.

Sur le terrain, nous ne nous sommes pas contentés-es de rappeler les administrations à la loi et de défendre l'accès au droit commun pour les personnes accompagnées. Nous nous sommes également mobilisés-es pour que les autorités publiques accompagnent concrètement les personnes les plus précaires face aux difficultés rencontrées et dans le respect des mesures sanitaires adoptées⁹¹. Un militant témoigne de la mobilisation de AIDES et de ses partenaires associatifs auprès de la mairie de sa ville afin d'obtenir un accès à l'hébergement et à l'hygiène adaptée pour les personnes en situation de grande précarité vivant dans la rue.

“ Sur La Rochelle, ce qui a été très compliqué au début – parce que parmi nos usagers, on a beaucoup de grands précaires qui sont sans abri – c'était l'accès à l'hygiène, qui a vraiment été le plus gros problème. Toutes les structures étaient fermées, dont nous. [...] On a fait un gros forcing avec des partenaires comme le Samu social et d'autres structures, pour essayer de faire ouvrir des lieux. Il y a eu une ouverture des douches à la capitainerie, puis elles ont fermé, puis elles ont rouvert mais avec des conditions tellement strictes que c'était impossible, en fait, de les utiliser. Au final, la mairie a accepté l'idée d'ouvrir un camping pour les SDF avec chiens, avec la possibilité d'accéder aux douches. Et un hôtel pour les SDF sans chiens, avec des possibilités de douches également. Ce qui a limité pas mal les risques. ”

Alex, militant impliqué dans l'accompagnement des usagers-es de drogues

La saturation du système de santé durant la période a également exacerbé les difficultés rencontrées par nos publics pour se soigner⁹². Les tensions qui ont pesé sur le système de santé, faute de moyens financiers adaptés (cf. interview *Avec la crise, on ne peut plus faire semblant que l'hôpital public va bien et qu'on travaille dans de bonnes conditions*, page suivante), ont amplifié les inégalités d'accès à la santé des plus précaires et des personnes étrangères, renforçant des pratiques de discriminations médicales déjà avérées⁹³. Un militant évoque ainsi l'impossibilité d'avoir au téléphone un médecin du Samu social en raison de son accent étranger⁹⁴, et une autre un refus de délivrance d'un traitement post-exposition (TPE) au VIH subi par un usager de drogues auprès d'un service d'urgence.

“ Et aussi, je voulais signaler un truc [...]. On a eu un refus de TPE pour un injecteur pendant le confinement. On lui a dit : "Bah écoute, on n'a pas le temps, tous les médecins sont réquisitionnés, bah t'avais qu'à pas te shooter, quoi". ”

Hanna, militante impliquée dans l'accompagnement des usagers-es de drogues

DÉCRET DU 2 OCTOBRE 2020 : UNE AVANCÉE DANS LA LUTTE CONTRE LES REFUS DE SOINS



Un décret a été publié le 2 octobre au Journal officiel pour définir les modalités de la procédure de conciliation et de sanction en cas de refus de soins pratiqué par un professionnel de santé, ainsi que la composition de la commission chargée de traiter les plaintes⁹⁵. AIDES salue le complément de définition des refus de soins proposée par ce texte, notamment avec la prise en compte des refus déguisés et des traitements discriminatoires, ainsi que la possibilité pour les associations

d'usagers-es de saisir et de représenter les victimes de refus de soins dans la procédure de conciliation. Néanmoins, il est regrettable que les représentants-es d'usagers-es ne siègent pas au sein des commissions de conciliation, aux côtés des représentants-es des ordres des professions de santé et des Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM). Ce décret ne sera d'ailleurs effectif que s'il est accompagné d'une politique volontariste d'information, d'accompagnement et de facilitation des

démarches pour que les victimes puissent se saisir du dispositif pour faire valoir leurs droits. Pour rappel, un refus de soins est une situation dans laquelle un-e professionnel-le de santé refuse de recevoir ou traite moins bien un-e patient-e du fait par exemple de son statut sérologique, de son orientation sexuelle, de son identité de genre, de sa nationalité, de son handicap, ou parce qu'il-elle est bénéficiaire d'une prestation santé comme l'AME ou la CSS.

⁹¹ Cf. par exemple : « Lutte contre le Covid-19 en Guyane : il y a urgence à prendre en compte les personnes en situation de précarité », Communiqué de presse interassociatif, 21 mars 2020. Lien URL : <http://www.migrantsoutremer.org/communiqué-interassociatif-sur-la-lutte-contre-me-covid-en-guyane>

⁹² Cf. supra *Des difficultés d'accès à la prévention et aux soins*, p. 18

⁹³ Défenseur des droits, « Les refus de soins discriminatoires : tests dans trois spécialités médicales », Rapport, octobre 2019. Lien URL : https://defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/836190440_1910_ddd_refussoinsdiscriminatoires_access.pdf

⁹⁴ Cf. supra *Personnes étrangères en situation administrative instable : des obstacles permanents*, p. 27

⁹⁵ Décret n° 2020-1215 du 2 octobre 2020 relatif à la procédure applicable aux refus de soins discriminatoires et aux dépassements d'honoraires abusifs ou illégaux. Lien URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042393603>

« Avec la crise, on ne peut plus faire semblant que l'hôpital public va bien et qu'on travaille dans de bonnes conditions »

Pouvez-vous nous raconter la manière dont vous avez été mobilisé-e pour faire face à la crise sanitaire, durant la période de confinement et depuis ?

Laurent Rubinstein : Pour ma part j'ai couvert l'unité Covid pédiatrique pendant les premières semaines du confinement, où l'on accueillait les enfants qui présentaient des complications liées au virus. Puis, on a dû basculer une partie du service en réanimation adulte pour accueillir les patients-es en état critique - d'autant plus que l'hôpital est limitrophe de la Seine-Saint-Denis, qui a particulièrement été touchée par le Covid. Ça a été assez difficile parce que j'ai dû réaliser des soins auxquels je n'étais pas habitué. J'ai été formé en l'espace de deux nuits de travail. Il y a eu beaucoup de demandes d'heures supplémentaires, du fait du manque de personnel. Quand on avait notre semaine de repos, on nous rappelait souvent. Le stress et la pression étaient omniprésents. On ne sait toujours pas très bien ce que c'est le Covid finalement, les signes cliniques sont assez variables ce qui rend le pré-diagnostic et l'orientation des patients-es compliqués. Et les protocoles de soin liés à l'hygiène sont très changeants. C'était difficile aussi parce qu'on ne pouvait pas voir nos proches pendant le confinement.

Corinne Jac : Je suis restée au niveau de l'accueil des urgences pendant le confinement afin d'accueillir et d'orienter les patients-es. Sur l'hôpital, on a dû aménager des services pour les patients-es atteints-es de Covid, avec un renforcement en réanimation. Ça a été compliqué, il a fallu rester vigilant-e pour éviter la contamination des autres patients-es et de soi-même. On a manqué de protection (masques chirurgicaux, FFP2, tenues professionnelles), et dû s'adapter aux changements de protocole d'hygiène. Comme toute la population, nous avons découvert que les stocks de la réserve sanitaire n'avaient pas été renouvelés. Le matériel est arrivé tardivement, un peu avant la fin du confinement. Beaucoup de collègues ont été contaminés-es, hospitalisés-es, ou sont décédés-es. Suite à cette pandémie, le CIU a décidé de porter plainte contre X pour pointer les défaillances dans la gestion de la crise. Au début les applaudissements de la population nous faisaient chaud au cœur, mais après c'est devenu gênant me concernant : on n'est pas des héros, on fait juste notre taf. Il y a eu une énorme solidarité de la part de la population. J'habite le Val-d'Oise, une jeune fille m'a prêté son appartement pour être plus près de l'hôpital pendant le confinement. Il y a aussi des couturières qui nous ont fabriqué des masques en tissu et des calots, ainsi que des restaurateurs qui nous ont cuisiné des plats, et différents dons.

En quoi la crise sanitaire liée à la Covid-19 révèle-t-elle les dysfonctionnements du système de soins ?

LR : On ne peut plus faire semblant que l'hôpital public va bien et qu'on travaille dans de bonnes conditions. Quand on arrive le matin, il manque toujours du monde faute d'effectifs suffisants. Et malgré tout, on se démène pour faire notre boulot comme il faut. On nous dit que tout va bien, mais le manque de personnel touche l'ensemble des services, faute d'attractivité. Le manque de moyens alloués entraîne également un manque de matériel et de places. La crise sanitaire révèle les dysfonctionnements contre lesquels le CIU se bat depuis plus de deux ans. Elle nous donne raison : il faut donner plus de moyens à l'hôpital public.

CJ : Le gouvernement aurait pu répondre à la crise en embauchant et en formant plus de personnel, en augmentant les salaires pour favoriser l'attractivité. Le Ségur de la santé⁹⁶ n'a rien apporté — à part 183€ d'augmentation mais le compte n'y est pas, nous demandions 300€. Le CIU n'a même pas été invité aux négociations, alors que c'est nous, les paramédicaux, qui sommes sur le terrain, et qui avons tiré le signal d'alarme. Il est vraiment urgent d'apporter des réponses adaptées. Par exemple, la T2A [système de financement qui repose sur la tarification à l'activité], c'est une galère, ça n'a aucun sens de comptabiliser chaque acte et ça met en concurrence l'hôpital public avec les cliniques privées.

LR : On assiste à une déshumanisation du système de soins : les patients-es deviennent des clients-es. Avec la T2A, les soins relationnels ne peuvent pas être comptabilisés — comme par exemple donner un biberon à un nouveau-né qui a des problèmes de déglutition, qui nécessite une heure de temps. On se dirige vers un hôpital « magasin » où la technique prend le pas sur le côté humain du soin. On ne peut pas prendre le temps suffisant pour discuter avec les patients-es de leur diagnostic et les accompagner. On se transforme en robots techniciens, au sein d'un hôpital qui applique les méthodes du privé basées sur la recherche de la rentabilité.



Corinne Jac
Laurent Rubinstein

Collectif Inter-Urgences

Corinne Jac est aide-soignante depuis 30 ans à l'hôpital Saint-Louis, à Paris, et travaille depuis 20 ans aux services des urgences. Laurent Rubinstein est infirmier à l'hôpital Robert Debré, à Paris, où il a travaillé 4 ans aux services des urgences pédiatriques. Il-elle sont membres du Collectif inter-urgences (CIU), créé en avril 2019 et présent sur l'ensemble du territoire national. Le CIU est composé de paramédicaux — infirmiers-es, aide-soignants-es, etc. — qui défendent l'amélioration des conditions de travail et d'accueil au sein des urgences des hôpitaux.

⁹⁶ Consultation des acteurs-rices du système de soin français qui s'est déroulée du 25 mai 2020 au 10 juillet 2020.

L'hôpital a besoin de moyens, tant humain que financier. On continue à demander au gouvernement une augmentation des effectifs et des moyens alloués.

AIDES soutient votre mobilisation : la crise de l'hôpital public nous concerne tous-tes, et touche tout particulièrement les publics les plus vulnérables au VIH/sida et aux hépatites que nous accompagnons. Comment peut-on poursuivre notre travail ensemble, soignants-es, patients-es et associations d'usagers-es, afin d'améliorer l'accès à la santé de nos publics ?

LR : *Ce que je trouverais intéressant, c'est d'avoir plus d'échanges avec les associations d'usagers-es. Que l'on puisse monter des projets ensemble, notamment sur des actions de sensibilisation et de médiation en santé en ce qui concerne les personnes LGBTI+, séropositives, ou stigmatisées en raison du travail du sexe ou de l'usage de drogues, pour lutter contre les discriminations qu'elles subissent. C'est important aussi que les usagers-es puissent connaître les difficultés qu'on rencontre à l'hôpital public.*

CJ : *C'est primordial, les patients-es et leurs représentants-es doivent trouver leur place aux côtés des élus-es et des personnels-les des hôpitaux dans la gouvernance hospitalière, pour qu'on puisse défendre ensemble l'hôpital public. Cela me semble important afin d'aménager une place plus grande aux malades dans la prise en charge de leurs pathologies.*

LR : *Oui, parce que nous finalement on ne connaît pas la maladie — au sens où on ne l'a pas. On a une approche médicale, mais on ne subit pas le regard qui est posé sur les patients-es, on ne ressent pas les jugements auxquels sont confrontées les PVVIH. Sur les applis de rencontre, les personnes séropositives sont ignorées par la plupart des personnes, alors qu'aujourd'hui les traitements leur permettent de ne plus transmettre le virus quand elles sont en charge virale indétectable. De manière générale, il y a beaucoup à faire pour lutter contre les représentations associées au VIH/sida.*

CJ : *Moi j'ai connu la prise en charge des patients-es atteints-es du VIH/sida dans les années 1990 à l'hôpital Saint-Louis. On allait dans les chambres, avec des tenues de protection, comme pour le Covid : charlottes, surblouse, et tout. Moments très durs et forts à la fois, vu que l'on découvrirait cette maladie — un peu comme le Covid-19. Les patients-es avaient l'impression d'être pestiférés-es parfois. C'est peut-être pour ça qu'aujourd'hui je suis plus sensible à la stigmatisation et à la discrimination des patients-es.*

LR : *Encore aujourd'hui en 2020, ça dépend vraiment des soignants-es. Y en a certains-es, tu leur dis que le patient est séropo, ils-elles vont mettre trois paires de gants. La prise en charge des PVVIH ne demande pas de mesures particulières en dehors des protocoles d'hygiène standard mais tout le monde n'est pas informé. Il y a besoin d'une meilleure formation et sensibilisation des soignants-es.*

Quelles sont les leçons que vous tirez de la crise ? Qu'est-ce que vous continuez à revendiquer au sein du CIU ?

LR : *L'hôpital a besoin de moyens, tant humain que financier. On continue à demander au gouvernement une augmentation des effectifs dans l'ensemble des services de l'hôpital. Une augmentation des moyens alloués, afin de pouvoir recruter et d'avoir une meilleure attractivité. La revalorisation des salaires par le Ségur de la santé est largement insuffisante. Et il faut arrêter de fermer des lits, dont on a besoin pour accueillir les patients-es. Au CIU on est en train de rédiger un projet de santé publique, qui vise à apporter des propositions concrètes pour améliorer l'accès aux soins à tous-tes et pour tous-tes. On recherche à faire des partenariats avec des associations, des collectifs et des patients-es afin de réaliser ce projet qui a pour objectif d'améliorer la qualité de soin et la qualité de vie à l'hôpital.*

CJ : *On est également en cours de réflexion pour consolider notre collectif, et avoir un meilleur impact politique. Le collectif va s'ouvrir au-delà des urgences vers l'ensemble du personnel des services hospitaliers — infirmiers-es, aide-soignants-es, etc. Actuellement la politique d'hospitalisation est centrée sur le Covid, mais il ne faut pas oublier non plus qu'il y a d'autres patients-es et d'autres pathologies. D'autant plus que le confinement a entraîné des retards dans la prise en soin.*

Propos recueillis par Matthias Thibaud
Le 9 octobre 2020

Dans de telles situations, le rôle de médiation en santé assuré par AIDES est essentiel. Officiellement inscrite dans la loi depuis 2016⁹⁷, cette notion peut être définie comme une « interface de proximité pour faciliter l'accès aux droits, à la prévention et aux soins, assurée auprès d'un public par une personne de confiance, issue de ce public ou proche de lui, compétente et formée à cette fonction d'information, d'orientation et d'accompagnement. Le médiateur santé crée du lien entre l'offre (ou le système) de santé et une population qui éprouve des difficultés à y accéder⁹⁸ ».

Face aux exclusions et aux inégalités d'accès à la prévention et aux soins, il s'agit d'aller à la rencontre et d'accompagner les publics les plus vulnérables dans la prise en charge de leur santé, et de sensibiliser les acteurs-rices du système de soins sur les obstacles qu'ils rencontrent.

“ Tu sais, il y a des personnes, quand tu arrives à créer un contact, en fait, c'est souvent dans l'urgence — par exemple pour le TPE. Et après, il faut l'expliquer au médecin aussi. [Le médecin] dit : "Oui, mais la personne elle est là depuis combien de temps, et qu'est-ce qu'elle a, et elle n'a pas ci, elle n'a pas ça", enfin tu vois. Il y a vraiment un fossé, mais énorme. Alors moi, avant le confinement, justement, j'avais proposé à AIDES — moi j'y allais déjà personnellement — d'éduquer un peu les services d'inféctiologie, ou administratifs, sur l'accueil des travailleuses du sexe, des personnes trans. Pour éviter qu'on reparte aussitôt, parce que des fois c'est terrible. ”

Jenny, militante et impliquée dans l'accompagnement des travailleurs-ses du sexe

2. La santé communautaire : notre réplique pour lutter contre les épidémies

L'adoption de mesures sanitaires inédites pour faire face à l'épidémie de Covid-19 s'est accompagnée de nombreuses adaptations de l'ordre juridique en vigueur. Le gouvernement a mis en place un état d'urgence sanitaire de deux mois à compter du 24 mars, qui a été renouvelé jusqu'au 10 juillet en métropole, et jusqu'au 16 septembre en Guyane et à Mayotte. Le fonctionnement démocratique et les modalités d'adoption des lois ont été bouleversés pendant cette période : toute une série de mesures dérogatoires au droit commun ont été adoptées pour modifier les procédures, les délais, ainsi que les conditions d'accès à la santé et aux droits.

Dans ce contexte, AIDES n'a cessé d'intervenir auprès des autorités de santé et des décideurs-ses politiques, directement ou indirectement, en lien étroit avec nos partenaires, pour faire valoir nos revendications et nous assurer que la situation des populations concernées par le VIH et les hépatites était bien prise en considération, et qu'elles n'auraient pas à subir les conséquences de cette crise sanitaire. En tant qu'actrice de santé, notre association est également intervenue pour faire valoir des principes et des impératifs en matière de gestion de crise sanitaire, comme la plus-value de l'approche communautaire en santé, la prise en compte de la parole des usagers-es ou encore la transparence des dispositifs. Des réponses ont été apportées : certaines étaient satisfaisantes, d'autres sont restées incomplètes ou n'ont pas abouties. Face aux conséquences sanitaires, économiques et sociales de l'épidémie de Covid-19 qui s'annoncent durables, nous continuons à porter nos propositions et nos revendications, forts-es de notre expérience de lutte contre le VIH/sida et les hépatites.

Par son rôle de médiation en santé, AIDES crée du lien entre le système de santé et les populations qui éprouvent des difficultés pour y accéder.

⁹⁷ La « loi de modernisation de notre système de santé » du 26 janvier 2016 propose une approche de la médiation sanitaire qui repose sur ses finalités et ses objectifs : elle vise à « améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes éloignées des systèmes de soins en prenant en compte leurs spécificités ».

⁹⁸ Gwenaëlle Blanc, Lucie Pelosse, « La médiation santé, un outil pour l'accès à la santé ? », *Rapport d'enquête de la Fédération Rhône Alpes d'Éducation pour la santé – CRIPS*, p. 8, mars 2010

2.1. Défendre les droits de nos communautés

Garantir la continuité des soins et l'accès aux traitements

Le renouvellement des ordonnances en pharmacie

Pour compenser la moindre disponibilité des professionnels de santé et éviter toute interruption de traitement, les autorités ont adopté des mesures visant à prolonger les prescriptions des personnes souffrant de maladies chroniques⁹⁹. Cela a permis aux PVVIH de continuer à se procurer leur traitement en pharmacie, même dans le cas où leur ordonnance avait expiré, et sans passer par leur médecin. Avec France Assos Santé (FAS), nous avons interpellé le ministère des Solidarités et de la Santé sur la Prep, certaines pharmacies la considérant comme en dehors du dispositif dérogatoire prévu et ne la délivrant pas. Il nous a confirmé que ce traitement préventif était inclus dans le dispositif, garantissant ainsi la continuité de prévention face au risque de contamination au VIH/sida pour les personnes usagères. Nous en avons informé l'Union syndicale des pharmaciens d'officine (USPO) et l'Ordre national des pharmaciens (CNOP) afin de diffuser largement l'information auprès des officines. Toujours en lien avec FAS, l'expertise de AIDES a également permis de poser les bases d'une revendication faisant valoir le rôle essentiel des associations dans les stratégies de dépistage et dans l'utilisation des Trod¹⁰⁰.

Quant aux difficultés d'accès au TPE, elles ont été exacerbées par les consignes liées aux déplacements et par la faible disponibilité des infectiologues : plusieurs renoncements et redirections de personnes se présentant pour ce traitement nous ont été signalés. À défaut de trouver des moyens temporaires d'élargir sa délivrance, comme nous le recommandions à la Direction générale de la santé (DGS), cette dernière a réalisé un état des lieux des Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (Cegidd) en capacité d'accueil au moment du confinement.

Même exacerbation des problématiques d'accès aux soins en Guyane, où le manque chronique d'infectiologues s'est couplé à la détérioration des conditions d'accueil et de prise en charge au moment de la crise, ainsi qu'à une crise humanitaire, avec des difficultés d'accès à des biens essentiels, tels que l'eau¹⁰¹ (cf. interview « *Plus que jamais nous tirons la sonnette d'alarme sur les risques que la situation actuelle fait peser sur la santé de nos publics en Guyane* », p. 33).

Entre les équipes sur place, l'Agence régionale de santé (ARS) et le ministère, un dialogue a fini par se nouer, jusqu'à la mise en œuvre du plan Blanc et l'annonce du recrutement massif de médecins, dont les modalités d'application maintiennent notre vigilance en éveil.

⁹⁹ Arrêté du 14 mars 2020 portant diverses mesures relatives à la lutte contre la propagation du coronavirus. Lien URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000041722917/2020-03-19/>

¹⁰⁰ France Assos Santé, *Diagnostic précoce et dépistage de la Covid-19 : ce que vaut la stratégie adoptée*, site de France Assos Santé, 7 juillet 2020. Lien URL : <https://www.france-assos-sante.org/actualite/diagnostic-precoce-et-depistage-de-la-covid-19-ce-que-vaut-la-strategie-adoptee/>

Recommandation n°1 :

Faciliter l'accès aux moyens de prévention et aux soins face aux épidémies



Concernant l'épidémie de Covid-19 :

- l'accès au matériel de protection (masque, gel hydro-alcoolique) et au dépistage ;
- la transparence de l'information, y compris sur les incertitudes scientifiques et le degré de contagiosité.

Concernant plus spécifiquement le VIH/sida et les hépatites :

- l'accès adapté au TPE communautaire ;
- l'accès à la primo-prescription de la Prep en ville ;
- en Guyane, des moyens quantitatifs et qualitatifs adaptés et pérennes pour accompagner les populations clés.

La simplification des démarches d'ouverture et de renouvellement de la couverture santé

Afin d'éviter toute interruption de droits au plus fort de la crise sanitaire, nous avons interpellé les autorités publiques et la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam), en lien avec nos partenaires associatifs de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE), pour alléger les démarches administratives d'ouverture et de renouvellement des droits à la protection maladie, notamment pour les personnes étrangères en situation précaire. Nous avons obtenu la prolongation automatique de 3 mois pour les droits ouverts à une couverture santé, y compris la protection universelle maladie (Puma), l'aide médicale d'État (AME), la complémentaire santé solidaire (CSS, ex-CMU-C) et l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS)¹⁰².

¹⁰¹ « Lutte contre le Covid-19 en Guyane : il y a urgence à prendre en compte les personnes en situation de précarité », *Communiqué de presse interassociatif*, 21 mars 2020. Lien URL : <http://www.migrantsoutremer.org/communiqu%C3%A9-interassociatif-sur-la-lutte-contre-le-covid-en-guyane>

¹⁰² Ordonnance n° 2020-312 du 25 mars 2020 relative à la prolongation de droits sociaux. Lien URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041755763/>

Une simplification de l'ouverture de nouveaux droits à l'AME a également été mise en place par l'instauration d'une procédure dématérialisée, via la création d'une adresse électronique dédiée par la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), dont on peut néanmoins regretter des disparités de fonctionnement à l'échelle nationale. Ces avancées importantes durant la crise restent néanmoins exceptionnelles, et cantonnées dans le temps. L'accès à la protection maladie pour les personnes étrangères en situation administrative précaire est extrêmement fragilisé par les réformes des dernières années¹⁰³.

La dernière réforme en date, entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2020, a imposé un délai de carence de trois mois, à compter de l'entrée en France, aux demandeurs-ses d'asile pourtant en situation régulière sur le territoire français, pour bénéficier d'une prise en charge par la Sécurité sociale¹⁰⁴. L'importance d'une prise en charge de la santé adaptée aux demandeurs-ses d'asile, fragilisés-es par un parcours d'exil marqué par des violences, n'est plus à démontrer. AIDES a d'ailleurs saisi le Conseil d'État avec d'autres associations pour obtenir l'annulation du décret instaurant ce délai de carence. Alors que la Cnam a prévu pendant la crise que les Français-es de retour de l'étranger entre le 1^{er} mars et le 1^{er} juin bénéficient de la Puma dès leur arrivée sur le territoire, aucune mesure similaire n'a été prise pour les demandeurs-ses d'asile.

Recommandation n°2 : Instaurer une protection maladie pour tous-tes



- le respect du droit à la protection sociale et l'accès effectif aux soins pour tous-tes, y compris pour les personnes détenues, retenues et leurs ayants droit ;
- une Assurance maladie véritablement universelle pour les personnes qui résident habituellement en France, impliquant la disparition de l'AME et l'intégration de ses bénéficiaires au sein du régime général de la Sécurité sociale ;
- la suppression du délai de carence de 3 mois pour l'accès à la Sécurité sociale des demandeurs-ses d'asile, introduite par le décret n° 2019-1531 du 30 décembre 2019 ;
- le maintien des droits à l'Assurance maladie après l'expiration d'un titre de séjour ou le prononcé d'une mesure d'éloignement ;
- l'accès non discriminatoire à l'ensemble des prestations de santé (prévention, interruption volontaire de grossesse, greffe, procréation médicalement assistée, etc.) ;
- une procédure d'ouverture et de renouvellement des droits adaptée à la précarité administrative des intéressés-es, ce qui suppose d'accepter le principe déclaratif et des délais d'instruction courts, gages de l'accès effectif aux droits et du respect de la dignité des personnes.

L'alerte face aux risques de pénuries

AIDES n'a pas manqué d'interpeller les autorités publiques, en lien avec d'autres associations de professionnels-les de santé et de patients-es, quant aux risques de tensions et de pénuries de matériel, de dépistage et de médicaments vitaux dans le contexte de la crise sanitaire¹⁰⁵.

¹⁰³ AIDES, « Restrictions d'accès à la couverture maladie pour les personnes étrangères en séjour irrégulier ou précaire », *VIH/hépatites : la face cachée des discriminations*, p. 8, décembre 2018. Lien URL : https://www.aides.org/sites/default/files/Aides/bloc_telechargement/AIDES_RAPPORT%20DISCRIMINATIONS_2018_BD.pdf

MENACES SUR L'ACCÈS UNIVERSEL AUX MÉDICAMENTS : LES CHIFFRES CLÉS



1 Français-e sur 4 a déjà été confronté-e à une pénurie de médicaments essentiels¹⁰⁶. Les prix des nouveaux médicaments qui arrivent sur le marché sont toujours plus élevés : la cure contre l'hépatite C coûtait 41 000 euros à sa sortie en 2014. Les nouvelles thérapies

contre le cancer atteignent plus de 300 000 euros. Le poids des médicaments dans le budget de l'Assurance maladie a augmenté de près de 30 % entre 2010 et 2017. Les nouveaux médicaments pèsent de plus en plus sur les finances publiques de

santé avec un bond de plus de 200 % des dépenses depuis 2005. Le chiffre d'affaires des entreprises du médicament en France a été multiplié par 3 entre 1990 et 2017, pour atteindre un rythme de croisière de près de 30 milliards d'euros ces dernières années.

¹⁰⁴ Loi n°2019-1479 du 28 décembre 2019, entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2020. Pour plus d'infos, cf. « Santé des étrangers-ères : la dégradation en marche ! Épisode 1 : le temps des menaces », *Remaides, Cahier Gingembre*, n°110-41, hiver/décembre 2019. Lien URL : https://www.aides.org/sites/default/files/Aides/bloc_telechargement/gingembre_41.pdf et « Santé des étrangers-ères : la dégradation en marche ! Épisode 2 : on rentre dans le dur ! », *Remaides, Cahier Gingembre*, n°111-42 printemps/avril 2020. Lien URL : https://www.aides.org/sites/default/files/Aides/bloc_telechargement/gingembre_42.pdf

¹⁰⁵ Tribune collective, « Pénurie de médicaments vitaux, tests et équipements : l'appel des personnalités ! », *Mediapart*, 7 avril 2020. Lien URL : <https://blogs.mediapart.fr/edition/transparence-dans-les-politiques-du-medicament/article/070420/penurie-de-medicaments-vitaux-tests-et-equipements-la>

Collectivement, nous avons dénoncé les conséquences d'une privatisation et d'une délocalisation de la production des biens de santé, et appelé le gouvernement à prendre des mesures d'urgence pour faire face à l'épidémie de Covid-19 (cf. interview « *Une authentique gestion démocratique de l'accès aux médicaments est possible* », page suivante).

Nous avons plus spécifiquement interpellé les autorités sur le risque de pénurie pesant sur les antirétroviraux (ARV), la classe de médicaments utilisés pour le traitement préventif et curatif du VIH/sida¹⁰⁶. Testés lors de plusieurs essais cliniques dans le cadre de la recherche d'un traitement contre la Covid-19, ils présentaient le risque d'être plus difficilement accessibles aux PVVIH. Nous avons exigé une transparence totale sur les stocks et les risques de pénurie, afin de sécuriser la chaîne d'approvisionnement et d'éviter toute rupture de traitement.

L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a mis en place un suivi étroit des médicaments concernés, et a veillé à sécuriser leur accès pour les PVVIH¹⁰⁷. Nous avons également interpellé les pouvoirs publics sur un risque de pénurie de préservatifs, en raison d'une baisse de production de son principal fabricant mondial. Les outils de prévention se sont certes diversifiés avec les avancées thérapeutiques, mais le préservatif reste un moyen de protection très utilisé par toutes les populations, quelles que soient leurs pratiques ou leur niveau d'exposition au VIH. Si nous n'avons pas été confrontés-es pour le moment à des pénuries d'ampleur, nous restons vigilants-es et mobilisés-es face à une crise sanitaire durable et appelons les autorités publiques à prendre des mesures d'urgence pour garantir un accès universel aux médicaments.

Recommandation n°3 : Garantir un accès universel aux médicaments



Pour ce faire :

- les financements de recherche et développement contre la Covid-19 doivent être conditionnés à l'accessibilité partout et pour tous-ttes aux futurs produits de santé ;
- les laboratoires pharmaceutiques et l'État doivent faire preuve de transparence sur les négociations du prix des médicaments et sur le montant des investissements publics dans leur recherche et développement ;
- la parole des patients-es et leur participation tout au long du parcours du médicament (dans la gouvernance des essais cliniques, dans l'évaluation et les négociations des produits de santé, etc.) doivent être prises en compte systématiquement pour éviter un contrôle exclusif de l'industrie pharmaceutique ;
- le système des brevets aujourd'hui dévoyé doit être assaini ;
- des modèles alternatifs au brevet doivent être proposés pour encourager l'innovation et une compétition plus saine ;
- une politique de recherche ambitieuse et indépendante de l'industrie pharmaceutique doit être mise en place ;
- les obligations des industriels en matière de plan de pénuries et le contrôle des autorités sanitaires doivent être renforcés pour mettre un terme à l'escalade des pénuries de médicaments essentiels.

¹⁰⁶ AIDES, *Courrier au Ministère de la Santé sur la disponibilité des molécules utilisées comme traitement du VIH*, 9 avril 2020. Lien URL : https://www.aides.org/sites/default/files/Aides/bloc_telechargement/2020%2004%2009%20Stocks%20me%CC%81dicaments%20Ministe%CC%80re%20Sante%CC%81%20%281%29.pdf

¹⁰⁷ ANSM, *Point d'information*, 26 mars 2020. Lien URL : <https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/L-ANSM-securise-l-acces-aux-traitements-Plaquenil-et-Kaletra-pour-les-patients-atteints-de-maladie-chronique-Point-d-Information>

¹⁰⁸ France Assos Santé, « Pénuries de médicaments et de vaccins », Résultats d'une enquête réalisée par l'Institut BVA, janvier 2019. Lien URL : <https://www.france-assos-sante.org/communiqu%C3%A9%20presse/p%C3%A9nurie-de-vaccins-et-m%C3%A9dicaments-inqui%C3%A9tudes-de-france-assos/>

« Une authentique gestion démocratique de l'accès aux médicaments est possible »

Qu'est-ce que la crise sanitaire liée à la Covid-19 révèle des dysfonctionnements que l'on rencontre dans le parcours du médicament ?

Gaëlle Krikorian : *Le bilan de la période est contrasté. On prend enfin la mesure de l'ampleur des financements publics dans la recherche médicale mais il n'y a aucune transparence sur l'utilisation des fonds ou les contrats et aucune garantie qu'ils bénéficieront au plus grand nombre. Les processus de mise sur le marché des nouveaux médicaments et vaccins sont accélérés à la demande des industriels sans contrôle collectif sur les effets des produits ni même la publication des données issues des essais. Des technologies nouvelles comme le vaccin à ARN émergent sans qu'on se donne les moyens d'évaluer correctement leurs effets secondaires. Les industriels tentent même de décharger leur responsabilité sur les États : les producteurs de vaccins ont même été jusqu'à demander que l'Union européenne prenne en charge l'indemnisation des victimes d'éventuels effets indésirables¹⁰⁹. D'un autre côté, c'est un moment important de prise de conscience des dysfonctionnements du système de financement de la recherche et de la prise en charge médicale. La « résolution transparence » adoptée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) avant la crise¹¹⁰ était un premier pas dans la bonne direction, ce qu'on pourrait espérer aujourd'hui, c'est que la transparence devienne enfin la règle.*

En quoi l'expérience pour l'accès aux médicaments VIH est-elle utile dans la crise sanitaire actuelle ?

GK : *Des outils élaborés dans le contexte de l'épidémie de VIH, tels le Fonds mondial¹¹¹ ou Unitaïd, et la logique développée alors – apporter une réponse globale à partir d'organisations internationales – servent de références aujourd'hui. Des partenariats publics/privés – dirigés par des regroupements de représentants de quelques pays, fondations, institutions internationales, firmes, etc. – se posent comme acteurs d'une solution globale contre l'épidémie de Covid. Mais le monde a changé depuis 20 ans. La santé publique mondiale est de plus en plus commandée par des acteurs privés. L'OMS sert souvent de façade mais n'a pas les moyens financiers et politiques de contrôler la situation. Du côté des États, les pouvoirs économiques et politiques se sont complexifiés. Des pays du Sud ont aujourd'hui les moyens de jouer un rôle clé dans la lutte contre une épidémie globale. On a aussi appris les limites de certains outils et solutions que l'on préconisait il y a 20 ans alors que l'épidémie de sida était hors de contrôle. Forts de nos expériences, il serait temps de décoloniser la santé globale. Le partage des technologies contre le Covid et la transparence des résultats de la recherche seraient un début.*

Voyez-vous des alternatives pour permettre un accès équitable aux nouveaux traitements contre la Covid-19 ?

GK : *Emmanuel Macron a déclaré que le vaccin devrait être un « bien public mondial ». La déclaration rapporte politiquement mais n'engage à rien juridiquement puisque le droit ne définit pas ce qu'est un bien public mondial pharmaceutique. La réalité actuelle du monde pharmaceutique, c'est l'inverse : des ressources publiques appropriées pour mettre aux points des produits vendus au public s'il a les moyens de les payer. On doit travailler concrètement sur la gouvernance des produits de santé : lever le secret des affaires qui limite l'accès aux données, imposer le partage des droits de propriétés intellectuelles et des technologies, réorganiser la production pour répondre aux besoins sanitaires, établir des règles de décision collective transparentes impliquant l'ensemble des acteurs concernés par les produits de santé. Pour d'anciens produits qui ont montré leur efficacité, et qui dans certains cas sont d'ailleurs utiles dans la prise en charge de personnes avec le Covid-19 (corticoides, antibiotiques, anesthésiants), on pourrait dès maintenant organiser une production régionale engageant à la fois décideurs politiques, industriels, soignants-es, soignés-es et société civile. Un contrôle réellement démocratique de l'accès aux médicaments.*



Gaëlle Krikorian

Université Paris-Est Créteil

Gaëlle Krikorian est sociologue, spécialiste des questions d'accès aux médicaments. Elle décrypte les enjeux de la crise sanitaire concernant la recherche médicale et l'accès aux traitements.

¹⁰⁹ France Assos Santé, « Vaccins contre la COVID-19 : plus de transparence pour renforcer la confiance des usagers », en ligne, 21 septembre 2020

¹¹⁰ OMS, « Améliorer la transparence des marchés des médicaments, des vaccins et d'autres produits sanitaires », Résolution, en ligne, 28 mai 2019

¹¹¹ Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme finance des programmes dans les pays à revenus faibles et intermédiaires en appui de la réalisation des objectifs de santé établis par l'Organisation des Nations unies (ONU).

L'enjeu du maintien du niveau minimal de ressources supérieur au seuil de pauvreté est plus que jamais d'actualité du fait d'une crise sociale et économique qui s'annonce durable.

Assurer et maintenir un niveau minimal de ressources

Dans un contexte de fermeture et de déstabilisation des CAF, des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), ou encore des CCAS, AIDES s'est mobilisée aux côtés de la Fédération des acteurs de la solidarité (FAS), de l'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux (Uniopss) et du collectif Alerte sur la nécessité de garantir un niveau de ressources. Collectivement, nous avons défendu le maintien des prestations sociales, des aides au logement, et la prise en charge des frais de santé. Le gouvernement a répondu favorablement en assurant la prolongation des minima sociaux arrivés à échéance pendant la période d'urgence sanitaire (RSA, AAH notamment)¹¹². Des versements anticipés au tout début du mois d'avril ont été organisés et les délais de réponse ont été aménagés, suspendus ou prolongés. D'autres mesures ont vu le jour pour aider les foyers les plus fragiles.

Néanmoins, la crise sanitaire et les mesures de confinement prises pour y faire face ont aggravé les inégalités sociales. De nombreux publics que nous accompagnons et vivant de l'économie informelle, de contrats courts, ou au chômage technique ou partiel – travailleurs du sexe, ressortissants-es étrangers-es en situation précaire, usagers-es de drogues – ont été durablement fragilisés par la baisse conséquente de leurs revenus¹¹³. L'enjeu d'un maintien du niveau minimal de ressources, qui ne peut être sous le seuil de pauvreté, reste plus que jamais d'actualité du fait d'une crise sociale et économique qui s'annonce durable. Il y a urgence à ce que les pouvoirs publics agissent sur les conditions de ressources.

Une récente étude de la Direction des recherches, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) a mis en évidence l'augmentation vertigineuse de la pauvreté chez les bénéficiaires de l'AAH : un-e allocataire sur deux est en situation de pauvreté, quatre fois plus que le reste de la population française¹¹⁴. Face à la précarisation qui accroît les risques d'exposition aux épidémies, la protection de la santé individuelle et publique passe par l'assurance d'un niveau de ressources minimal.

Recommandation n°4 : Assurer des conditions de vie dignes



Avec :

- l'instauration d'un revenu minimum garanti permettant de vivre dignement ;
- la revalorisation des minima sociaux ;
- le renforcement des moyens alloués à l'aide alimentaire ;
- la prolongation des mesures de renouvellement et de versement automatiques, prises par le gouvernement, pour assurer la continuité de certaines aides et prestations sociales, telles que l'AAH et le RSA, et l'élargissement à d'autres prestations sociales, telle que l'Allocation de solidarité des personnes âgées (Aspa) ;
- la prolongation de l'aide exceptionnelle de solidarité, versée en mai 2020, l'augmentation du nombre de ses bénéficiaires et de son montant ;
- la simplification de l'ouverture des droits par l'instauration d'un mécanisme de présomption de droits ;
- la mise en œuvre des moyens nécessaires pour permettre la tenue des services de domiciliation par les CCAS et les associations agréées, et l'accompagnement des professionnels-les par la publication de fiches (protocole sanitaire d'accueil, aide dans la veille réglementaire, etc.) ;
- l'instauration d'un moratoire sur le remboursement des indus aux CAF et l'application de la suspension immédiate de tout remboursement d'indus et de toute retenue dès qu'un recours est formé, telle que la loi l'exige.

¹¹² Ordonnance n° 2020-306 du 25 mars 2020 .
Lien URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041755644/>

¹¹³ Cf. supra Une précarisation économique aggravée des populations les plus fragiles, p. 11

¹¹⁴ Mathieu Calvo, Lucile Richet-Mastain (Drees), « Les conditions de vie des bénéficiaires de minima sociaux et de la prime d'activité fin 2018 », Les Dossiers de la DREES, n°61, juillet 2020. Lien URL : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/article/les-conditions-de-vie-des-beneficiaires-de-minima-sociaux-et-de-la-prime-d>

¹¹⁵ Ordonnance n° 2020-312 du 25 mars 2020.
Lien URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041755763/>

Garantir la stabilité administrative de l'ensemble des personnes présentes sur le territoire

En lien avec nos partenaires de l'ODSE, notre association est intervenue auprès de l'exécutif et des parlementaires afin de défendre les droits des personnes étrangères présentes sur le territoire. Du fait de l'indisponibilité des autorités préfectorales, nous avons obtenu la prolongation de la durée de validité des titres de séjour et l'aménagement des voies et des délais de recours¹¹⁵. Néanmoins, nos demandes n'ont pas été entendues jusqu'au bout. Le ministère de l'Intérieur a refusé de renouveler les titres de séjour ayant expiré peu de temps avant le confinement et de fournir des documents de séjour aux personnes en attente de leur première délivrance durant la période.

Les assignations à résidence administrative n'ont pas non plus fait l'objet de suspension, contrairement aux assignations à résidence pour raisons judiciaires.

Les personnes étrangères soumises à une obligation de pointage dans les commissariats devaient continuer à s'y rendre, ce qui les exposait fortement à la Covid-19.

Du fait de la fermeture des frontières, les expulsions ont été suspendues. Les éloignements dans le cadre de la convention de Dublin, un premier temps suspendus, ont quant à eux repris rapidement. La fermeture des Centres de rétention administrative (CRA) s'est opérée au cas par cas, alors que le maintien en rétention ne se justifiait plus en raison de l'arrêt des mesures d'éloignement dû à la fermeture des frontières, et en dépit des conditions déplorables d'enfermement, incompatibles avec les mesures préventives liées à l'épidémie. Nos demandes, en accord avec celles de la Contrôleuse générale des lieux de privation de liberté¹¹⁶ et du Défenseur des droits¹¹⁷, n'ont pas obtenu de réponses de la part du ministère de l'Intérieur. La crise sanitaire et ses conséquences économiques et sociales invitent pourtant à considérer sérieusement la régularisation large et durable des personnes sans papiers et en séjour précaire, afin de mettre fin aux effets discriminatoires de l'exclusion de cette population du droit commun, et son impact sur la protection de la santé individuelle et collective. En outre, les personnes étrangères occupent souvent des emplois qui se sont révélés indispensables à la société durant la période.

Le Portugal et l'Italie ont ouvert la voie, même si la régularisation mise en œuvre ne concerne que les personnes ayant déposé des demandes avant le confinement. La délivrance d'un titre de séjour pérenne permet d'assurer un meilleur accès aux mesures de prévention et de prise en charge de la santé des personnes concernées. C'est ce qui ressort de notre expérience de lutte contre le VIH/sida : la précarité administrative et sociale des personnes étrangères nuit à leur santé et accentue le risque d'exposition aux épidémies¹¹⁸. Enrayer cette dynamique ne peut donc se faire qu'avec une véritable politique d'accueil, visant à réduire la précarité des personnes étrangères dès leur arrivée sur le territoire.

La crise sanitaire invite à considérer sérieusement la régularisation large et durable de personnes sans papiers et en séjour précaire qui vivent sur notre territoire.

Recommandation n°5 :

Mettre en œuvre une politique d'accueil migratoire hospitalière



Nos demandes :

- un accès effectif au titre de séjour pour tous-tes les résidents-es sur le territoire français, garanti par la généralisation des titres pluriannuels, la suppression des taxes dues pour la délivrance d'un titre, un accès effectif à la prise de rendez-vous et aux guichets des préfectures, et une remise systématique d'un récépissé le temps de l'examen de la demande de titre de séjour ;
- un accueil digne et respectueux des droits fondamentaux et de la santé des étrangers-es, y compris au sein des CRA. Les entraves au droit au séjour pour soins doivent cesser et les malades étrangers-es doivent pouvoir s'établir durablement sur le territoire ;
- la procédure de transfert Dublin doit cesser au profit d'un cadre européen commun qui permette aux personnes qui sollicitent l'asile de déposer leur demande dans le pays européen de leur choix ;
- l'égalité en matière de droits sociaux pour tous-tes les résidents-es sur le territoire français, sans délai ;
- l'harmonisation des procédures dans l'ensemble des préfectures ;
- un accès facilité à la domiciliation administrative pour toutes les personnes sans domicile stable ou fixe.

Faire prévaloir la santé publique sur la répression

Par l'instauration de mesures restreignant certaines libertés fondamentales, la crise sanitaire a remis au cœur des politiques de santé la question centrale de la garantie des droits fondamentaux. Forts-es de notre expérience de lutte contre le VIH/sida, nous avons dénoncé la pénalisation des comportements à l'œuvre, qui ne saurait être un principe de santé publique. L'attestation dérogatoire de déplacement a eu des conséquences directes sur l'accès aux droits et à la santé des personnes. La logique sécuritaire comme mesure de santé publique induit une confusion des genres qui n'est pas sans conséquence sur le travail des acteurs-rices de la santé et du médico-social. En ne mettant pas en place des outils officiels pour permettre à chacun de présenter une attestation dérogatoire de sortie (traduction, pictogrammes, etc.) et en freinant des quatre fers dans l'établissement de dérogations pour les publics les plus précaires, les plus éloignés des institutions, le gouvernement a délégué cette tâche aux associations. L'obligation pour ces dernières de se plier à un dispositif répressif, certes pour protéger les personnes, les place dans une position délicate face à leurs publics, d'autant plus lorsque les forces de l'ordre opèrent des contrôles aux abords des centres et des lieux de distribution.

¹¹⁶ CGLPL, « Situation sanitaire des prisons et centres de rétention administrative : le CGLPL demande la prise de mesures pour la protection des personnes privées de liberté », *Communiqué*, 17 mars 2020. Lien URL : <https://www.cglpl.fr/2020/situation-sanitaire-des-prisons-et-centres-de-retention-administrative-le-cglpl-demande-la-prise-de-mesures-pour-la-protection-des-personnes-privées-de-liberté/>

¹¹⁷ Défenseur des droits, « Covid-19 : Le Défenseur des droits recommande à nouveau la fermeture immédiate de tous les centres de rétention administrative en activité », *Communiqué*, 18 avril 2020. Lien URL : <https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/communiqué-de-presse/2020/04/covid-19-le-defenseur-des-droits-recommande-a-nouveau-la-fermeture>

¹¹⁸ L'enquête ANRS-Parcours montre que près de la moitié des PVVIH originaires d'Afrique subsaharienne enquêtées ont été contaminées après leur arrivée en France. Cf. notamment Annabel Desgrées du Loû et al., « Migrants subsahariens suivis pour le VIH en France : combien ont été infectés après la migration ? Estimation dans l'étude ANRS-Parcours », *BEH*, n°40-41, décembre 2015

Cette logique répressive participe à accentuer à rompre des liens de confiance très fragiles avec des publics déjà profondément marqués par la défiance et les violences institutionnelles.

Nous n'avons pas manqué d'interpeller les autorités publiques sur les difficultés engendrées par les mesures restrictives de déplacement pour les personnes en situation de précarité sociale et administrative, et leurs impacts concrets sur leur accès aux droits et à la santé¹¹⁹. Nous avons notamment dénoncé la multiplication des verbalisations des personnes à la rue à défaut d'attestation de circulation, ainsi que les obstacles à exercer leur droit à un recours.

Recommandation n°6 : Placer les droits fondamentaux au cœur des politiques de santé publique



Nos demandes :

- la mise en œuvre de mesures compensatrices et sociales fortes afin de garantir les droits fondamentaux et le droit à la santé : la garantie d'un niveau de ressources minimum, d'un accès et d'un droit au logement, d'un accès à l'ensemble des services publics et des services nécessaires au bien-être, de l'autonomie des personnes ;
- l'abandon des logiques sécuritaires de pénalisation des comportements au profit d'un accompagnement renforcé via la pair-aidance et la médiation sanitaire pour permettre une adhésion aux mesures sanitaires et de prévention et l'expression d'un consentement véritablement libre et éclairé ;
- l'implication des personnes concernées dans l'élaboration des politiques de santé publique.

Concernant les travailleurs-ses du sexe :

- la reconnaissance d'un statut légal des travailleurs-ses du sexe ouvrant des droits à l'Assurance maladie, à la retraite, au chômage, à la formation, à la médecine du travail, etc. ;
- la lutte contre le travail forcé et le trafic d'êtres humains, dotée de réels moyens, en démantelant les réseaux de proxénétisme et en sortant de la précarité les travailleurs-ses du sexe (TDS) notamment étrangers-es ;
- l'abrogation de la loi de pénalisation des clients-es des TDS.

Concernant les usagers-es de drogues :

- l'abrogation de la loi de 1970 et la légalisation de l'ensemble des drogues avec la mise en place d'une politique ambitieuse de santé publique, d'un plan de conversion de l'économie souterraine et d'un référentiel de qualité des produits ;
- le développement des espaces de consommation à moindre risque ;
- un accès facilité aux produits de substitution ;
- la généralisation de l'accompagnement à l'injection pour réduire les risques de transmission du VIH et des hépatites ;
- l'accès partout et pour tous-tes aux programmes d'échanges de seringues ;
- le développement d'outils de prise en charge globale des addictions, alternatifs au sevrage médicalisé : démarches communautaire, lieux refuge, soutien par les pairs.

Concernant les personnes détenues :

- la mise en place des mesures de réduction des risques, afin d'éviter la propagation des épidémies ;
- la mise en œuvre des moyens nécessaires pour appliquer le principe d'équivalence de la qualité et de la continuité des soins entre le milieu dit « ouvert » et le milieu fermé établi par la loi pénitentiaire de 1994.

¹¹⁹ Saisine collective du Défenseur des droits, « Attestations dérogatoires de déplacement contraventions. Situation des personnes en grande précarité sociale, sans abri ou en bidonvilles et squats et atteintes quant à leurs accès aux droits et à la santé » par AIDES, CNCDH Romeurope, CNPA, Fédération des acteurs de la solidarité, Fondation Abbé Pierre, Ligue des droits de l'homme, Secours catholique Caritas France, 5 juin 2020

¹²⁰ Le Monde, *Coronavirus : les associations d'usagers de la santé, oubliées de la gestion de crise*, 4 mai 2020. Lien URL : https://www.lemonde.fr/sciences/article/2020/05/04/coronavirus-les-associations-d-usagers-de-la-sante-oublies-de-la-gestion-de-crise_6038631_1650684.html

¹²¹ À l'occasion de la *HIV Science Conference*, qui s'est tenue à Paris en juillet 2017, des activistes du monde entier ont publié la *Déclaration communautaire de Paris*, qui réaffirme et réactualise les principes communautaires de la lutte contre le VIH/sida. Lien URL : https://www.aides.org/sites/default/files/Aides/bloc_telechargement/PCD%20FR.pdf

2.2. Favoriser l'implication des premiers-es concernés-es dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de santé

C'est un constat largement partagé : les usagers-es du système de santé et les associations qui les représentent ont été les grands-es oubliés-es dans la gestion de la crise sanitaire¹²⁰. Forts-es de notre expérience de lutte contre le VIH/sida, nous n'avons pourtant pas manqué de rappeler l'importance de la démocratie en santé, aux côtés des associations et des instances de représentation des usagers-es du système de santé. « Rien pour nous sans nous » : la formule, héritage de la conférence de Denver de 1983 et pierre angulaire de l'activisme mondial de lutte contre le VIH/sida, en est une des meilleures illustrations.

Elle a été réactualisée lors de la Déclaration communautaire de Paris en 2017¹²¹, à l'occasion de laquelle, avec des représentants-es de l'ensemble des populations clés vulnérables, nous avons réaffirmé collectivement notre rôle et notre place dans les processus de décision qui nous concernent dans les domaines de la recherche, de la prise en charge médicale et des politiques de santé. Malgré nos appels répétés et ceux de différentes instances¹²² et personnalités, telles que Jean-François Delfraissy¹²³ et Françoise Barré-Sinoussi¹²⁴ qui ont demandé à ce que les comités qu'il et elle dirigent bénéficient de l'expertise des associations de santé, la démocratie en santé a été soigneusement tenue à distance des structures et des processus de décision durant la gestion de la crise sanitaire. Comme l'analyse Emmanuel Rusch¹²⁵, les autorités publiques se sont retranchées derrière la seule expertise médicale pour répondre à la crise, en tenant les premiers-es concernés-es à distance.

“ Une deuxième grille de lecture interroge la représentation de la maladie et de la lutte contre la maladie qui a été mise en avant. La métaphore guerrière a été retenue par les pouvoirs publics (« Nous sommes en guerre ! », mise en place de « brigades », etc.) Le recours à cette métaphore n'est pas neutre. Celle-ci permet une action urgente, elle appelle à la cohésion sociale, elle légitime le fait de donner des ordres et d'attendre qu'on y obéisse. Elle met l'accent sur les fins poursuivies aux dépens des moyens (la fin justifie les moyens !) Elle cherche à s'imposer à tous et sur tout le territoire national. Par conséquent, elle ne laisse que peu de place à la concertation ou à la co-construction, elle permet de faire l'impasse sur les instances de démocratie en santé. Elle facilite l'adoption de mesures attentatoires aux libertés individuelles sans s'appesantir outre mesure sur leur caractère « proportionné » ou sur la mise en place d'un processus de contrôle du respect des droits individuels. Elle privilégie des mesures générales calibrées sur les situations les plus graves (Grand-Est, Île-de-France) mais s'appliquant partout, rendant difficile toute tentative d'adaptation aux réalités locales. Ainsi la place de la démocratie en santé et la pertinence de la territorialisation ou non des mesures de lutte devront être, là aussi, requestionnées. ”

Emmanuel Rusch, président de la Société française de santé publique (SFSP)

À défaut d'avoir été conviés-es aux processus d'expertise, de conseil et de décision, nous avons élaboré et diffusé nos recommandations aux autorités de santé et scientifiques, sur la stratégie de dépistage ou le plan de déconfinement¹²⁶, en nous reposant sur notre expérience de la santé communautaire et de la réduction des risques, peu prise en considération dans la stratégie du gouvernement. La période de crise sanitaire que nous traversons invite ce dernier à renforcer la participation des patientes et des associations d'usagers-es dans la mise en œuvre de la politique de santé. « Derrière toute décision que nous prenons, il y a des blouses blanches », déclarait Monsieur Olivier Véran, ministre des Solidarités et de la Santé le 9 mars dernier. Si la crise que nous traversons mobilise tous les savoirs médicaux, sa portée les dépasse largement. « Derrière toute décision que vous prenez, impliquez les premiers-es concernés-es », lui répondons-nous.

Les usagers-es du système de santé et les associations qui les représentent ont été les grands-es oubliés-es dans la gestion de la crise sanitaire.

¹²² Conseil national de santé, Avis adopté en Commission permanente, 15 avril 2020. Lien URL : <https://sante.fr/la-democratie-en-sante-lepreuve-de-la-crise-sanitaire-du-covid-19> ; SFSP, « En période de pandémie, la démocratie en santé, plus que jamais ! », Communiqué, 14 avril 2020. Lien URL : <https://www.sfsp.fr/suivre-l-actualite/les-actualites-generales-de-la-sante-publique/les-dernieres-actualites/20-espace-presse/16684-en-periode-de-pandemie-la-democratie-en-sante-plus-que-jamais>

¹²³ Président du comité scientifique qui conseille le gouvernement sur la crise sanitaire.

¹²⁴ Présidente du Comité analyse recherche et expertise (CARE) qui conseille le gouvernement sur les recherches sur la Covid-19.

¹²⁵ « Emmanuel Rusch, président de la SFSP : La représentation de l'épidémie centrée sur le modèle biomédical efface une lecture et une analyse de l'épidémie et de ses conséquences selon des critères sociaux et économiques », Remaides, n°111, printemps/avril 2020. Lien URL : https://www.aides.org/sites/default/files/Aides/bloc_telechargement/remaides_111.pdf

COVISAN : PARTAGER NOTRE EXPÉRIENCE EN MATIÈRE DE DÉMARCHE COMMUNAUTAIRE EN SANTÉ



À la sortie du confinement, l'Assistance publique - hôpitaux de Paris (APHP) a lancé le projet Covisan pour lutter contre la propagation de l'épidémie de coronavirus. Pour briser la chaîne de transmission du virus, et accompagner la

prévention des personnes contaminées et de leurs contacts, des équipes mobiles rejoignent les personnes testées positives, les rencontrent et interviennent à leur domicile si elles l'acceptent. AIDES a pris part au projet et met à

disposition son savoir-faire et son expérience pour construire des dispositifs efficaces en contribuant aux formations des intervenants-es volontaires s'inscrivant dans le programme.

¹²⁶ AIDES, Tribune « Lutte contre le Covid-19, sortie du confinement et dépistage : convaincre plutôt que contraindre ! », *Journal du dimanche*, 10 avril 2020. Lien URL : <https://www.lejdd.fr/Societe/lutte-contre-le-covid-19-sortie-du-confinement-et-depistage-convaincre-plutot-que-contraindre-3961042> ; AIDES, « Déconfinement : Protéger, tester, isoler... Ce n'est pas qu'une affaire de soignants-es ! », Communiqué, 28 avril 2020. Lien URL : <https://www.aides.org/communiquedeconfinement-%03proteger-tester-isoler-ce-nest-pas-quune-affaire-de-soignants-es>

Recommandation n°7 : Renforcer la démocratie en santé



Nos demandes :

- la mise en œuvre de politiques qui facilitent l'engagement citoyen pour la santé (service civique volontaire, campagne d'information, etc.) et des moyens pour organiser les débats publics sur la santé à hauteur de l'enjeu ;
- un soutien aux représentants-es des malades et des usagers-es dans l'exercice de leurs fonctions (congrés de représentation, etc.) ;
- des ressources dédiées au sein des Agences régionales de santé pour accompagner les représentants-es ;
- l'accès à l'information et aux données utiles à l'exercice de leurs mandats ;
- le maintien du fonds pour la démocratie en santé et une dotation à hauteur des besoins.

Conclusion

La démarche communautaire, qui repose sur la co-construction, après avoir identifié les besoins des personnes et mobilisé leurs ressources individuelles et collectives, a fait la preuve de sa pertinence pendant la crise sanitaire. Ce principe d'action nous a permis, malgré les difficultés, de nous adapter pour aider nos publics à traverser un épisode particulièrement fragilisant. Ce que nous avons mis en place auprès des publics touchés par le VIH et les hépatites, en matière de réduction des risques, d'accompagnement et de médiation avec les professionnels pour les personnes les plus éloignées du soin, a fait la preuve de son efficacité. Ces expériences, nées dans le champ de la lutte contre les maladies infectieuses, sont une réponse à la crise pour nous, mais aussi pour tous, afin de lutter contre l'épidémie de Covid-19. Partir des besoins des personnes, adapter la réponse selon les publics, prendre en compte les besoins fondamentaux, élaborer des stratégies de prévention adaptées aux personnes, apporter une attention particulièrement appuyée aux plus vulnérables, adopter une approche globale de la santé : ces voies n'ont pas été assez explorées au profit d'une démarche souvent peu lisible et parfois autoritaire. Nous plaçons pour une évolution des politiques sanitaires qui s'appuie pleinement sur les réussites de la démarche communautaire en santé.

LA DÉMARCHE QUALITÉ ET ÉVALUATION DE AIDES EN PERSPECTIVE



Il est nécessaire de constamment réinterroger la pertinence et la qualité de nos actions pour répondre le plus efficacement à l'épidémie, comme il est nécessaire d'observer nos pratiques et notre organisation de manière régulière pour mesurer le degré d'implication des populations concernées dans la mise en œuvre des programmes et les instances de décisions.

Car c'est bien la mobilisation des personnes directement concernées qui permet des avancées dans les réponses apportées aux épidémies. Le processus d'amélioration de la qualité des actions, de renforcement de la valorisation des savoirs expérientiels des acteurs-rices, d'amélioration des compétences, d'évaluation et d'autoévaluation, renforce la capacité de AIDES à se positionner

comme actrice de santé publique et tout particulièrement comme actrice de l'action communautaire en santé. AIDES cherche à promouvoir la qualité des interventions en restant fidèle aux principes fondateurs de la réponse au VIH/hépatites tout en cherchant à innover par des réponses toujours plus adaptées aux réalités mouvantes de l'épidémie.

Glossaire

ACOVIIH

Enquête Adaptations à la Covid-19 lorsque l'on vit avec le VIH (cf. p. 7)

AAH

Allocation adulte handicapée

AME

Aide médicale d'État

ARS

Agence régionale de santé

ARV

Antirétroviraux

Caarud

Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers-es de drogues (cf. p. 30)

CRA

Centre de rétention administrative

CSS

Complémentaire santé solidaire, anciennement couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)

EPIC

Enquêtes Flash VIH-VHC pour évaluer l'impact de la crise sanitaire de la Covid-19 en milieu communautaire (cf. p. 7)

CAF

Caisse d'allocations familiales

CPAM

Caisse primaire d'assurance maladie

Cnam

Caisse nationale d'assurance maladie

CCAS

Centre communal d'action sociale

Cegidd

Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic

Chemsex

Contraction de *chemicals* (produits de synthèse utilisés comme drogue) et de sex (cf. p. 32)

Corevih

Comité de coordination régionale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le VIH

HSH

Homme ayant des relations sexuelles avec des hommes

IST

Infection sexuellement transmissible

ODSE

Observatoire du droit à la santé des étrangers

Prep

Prophylaxie pré-exposition (cf. p. 18)

PUMA

Protection universelle maladie, anciennement Couverture maladie universelle (CMU)

PVVIH

Personne vivant avec le VIH

RSA

Revenu de solidarité active

SFSP

Société française de santé publique

Strass

Syndicat du travail sexuel

TDS

Travailleur-se du sexe

TPE

Traitement post-exposition (cf. p. 28)

Trod

Test de dépistage rapide à orientation diagnostique

TSO

Traitement de substitution aux opiacés

UD

Usager-e de drogue

VIH

Virus de l'immunodéficience humaine

Remerciements

Un grand merci à tous-tes les militants-es de AIDES, volontaires, salariés-es, personnes accueillies et proches, pour leurs témoignages et leurs retours d'expérience qui ont nourri la production de ce rapport dans une démarche collective et participative. Leur implication a été essentielle pour restituer la réalité des difficultés d'accès aux droits et à la santé rencontrées pendant la crise sanitaire, à travers la mobilisation de leurs vécus, de leurs savoirs et de leurs expertises. Un remerciement particulier à celles et ceux qui ont participé à la conception des visuels, ainsi qu'à Anne-Charlotte Chéron, Elodie Lambourde, Adèle Simon et Olga Volfson, de la Direction communication et collecte, pour leur précieux appui dans l'élaboration du rapport.

Notre reconnaissance s'adresse également aux militants-es d'associations partenaires et aux personnes engagées dans le champ de la santé pour avoir partagé sous la forme d'interviews leurs analyses et leurs expertises de la crise sanitaire. Un grand merci à Jean-François Laforgerie et Fred Lebreton, de l'équipe Remaides, pour avoir recueilli leurs contributions.

Nous tenons aussi à remercier les équipes de la Direction plaidoyer et du secteur Nouvelles stratégies de santé qui ont animé les temps collectifs et individuels de recueil des témoignages et contribué à l'élaboration du rapport : Ines Alaoui, Margot Andriantseho, Franck Barbier, Pauline Bignon, Fred Bladou, Nathan Boumendil, Grégory Braz, Etienne Fouquay, Chloé Le Gouëz, Aurélie Mayeux, Coline Mey, Leila Ouaga, Jean Pasteur, Luis Rivera, Christophe Rouquette. Merci également à Marion Di Ciaccio, de Coalition PLUS, pour les entretiens individuels qu'elle a menés dans le cadre du volet qualitatif de l'enquête EPIC-France. Notre reconnaissance s'adresse aussi à l'équipe du secteur Recherche communautaire, Tristan Alain, David Michels, Stéphane Morel et Khafil Moudachirou, pour avoir assuré le déploiement et l'analyse du volet quantitatif de cette enquête, ainsi qu'à Stéphane Giganon, Serge Hatchwell, Jordan Lapize de Salée et Samantha Tessier, de l'équipe Qualité et Évaluation, pour avoir partagé leur expertise sur les activités de AIDES. Un remerciement tout particulier à Adeline Toullier pour son précieux soutien et ses judicieux conseils.

Nous tenons également à saluer nos partenaires associatifs, aux côtés desquels nous nous impliquons pour faire valoir et défendre l'accès aux droits et à la santé des populations concernées par le VIH et les hépatites : l'Alliance européenne pour une R&D responsable et des médicaments abordables, ARCAT, le Collectif Domiciliation, le Collectif migrants Outre-Mer, la Fédération des acteurs de la solidarité, France Assos Santé, Médecins du Monde, MSF Access Campaign, l'Observatoire du droit à la santé des étrangers, Prescrire, Sidaction, l'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux, les Universités alliées pour les médicaments, ainsi que l'ensemble des associations communautaires de travailleurs-ses du sexe : Acceptess-T, Autres regards, le Bus des Femmes, Cabiria, la Fédération parapluie rouge, Grisélidis, Paloma, le Strass.

Crédits

Directeur de la publication

Aurélien Beaucamp

Coordination et rédaction

Pauline Féron, Alicia Maria, Matthias Thibaud

Contributions

Jean-François Laforgerie, Fred Lebreton

Relecture

Ines Alaoui, Tristan Alain, Franck Barbier, Pauline Bignon, Nathan Boumendil, Anne-Charlotte Chéron, Marc Dixneuf, Stéphane Giganon, Caroline Izambert, Jordan Lapize De Salée, Chloé Le Gouëz, Aurélie Mayeux, David Michels, Leila Ouagar, Jean Pasteur, Christophe Rouquette, Adèle Simon, Samantha Tessier, Adeline Toullier

Crédits photos

Cyril Marcihacy, Max K. Pelgrims, Jérémy Suyker

Graphisme original

Ilya Naumoff, Donat Pletukhov

Mise en page

Alban Périnet

Création des visuels

Atelier YOUPI

Novembre 2020

Association AIDES



Tour Essor

14 rue Scandicci
93508 Pantin Cedex



0 805 160 011

gratuit depuis un
poste fixe



www.aides.org

aides@aides.org

www.seronet.info



@assoAIDES



facebook.com/aides



@assoaides



Conventions de rédaction adoptées

Dans ce rapport, nous avons fait le choix d'une rédaction épiciène, afin d'assurer une égale représentation des hommes et des femmes dans nos propos. Par exemple : « militants-es » ou « travailleurs-ses du sexe ».

En outre, nous avons adopté les conventions rédactionnelles suivantes :

- *l'insertion d'inscriptions para-textuelles entre crochets dans les extraits d'entretiens ou d'interviews pour apporter des précisions ou donner des éléments du contexte d'énonciation et d'interlocution ;*
- *les prénoms des personnes qui ont témoigné ont été modifiés à des fins d'anonymat ;*
- *l'emploi du terme Covid ou Covid-19 au genre féminin en accord avec la charte typographique de AIDES. Nous avons néanmoins conservé le terme au genre masculin dans les extraits d'entretiens ou les citations ayant recours à cet usage ;*
- *les sigles et les acronymes employés sont explicités à la première occurrence de chaque chapitre. Le lecteur peut également se référer au glossaire p. 65.*

Tour Essor
14 rue Scandicci
93508 Pantin Cedex

📧 @assoAIDES
📘 facebook.com/aides
📺 @assoaides



www.aides.org

Précarisation économique, difficultés d'accès à l'hébergement, entraves dans l'accès aux droits et à la santé, stigmatisation accrue, aggravation de la répression : la crise sanitaire liée à la Covid-19 révèle et exacerbe les inégalités existantes et frappe de plein fouet les populations les plus fragiles.

Les personnes concernées par le VIH et les hépatites, qu'elles soient porteuses de virus ou vulnérables au risque d'infection, se retrouvent en première ligne face à la Covid-19. Les inégalités structurelles et le contexte social défavorable les exposent tout particulièrement aux risques de contamination, ainsi qu'à des complications médicales en raison des facteurs de comorbidités liés à leur état de santé ou à leurs conditions de vie. La crise sanitaire et les mesures de santé publique adoptées pour y faire face aggravent également leur précarité économique et sociale. Les politiques d'exclusion qui pèsent sur elles sont renforcées.

Au terme d'une année marquée par l'irruption d'une pandémie sans commune ampleur, cette cinquième édition du rapport VIH/hépatites, la face cachée des discriminations entend révéler et dénoncer la situation de ces populations laissées pour compte. En donnant la parole aux premières personnes concernées à travers leurs témoignages, il s'agit de mettre au grand jour l'ensemble des difficultés auxquelles elles sont confrontées, et la manière dont AIDES se mobilise pour y répondre.

I. Crise sanitaire et précarité, des facteurs de vulnérabilité exacerbés : l'épidémie de Covid-19 et l'insuffisance des mesures mises en place par les autorités publiques pour y faire face ont des conséquences dramatiques sur les ressources, l'hébergement, la santé et la qualité de vie des populations clés du VIH et des hépatites.

II. Crise sanitaire et accès aux droits : une relégation sociale accrue : les personnes les plus marginalisées – travailleurs-ses du sexe, usagers-es de drogues, étrangers-es en situation administrative précaire, détenus-es, minorités sexuelles et de genre – subissent des formes aggravées de stigmatisation, répression et discrimination.

III. AIDES et la crise sanitaire, nos réponses communautaires : prise de court par la montée rapide de l'épidémie, notre association a dû réagir rapidement et mobiliser son expérience de lutte contre les épidémies du VIH/sida et des hépatites pour construire des réponses adaptées aux besoins des publics accompagnés.

À travers une démarche collective, reposant sur la participation des militants-es et des personnes accompagnées par notre association, ce rapport se veut force de proposition afin de faire évoluer la situation. « Rien pour nous, sans nous » : il défend la mobilisation communautaire et l'implication des premières personnes concernées dans l'ensemble des processus de décision qui les concernent, en matière de recherche, de prise en charge médicale et de politique de santé. Une publication au service d'une démonstration, sur le fond comme sur la forme : nos communautés sont les meilleures alliées contre les épidémies.