

# Action

la lettre d'Act Up-Paris n°104 Octobre 2006

ACT UP

ACT UP

LIONEL ROYON EST MORT DU SIDA

# Action, la lettre d'Act Up-Paris

## Ours

### Directeurs de publication

Emmanuel Chateau - Hugues Fischer.

### Rédactrice en chef

Claire Vannier.

### Ont participé au numéro

Richard Basterman - Jean Cazentre - Emmanuel Chateau - Frédéric Cohen - Khalil Elhouarghi - Hugues Fischer - Chloé Forette - Alain Fogué Dzutué - Sabrina Garnier - Philipp Greenspun - Héléne Hazera - Olivier Heinis - Nicolas hervé - Eric Labbé - Vincent de Lapomarde - Carine Leboeuf - Grégory Lebraz - Christophe Ledréan - Jérôme Martin - Guy Molinier - Gérald Sanchez - Lucie Uzzeni - Claire Vannier - Martin Zoa.

Ce journal est réalisé par les militantEs d'Act Up-Paris. Il est tiré à 15.000 exemplaires et ne peut être vendu. La reproduction des articles est autorisée à condition d'en citer la source : Action, la lettre d'Act Up-Paris.

Imprimeur : Autographes II 10 bis rue barsson 75020 Paris.  
ISSN 1158-2197 - Dépôt légal à parution.

**Novembre 2006**

## Sommaire

Édito. 3 - Act Up en action. 4 - Dossier Toronto (DT) Prévention. 10 - (DT) Mobilisation des gays. 11 - (DT) Co-infection. 13 - (DT) Abbott. 15 - (DT) DART. 16 - (DT) Unitaïd. 18 - (DT) Subutex®. 20 - (DT) Hu Jia 22 - Rejoignez-nous. 23 - sida, envie d'en être ? 24 - Sida is disco : la PDS. 27 - Jeunes. 30 - Delanoé & Jean-Paul II. 31 - Trans. 32 - Toulouse. 33 - International. 34 - EtrangerEs. 36 - Prisons. 38 - VPC. 42 - Permanence. 43 - 1<sup>er</sup> décembre. 44

## Gardons le contact

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

## Abonnement

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

Nom ..... Prénom .....

Adresse .....

.....

.....

Libellez vos chèques à l'ordre d'Act Up-Paris  
BP 287 - 75525 Paris cedex 11

## sida : où sont les candidats ?

C'est peut-être son fait le plus marquant, la 16<sup>e</sup> conférence internationale de lutte contre le sida laissait peu la place à l'expression de la colère. Pourtant, après 25 ans d'épidémie, l'ampleur de la catastrophe dépasse l'imagination. Plus de 46 millions de personnes vivent avec le sida dans le monde et au moins 25 millions de personnes en sont mortes, plus de 3,4 millions cette seule année 2005. Loin de régresser, l'épidémie continue de s'étendre à un rythme effarant. Les gesticulations de l'ONUSIDA qui affirmait, il y a quelques mois, que l'épidémie s'était stabilisée ne trompent personne. L'organisation internationale cherchait à rassurer les quelques pays qui contribuent maigrement au financement de la lutte contre le sida sur l'utilité de l'emploi de leur fonds. L'ONUSIDA restera une administration fantoche tant que les pays riches ne rechigneront à tenir leurs engagements pris en 2001 pour financer la lutte contre le sida au niveau mondial.

Avec plus de 6 millions de nouvelles contaminations par an, l'hécatombe ne suffit pas à contenir le développement de l'épidémie. Si l'accès au traitement dans les pays du Sud devient aujourd'hui en partie une réalité, il ne concerne toujours qu'une infime partie des malades. Chacun le sait l'enjeu est avant tout un enjeu politique et financier. Car cette épidémie n'est pas une fatalité, et cette conférence a été l'occasion de le rappeler avec force, elle pourrait n'être plus qu'un sale cauchemar si l'on mettait au moins en œuvre des moyens qui ont fait leurs preuves et qui sont à notre disposition aujourd'hui. Ces 3,4 millions de morts seraient des morts évitables sans les politiques commerciales meurtrières menées sur le front des brevets et des accords de libre-échange. Des morts évitables sans l'incurie des pays riches si peu prompts à tenir leurs engagements face à une épidémie dont ils savent pourtant qu'au-delà du désespoir semé, elle sera à l'origine de désordres géostratégiques mondiaux. Chaque année, le retard accumulé dans le financement de la lutte contre le sida augmente dramatiquement l'effort nécessaire pour juguler l'épidémie.

Plus que jamais, la planète entière était au rendez-vous à Toronto. Douce illusion de croire que 27 000

personnes engagées à tous les niveaux du combat, recherche, médecine, travail social, activisme et personnes atteintes feraient basculer la planète. L'engagement politique, voilà ce qui manque une fois de plus à ce grand rendez-vous. Ni les incantations du comité d'organisation, ni les beaux discours des deux Bill (Clinton et Gates) ne seront capables de changer la décision du congrès et de l'actuel président américain de ne soutenir que des politiques de prévention puritaines basées sur l'abstinence. Pas plus n'influenceront-elles le président Poutine afin qu'il abandonne sa politique de lutte contre la drogue en Russie pour adopter les mesures de réduction des risques dans une région du monde où près de 80% des séropositifs se sont contaminés par usage de drogue. Aucun discours de Toronto ne fera frémir non plus un seul sourcil de tous les dirigeants politiques de ces pays qui continuent de discriminer les homosexuels ou qui veulent criminaliser la transmission du VIH. Rien ne changera en matière de liberté de circulation pour les séropositifs. Et ce, bien que les chercheurs aient accumulé avec acharnement les preuves de l'inefficacité stupide de ces approches en matière de prévention.

Parce que le sida est une épidémie politique, chaque année d'élection présidentielle représente pour nous, séropositifs, étrangers ou minorités un enjeu fondamental. Nous n'avons jamais été dupes des déclarations tonitruantes de Jacques Chirac sur l'engagement de la France dans la lutte contre le sida ; elles ne pèsent pas grand chose rapportées à la réalité de son action. Mais le lourd silence sur le sida des prétendants à l'élection suprême est terrifiant. Il ne semble choquer personne comme si tout le monde s'était habitué à cet état de fait. Pour nous cette indécence est telle que nous avons un moment caressé l'idée de communiquer à l'occasion du premier décembre sur une comparaison morbide entre les désastres du tsunami et les ravages de l'épidémie qui ne nous paraissait pas plus indécent. L'épidémie n'est pas une fatalité et c'est pourquoi le mot d'ordre que nous avons choisi à l'occasion de la manifestation organisée à l'occasion du premier décembre est « sida : où sont les candidats ? ».

Il y a des batailles à gagner à l'occasion de ces élections. L'engagement de la France et des pays riches dans la lutte contre le sida et contre les discriminations bien sûr, mais aussi plus directement en France pour nos vies. Après quatre

années d'attaques répétées à l'encontre de l'accès aux soins des étrangers malades, Nicolas Sarkozy est à nouveau à l'origine d'une circulaire qui vise à anéantir totalement les possibilités de régularisation pour les malades étrangers ce qui les condamne à une mort certaine dans leur pays d'origine. La loi sur le handicap de 2005 qui prétendait améliorer les conditions de vie des personnes handicapées se révèle complètement inadaptée à la situation des malades atteints de pathologies lourdes et exclue la plupart des séropositifs de toute revalorisation de la prestation de compensation. Le numéro de décembre de la prestigieuse revue internationale AIDS est consacré à la publication de l'enquête VESPA. Cette grande étude menée sur un échantillon représentatif de 8 000 séropositifs suivis à l'hôpital en France démontre ce que nous affirmons depuis plusieurs années : nous sommes de plus en plus souvent confrontés à des situations de grande précarité et cette précarité s'aggrave avec la durée de la maladie. L'InVS s'appête à publier des données indiquant clairement une reprise des contaminations notamment chez les gays. Pour autant les campagnes de prévention restent aussi pudibondes et si peu nombreuses.

Financement international, droits sociaux, prévention, homophobie et droits des trans', prison et séropositivité, étrangers malades, recherche thérapeutique et accès aux soins : où sont les candidats sur tous ces sujets ? A l'occasion du 1<sup>er</sup> décembre 2006, Act Up-Paris publiera des mesures d'urgence pour lutter contre l'épidémie de sida. Face au mépris, face à la violence du sida sur nos vies, cette journée mondiale de lutte contre le sida n'a de sens que si dans chaque ville, des milliers de personnes sont dans les rues. C'est ensemble que nous pourrons donner quelque poids à ces revendications et faire en sorte que le sida redevienne l'enjeu politique qu'il n'aurait jamais dû cesser d'être en France.

Emmanuel Château  
Hugues Fischer

Rejoignez-nous pour notre manifestation de la journée de lutte contre le sida, qui se tiendra exceptionnellement le 30 novembre au soir, à 18h30, place de la Bastille. Venez nombreux SES.

# Act Up





1⇒2

1<sup>er</sup> mai :  
Euromayday

3⇒6 juin :

Marche des fiertés

7⇒8 14 juillet :

manifestation

45⇒49 12-18 août : Conférence  
internationale sur le sida à Toronto

51⇒53 Septembre : Rassemblement pour  
défendre les sans papiers de Cachan

78⇒79 3 septembre : place Notre Dame

80⇒81 Octobre : Existrans

# TORONTO



Du 12 au 18 août, une dizaine de militantEs d'Act Up étaient présentEs à la conférence mondiale sur le sida qui cette année se tenait à Toronto au Canada. Le dossier de ce numéro est consacré à ce que nous y avons appris et ce qui nous a occupé.

## Du rififi dans la prévention

La question des nouvelles techniques de prévention a été l'une des thématiques récurrentes de la conférence Toronto. De quoi parle-t-on quand on parle de nouvelles techniques de prévention et pour quoi faire ?

Toronto l'a montré, le dernier chic dans les conférences internationales de lutte contre le sida est aujourd'hui de parler des PREP's et autres nouvelles techniques de prévention : microbicides, spermicides, traitements prophylactiques pré-exposition (PREPs), diaphragmes, ou circoncision ont fait l'objet de nombreuses sessions et ces nouveaux mots étaient sur toutes les lèvres. Pour autant l'affaire n'est pas tout à fait nouvelle. Depuis plusieurs années la recherche s'intéresse à des approches qui puissent permettre de limiter l'augmentation dramatique des contaminations au niveau planétaire. Dès la cérémonie d'ouverture de la conférence, les deux Bill en guest stars (Clinton et Gate) avaient donné le ton en plaçant ces sujets à l'ordre du jour. Mais la polémique soulevée par Act Up-Paris et les travailleurs du sexe sur la sécurité et l'information des personnes incluses dans les essais de prophylaxie chimique au cours de la précédente conférence de Bangkok explique aussi la place de premier plan prise par ces questions au cours de cette conférence mondiale. L'explosive situation du sida dans le monde exige impérieusement des moyens qui nous permettent de renforcer notre capacité à réduire le flot des nouvelles contaminations. De nouvelles approches, dites épidémiologiques parce qu'elles s'intéressent à la réduction de la transmission du virus à l'échelle d'une population et non pas du point de vue seulement individuel, explorent ainsi de nouvelles pistes en matière de prévention. La meilleure connaissance des mécanismes qui concourent à la diffusion de l'épidémie de sida permet d'identifier un ensemble de facteurs sur lesquels travailler pour diminuer le nombre de nouveaux cas.

## **Une transmission multifactorielle du virus du sida**

L'ampleur de la transmission du virus du sida dans une population est co-factorielle. Elle a d'abord, et principalement, une dimension comportementale. Au niveau individuel, il s'agit du fait de prendre ou de ne pas prendre de risques. Du point de vue épidémiologique, le nombre de cas de transmission du VIH dépend aussi de la fréquence des rapports sexuels, de l'âge d'entrée dans la sexualité, du nombre de partenaires, de l'usage du préservatif et des rapports sociaux de sexe dans une population. La transmission du virus du sida varie également en fonction du degré de connaissance du statut sérologique. 80 % des personnes séropositives dans le monde ignorent leur séropositivité, or plusieurs études ont montré que ces personnes sont plus promptes à prendre des risques que les personnes qui se savent contaminées. Enfin, la transmission du VIH dépend aussi de critères biologiques individuels. Certaines personnes sont plus susceptibles d'être infectées par le VIH que d'autres, et statistiquement le risque de transmission du virus est d'autant plus élevé que la charge virale est élevée. Ainsi, la réduction du niveau de charge virale global dans une population pourrait permettre une diminution du nombre de contaminations. La dynamique de l'épidémie constitue elle aussi un facteur aggravant la transmission, puisqu'une personne en séroconversion (qui vient d'être contaminée) et qui ignore le plus souvent son statut sérologique a plus de risques de transmettre le virus. D'autres facteurs viennent s'ajouter à cette liste comme la présence d'infection sexuellement transmissibles concomitantes (herpès, gonococcies, syphilis, etc.) ou même le palu qui augmentent le risque de transmission. Ces divers éléments fournissent aujourd'hui autant de pistes alternatives qui peuvent être explorées comme des stratégies complémentaires aux approches comportementales actuellement employées.

### **La mise en cause des méthodes de prévention classique**

Jusqu'à présent la prévention reposait essentiellement autour de la promotion du préservatif, le développement de politiques de réduction des risques (RdR) pour l'usage de drogues et l'utilisation de traitements dans le cadre de transmission mère-enfant. Depuis plusieurs années on assiste à une mise en cause de ces approches. L'efficacité des politiques fondées sur la promotion du préservatif est en partie mise en échec des difficultés rencontrées par certaines femmes pour imposer la capote aux hommes et par les problèmes rencontrés par certains gays pour maintenir une utilisation constante du préservatif dans la durée. S'appuyant souvent de manière opportuniste sur cette critique du préservatif ainsi que des études méthodologiquement fausses sur la fiabilité du préservatif, les américains et les mouvements religieux ont promu des approches ABC (Abstinence, Be faithful, Condom) fondées sur l'abstinence et la fidélité. Toutefois, cette mise en cause de l'efficacité des méthodes de prévention classique repose sur des non-dits. Comment peut-on prétendre que le préservatif est inefficace alors que seulement 21 % des personnes y ont accès dans le monde. L'effort en matière de prévention au niveau mondial est scandaleusement insuffisant : 0,2 % des adultes ont accès au dépistage, 4 % des usagers de drogues ont accès à la réduction des risques, 11 % des homosexuels ont accès à un programme de changement comportemental et 16 % des femmes ont accès à des programmes de prévention. Parallèlement, dans de nombreux pays, la mise en place de programmes ABC a conduit à des ruptures de stock de préservatifs problématiques et cette approche fondée sur une morale religieuse stigmatise les populations sur lesquelles devraient être concentrés tous les efforts.

## **Sida is techno !**

La malhonnêteté de certains discours sur les limites de la prévention classique ne doit pas empêcher de s'intéresser aux nouvelles approches développées dans une perspective de santé publique. D'ici quelques années, les recherches actuelles pourraient mettre à notre disposition plusieurs nouveaux outils pour renforcer notre capacité à lutter efficacement contre l'épidémie. On peut difficilement envisager que la vaccination puisse présenter une solution efficace avant de nombreuses années, et l'objectif d'un accès universel aux traitements pouvant impacter le niveau des contaminations est loin d'être atteint. Pour autant, les travaux présentés à Toronto annonçaient des pistes prometteuses en ce qui concerne la circoncision, les microbicides, l'usage des diaphragmes et des Prep's qui pourraient contribuer à la lutte contre la diffusion de l'épidémie.

## Les microbicides

Depuis de nombreuses années, le plaidoyer en faveur de la recherche sur les microbicides est très actif. Les microbicides sont des gels pouvant être appliqués directement au niveau du vagin ou du rectum qui ont pour objectif réduire le risque d'infection à VIH. Plusieurs éléments de preuves sur l'efficacité de certains produits existent chez l'animal et certaines substances font déjà l'objet d'essai de phase II et III chez l'Homme qui permettent d'espérer la mise au point de microbicides présentant une certaine efficacité d'ici plusieurs années. Ces produits agissent selon différents mécanismes. Certains en créant une barrière physique à la pénétration du virus dans les muqueuses, d'autres visent à détruire le virus avant même qu'il pénètre les tissus, certains enfin exploitent l'activité d'agents antiviraux pour empêcher l'infection au niveau local.

De nombreux produits sont à l'étude et les chercheurs travaillent parallèlement sur le mode d'administration pour en favoriser l'utilisation. Rares cependant sont les produits qui peuvent déboucher sur des essais à grande échelle. Se pose aussi la question de leur efficacité, les résultats escomptés sont très éloignés de la fiabilité issue d'une utilisation constante avec ou sans préservatif) mais l'intérêt des microbicides consiste surtout dans le fait que les femmes avec ces produits peuvent plus facilement être maîtresse de leur prévention. Les recherches sur les microbicides à usage anal sont très peu développées.

## Les barrières cervicales (diaphragmes)

Plusieurs recherches s'intéressent à l'intérêt des barrières cervicales dans la réduction du risque. Il s'agit d'un mode de contraception féminin efficace, sans danger qui a déjà fait ses preuves. On s'est aperçu que la zone du col de l'utérus était une des portes d'entrée principale du virus lors d'un rapport vaginal. En recouvrant cette partie de l'anatomie féminine, les capes cervicales pourraient permettre de réduire la probabilité d'infection par le VIH mais sans l'éliminer complètement.

## Les PrEPs

Les Prophylaxies pré-exposition consistent à utiliser le pouvoir antirétroviral de certains médicaments habituellement employés dans le traitement du VIH pour tenter de prévenir une éventuelle infection par le virus du sida. Le principe est en partie comparable à celui de la prophylaxie post-exposition où l'on emploie une trithérapie hautement active après un risque d'exposition au virus du sida afin de diminuer le risque de contamination. Toutefois il n'est pas envisageable d'utiliser une trithérapie continue chez des personnes qui ne sont pas malades. Les PrEPs impliquent une prise de médicament quotidienne et nécessitent donc la recherche de produits présentant un bon profil d'innocuité. Ces médicaments qui sont absorbés par voie orale doivent aussi se trouver en quantité suffisante au niveau génital ou anal.

Une réduction de la probabilité de transmission a été mise en évidence chez les singes, toutefois les études réalisées chez l'homme avec le ténofovir seul ne permettent pas pour le moment de mettre en évidence une réelle diminution de la transmission du virus du sida. Les nouvelles études qui vont être lancées envisagent aujourd'hui l'usage de deux médicaments pour obtenir une réponse plus efficace.

## La circoncision masculine

Si l'on connaît encore relativement mal les mécanismes de pénétration du virus du sida dans le corps humain, on s'est aperçu que la circoncision pouvait limiter en partie le risque d'infection par le VIH. L'année dernière, l'ANRS présentait la première étude scientifiquement contrôlée sur l'effet de la circoncision sur le risque de transmission du virus du sida. D'autres études devront confirmer ces résultats. Plusieurs présentations au cours de la conférence de Toronto revenaient sur cette question. Il semble que l'épaississement de la peau du gland chez l'homme circoncis la rende moins perméable au VIH. Par ailleurs, le prépuce supprimé par la circoncision est riche en cellules qui possèdent de nombreux récepteurs pour le VIH.

Reste que la circoncision n'est pas une technique facile à mettre en œuvre à grande échelle et peut poser des problèmes d'acceptation au niveau culturel et religieux. Sa pratique artisanale et la période de cicatrisation peuvent parfois être aussi des vecteurs de contamination. Surtout, dans



plusieurs pays où la majorité des hommes sont circoncis, le taux de prévalence n'en demeure pas moins très élevé. Il suffit de considérer le niveau élevé des contaminations chez les gays américains pour s'apercevoir que la circoncision ne pourra à elle seule résoudre la question de la transmission du virus du sida.



### Prévenir les IST

Plusieurs études ont montré que le risque d'infection par le VIH pouvait varier en fonction de la présence d'une infection sexuellement transmissible. Il semble par exemple que la présence d'une syphilis chez l'un ou l'autre des partenaires augmente le risque de transmission par le virus du sida. De même l'herpès parce qu'il est associé à une charge virale VIH plus élevée peut avoir un impact sur le risque de transmission du virus du sida. L'idée est donc de traiter les personnes contre l'herpès pour réduire l'incidence du VIH. De manière générale, la prévention des IST est directement liée à la lutte contre la diffusion de l'épidémie.

#### Une recherche pleine d'écueils

La recherche sur les nouvelles approches de prévention présente des enjeux importants en ce qui concerne l'information et la sécurité des personnes incluses dans la recherche. Il n'existe pas de marqueurs biologiques de protection clairement établis. En pratique, la plupart des études consistent à comparer le nombre de contaminations intervenues dans deux groupes. Or ces contaminations sont aussi fonction de la bonne utilisation des nouveaux outils et d'une bonne compréhension de leur efficacité. La plupart de ces études sont actuellement menées dans des populations présentant une forte vulnérabilité au VIH/sida pour faciliter la modélisation statistique (prostitués ou toxicomanes qui sont souvent stigmatisés). Dans ces recherches, il est paradoxalement plus intéressant pour un investigateur qu'il y ait beaucoup de contaminations que peu. La première génération d'essais de prophylaxie pré-exposition ne comportait pas toujours de conseils de prévention, pas de volet comportemental de qualité, ni aucune garantie en ce qui concerne l'accès à un traitement en cas d'éventuelle contamination au cours de l'étude. C'est la raison pour laquelle Act Up-Paris avec d'autres organisations issues des communautés dans lesquelles ces essais sont menés ont critiqué ceux qui devaient être améliorés. La résolution des enjeux éthiques posés par ce type de recherche n'est pas un frein à l'exploration de nouvelles approches. Au contraire, il s'agit d'un préalable nécessaire qui permet de gagner du temps en élaborant aujourd'hui des recherches qui concilient à la fois la sécurité des personnes incluses et leur information avec une réelle réflexion sur l'usage des nouveaux outils de prévention. En effet, qu'il s'agisse du préservatif ou d'autre chose, l'efficacité technique ne suffit pas. Réfléchir à la nouvelle donne introduite par ces approches c'est donc déjà répondre au principal défi qu'elles présentent et qui doit définir le type de recherches menées.

### Les nouvelles approches de prévention : pour quoi faire ?

Aujourd'hui des préoccupations différentes se fédèrent autour de la volonté de mener un certain type de recherche. Toutefois cette volonté repose très largement sur une croyance, un leurre qui consiste à laisser croire qu'il pourrait y avoir une panacée préventive et qu'elle serait à portée de main. Il nous semble que pour être en mesure d'envisager de manière pratique comment se préparer à l'arrivée de ces nouveaux outils, il est nécessaire d'arriver à déconstruire cette croyance et dire ce qu'elle peut signifier pour chacun.

Ces nouvelles approches sont envisagées, au Nord et au Sud, par les expertEs et les associations, de façons divergentes. Dans les pays en développement, l'idée des professionnelLs de santé publique est de réduire l'incidence de l'épidémie. On peut à raison se demander si ce n'est pas vouloir éteindre un incendie avec un seau d'eau. Au Nord et dans les associations, il est plutôt question de résoudre des problématiques spécifiques dans la gestion individuelle de la prévention. Trouver une solution aux inégalités dans la négociation de la prévention, réduire les prises de risque dans les couples sérodifférents ou faire face à la recrudescence des pratiques à risque chez les homosexuels. Ces nouvelles approches de prévention pourront-elles comme certainEs l'espèrent nous permettre de nous passer de préservatif ?



Avec plus de 4 millions de nouvelles contaminations par an, la capote restera encore longtemps à l'ordre du jour car aucune de ces approches ne permet d'envisager d'atteindre un niveau d'efficacité comparable à celui du préservatif lorsqu'il est convenablement utilisé. On évoque une possible réduction du risque qui irait de 30 à 60 %, au mieux 80 %. Si cette diminution de la transmission peut présenter un véritable intérêt dans une logique de santé publique, elle est seulement statistique et reste particulièrement insuffisante du point de vue individuel. Aussi, les mécanismes de transmission du VIH étant multifactoriels, agir isolément sur ces facteurs ne suffit pas pour obtenir des résultats. Si l'on souhaite un jour voir ces approches déboucher sur une alternative réelle au préservatif, il faudra les considérer de manière coordonnée pour accroître leur niveau d'efficacité.

La question soulevée par l'introduction de ces nouvelles approches de prévention consiste plutôt à savoir comment articuler une démarche de santé publique et une démarche de prévention fondée sur l'individu. Malheureusement les préoccupations actuelles relèvent avant tout du plaidoyer pour la recherche. Les discussions passent sous silence les véritables enjeux liés à l'introduction de ces nouvelles stratégies en matière de prévention.

En conséquence, la recherche se contente souvent de déterminer la réduction du nombre de contaminations alors qu'il faudrait dès à présent s'interroger sur l'usage que l'on souhaite faire de ces nouveaux outils. Quelle est l'efficacité requise pour que ces nouvelles approches préventives puissent présenter un quelconque intérêt. A quel taux de prévalence dans une population doit-on envisager leur utilisation ? Car ces questions ne sont pas sans conséquences sur l'éthique ou sur la validité de la recherche si l'on souhaite s'assurer que les personnes incluses dans les essais soient réellement susceptibles de bénéficier de ses résultats.

L'utilisation de ces nouveaux outils peut aussi avoir des répercussions comportementales importantes. On dit souvent que les microbicides présentent l'avantage de rendre les femmes maîtres de leur prévention, mais au contraire, l'existence de ces nouvelles techniques peut aussi les rendre plus vulnérables face aux hommes pour imposer le préservatif. Les PrEP's ou les microbicides et les diaphragmes posent comme le préservatif des questions d'acceptabilité et de constance d'utilisation. Tous ces éléments doivent être envisagées si l'on souhaite que ces nouveaux outils nous offrent un mieux plutôt qu'un moins en matière de prévention du sida. C'est la raison pour laquelle il est nécessaire que les recherches incluent un volet comportemental développé et que dès à présent l'ensemble des questions liées à l'articulation entre les approches épidémiologiques et les approches individuelles de prévention soient réellement adressées.

L'excitation vis-à-vis de ces nouveaux outils ne doit pas non plus nous faire perdre de vue que nous avons à notre immédiate disposition des outils puissants pour réduire l'épidémie et qui ont déjà démontré leur efficacité réelle. Or ces moyens ne sont simplement pas même mis en œuvre. Qu'est-ce qui peut justifier qu'en 2006 encore 80 % des personnes dans le monde n'aient même pas seulement accès au préservatif ? 10 % des contaminations mondiales ont lieu par transmission de la mère à l'enfant alors qu'on sait les éviter. 10 % des contaminations se font par usage de drogue par voie intraveineuse alors que les approches de réduction des risques ont montré leur efficacité. L'essentiel de la population mondiale ne bénéficie pas de programmes de prévention et les discriminations de genre ou liées à l'orientation sexuelle sont souvent cautionnées par les états ou la religion. La résolution de ces questions passe par des mesures politiques ambitieuses sans lesquelles quels que soient les outils mis en œuvre nous ne parviendront pas à vaincre cette épidémie. Tirer tout le bénéfice possible de ces nouvelles approches de prévention implique donc de ne pas perdre de vue un agenda politique simple qui consiste à se donner les moyens de mettre en œuvre les solutions disponibles au niveau mondial. C'est un leurre de faire croire que des solutions techniques régleront les problèmes politiques posés par l'épidémie de sida.





## L'internationale HSH

**Confrontés à une épidémie galopante chez les gays dans l'ensemble du monde, une pré conférence sur les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) a été organisée dans le cadre de la conférence de Toronto sous le titre : Advancing a Global Agenda for Gay Men and Other Men who have Sex with men. Financé par l'Onusida, Alliance et les pouvoirs publics canadiens et organisé par de nombreuses associations comme Action Sero-Zero, ACT, l'ICASO et GNP+, l'événement a réuni près de 300 personnes du monde entier avec la volonté de mettre sur pied un agenda global pour lutter contre cet état de fait.**

Les persécutions, torture et meurtres, et les politiques criminelles qui discriminent les homosexuelLES dans de nombreux pays du monde sont directement responsables de la propagation de l'épidémie de sida dans cette population. Face à cette situation, un symposium portant sur le VIH et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) a été organisé dans le cadre de la conférence de Toronto sous le titre : Advancing a Global Agenda for Gay Men and Other Men who have Sex with men. Financé par l'Onusida, Alliance et les pouvoirs publics canadiens et organisé par de nombreuses associations comme Action Sero-Zero, ACT, l'ICASO et GNP+, l'événement a réuni près de 300 personnes du monde entier avec la volonté de mettre sur pied un agenda global pour lutter contre cet état de fait.

La première journée de cette rencontre était consacrée à des présentations générales sur la situation des gays face au sida. Rien qu'on ne savait déjà : triste constat d'une épidémie galopante chez les gays à travers le monde et multiples discriminations dont ils sont victimes dans de nombreux pays. Le nombre de pédés séropositifs augmente dans la plupart des pays occidentaux et le sida continue d'interroger notre rapport les uns aux autres et notre capacité à nous organiser pour faire face. Encore aujourd'hui, dans plusieurs régions du monde et notamment dans la plupart des pays en développement, le contexte politique qui criminalise et stigmatise les relations homosexuelles constitue le principal frein pour le financement de programmes de prévention et de soins spécialement adressés aux HSH et ne permet souvent pas d'obtenir des données fiables sur la réalité de l'épidémie dans la population gay ou bisexuelle et trans.

Un rapport présenté à la conférence de Toronto par TREAT Asia indique par exemple que dans certains pays la prévalence (le nombre de personnes contaminées dans une population) excède 25 % dans cette population. D'autres études menées en Amérique Latine ou dans les Caraïbes suggèrent quant à elle des taux de prévalence situés entre 10 % et 20 %. Les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes et les trans' restent dans le monde entier les populations où la séroprévalence est la plus élevée.

Certaines villes se battent pour les jeux olympiques, d'autres accueillent les conférences mondiales de lutte contre le sida. Au cours de cette rencontre, le Mexique a particulièrement été mis à l'honneur car Mexico doit accueillir la prochaine conférence mondiale de lutte contre le sida.

La situation de ce pays est particulièrement intéressante car c'est l'un des rares pays d'Amérique latine pour lequel on dispose d'indications relativement fiables sur des contaminations par voie homosexuelle. Comme dans de nombreux pays, on ne dispose pas de ces données car la question n'est même pas adressée lors du recueil épidémiologique ou plus simplement parce que les rapports homosexuels y sont stigmatisés ou interdits. Le directeur de la lutte contre le sida mexicain est gay, il plaide pour qu'une session plénière soit consacrée à la question des MSM lors de la prochaine conférence mondiale de lutte contre le sida.

Vingt-cinq ans après le début de l'épidémie, la lutte contre le sida reste aussi instamment liée aux droits des minorités, les femmes, les usagerEs de drogues, les gays, les trans, etc. et cette question doit toujours figurer en haut de l'agenda de la lutte contre le sida. Il est intolérable que l'accès à la prévention dans le monde soit aussi insuffisante. Le silence et l'invisibilité sont un cocktail fatal qui conduit toutes les minorités à être disproportionnellement touchées par l'épidémie à travers le monde. Comme avec la répression de la toxicomanie et le refus de mettre en place des programmes d'échange de seringues et de substitution, on ne peut accepter que l'on continue de reproduire partout les mêmes erreurs criminelles depuis le début de l'épidémie et plus particulièrement envers les gays.

Cette situation internationale ne dédouane pas les gays occidentaux de leur incapacité actuelle à faire face une épidémie devenue endémique. C'est presque un paradoxe : comment prétendre vouloir aider les pays en développement sur le terrain des droits et de la lutte contre le sida quand nous ne sommes même plus capables de nous respecter entre nous, d'affronter la question du stigma ou du rapport entre les séropos et les séronegs.

Lors de la session de clôture, le directeur exécutif de l'Onusida, Peter Piot a assuré le soutien de son organisation dans la mise en place d'un agenda global pour lutter contre le sida chez les gays qui comprend la lutte pour l'égalité des droits. Il faut espérer que l'Onusida sera plus efficace qu'elle ne l'a été jusqu'à présent sur la promesse d'un accès universel aux traitements. La déclaration finale présentée à l'issue de la rencontre propose la création d'un forum global qui devrait permettre de rassembler les gays et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes du Nord et du Sud pour coordonner une réponse globale face à l'épidémie de sida chez les gays, les bi et les trans. Ce forum global devrait soutenir les efforts individuels et des organisations de toutes les régions du monde par la mise sur pied d'une solidarité internationale pour mobiliser les ressources existantes et faire pression sur les gouvernements et les personnalités publiques internationales afin d'augmenter les financements pour la lutte contre le sida en direction des homos et pour défendre leurs droits.





## Coup de gueule

**Cette année, à la conférence mondiale, environ un tiers des sessions étaient consacrées à la réduction des risques et aux usagerEs de drogues, chose dont nous nous réjouissons encore. Pourtant, il était incompréhensible de voir dans le programme une seule et unique session sur la co-infection VIH-hépatites, quand on sait qu'elle concerne majoritairement des usagerEs et ex-usagerEs injecteurSEs de drogues.**

Suite à l'avant-dernière présentation, par la représentante norvégienne de l'OMS Europe, sur l'état de la co-infection en Europe, l'un des membres d'Act Up-Paris a interpellé publiquement la salle, l'IAS et le comité d'organisation sur le manque de sérieux dont la co-infection a fait l'objet à cette conférence.

Les retransmissions de cette conférence sur le site web offre même la possibilité de réentendre toutes les sessions dans leur intégralité, y compris les questions et les réactions de la salle, accompagnées des résumés des présentations, des diaporamas et des commentaires des modérateurs. Vous pouvez donc télécharger l'enregistrement audio complet à cette adresse, sachant qu'il s'agit d'un document MP3, pesant environ 22,7 mégas : [www.aids2006.org/PAG/Audio/WEAX01\\_EN.mp3](http://www.aids2006.org/PAG/Audio/WEAX01_EN.mp3) Et tous les documents de cette session co-infection, à cette adresse : [www.aids2006.org/PAG/PSession.aspx?s=283](http://www.aids2006.org/PAG/PSession.aspx?s=283)

Les repères de time-code suivants (heure-minutes-secondes) sont indiqués aussi sur votre compteur du lecteur MP3, afin d'aller directement à la partie qui nous intéresse. Donc la présentation de l'OMS est située de 00h-45"-00' jusqu'à 00h-56"-25', puis l'intervention d'Act Up-Paris et les réactions de la salle de 00h-59"-13' jusqu'à 01h-01"-50'. Attention, tout ceci est en anglais, mais nous vous donnons ci-dessous la traduction.

Act Up : *Je suis très surpris d'entendre à nouveau ce fameux chiffre de 23 % des co-infectés qui auraient été traités en Europe. C'est bien ce que vous nous avez présenté ?*

OMS : *Oui, c'est bien le chiffre que j'ai présenté, mais tout d'abord j'ai précisé qu'il est très controversé puisque ça ne concerne que les traitements à base de ribavirine et d'interféron pegylé qui sont actuellement plus spécifiques du traitement de l'hépatite C uniquement. Aussi j'admets que nous n'avons pas de très bon chiffres, encore comme je l'ai aussi signalé plusieurs fois auparavant.*

Act Up : *Excusez-moi, je ne me suis pas présenté, je suis Gérald Sanchez d'Act Up-Paris. Aussi plutôt que de présenter des chiffres faussés, il serait préférable de voir la réalité en face. Je pense que la plupart des usagers de drogues co-infectés ont de gros problèmes pour accéder à un traitement VHC. Ces chiffres sont ceux de l'industrie pharmaceutique ce qui signifie que, sur ces 23 %, la plupart de ces personnes sont d'ex-usagers de drogues aujourd'hui stabilisés du point de vue social, et la plupart d'entre eux et elles ne sont pas vraiment représentatives de ceux et celles qu'il va falloir absolument prendre en charge dans les trois à cinq ans à venir. Durant cette période de trois à cinq ans, nous attendons l'arrivée de nouveaux traitements plus efficaces que l'interféron. Je suis vraiment furieuse de constater qu'aujourd'hui, pour la conférence mondiale sur le sida, la co-infection a juste été traitée à l'occasion d'une seule session de deux heures sur cinq jours. C'est un problème grave et je m'adresse aux membres de l'IAS.*

Applaudissements de toute la salle

Act Up : *Je voudrais aussi signaler qu'oser titrer cette session « l'épidémie cachée » pour la traiter dans une salle introuvable, mais où est-ce que vous en êtes ?*

Quelques rires et ricanements dans la salle

Act Up : *Nous avons fait des efforts considérables pour faire face aux problèmes liés à la co-infection. Personnellement je travaille sur ce sujet depuis huit ans et aujourd'hui je suis très content de voir que cette salle est enfin vraiment remplie. Qu'est-ce que fait l'IAS pour nous aider ? C'est une vraie honte de voir que des personnes n'ont pas pu accéder à cette salle car il fallait attendre plus d'une heure à faire la queue à l'extérieur puisque c'est plein. J'espère que nous aurons des réponses de l'IAS à l'occasion de la cérémonie de clôture.*

Il nous a été rapporté le lendemain, jeudi, que l'IAS aurait émis un communiqué de presse à ce sujet dont nous aimerions beaucoup connaître la nature en détail en termes de propositions concrètes pour les autres événements organisés par l'IAS. En effet, dans notre dossier de presse spécial Toronto, nous suggérons déjà le rôle capital que pourrait jouer l'IAS dans la coordination internationale des essais sur la co-infection VIH-hépatites et surtout concernant les greffes du foie.

En attendant des propositions concrètes de leur part, nous continuons à travailler activement sur la co-infection pour cette rentrée. Si des co-infectés souhaitent nous rejoindre pour un manque de sport et quelques actions diététiques, qu'ils et elles n'hésitent pas à se faire connaître, le calendrier d'Act Up-Paris sera chaud cet hiver. Vous pouvez toujours nous écrire par mail : [coinfection@actupparis.org](mailto:coinfection@actupparis.org) et nous soutenir activement !

Dans le cadre de nos activités co-infection, nous organisons deux réunions publiques d'informations (RéPI), une sur les cirrhoses, qui a eu lieu le 8 novembre et une sur les greffes, qui aura lieu début janvier 2007. Mais nous avons aussi organisé le 10 octobre lors d'une de nos réunions hebdomadaires, une rencontre avec Jean François Delfraissy, directeur de l'ANRS, Marc Bourlière, président de l'AC-24 (essais co-infection), Jean-Michel Molina, président de l'AC-5, et Laurence Allain, chargée de coordination des essais co-infection. Nous vous tiendrons prochainement au courant de ce travail.





## Le laboratoire invisible

Il y a quelques mois, le laboratoire Abbott a présenté au TRT-5 la nouvelle formulation du Kalétra®. Nous avons essayé d'obtenir des informations concernant une modification de la formulation du Norvir®, mais n'avons pas eu de réponses. Depuis avec d'autres activistes nous considérons ce dossier comme une priorité.

Récemment dans une autre réunion à Paris, entre Abbott et des représentantEs associatifVEs françaisES et européenNEs pour présenter encore une fois la nouvelle formulation du Kalétra®, les mêmes interrogations furent posées par les activistes, Abbott a alors répondu que cela prendrait au moins 2 à 3 ans pour le développer et qu'il y avait beaucoup de difficultés à résoudre.

À Toronto, Abbott a laissé le message aux activistes qu'un essai était annoncé sur la nouvelle formulation du Norvir® avant la fin de cette année mais il y a deux ans et demi alors que nous étions en négociation avec eux sur l'augmentation du prix du Norvir® aux USA, la promesse avait été faite par le laboratoire de travailler sur une nouvelle formulation du Norvir®, c'était même une justification de l'augmentation du prix.

Cette version sèche du Norvir® n'est pas seulement valable pour le Kalétra® mais aussi pour toutes les autres molécules qui doivent être prises avec une faible dose de Norvir® (prescrit dans ce cas comme booster) et selon les recommandations des expertEs. Afin de faire de ce traitement essentiel une option valable en 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> ligne de traitement et plus largement disponible au Nord comme au Sud, nous avons besoin d'un composé utilisable pour des personnes qui ne peuvent conservé leur traitement au frigo, c'est-à-dire la grande majorité des séropositifEs. C'est pourquoi nous exigeons du laboratoire un agenda raisonnable du développement d'une nouvelle version du Norvir®. Mais Abbott abuse de sa position dominante : ils ont une sorte de contrôle de toutes les antiprotéase qui nécessite une dose de Norvir® comme booster. Le développement du Kalétra® nouvelle version est une première réponse marketing. Nous avons besoin d'une réponse sérieuse afin de donner aux malades le plus large choix possible de traitements adaptables à tous. Nous avons besoin de façon, urgente d'une nouvelle formulation du Norvir® pour rattraper une réelle égalité des soins de tous les séropositifEs dans le monde.

Lors des occupations du stand du laboratoire, miss Heat Stable entourée d'activistes du monde entier a chanté «Abbott Guy Song».

Abbott Guy, Abbott Guy  
Where are you, Abbott Guy  
Are you shamed or are you shy ?  
Where are you, Abbott Guy ?



Abbott Guy, Abbott Guy  
You left your booth, so it is mine  
You let me down, that makes me proud  
Where are you, Abbott Guy ?

Abbott Guy, Abbott Guy  
When you're not here, there is sunshine  
But I wanna see you in the eyes  
Where are you, Abbott Guy ?

Abbott Guy, Abbott Guy  
Let's figure out what's in your mind  
More benefit with our own lives ?  
Where are you, Abbott Guy ?



Where are you, Abbott Guy ?  
Where are you, Abbott Guy ?  
I wanna see you in the eyes.



## DART compte les morts !

**Depuis de long mois des activistes Ougandais cherchent à faire entendre leurs griefs vis-à-vis de l'essai DART (Development of AntiRetroviral Therapy in Africa). Act Up-Paris a choisi avec eux de relayer leurs préoccupations au cours de la présentation des résultats préliminaires de l'essai DART à la conférence internationale de Toronto.**

Mené en Ouganda et au Zimbabwe, l'essai DART est un essai randomisé qui compare le suivi avec des analyses en laboratoire et le seul suivi clinique (par le médecin) pour la prise en charge de malades adultes sous traitements antirétroviraux dans le contexte africain. L'essai qui a enrôlé 3 314 malades, envisageait aussi, pour une partie des personnes incluses, des interruptions stratégiques de traitement (STI) afin de déterminer si elles pouvaient réduire les toxicités sans diminuer l'efficacité des traitements. La multiplicité des objectifs de cet essai, sa mauvaise conception, l'absence de véritable consentement éclairé et le manque de garanties quant à la continuité du traitement antirétroviral en cas de sortie de l'essai soulèvent de graves questions quant à la sécurité des personnes incluses et leur consentement tout au long de l'étude.

Au cours des late breakers de la conférence de Toronto, les militantEs ont déroulé une grande banderole « Shame » devant l'un des investigateurRICEs de l'essai DART qui présentait les résultats du bras avec traitement intermittent. D'autres militantEs portaient des pancartes indiquant : « DART = unethical trial ». Cette action était silencieuse car nous ne souhaitons pas prendre la parole à la place des personnes incluses dans l'essai (celles avec qui nous avons travaillé n'ayant pas pu être présents) et aussi pour se conformer aux règles de sécurité drastiques de la conférence – et son service d'ordre musclé – qui interdisait toute interruption de séance.

Il n'est évidemment pas question ici de réclamer l'arrêt de cet essai qui semble tenter de répondre à des questions importantes sur l'accès aux traitements dans les pays du Sud. Il s'agit avant tout d'améliorer les conditions dans lesquelles se déroule cet essai du point de vue de la sécurité des personnes incluses et de leur consentement à y participer. Il ne s'agit pas ici de la défense d'un universalisme éthique abstrait mais de veiller à ce que les conditions locales ne soient pas prises comme prétextes pour faire l'impasse sur le respect des droits des personnes qui participent à la recherche.

Depuis plus d'un an les activistes locaux essayent sans succès de faire entendre leurs préoccupations concernant l'essai DART. Ne pas être en mesure de répondre à ces questions c'est se rendre doublement coupable : coupable envers les personnes vivant avec le VIH/sida qui se soumettent à la recherche ; coupable encore envers la recherche elle-même.

Au cours de l'action, plus de 200 tracts qui reprenaient les critiques soulevées par les communautés vis-à-vis de cet essai ont été distribués. Ce texte pointait plusieurs problèmes :

## **Sur l'ensemble de l'essai :**

- L'information des participantEs potentiELes au sujet des risques de santé présentés par l'essai est insuffisante et passe sous silence les risques d'émergence de résistances en cas de traitement sub-optimal ou l'éventuelle apparition de toxicités qui ne seraient pas identifiées sans les marqueurs biologiques ;
- Les investigateurRICEs de DART ont choisi de conduire leur étude sur un traitement sans monitoring biologique dans des centres où ce monitoring est actuellement disponible, privant ainsi certaines personnes incluses des standards de soins auxquels d'autres ont accès. Si des tests sanguins sont effectués, les résultats ne sont communiqués aux médecins traitant qu'en cas d'incident de stade 4, c'est-à-dire à un stade trop avancé de la maladie.
- Les participantEs qui voudraient sortir de l'essai de leur propre chef du fait de la dégradation de leur état de santé sont excluEs de l'offre mentionnée dans le formulaire de consentement de bénéficier des garanties d'accéder à un traitement optimal pour cinq ans.

## **Pour le bras de traitement intermittent :**

- Les investigateurRICEs de DART ont choisi d'étudier les interruptions de traitement en même temps que la comparaison entre le suivi biologique et le simple suivi clinique ;
- Les investigateurRICEs de DART ont choisi d'étudier les interruptions de traitement alors même que la communauté scientifique internationale les considérait déjà comme potentiellement dangereuses pour des personnes ayant eu une immunité sévèrement dégradée ;
- De ce fait, exposer les participantEs à des interruptions de traitement sans monitoring biologique est d'autant plus risqué ;
- Ce n'est que deux ans après le lancement de l'essai que les investigateurRICEs de DART ont fermé le bras avec interruption de traitement (en mars dernier).

Les données déjà disponibles à propos de cet essai montrent une augmentation de 2,6 du risque de progression dans la maladie pour le bras avec interruption de traitement. Par ailleurs, dans l'ensemble de l'essai, un nombre très important de décès est déjà à déplorer. Il y a par ailleurs de nombreuxSES perduEs de vue dans l'étude qui n'ont pas été compris dans la présentation de Toronto contrairement aux règles communément admises par la communauté scientifique.

## **Nos revendications**

Act Up-Paris a repris les revendications suivantes portées localement par de nombreuxSES activistes locauxLES :

- Les participantEs du bras avec interruption de traitement dont l'état clinique s'est dégradé doivent s'ils et elles le souhaitent pouvoir immédiatement intégrer le bras comportant un suivi biologique et bénéficier d'un traitement optimal.
- Lorsque des personnes voient leur état clinique se dégrader excessivement, il doit être possible à leur médecin d'accéder à l'ensemble des résultats biologiques recueillis. Autrement dit, un DSMB doit pouvoir, par l'analyse rapprochée des résultats biologiques individuels (en temps réel), décider de lever l'aveugle selon des critères définis à l'avance sans attendre une dégradation dangereuse de l'état clinique telle que prévue dans le protocole (stade 4 de l'OMS). Idéalement, une chute importante des CD4 ou une remontée de la charge virale inquiétante devrait constituer des alertes suffisantes pour que les médecins soit aviséEs.
- Dans les conditions actuelles, les participants qui choisissent de quitter l'essai de leur propre chef doivent pouvoir bénéficier du même standard de soin que ceux et celles qui restent dans l'essai afin que ce critère ne constitue pas une forme de pression incitant à ne pas quitter l'essai.
- Il convient aujourd'hui que les investigateurRICEs présentent des résultats intermédiaires de l'ensemble de l'étude qui fassent figurer les perduEs de vue, que des représentantEs des personnes incluses soient directement associées au Comité de l'essai et que des rencontres régulières entre les personnes incluses et les investigateurRICEs aient lieu.

# Unitaid : une initiative très visible mais peu lisible

**La France et les autres pays à l'origine d'Unitaid doivent mettre en place d'urgence les différents garde-fous demandés par les associations pour prévenir d'éventuels détournements d'argent, et conserver la précieuse prévisibilité financière que la taxe sur les billets d'avion offre à Unitaid.**

Jacques Chirac a beaucoup insisté sur la solidité Unitaid. Il a notamment déclaré lors de la conférence de presse de lancement qu'Unitaid «est un financement innovant spécifique reposant sur des contributions prévisibles». Act Up-Paris rappelle que la Grande Bretagne vient d'annoncer que sa contribution à Unitaid ne passerait pas par un nouveau mécanisme et ne serait pas donc pas davantage prévisible. C'est une des nombreuses limites de l'initiative que nous détaillons ici pour exiger davantage de sérieux et de transparence.

## Garde-fous

L'objectif principal donné à Unitaid consiste à faire baisser les prix des articles médicaux permettant de soigner les malades : tests diagnostiques et médicaments. Cet objectif répond à un besoin hautement urgent car, les prix des traitements et des tests diagnostiques restent

aujourd'hui prohibitifs pour la grande majorité des malades du sida de la planète dont 95 % vivent dans des pays pauvres. C'est pourquoi nous regrettons que la France et les autres Etats impliqués dans Unitaid ne se donnent pas tous les moyens concrets d'atteindre cet objectif ambitieux.

Il subsiste un risque important que l'argent d'Unitaid soit rapidement détourné, la France et les autres Etats refusant pour l'instant de garantir un haut niveau de transparence dans l'utilisation des fonds<sup>1</sup>. Depuis avril dernier, les Etats s'obstinent à exclure des documents fondateurs d'Unitaid divers garde-fous demandés par les associations Gestos (Brésil), Oxfam (Grande-Bretagne) et Sidaction, dans le but, entre autres, d'empêcher les détournements que des initiatives de ce genre ont déjà pu connaître.

1- La transparence quant à l'utilisation des fonds est aujourd'hui reconnue comme le moyen le plus efficace de prévenir les malversations. Ainsi, le Fonds mondial a réussi à limiter considérablement les cas de détournements des subsides qu'il verse aux pays en développement, en publiant sur Internet non seulement ses propres comptes, mais aussi ceux des institutions nationales qui reçoivent ses subsides et sont chargées de les dépenser localement. C'est ce principe de publication en ligne qu'Act Up, Gestos (Brésil), Oxfam (Grande-Bretagne) et Sidaction demandent au gouvernement français d'appliquer à Unitaid.

2- Depuis la conférence de Barcelone de mars 2002, la France et la Grande-Bretagne se sont engagées auprès des pays en développement à doubler d'ici 2012-2013 le montant de leur aide publique au développement. Ces pays du Sud comptent sur ces sommes. Or, il apparaît aujourd'hui que la France et la Grande-Bretagne comptent baisser ces aides d'autant que leur versement dans Unitaid, prenant ainsi d'une main ce qu'elles donnent de l'autre.

Ces garde-fous sont urgemment nécessaires pour pallier à d'autres dangers que les détournements : danger qu'Unitaid ne serve d'excuse pour couper l'aide que les pays pauvres sont censés recevoir ces prochaines années<sup>2</sup> ; danger que l'aide offerte par Unitaid ne perde sa précieuse prévisibilité au nom de la raison diplomatique<sup>3</sup> ; et danger qu'Unitaid ne serve à financer des actions hautement médiatiques, mais faiblement utiles<sup>4</sup>.

Si nous sommes satisfaitEs que le garde-fou demandé pour garantir la capacité d'Unitaid à faire baisser les prix malgré les monopoles pharmaceutiques a été intégré dans les statuts d'Unitaid (recours aux licences obligatoires lorsqu'un brevet bloque la baisse des prix), nous appelons la France et les autres Etats impliqués à intégrer rapidement les garde-fous demandés par les associations.

## Cache-misère

Malgré les aspects prometteurs d'Unitaid, cette initiative ne doit pas servir de diversion et faire oublier que la France a déjà pris d'importants engagements financiers en matière de lutte mondiale contre le sida - engagements qu'elle ne respecte toujours pas, même en comptant Unitaid.

Le 27 juin 2001, à l'ONU, la France et les autres Nations du monde avaient pris l'engagement de mobiliser 10 milliards de dollars annuels avant 2005, afin de mettre en œuvre un plan mondial de contrôle de la pandémie du sida. Mais, ces subsides n'ayant pas été versés, l'épidémie a continué de progresser, si bien que, d'après l'ONUSIDA, en 2007, ce ne sont plus 10 mais 18 milliards qui sont nécessaires pour juguler la pandémie. Malheureusement, la communauté internationale est encore bien loin de cette somme : seuls 10 milliards de dollars sont attendus pour 2007, toujours selon l'agence onusienne.

3- La principale valeur ajoutée d'Unitaid est de disposer de revenus provenant d'une taxe spécifique, et donc prévisibles à long terme. Par contraste, les revenus du Fonds mondial proviennent de contributions budgétaires annuelles qui peuvent s'arrêter n'importe quand, exposant ainsi les pays pauvres à se retrouver sans médicaments du jour au lendemain. Unitaid peut sécuriser ce risque, et ainsi encourager les pays pauvres à universaliser l'accès aux médicaments. Mais la France s'est dite prête à accepter que la Grande-Bretagne contribue à Unitaid de manière budgétaire et instable si cela lui permet d'éviter de se retrouver unique contributeur riche à Unitaid.

4- Depuis avril 2006, les 5 Etats insistent pour que les femmes enceintes bénéficient prioritairement des médicaments VIH bon marché d'Unitaid, alors que les experts de l'OMS disent clairement que le prix des médicaments n'est pas la raison pour laquelle les femmes enceintes des pays pauvres n'y ont pas accès. Les experts expliquent que plusieurs antirétroviraux destinés aux femmes enceintes sont déjà gratuits, mais que les femmes vivant en zones rurales n'y ont pas accès car personne ne veut payer le salaire des médecins et pharmaciens de campagne. Pourtant les Etats membres d'Unitaid ignorent ces réserves des experts et insistent pour subventionner les médicaments destinés aux femmes enceintes. D'après nos informations, les Etats seraient convaincus que les femmes enceintes sont plus « vendeuses » auprès de l'opinion publique.

Or, la France a prévu de verser en 2007 par la voie budgétaire à hauteur de 250 millions de dollars<sup>5</sup>, soit seulement 1,5 % des 18 milliards nécessaires. Pourtant, la part de la France dans le PIB des pays riches est 4 fois supérieure à ce chiffre : 6 % selon l'OCDE. Et même en ajoutant la taxe sur les billets d'avion (250 millions de dollars en année pleine, selon le ministère des Affaires étrangères), la France va rester loin derrière la Grande-Bretagne, pays équivalent qui contribue pourtant déjà à 900 millions de dollars par an à la lutte mondiale contre le sida.

Act Up-Paris appelle donc Jacques Chirac à inscrire au budget 2007 de la

France une contribution à la lutte mondiale contre le sida qui soit proportionnelle à sa richesse (6 % de 18 milliards). Prenant en compte le prochain changement de gouvernement, Act Up-Paris appelle aussi le Parti Socialiste et l'UMP à se prononcer publiquement en faveur d'une contribution 2007 de la France à la lutte mondiale contre le sida qui soit proportionnelle à sa richesse, et au moins égale à celle de la Grande-Bretagne.

### Act Up-Paris représentera les associations au Conseil d'administration d'Unitaid

Khalil Elouardighi, responsable des questions internationales à Act Up-Paris, vient d'être désigné par la Coalition Internationale des Associations de Lutte contre le Sida (ICASO) pour représenter les associations au sein du conseil d'administration d'UNITAID. Sa désignation, actée par les membres gouvernementaux d'Unitaid, consacre l'expertise et le plaidoyer d'Act Up-Paris en matière d'accès aux traitements dans les pays du Sud.

5- D'après le ministère des Affaires étrangères, la contribution budgétaire 2004 à la lutte mondiale contre le sida s'élève à 120 millions d'euros. En 2007, elle augmente par rapport à 2005 de 90 millions d'euros (entièrement à travers le Fonds mondial, qui recevra aussi, en plus de ces 90 millions d'euros pour le sida, 60 millions d'euros pour le paludisme et la tuberculose). Le total 2007 s'élève donc à 210 millions d'euros, soit 260 millions de dollars.

Unitaid est une initiative internationale, lancée par la France, le Brésil, la Grande-Bretagne, la Norvège et le Chili, qui vise à faire baisser les prix des médicaments contre le sida, la tuberculose et le paludisme afin de les rendre abordables pour les malades des pays pauvres. Unitaid est principalement financé par

la nouvelle taxe sur les billets d'avion. Le Conseil d'administration d'Unitaid est constitué de neuf membres votants : cinq représentantEs des Etats contributeurs, deux représentantEs des Etats bénéficiaires, une représentante des malades, un représentant des associations. C'est Carol Nawina de la Treatment Advocacy and Literacy Campaign en Zambie qui a été choisie pour le poste de représentante des malades.



## Le classement du Subutex® abandonné Et après ?

**Le Ministre de la Santé a décidé de ne pas reclasser le Subutex® dans la catégorie des produits stupéfiants. Il a finalement entendu les associations qui avaient fait front contre ce projet et choisi de ne pas suivre la MILDT qui était à l'origine de la proposition. Il s'agit d'une victoire importante et d'un désaveu pour Didier Jayle, président de la MILDT, qui paie ainsi son incapacité à mettre en oeuvre un processus de concertation. Mais il faut maintenant que nous transformions cette «non-défaite» en victoire en réfléchissant à des évolutions possibles des traitements de substitution qui s'appuient réellement sur les besoins des usagerEs.**

Il aura finalement fallu attendre la conférence de l'IAS à Toronto pour avoir le fin mot de l'affaire du Subutex®. C'est en effet à cette occasion que le ministre de la Santé a officiellement annoncé qu'il ne le reclasserait pas. Les chargéEs de communication de Xavier Bertrand s'étaient même arrangé pour obtenir un papier dans le Monde à la veille de son arrivée à Toronto, histoire de désamorcer les critiques qui s'annonçaient. C'était un peu tard et les critiques redoutées ne manquèrent pas de s'exprimer puisque le D<sup>r</sup> Alex Wodak (médecin australien considéré comme l'un des papes de la réduction des risques au niveau mondial) ne manqua pas de l'égratigner en plénière, alors même que Xavier Bertrand était assis à ses côtés. Passons sur cet épisode, il faut maintenant en tirer quelques leçons et penser à la longue liste de ce qu'il reste à faire en matière de substitution.

Le premier enseignement de cette bataille est que la réduction des risques liés à l'usage de drogues demeure l'un des champs les plus accidentés de la démocratie sanitaire. Un terrain meuble où continuent de s'affronter les préjugés plus que les idées, les considérations morales plus que les rationalités, et sur lequel on voudrait, au mieux, cantonner les usagerEs au rôle de victimes, au pire à celui de présuméEs coupables. Penser les usagerEs de drogues comme des acteurRICEs de leur propre santé commence à être accepté, même si cela reste souvent très théorique ; les impliquer concrètement dans la conduite des politiques publiques frise encore le blasphème. Une fois de plus, depuis son arrivée à la MILDT, Didier Jayle a cru pouvoir nous imposer le fait du prince comme mode de concertation et il semble raisonnable de croire que cette affaire ne sera pas la dernière où des décisions autocratiques menaceront de balayer des années de fragile consensus.

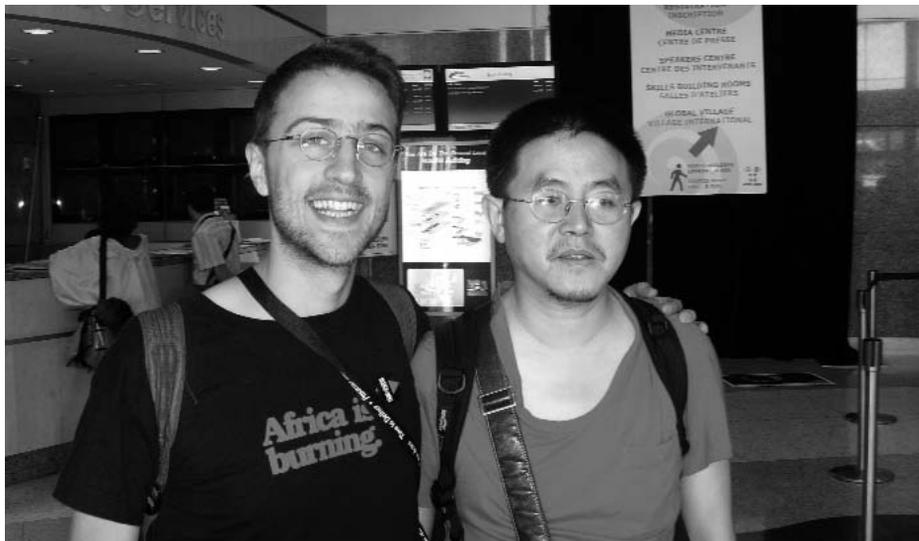
La deuxième leçon, plus encourageante, est que les acteurRICEs de la réduction des risques et de l'auto-support ont, malgré tout, appris à montrer les dents. Nous tairons ici le nom des multiples associations plutôt sages qui nous ont ouvertement réclamé un zap du président de la MILDT. Le fait est que nous n'aurons finalement pas eu besoin de le faire (tant le personnage est déconsidéré au sein même du gouvernement dont il dépend) mais cette capacité de mobilisation et la pugnacité dont l'ensemble des acteurRICEs a fait montre est une véritable force pour l'avenir. Un avenir qui commence tout de suite puisque plusieurs chantiers sont ouverts du côté de la substitution.

Le premier chantier est celui de l'amélioration de l'accès à la méthadone. C'était une des principales recommandations de la conférence de consensus de 2004 sur les traitements de substitution et le ministère de la Santé s'est engagé à la suivre. La première solution pour améliorer l'accès à la méthadone, c'est de permettre sa primo-prescription par la médecine de ville. Actuellement, un usager qui veut initier un tel traitement doit passer par un Centre de Soins Spécialisés en Toxicomanie (CSST) ; ce qui dissuade un certain nombre, rétifs à emprunter un tel parcours ou simplement dans l'impossibilité de le faire pour d'évidentes raisons d'implantation géographique des CSST. Pour autoriser cette prescription directe par les médecins de ville, l'ANRS a été chargée de mener une étude, dont malheureusement les objectifs et les critères sont assez flous, pour ne pas dire étranges. Nous ne comprenons pas, en effet, la pertinence de comparer les pratiques à risques en termes de partage de matériel et d'incidence du VHC entre un groupe d'usagers qui accéderait à la méthadone par un médecin de ville et un autre groupe y accédant par un CSST. La seule question que tout le monde se pose est la suivante : y aura-t-il ou non plus de surdoses chez les usagers qui ne seraient pas passés par un CSST ? Question à laquelle l'étude ne pourra que très difficilement répondre puisqu'elle ne concernera que 400 usagers, alors que le nombre de surdoses mortelles de méthadone (au cours des dernières années) varie de 9 à 25 décès/an pour environ 15 000 personnes traitées, soit entre 0,06 et 0,16 %.

Deux nouveaux produits sont susceptibles de venir compléter assez vite le dispositif : la méthadone forme sèche (gélules au lieu de sirop) et le Suboxone® dit Subutex® «in-shootable». Le premier est très attendu par les usagers de la méthadone puisque les gélules allégeraient au quotidien le stockage et le transport de leur traitement, mais aussi parce que l'on craint que l'absorption quotidienne d'un sirop soit susceptible de poser des problèmes à long terme (diabète, etc.). Un avantage supplémentaire de cette forme sèche est d'être adaptée à la vie des usagers les plus marginalisés (et notamment aux usagers sans domicile) qui sont dans l'incapacité de stocker les flacons de méthadone sirop. Ces usagers marginalisés, qui sont souvent les premiers à injecter le Subutex® ou à le «booster» avec d'autres consommations, pourraient ainsi passer à la méthadone qui donne de bien meilleurs résultats du fait de ses effets anti-dépresseurs et ne conduit qu'à de bien moindres mésusages. Le problème est que la méthadone sèche est susceptible d'être injectée contrairement à la forme sirop, que la méthadone est un vrai «toxique» et peut donner lieu à des surdoses mortelles (ce qui n'est pas le cas du Subutex®) et enfin qu'il est plus facile de revendre au marché noir des gélules que des flacons de sirop. A l'heure actuelle, il est donc envisagé qu'elle ne soit délivrée qu'à des usagers traités à la méthadone depuis au moins un an. Ce qui exclut de fait les usagers de drogue qui ne seraient pas passés par une «période d'essai» avec le sirop, et donc les usagers marginalisés... Nous devons donc tenter de réduire cette période pour faciliter l'accès à la méthadone des usagers qui ne peuvent que très difficilement passer par la forme sirop tout en étant évidemment très attentifs à la manière de procéder, afin de ne pas exposer les usagers à de nouveaux dangers.

Le Suboxone®, quant à lui, peut avoir un intérêt pour un certain nombre d'usagers qui se sentiraient prêts à arrêter l'injection et que ce produit pourrait aider, mais il pose aussi un grand nombre de problèmes non résolus qui imposent donc une grande vigilance. En effet, ce produit qui contient de la naloxone (la molécule utilisée pour traiter les overdoses) a pour effet de générer un syndrome de sevrage (une crise de manque) lorsqu'il est injecté au lieu d'être laissé sous la langue. Cet effet a pour objectif de dissuader l'usager et on est en droit d'imaginer que cela puisse être efficace dans un certain nombre de cas, mais il reste à prendre toutes les précautions nécessaires pour ne pas avoir comme résultat final le contraire de ce qui était attendu : le retour de l'héroïne et des overdoses. Si en effet, les généralistes prescripteurs étaient tentés de faire passer leurs patients substitués au Suboxone® de manière trop systématique, il est possible que des usagers incapables de mettre fin à leurs pratiques d'injection se tournent à nouveau vers l'héroïne. Il est même possible que des usagers mal informés et qui injecteraient le Suboxone® recourent à l'héroïne pour gérer la crise de manque qui s'en suivrait, au risque de faire une surdose puisque l'effet de l'héroïne serait atténué par le Suboxone®. Le laboratoire Schering-Plough qui produit ce traitement s'est de toute façon engagé à procéder à des études cliniques complémentaires, notamment pour les usagers passant du Subutex® au Suboxone® puisque les études menées jusqu'à présent s'intéressaient surtout aux usagers passant de l'héroïne au Suboxone®. Et nous serons particulièrement intransigeants sur le fait que ces études soient menées à leur terme avant toute autorisation de mise sur le marché. Et ce, quelle que soit l'intensité du lobbying exercé par Schering-Plough, qui voudrait bien compenser avec ce nouveau produit la diminution des profits liés à la récente apparition d'une version générique du Subutex®.

Parallèlement, et nous l'avons répété à maintes reprises depuis des mois : «pas de substitution inshootable sans substitution shootable». De nombreuxSES usagerES traitéES au Subutex® sont incapables de mettre un terme immédiatement à leur pratique d'injection. Si la méthadone peut être une première réponse, si le Suboxone® peut en être une seconde, la plupart de nos voisinNES européenNES ont complété leur dispositif par des programmes de substitution injectable. Il existe en effet plusieurs produits qui permettraient aux usagerES dans l'incapacité d'interrompre leurs pratiques d'injection de réduire les conséquences de ce geste. Le Subutex®, parce qu'il contient de l'amidon, entraîne des dommages graves chez les usagerES qui l'injectent alors qu'il existe des formes injectables de morphine, de méthadone ou même de buprénorphine qui ne posent évidemment pas les mêmes problèmes. Réduire les risques liés à l'usage de drogue, ce n'est plus empêcher les individuES d'utiliser des drogues à tout prix et il en va de même pour réduire les risques liés à l'injection, une société sans injection, ça n'existe pas, qu'on le veuille ou non. Mais ouvrir cette nouvelle porte, c'est encore une fois s'exposer aux foudres des forcenéES de l'abstinence qui pensent aujourd'hui encore que l'abcès et l'amputation sont des méthodes satisfaisantes pour prévenir l'usage de drogues.



## Hu Jia

Alors lorsqu'on demandera aux personnes présentEs ce que ces rencontres leur ont apporté, beaucoup répondront que c'est un vrai ressourcement que de rencontrer et de partager son travail difficile, son quotidien ; dans ce mouvement planétaire, on se sent moins isoléE, moins abandonnéE, on trouve des idées nouvelles et la force de continuer. C'est peut être simplement ça, ce que l'on a ressenti en remontant les interminables escalators qui nous ramenaient à la surface tandis qu'un asiatique au regard vif, nous interpellait : « — Hey, vous êtes d'Act Up ? » On s'est mis à discuter avec lui de la plénière du matin où l'on parlait de la Chine, on a voulu en savoir plus sur le sida dans son pays, puisqu'il était chinois. Et il s'est montré plus insistant : « — vous êtes vraiment d'Act Up-Paris ? — Oui. — Vous vous souvenez, il y a quelques années vous avez manifesté devant l'ambassade de Chine à Paris pour libérer un type en prison ? — Oui, on se souvient... — Eh bien, votre manifestation, c'était pour moi ! » L'émotion nous envahit, on a juste eu le temps de faire une photo et il est reparti pour un rendez-vous. Le sida n'attend pas...

# Rejoignez nous

*Nous serons heureux de vous accueillir à Act Up-Paris. Nous espérons que vous y trouverez votre place et que vous pourrez contribuer à la tâche que nous avons entreprise. Chacun des membres d'Act Up est à votre disposition pour vous aider à réaliser au mieux la contribution que vous nous proposez en venant nous rejoindre.*



Les Réunions Hebdomadaires d'Act Up-Paris ont lieu tous les mardis à 19h30 (accueil à 19h) à l'École Nationale des Beaux-Arts, Amphi-théâtre des Loges, 14 rue Bonaparte, Paris 6, M° Saint-Germain-des-Prés.





## Envie d'en être ?

sida, envie d'en être ? À cette question, nous répondons : non. Et puis d'autres questions se posent, simples et plus complexes. De ces interrogations est née cette rubrique, un espace pour parler de soi, de son rapport à la maladie, à la sexualité, aux traitements, à la prévention, au monde. Nous sommes des séropositifEs, des malades, des activistes de la lutte contre le sida. Rencontre avec un de nos militantEs, Gérald.

### Un bref aperçu de ta vie en quelques dates.

Juillet 1962- Ma mère atterrit à Paris, je nais.

3 ans- Elle rencontre mon beau-père à l'Ecole Normale et se marie. Donc fils de deux instits, j'habite dans mon école où mes parents exercent, à Nemours (77), je suis tête-en-l'air et déjà je plane dans ma bulle.

14 ans- 1<sup>ère</sup> guitare. Des élèves que je retrouve au collège, ayant subi, plus jeunes, les nerfs de mon père, m'attendent à la sortie. En rentrant je le subis aussi.

17 ans- Mais pourquoi les filles tombent amoureuses de moi ? Vive la forêt de Fontainebleau et mes premières pipes en stop.

19 ans- Mes parents me font cadeau de la maison pendant l'été, sans être préparé à l'autonomie. Une éducation stricte. Pétaards, premiers sniffs et shoots. Tournée des festivals pop. À la rentrée, ils me mettent à la porte. Rencontre avec Emmanuel, premier amant qui, quelques années plus tard, décédera rapidement du sida. Angoisse de mes premiers tests : séronég ! Éducation activiste dans la lutte antinucléaire. Découverte du catalogue psychotrope. 2 ans de prison pour escroquerie aux carnets de chèques échangés entre amis, la ruse du siècle, merci Mitterrand pour tes grâceS, plus que 15 jours en prison à Fontainebleau ! oufff !

23 ans- Les flics chassent l'héroïne en grande banlieue.

25 ans- Passion pour le spectacle et l'éclairage. Je plaque amis et shooteuse, pour être éclairagiste à Paris. Découverte du milieu gay (saunas, backrooms et parcs).

29 ans- Les VRP, la Mano Negra, Sylvie Joly, Philip Glass, les Voix Bulgares, etc. Rencontre de Vincent, deuxième amant -pédé-militant-anarco-libertaire.

32 ans- Lolo, p'tit blond yeux bleus, je le connais depuis 5 ans, il m'ouvre son lit et son appartement pour 4 ans. 1<sup>ère</sup> relation amoureuse passionnelle, jusqu'à la dépression, puis les pratiques à risques.

34 ans- Contamination VIH. On m'annonce aussi une co-infection par l'hépatite C, chronique, sûrement due au shoot.

35 ans- Découverte du Prozac®, primo-infection sévère, 1<sup>ère</sup> trithérapie. Besoin d'aide. 1<sup>ère</sup> réunion à Act Up-Paris, pour un débat «la légalisation contrôlée des drogues».

36 ans- Rencontre de Pierrot, quatrième boyfriend, avec qui je vis 3 ans. Découverte du monde techno et de ses drogues, 1<sup>er</sup> Teknival, en bénévole de la mission rave de Médecins du Monde.

37 ans- Salarial à Act Up pendant 4 ans, sur la co-infection VIH-hépatites et les drogues et leurs usages.

39 ans- Drame de la cirrhose et traitement très lourd PEG-interféron-ribavirine en urgence. Infection, opération d'un pied, béquilles. Je tiens sept mois, pour un échec du traitement cité, un an et demi pour m'en remettre. J'en fais mon métier. No comment !

43 ans- DU «information et médiation en santé» à Paris VIII et à la Faculté de Médecine du Kremlin-Bicêtre. Premiers contrats de médiateur en santé, nouvelle profession pour les militants associatifs sur l'éducation thérapeutique. MSN et les chats gays, changement de mode relationnel. Énorme envie de me poser, après 25 ans de galère d'appart et d'aventures chez des amiEs! Merci.

44 ans- Cet été, feux d'artifices et rencontres époustouflantes d'amis, d'amants diamants et de leur trésors : un dictionnaire et quelques photos acidulées. Fier d'être quadra pédé emmerdeur et heureux de vivre à la quête de scrountchs et autres synchros surprises.

**Si ton enfance était un arbre fruitier, ce serait ?**

Un mûrier. J'adore les mûres, à force de me les prendre. Tant pis pour les piqûres, on se fait mal et l'on s'éclate bien.

**Tu as eu une jeunesse alternative ?** Non, une enfance très introvertie, enfermée dans un cadre trop rigide, que je ne sais pas dépasser, sauf excès d'adolescent plutôt underground-porteNawak et riche en expériences.

**Quelles drogues prends-tu aujourd'hui ?** Très fier d'avoir découvert tant de plaisirs et d'ivresses, d'avoir su les goûter, en changer, puis abandonner la plupart pour ma santé, en commençant par la plus détestée de mes ivresses, l'alcool. Aujourd'hui, quelques pétards, accompagnés de très rares sniffs. Cette année, je me débarrasse de la plus addictive de toutes, la cigarette.

**La découverte de l'homosexualité ?** Terrorisante. Pas de ça dans mon éducation et mon entourage. Double vie de chasseur vorace et charmeur asexué. C'est d'abord le spectacle, puis l'électrochoc de la séropositivité qui me pousseront à m'assumer et m'épanouir... mdr

**La réaction de ta famille ?** C'est la maladie d'Emmanuel évoluant très vite qui me pousse à le dire publiquement. À 27 ans, je l'annonce à mes parents, la réponse de ma mère : «ça va te passer», celle de mon père : «je le savais, tu es dangereux». Depuis on se voit beaucoup moins, mais j'ai su pardonner. Ma sœur, que j'adore, m'invite avec Vincent, qui me fait voir mes difficultés à m'assumer socialement.

**Quand la première fois as-tu entendu parler du sida ?** Avant 1985 à la télé. Emmanuel reçoit une convocation suite à un don du sang, mon premier amant est fauché.

**Peux-tu nous parler de la découverte de la séropositivité ?** La séropositivité d'Emmanuel, l'inoubliable dernière fois où on a fait l'amour, lui mourant. Son décès et celui de bon nombre d'amisEs de shoot. Je me suis toujours protégé me sachant chasseur et chassé. On ne nous apprend pas à quel point une déception amoureuse peut nous mener droit à la dépression et comment nos gestes habituels de prévention peuvent alors être très vite oubliés. Mon père en l'apprenant m'a dit : «Alors tu vois, je te l'avais dit, tu es dangereux, non ?». Une injustice. J'ai payé très cher de n'avoir voulu aimer que comme je voulais, trop vite et très seul.

**Avant l'annonce de ta séropositivité, comment te protégeais-tu ? Et après ?** Avant : ma meilleure amie s'en veut de ne pas m'avoir assez hurlé dessus pour mes IST récurrentes. 4 en 10 ans. Je suis 50/50 et toutes mes pénétrations ont toujours été protégées, sauf cette fois-là !

Après : pour les pipes, j'ai testé avec capote, jusqu'à arriver à y prendre un nouveau plaisir, je ne l'impose pas à mes partenaires. J'aime le sperme, j'aime sucer et me faire sucer, mais il ne faut pas confondre sperme et dentifrice ! Depuis, je continue à découvrir d'autres pratiques, bougies, fist, et le plaisir incroyable des gants avec une lubrification adaptée, à base de plusieurs types de gel.

**Tu annonces ta séropositivité lors de tes émois sexuels ?** Non. Dans les rencontres de chasse, contrairement à ce qu'on croit, le langage n'est pas toujours verbal et permet de partager ce qui n'est pas négociable, rapports «SAFE only». J'aime les jeunes, 20-25 ans. Je suis émerveillé, et je ne cesse de remercier ces jeunes inconnus qui ont appris le courage de demander simplement : «Et au niveau santé ?», avant qu'on s'entrelace. L'annonce de sérologie est une responsabilité à partager. Si on me le demande, je le dis. Ça s'est toujours bien passé au final, même si la 1<sup>ère</sup> fois, la réponse a pu être : «Ah non, je ne peux pas, ça me bloque !», on s'est revus, on a rediscuté et finalement, cette première fut magnifique pour eux et moi. Merci à tous ces amants passés, présents et à venir, d'être vivants et beaux, et de rester intelligents.



**Comment s'est passée ta première prise d'un traitement antiviral ?** Ma 1<sup>ère</sup> trithérapie n'a duré que 15 jours, le temps de me détruire un peu plus le foie. Puis «*bithérapie du tox*», d4T-3TC pendant 2 ans, le temps de sortir de la dépression et de changer de médecin. Ça n'est qu'après que j'ai ressenti les effets secondaires, car en dépression, n'importe quoi est un effet secondaire. Aujourd'hui, je n'ai plus qu'une prise par jour !

**Comment se déroulent tes relations avec le monde médical ?** Étant usager de drogues, les médecins ont été tour à tour amis-ennemis parfois amants et même aussi injecteurs. Ça se passe très bien. En tant que médiateur en santé, j'arrive à cette étape essentielle de la lutte contre le sida où des malades seront payés pour donner des cours en fac de médecine, toujours timide pour détruire cette peur du médecin, responsable de tant de dégâts. Je serai fier de les aider à ne plus avoir peur de «ces malades» !

**Comment s'est passée l'annonce de ta séropositivité à ton entourage ?** Accueillie par mes amiEs avec la chaleur et le soutien dont j'avais vraiment besoin.

**As-tu déjà souffert de discriminations ?** La mienne ! Qui a été étonnement, la plus coriace, peut-être aussi celle de mon père, bref des comportements absurdes. J'ai toujours évolué dans des milieux militant sur la tolérance, même si l'homosexualité n'y avait parfois qu'une place un peu cliché.

**Au jour le jour, c'est quoi d'être séropositif ?** Pour moi, être malade chronique, ça a d'abord été se battre pour renoncer à ce plaisir pervers du gémissement maladif et plutôt me servir de ma propre lutte contre mes maladies pour en aider d'autres «*bien portants très inquiets*» ou des malades dans le déni ou en manque d'infos accessibles pour eux. Les premiers pas de cette bataille, c'est réapprendre à s'aimer soi-même et malade, pour à nouveau mieux aimer les autres. Une seconde chance pour quelques zonards !

**Comment vois-tu l'avenir moléculaire ?** Il n'y a pas un «*avenir moléculaire*», mais une nouvelle science, la génétique, qui bouleverse la médecine. Le premier épisode passionnant, je l'espère, m'évitera une greffe du foie dans les 3 à 5 ans, et me replongera alors dans cette angoisse banale pour les quadras soucieux : «*J'en ai encore pour combien de temps ?*».

**Comment vis-tu ?** Je savoure une nouvelle énergie amoureuse qui m'aide à moins sombrer quand j'arrive à faire évoluer un domaine (logement, finance, profession, santé, etc.) pendant qu'un autre s'écroule. Je suis beaucoup plus solide et sûr de mes doutes. Mais je m'aime mieux. Avec cette attribution HLM que j'attends, mon «*chez moi oublié*», je pourrais enfin me replonger à fond dans ma vie et mes rêves, et reprendre ce à quoi j'ai renoncé à cause de mes maladies, la passion de la création et de ses artifices.

**Dans dix ans, tu te vois comment ?** C'est paisible. Dans le spectacle, un régisseur, soixantenaire bourru, m'a convaincu que «*chiant comme je suis*», je ferais un grand-père génial. Grâce à lui, j'ai réalisé que j'ai un désir d'enfant, pour lequel je ne suis pas encore tout à fait prêt, woooooops ... :)

**Si tu devais changer quelque chose dans ta vie, ce serait quoi ?** Gérer l'argent. Pour le reste, j'ai eu autant de plaisir que de douleurs, je les gère sans regret.

**Qu'est-ce que tu dirais à unE séroneg sur le fait d'être séropo ?** Sur ma fiche de chat gay, j'avais écrit «*sérospo stabilisé*». 75 % des mecs qui viennent me brancher ne lisent pas cette fiche, préférant les photos. Y compris ceux avec qui je vais coucher, qui parfois la lisent après, de manière souvent douloureuse. S'ouvre alors cette discussion qui peut des fois nous apaiser. 90 % de ceux qui me désirent, et qui ont lu cette annonce de séropositivité, renoncent direct à tout échange sexuel. C'est aussi pour eux que j'ai fait ce choix d'affirmer ma séropositivité. Depuis deux ans de chat, je passe beaucoup de temps à expliquer que faire l'amour avec un séropo qui a le courage de l'afficher, c'est à son tour avoir le courage d'apprendre et de découvrir qu'il y a tellement de pratiques et de gestes dont on oublie l'importance et le plaisir. Trop de mecs ne pensent qu'à la pénétration, les pédés comme les autres, alors qu'il est simple de renoncer à une pratique pour en savourer dix autres, tout aussi jouissives. Aimons-nous comme des fous, comme des savants, comme des chiens, intensément et intelligemment.



# SIDA IS DISCO

## Rentrée de la PDS

**La précarité dont les malades sont l'objet se transforme en misère sociale et psychologique, dans la plus grande indifférence des pouvoirs publics, et dans certains cas, de certaines structures associatives qui fonctionnent comme des entreprises archi-libérales, oubliant leur vocation première.**

Depuis la rentrée du 6 septembre 2006, la permanence des droits sociaux (PDS) a conduit 71 entretiens en 5 après-midi, soit une moyenne de 14 personnes reçues par session. L'explosion des demandes d'aide émanant des malades n'est plus à confirmer. Sur une permanence qui normalement s'étend de 14h à 18h, nous sommes complets dès 15h30 et menons les entretiens jusqu'à 19h30, voire certaines fois jusqu'à 20h30.

### **Les sujets abordés lors de ces permanences sont les suivants :**

A ce jour sur notre liste 42 dossiers de demande de logement sont en attente. Les revendications puissantes des membres d'Act Up à Jean Yves Mano face au peu de considération et d'attributions en 2005, suivies d'un récent changement d'interlocuteur, semblent porter leurs fruits. Cette année et à ce jour, Act Up a eu 11 propositions d'appartement dont certains baux sont en cours de signature. C'est peu, mais mieux qu'en 2005, et l'année n'est pas encore finie.

De nombreux malades qui sont venus nous voir sont hébergés dans divers ACT ou hôtels sociaux comme Maavar, Arapej, le Village, Aurore Mijaos, etc. Ils / elles se retrouvent expulsés sans aucune autre solution de logement. Les structures d'hébergement prétextent que leur état ne nécessite plus une prise en charge en ACT ou mettent en avant d'autres motifs comme «*ne cherche pas activement un emploi*» ou «*ne cherche pas activement un logement dans le privé*» etc. Les pressions que nous avons exercées sur certaines de ces structures ont permis de maintenir certains malades dans les lieux. Mais jusqu'à quand et dans quelles conditions ? D'autres sont venus nous voir trop tardivement, après avoir été expulsés et se retrouvent alors SDF. Pourtant ils / elles ont un emploi et des revenus d'environ 1 100 € par mois, mais pas de logement. D'autres, en AAH, sont désormais devenuS SDF. Nous les inscrivons systématiquement dans le cadre de la PILS, mais il n'est pas difficile d'imaginer les difficultés que ces malades ont à tenir une observance correcte pour la prise de leurs traitements et l'état de détresse psychologique et de révolte dans lequel ils / elles se trouvent. Le nombre de malades en cours d'expulsion de leur logement privé ne cesse de croître (loyer trop élevé en fonction des nouvelles ressources, congé pour vente, etc.). Par ailleurs, plusieurs malades sont venus nous voir avec des refus d'AAH et d'invalidité ce mois-ci. Nous sommes en colère de ne pouvoir les aider. Ainsi M. X, VIH et diabétique avec des problèmes cardiaques et une hospitalisation il y a moins de 6 mois. Il est en recours au tribunal, on ne peut donc rien faire. Ou M. Y qui a un emploi mais dort dans un parking faute de logement.

Plusieurs assistantES socialES ont lancé des recours auprès du tribunal de contentieux et de l'incapacité pour contester la décision de la MDPH. Mais cela a pour effet de bloquer les dossiers ; et dès lors, qu'une requête est enregistrée au greffe, plus rien ne peut être intenté tant que le tribunal n'a pas statué, ce qui peut prendre 2 ans. De plus, des examens complémentaires, souvent chers, peuvent être ordonnés par le tribunal, examens non remboursés car prescrits dans le cadre d'une action judiciaire contentieuse et non dans le cadre d'examens de routine ou de contrôle.

Par expérience, nous savons que ces malades ont été mal orientés. Depuis sa création, la PDS n'a fait qu'un seul recours au tribunal, et parce que nous l'avions hérité d'une autre association. Nous avons gagné. Ce n'est pas une démarche que nous voulons engager au vu des conséquences en termes de temps, de délais supplémentaires et de gel des situations qui alors deviennent vite inextricables. En cas de refus d'AAH, il vaut mieux attendre deux mois, et refaire une demande plus détaillée. Des études révèlent que certains séropositifs traités souhaitent reprendre une activité professionnelle ou bénévole, que les MDPH s'activent déjà sur le sort de toutes ces malades et même des autres. Mais que font les MDPH des nombreux malades qui ne sont pas en état d'avoir une activité à cause de leur état physique et/ou psychologique ? Une fracture de plus se creuse et de nombreux malades sont désormais simplement laissés sur le bord de la route dans la plus grande indifférence.

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

### Un dentiste peut en cacher unE autre

D. touche l'AAH, 610 € il ne peut pas souscrire de mutuelle à 50 €. SDF, ni toucher d'allocations. Sur 6 ans de consultations pour divers problèmes dentaires, D. a été confronté à plusieurs refus de soins. Il y a deux ans, sur conseil d'un ami, il va voir une dentiste dans le XX<sup>ème</sup>. D. annonce sa séropositivité, par honnêteté, comme il le fait habituellement. Il est soigné pour se faire arracher des dents très abîmées qui provoquaient des infections. Un appareil est rapidement nécessaire, mais bâclé, il casse bientôt les dents de support. L'accueil de la dentiste au fur et à mesure des visites s'est dégradé. Lors de sa dernière visite, elle récupère l'appareil avec une pince, coupe les crochets et le rend à D. avec conseil d'utiliser du Coréga®. Depuis, les rendez-vous ont été reportés, annulés ou décalés et D. se retrouve aujourd'hui dans l'obligation de se faire arracher ses dernières dents afin d'éviter des infections qui reprennent. Les cas de refus de soins sont hélas fréquents, nous ne laisserons pas celui-ci se perdre dans les dédales des faits divers. À suivre.

### Discrimination

Un couple en colère vient nous voir après plusieurs tentatives d'aides infructueuses auprès d'autres associations. L'un a l'AAH à 80 % et l'autre attend toujours que son dossier Assedic soit accepté. On leur a proposé des logements d'urgence mais séparés, qu'ils ont refusé du fait de leur état de santé, de leur précarité et de leurs sentiments tout simplement (aurait-on proposé des logements séparés à un couple hétéro ?). Le couple a donc pris une chambre d'hôtel avec prostitution à la clé pour la payer. Arrivés à la PDS, nous les avons aidés dans leurs démarches, inscrits à la PILS. Ils viennent d'obtenir un bon de visite pour un appartement. Le problème d'incompétence des assistantes sociales se pose une nouvelle fois puisque les démarches nécessaires pour le dossier de FSL, locapass n'ont pas été faites correctement.

### ACT en danger

Z. est actuellement hébergé en ACT depuis août 2004. Ils vont l'expulser le 27 septembre 2006 (prévenu depuis 3 mois). Il a une AAH de 600 et un salaire du même montant à ce jour. L'assistante sociale de cet ACT, que nous avons contactée par téléphone, nous indique que Z. est expulsé de l'ACT pour le motif suivant «son état de santé ne nécessite plus une prise en charge en ACT». Aucune solution de logement n'a été trouvée. En tout état de cause, Z. sera expulsé le 27 septembre 2006 et à la rue. Nous nous occupons de ce cas qui n'est pas isolé. Nous sommes confrontés de plus en plus à ce type de situation. Les assistantEs socialESux ne font décidément pas leur boulot.

### Une commission d'incompétentEs

M. X. séropositif depuis 1993 souffre d'une thrombopénie, d'une névralgie occipitale et de neuropathies sensitivo-motrices, après avoir pris de nombreuses lignes de traitements. Sa situation lui impose une tierce personne pour l'aider dans les tâches de la vie courante, comme le signale son infectiologue dans un courrier, le Pr Delfraissy.

En avril 2006, il fait donc une demande de renouvellement de son AAH, de sa carte d'invalidité et d'un complément de compensation (qui remplace l'Allocation Compensatrice Tierce Personne). La COTOREP des Hauts-de-Seine lui refuse la dernière, le reste étant en cours de traitement. L'intéressé, comme indiqué sur la réponse de la MDPH, saisit le tribunal du contentieux et de l'incapacité pour contester cette décision. Convoqué le 8 juin dernier, sa demande est déboutée et agrémentée de réflexions du type : «vous n'avez pas pris le métro de peur d'attraper des microbes ?» ou «le Pr Delfraissy, oui, c'est un médecin qui travaille dans les hôpitaux» ou «Les névralgies occipitales, c'est fréquent chez les séropositifs, mais c'est un trouble bénin»... Le contenu du dossier a été minimisé par la dizaine de personnes présentes. La visite médicale n'a pas été l'occasion d'une véritable auscultation, mais un échange de questions réponses.

Il contacte Aides à Corbeil afin d'avoir une aide à domicile, on lui répond que tant qu'il n'a pas de complément de compensation, on ne lui affectera pas de bénévoles. Sympas !



## Une belle victoire.

En juin dernier, W., séropositif touchant l'AAH, vient nous voir car victime d'homophobie dans la résidence où il vit (volets, porte, boîte aux lettres sont couverts de propos et de graffs homophobes) ; il vit chez lui dans la peur. Persécuté, il veut obtenir un autre logement. Nous avons contacté le bailleur au courant des faits, ainsi que la Mairie de Montreuil, et obtenu un relogement dans un autre quartier de la ville.

## Procès gagné contre la CPAM

En contact téléphonique avec B. nous sommes heureux du bon déroulement de ses problèmes avec la CPAM. Co-infectée VIH/VHC elle attendait depuis 2 ans et demi le renouvellement de son AAH et le versement des indemnités journalières (IJ) qui lui étaient dues depuis fin 2000.

Fin avril 2000, la CPAM de Montpellier a cessé de payer les IJ de longue maladie qu'elle devait pourtant versé jusqu'en janvier 2001. Pensant à une erreur informatique, elle a attendu avril 2003 pour faire appel à un avocat et intenter un procès. Mais, elle s'est battue seule avant et pendant le procès puisque son avocat ne s'est même pas rendu aux deux audiences, elle a dû présenter seule sa défense et ses conclusions qu'elle avait préparé. Accompagné de son médecin-traitant elle s'est rendue à l'expertise demandée par le tribunal et ce qui lui a permis d'apporter toutes les réponses que seul un généraliste peut donner.

Fin juillet 2006, le tribunal des affaires sanitaire et sociales lui a donc donné raison, la CPAM doit maintenant lui verser les indemnités journalières dues depuis six ans et demi, ainsi que l'invalidité due depuis le 15 janvier 2001. Si les IJ ont été versées seulement 3 jours après ce verdict, l'arriéré d'invalidité est seulement en voie d'être réglé, la CPAM a mis deux mois pour l'informer qu'un dossier à remplir était à l'accueil pour elle. Tout n'est donc pas vraiment terminé.

A travers cette expérience B. a appris à sortir de l'état de victime, de la culpabilité de se rebeller contre un système tout-puissant, de l'état d'une personne qui doit se soumettre automatiquement à un organisme qui a la bonté de lui fournir déjà un minimum dont il devrait se contenter sans rechigner et en acceptant ses erreurs, comme un mouton de panurge, c'est-à-dire comme le font la plupart des patients qui gobent tout et se soumettent. L'essentiel est donc de concentrer son énergie sur des actions utiles, sélectives, être sûr de son droit, le faire appliquer, ne pas se décentrer de son but.

## Pas de retraite pour les séropos ?

Nous avons été contactés par un homme dont le père séropositif et âgé cherchait une maison de retraite. Qui put croire que nous serions un jour confrontés à cette problématique. Il faut dire qu'un grand nombre de contaminations interviennent chez les plus de 50 ans et particulièrement chez les gays où ils représentent près de 15 % des nouveaux diagnostics de séropositivité. Si cette situation est encore rare, avec l'allongement de la durée de vie et l'âge des personnes contaminées, nous pourrions y être de plus en plus confrontés. Malgré son bon état de santé, aucune des maisons de retraite contactées en région parisienne n'a accepté de l'accueillir.

## Quand la sécu se dédit

D. est suivi à Montpellier, séropo depuis plusieurs années, il souffre de graves lipodystrophies (essentiellement atrophie du visage et des membres inférieures, fessier, etc.). Il a eu 2 infarctus du myocarde en juin dernier qui ont nécessité une hospitalisation d'un mois et demi. Il a déjà eu une reconstruction du visage qui s'est bien passée et se posait de façon cruciale l'atrophie des fessiers qui l'empêchait même de s'asseoir (ce qui est très handicapant). Son infectiologue s'est renseigné sur les techniques en cours et a trouvé un labo qui produit du bioalcamid® (équivalent du New Fill® mais en mieux), sauf que ce produit et les actes qui sont liés ne sont pas remboursés par la CPAM. Sur les conseils de son médecin il a demandé un accord préalable à sa caisse. N'ayant pas de réponse dans les délais impartis il les a appelés pour s'assurer qu'il s'agissait bien d'un accord, ce qui lui a été confirmé (vu la date d'envoi de la demande). Il y est passé deux ou trois fois car le labo ne savait pas comment rédiger telle ou telle facture et à chaque fois la CPAM a donné les infos pour suivre la procédure de remboursement.

Ce monsieur a donc fait commander le produit, a versé un chèque de 12 000 € au laboratoire pour 600 ml de produit et s'est fait opérer début août. Début septembre, la CPAM l'informe qu'ils sont fait une grave erreur et qu'ils ne le rembourseront finalement pas, même s'ils savent qu'il a tout fait pour que ça se passe dans les règles. Face à ces problèmes, M. D contacte le milieu associatif. Le TRT-5 a l'occasion d'une réunion avec les dirigeants de la CNAM fait part de ce cas, et contacte le laboratoire pour essayer de négocier les délais d'encaissement. Les choses se sont améliorées, La CPAM a fait marche arrière et a accepté d'assumer son «erreur».

# Commission jeunes

Depuis septembre dernier, une nouvelle commission a vu le jour, une commission encore jeune et de jeunes. MobiliséEs sur la question du sida dans cette population, les membre de ce groupe de travail ont déjà réalisé quelques actions de prévention.

La France est un étrange pays ! Au lieu d'essayer de savoir ce que veulent les premierEs concernéEs, on préfère les stigmatiser et les exclure du débat en se renseignant auprès des « experts » qui n'ont qu'une approche extérieure du « problème » : pour les putes, les féministes, pour les toxicomanes, les médecins et pour les jeunes, les parents ancrés dans un système de valeurs qui n'est pas le nôtre. Et vous pensez que ça marche ?

Non.

Un taux de contamination des plus élevés chez les jeunes de 15-25 ans. Un taux de suicide 13 fois plus élevé chez les jeunes LGBT que chez les jeunes hétéros. Mais quand les mèches blondes de Pierre-Marie laissent place à une crête rose, quand le serre-tête de Joséphine glisse au cours des va-et-vient amoureux, nous, jeunes, premiers concernés, décidons de nous prendre en main pour obtenir une réelle liberté. Les adultes se persuadent que nous attendons d'avoir 15 ans pour avoir nos premières relations sexuelles, nous sommes désoléEs de leur dire que nous ne les avons pas attendus et c'est pour cela que nous exigeons, entre autres :

- de vrais cours d'éducation sexuelle et affective DEF, qui prennent en compte toutes les formes de plaisir sexuel et pas seulement celles qui ont un but reproductif, et ce dès la 6<sup>ème</sup>, car nous voulons une sexualité qui, dès son début, soit épanouissante et consciente ;

- que nous puissions être détournéEs sans que nos amantEs soient inquiétéEs alors qu'ils/elles n'ont parfois que quelques années de plus et que

nous puissions également pratiquer à notre guise le détournement de majeurs ;

- que les adultes nous considèrent à notre juste valeur et pas seulement comme des conNEs naïfVEs et idiotEs incapables de construire notre propre sexualité ;

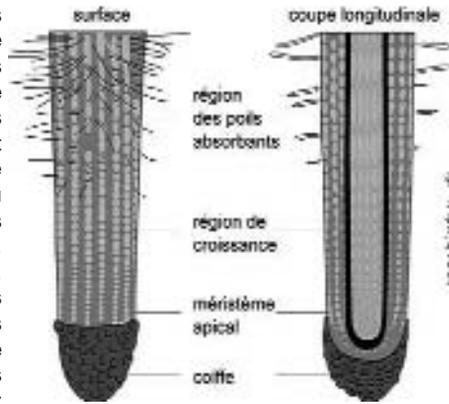
- que nous, pédés, gouines, droguéEs, trans, marginales et marginaux, femmes ne subissions pas un enseignement scolaire trop souvent moralisateur ;

- que nous puissions suivre notre éducation et qu'elle se fasse sans insultes et autres discriminations de la part du corps enseignant ainsi que des élèves ;

- que notre histoire soit inscrite dans les programmes (luttés des femmes, des homosexuelLEs, des trans, etc.).

Et c'est parce que nous sommes obligéEs de réclamer tout cela et bien d'autres choses que nous, jeunes de 15,16,17,18,19 ans nous avons créé la commission Jeunes au sein d'Act Up-Paris. Vous pouvez nous contacter par mail à [jeunes@actupparis.org](mailto:jeunes@actupparis.org)

EXTRÉMITÉ D'UNE JEUNE RACINE



STRUCTURE D'UNE PLANTE





## Delanoé, mon ami

«Que ceux qui me contestent et qui diffusent ce papier particulièrement infect (notre tract), réfléchissent sur leur propre liberté et leur propre capacité à écouter les autres. Moi je ne suis pas le maire des sectaires de Paris, je suis le maire de tous les Parisiens, de toutes les convictions.» Bertrand Delanoé, Maire socialiste de Paris, le 3 septembre 2006, sur France 3.

Monsieur le Maire,

A la dernière conférence mondiale de lutte contre le sida, cet été, à Toronto, toutes les voix étaient unanimes pour dénoncer la politique américaine, de plus en plus prégnante, qui applique strictement les dogmes religieux énoncés par le Pape, et rend impossible toute politique de prévention et de promotion du préservatif dans de nombreux pays d'Afrique, d'Amérique du Sud, d'Asie et d'Europe de l'Est. Les acquis de la prévention sont balayés, et aucune personne publique, à commencer par vous, ne semble s'en préoccuper. Les combats que nous menons ne sont ni idéologiques ni politiques, nous parlons de la vie et de la mort de millions de personnes.

Vous avez pris la décision de faire baptiser le parvis de Notre-Dame «Place Jean-Paul II». Vous avez encouragé l'adoption d'un vœu exprimé par un élu de la droite extrême, ouvertement homophobe, en vous alliant à l'UDF et à l'UMP, contre la majorité municipale. Entouré publiquement de prêtres, vous avez organisé une cérémonie soi-disant «laïque» qui s'est terminée, au son du bourdon de la cathédrale, par une messe.

Des représentantEs de la préfecture ont appelé des militantEs d'Act Up-Paris à leur domicile privé, parfois même des membres de leur famille, pour leur soutirer des informations sur le rassemblement de protestation. Les forces de l'ordre ont procédé, le dimanche 3 septembre, à des arrestations de militantEs ; certainEs n'ont été libéréEs que très tardivement. On nous a confisqué du matériel (banderole «Trahison socialiste», pancartes). Et vous, Maire de Paris, socialiste, nous traitez de «sectaires» sans répondre sur le fond à nos arguments.

L'Opus Dei est une secte, soutenue par Jean-Paul II qui en a béatifié le fondateur, un proche de Franco. Tant que l'influence de l'Eglise catholique n'était pas remise en cause, ce pape a soutenu toutes les dictatures, notamment en Amérique du Sud et en Afrique. Vous avez publiquement évoqué le rôle de Jean-Paul II dans la démocratisation des pays de l'Europe de l'Est. Soit. Quel est votre jugement, aujourd'hui, sur le rôle de l'Eglise catholique dans ces mêmes pays qu'elle prétend avoir libérés ? La Pologne et l'avortement ? La Pologne et l'homosexualité ?

Jean-Paul II aurait eu le «courage» de faire «repentance» pour tous les crimes dont s'est rendue complice l'Eglise catholique pendant la domination nazie sur l'Europe : déportation et extermination des juifVEs, tziganes, homosexuelLEs, communistes, prostituéEs, handicapéEs, etc. Comment cette simple reconnaissance, inéluctable 50 ans après, d'un fait historique, pourrait-elle être assimilée à du «courage» ?

Nous sommes désespéréEs

### Merci Girard !

Christophe Girard est solidaire de la lutte contre le sida et de la cause homosexuelle. A propos de l'inauguration du parvis Notre-Dame en place Jean-Paul II par le maire de Paris, il déclarait à la presse que les associations devraient se satisfaire d'avoir désormais un lieu pour manifester contre l'Eglise ! Le cynisme de Christophe Girard n'est pas drôle. C'est lui-même qui a défendu au nom de la majorité municipale le choix insultant pour toutEs ceux et celles qui luttent contre le sida et les droits des homosexuelLEs d'honorer la mémoire d'un des pires complices du sida.



# L'invisibilité tue

**10 ans de marche Existrans. 10 ans de lutte et de revendications non-abouties. 25 ans d'épidémie de sida. 25 ans que les acteurRICEs de la lutte contre le sida se moquent des trans.**

Aujourd'hui, on ne dispose d'aucune donnée sur l'impact de l'épidémie de VIH/sida chez les trans en France. La communauté trans ignore donc le nombre de ses membres et la prévalence du VIH/sida en son sein. Nous estimons pourtant que la communauté trans représente, en France, environ 50 000 personnes alors que 700 seulement sont officiellement reconnuEs par le corps médical. Quant à la prévalence du VIH parmi les femmes trans, les études étrangères la situent dans une fourchette astronomique, entre 13 et 40 %, avec des pics à 60 %. Pour les hommes trans, c'est 3 %.

L'obscurantisme médical d'État, qui fait de nous des malades mentauxLES, la discrimination, l'absence de droits (ou «*reconnaissance juridique et sociale*») et les violences exercées contre nous (y compris par les forces de police) sont les complices de l'épidémie. 80 % des trans ont une identité administrative (papiers d'identité, Sécurité sociale, etc.) en désaccord avec leur genre social parce qu'ils et elles refusent l'opération de ré-assignation sexuelle que l'État exige pour octroyer le changement du sexe légal. Pendant ce temps, l'Espagne, les Pays-Bas, le Royaume-Uni, la Nouvelle-Zélande et bien d'autres adoptent des lois qui accordent le changement d'état civil à touTEs les trans.

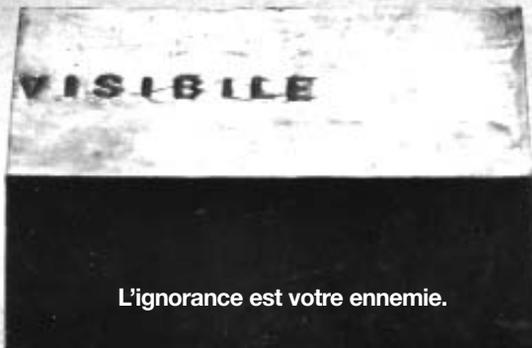
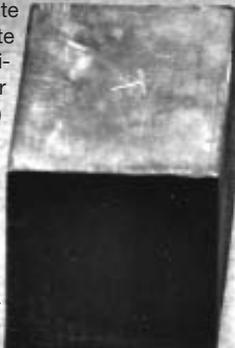
L'absence des trans des systèmes de surveillance épidémiologique et des programmes de santé publique, la quasi-inexistence de politique de prévention en direction des trans «*en dehors du prisme du travail du sexe*», l'absence de prise en compte de leurs spécificités en matière de prise en charge médicale et, bien sûr, les problèmes d'estime de soi, de discrimination, de stigmatisation et de marginalisation, sont les signes les plus criants de notre inexistence sanitaire.

La première réunion d'information à traiter des problèmes médicaux des trans séropositifVEs, organisée par Act Up-Paris en juin 2006, a révélé l'absence totale de données scientifiques relatives au sida chez les trans françaisES et, donc, l'impossibilité d'une prise en charge adaptée. Pourtant, le rapport Yéni a reconnu que l'existence d'interactions médicamenteuses entre les antirétroviraux et les traitements hormonaux pouvaient être dangereuses pour les trans séropositifVEs. Sous-citoyenNEs, invisibiliséEs, considéréEs comme des malades mentauxLES, nous sommes les oubliéEs et les invisibles de la lutte contre le sida. Aujourd'hui, les pouvoirs publics, les chercheurSEs et les médecins endossent la responsabilité de condamner les trans à se contaminer, en ne cherchant pas à produire les données scientifiques, épidémiologiques et comportementales qui permettraient d'assurer une meilleure prévention et de leur offrir une prise en charge médicale adaptée.

Nous ne cesserons d'exiger :

- la réalisation d'études épidémiologiques sur les trans et le VIH en France ;
- la réalisation d'études sur les interactions entre prise d'hormones et antirétroviraux ;
- des campagnes de prévention ciblées vers les trans ;
- des papiers (carte d'identité, carte de Sécurité sociale etc.) correspondant au genre de toute personne trans, opérée ou pas ;
- la suppression des protocoles d'État pour l'accès aux opérations qui, à défaut de servir les personnes suivies, servent les équipes médicales officielles ;
- le libre choix du/de la médecin, du/de la chirurgienNE, du/de la psychiatre si besoin ;

- que la Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Égalité (HALDE) prenne en compte les lourdes discriminations que l'État nous impose.



**L'ignorance est votre ennemie.**

# Non à la délocalisation de La Grave

**L'avenir de l'hôpital La Grave et les décisions le concernant seront certainement prises d'ici la fin de l'année. Le comité de pilotage créé dans ce but s'est réuni pour la deuxième fois le 9 octobre dernier. Malgré sa volonté d'y amener son expertise, Act Up-Toulouse en a été exclu.**

La volonté de la direction du CHU de faire disparaître toute activité du site de La Grave, soutenue dans son action par l'actuelle municipalité (cf les propos de l'actuel maire Jean-Luc Moudenc dans Métro du 12 juillet 2006) nous interpelle sur leurs réelles compétences à maintenir au centre ville une politique de santé publique cohérente qui soit prise en charge par l'hôpital public.

Après l'épisode des maternités des hôpitaux publics du centre ville (agrandissement en urgence de la capacité d'accueil de la maternité de Joseph Ducuing afin de pallier le manque de lits dans les services publics du centre ville provoqué par le déménagement de la maternité de La Grave vers l'hôpital Paule de Viguier, situé en périphérie), nous avons peur que la même politique incohérente ne soit appliquée concernant la prise en charge des séropositifEs. Politique de santé qui prend une fois de plus les malades en otage et impose au personnel soignant des conditions de travail inacceptables. Le rapport Ségura (demandé par l'ancien ministre de la Santé M. Douste-Blazy en février 2005) prévoit de déménager le service de dermatologie de l'hôpital La Grave sur le site de Purpan (dans le service de suivi des séropositifEs). Décision autoritaire prise sans tenir compte des demandes des associations et des 300 séropositifEs qui y sont actuellement suiviEs. Nous savons que le service des maladies infectieuses et tropicales de Purpan, un des plus importants de France, propose une prise en charge globale de qualité des séropositifEs. Compétences reconnues par les malades de toute la région Midi-Pyrénées qui viennent s'y faire suivre et augmentent la file active déjà bien « chargée », pour ne pas dire saturée. Le déménagement des 300 malades de La Grave vers Purpan va entraîner une augmentation de cette file active que le service des maladies infectieuses et tropicales n'est pas en mesure d'intégrer sans en modifier le bon fonctionnement : délais d'attente qui augmenteront, temps de consultation qui risque de diminuer au détriment de la qualité du suivi jusqu'ici proposé, influence négative sur le rapport soignéE/soignantE. De plus, la situation géographique de l'hôpital Purpan (situé en périphérie de Toulouse) et son image de « grand centre » sont les revers de la médaille « de bon élève ».

A l'inverse, les séropositifEs prisES en charge à l'hôpital La Grave retrouvent dans cet établissement, outre sa proximité géographique, une approche « plus familiale » due en grande partie à une file active moins importante qui permet ce type de suivi. Suivi qui nécessite quand même quelques modifications pour en améliorer la qualité : en priorité, déménager le service vers un autre bâtiment de La Grave (le suivi actuel se passe au sous-sol du bâtiment qui accueille le centre de dépistage anonyme et gratuit ou CDAG) et mettre en place des consultations d'observance pour une vraie prise en charge globale. De plus, la dermatologie et la prise en charge des séropositifEs à l'hôpital La Grave sont associés à d'autres activités : la permanence d'accès aux soins de santé, le CDAG, le centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles, la consultation du CCPS (transculturelle) et le point santé. Les séparer reviendrait à fragiliser la cohérence de l'ensemble. Au contraire, toutes ces activités doivent être maintenues sur l'hôpital La Grave, mais dans des locaux adaptés en élargissant leurs compétences.

**Act Up-Toulouse demande au Comité de pilotage de prendre ces demandes en compte dans sa réflexion.**



## **Les présidentiables socialistes tiendront-ils les engagements du G8 pour arrêter l'hécatombe du sida ?**

**Le 7 juillet 2005, le Président de la République et les autres dirigeantEs du G8 se sont engagés, au sommet de Gleneagles, à atteindre l'accès universel au traitement du sida d'ici 2010. L'OMS avait révélé en 2004 que cet objectif est techniquement atteignable, si la volonté politique suit. La pandémie de sida, qui a déjà fait plus de 25 millions de mortEs, dont 3 millions rien qu'en 2006, est ainsi devenue, officiellement, une hécatombe arrêtable.**

La France va t-elle tenir sa part de la promesse de Gleneagles ? Quels moyens les différentEs candidatEs socialistes à la Présidence de la République sont-ils et elle prêtEs à mettre en œuvre, concrètement, pour tenir cet engagement, s'ils et elle sont éluEs ? A deux semaines de la journée mondiale de lutte contre le sida, le 1<sup>er</sup> décembre, Act Up appelle les candidats socialistes à s'engager.

### **Se démarquer du bilan de Lionel Jospin**

Dès 1997, la France lançait le FSTI (Fonds de Solidarité Thérapeutique International) destiné à permettre l'accès aux antirétroviraux dans les pays en développement. Quatre ans plus tard, cependant, avec quelques 6 millions d'euros récoltés seulement, l'Hexagone se montrait incapable de mobiliser la participation d'autres financeurs. Du coup, seul un nombre insignifiant de programmes d'accès aux soins ont pu être lancé.

En juin 2001, Lionel Jospin déclarait que le sida devait être «une priorité de l'aide publique internationale». Alors que le 27 juin, les Nations Unies venaient de s'engager à trouver 10 milliards d'ici 2005 pour lutter contre le sida et que, le 22 juillet 2001, le G8 se dotait d'un Fonds mondial pour atteindre cet objectif, en août 2001, Lionel Jospin annonçait fièrement que le montant de la contribution française au Fonds mondial s'élèverait à 50 millions pour 2002. La part de la France, l'un des pays les plus riches du monde, aurait dû être, sur ces 10 milliards, de 600 millions par an (à hauteur de sa part du PIB des pays riches, soit 6 %). D'après l'Onusida, le financement du plan mondial de lutte contre le sida requiert aujourd'hui 22 milliards de dollars par an, soit moins de 0,1 % du PIB des 7 pays les plus riches. Les candidatEs socialistes sont-ils et elle prêtEs à s'engager à ce que la France contribue au financement de l'accès universel aux traitements sida au prorata de sa part du PIB des pays riches ?

### **Accès aux génériques**

En novembre 2001, Lionel Jospin a aussi trahi les malades du sida en choisissant de soutenir son ami Pascal Lamy, à l'époque Commissaire européen au commerce, lorsque l'Union européenne a refusé, lors du sommet de l'OMC à Doha, d'autoriser l'Inde à exporter sans entrave ses antirétroviraux génériques bon marché vers l'Afrique.

Un règlement européen de 2005 a institué une procédure par laquelle les fabricantEs européenNES de médicaments génériques peuvent obtenir une autorisation pour fabriquer et exporter, malgré les brevets, des médicaments génériques vers les pays pauvres en crise sanitaire. Mais de l'avis même des industrielEs européenNES du générique (voir le document de

bases de l'European Generics Association sur ce sujet : [www.egagenerics.com/doc/ega\\_compulsory-licensing\\_2005-03.pdf](http://www.egagenerics.com/doc/ega_compulsory-licensing_2005-03.pdf)), la procédure européenne est si contraignante et si juridiquement incertaine, qu'elle ne leur permet pas réellement d'exporter des produits bon marché vers l'Afrique. Pis, à travers l'OMC, l'Europe a imposé cette même procédure inapplicable à l'Inde et aux quelques autres pays en développement qui savent fabriquer des médicaments de qualité à bas prix, avec le même résultat : l'abandon par les industriels de leurs projets de production humanitaire (voir la déclaration du laboratoire indien Cipla à ce sujet).

Concrètement, la France peut amender l'article L613-5 du Code de la propriété intellectuelle afin d'y intégrer la possibilité, pour des industriels français, d'exporter des médicaments génériques bon marché vers les pays pauvres en crise sanitaire. Cette nouvelle disposition offrirait aux industriels français la possibilité concrète d'exporter des génériques vers l'Afrique, et encouragerait l'Inde à adopter une disposition similaire dans son droit national (garantissant ainsi que les génériqueurs indiens continueront à fabriquer des versions génériques des plus récents médicaments anti-sida, et à les exporter vers l'Afrique).

Les candidatEs socialistes sont-ils et elle prêtEs à dire non au lobby pharmaceutique et oui à l'exportation de médicaments anti-sida à bas prix de la France vers l'Afrique ?



## Pour la pluralité de la presse Sauvons Politis !

Hebdomadaire indépendant, *Politis* est aujourd'hui menacé de disparaître.

Espace d'informations, de réflexions et de débats, journal de résistance, écologiste, proche de la mouvance altermondialiste, engagé pour la défense de politiques alternatives, des services publics, des luttes sociales, d'une culture à l'écart des contraintes commerciales, de l'économie solidaire, de l'éducation populaire, du monde associatif... *Politis* constitue une voix singulière dans la presse depuis dix-huit ans.

Mais, le 8 août, le journal a été placé sous administration judiciaire. Puis, le dernier week-end de septembre, le principal opérateur du plan de reprise s'est brutalement retiré. Refusant de sombrer dans la résignation, le personnel de *Politis* a décidé de reprendre à son compte le projet qu'il soutenait. À l'heure où l'ensemble de la presse souffre de la mainmise croissante d'un actionariat peu soucieux de l'indépendance rédactionnelle, cette opération relève du défi.

*Politis* lance donc un appel à tous ses lecteurs, amis et futurs lecteurs qui tiennent à la pluralité et à la liberté de la presse. **UN MILLION D'EUROS** sont nécessaires à la mise en œuvre pleine et entière d'un plan de relance et de désengagement qui rompe avec une situation de survie et assure au journal une indépendance qui ne saurait être sacrifiée. Nous avons jusqu'à la fin du mois d'octobre pour réunir cette somme. Les premières contributions nous donnent bon espoir.

Merci de diffuser cet appel le plus largement et le plus rapidement possible.

Le personnel de *Politis*



Pour soutenir *Politis* et être informé régulièrement de sa situation, rendez-vous sur le site de l'association Pour *Politis* : [www.pour-politis.org](http://www.pour-politis.org)

Pour envoyer vos dons, merci de libeller vos chèques à l'ordre de : Association « Pour *Politis* » et de les envoyer à : Association Pour *Politis* c/o *Politis*, 2, impasse Deburay, 75011 Paris.

Suggestions de montants :

- \*25 euros (40 000 personnes)
- \*40 euros (25 000 personnes)
- \*50 euros (17 000 personnes)
- \*100 euros (7 000 personnes)
- \*1000 euros (700 personnes)
- ... MERCI

Envoyez aussi vos messages de soutien à l'adresse : [pourpolitis@orange.fr](mailto:pourpolitis@orange.fr)

*Politis*, c'est aussi, actuellement : 14 salariés permanents, 13 pages régulières, 10 000 abonnés, 3 000 ventes en kiosques, des hors-série trimestriels.



## Lettre ouverte à Jacques Chirac

Monsieur le Président,

Nous sommes consternés par le projet de circulaire, rendu public hier matin par « Les Echos », relative à la protection des étrangers malades.

En 1997 et en 1998, la France s'est dotée d'un dispositif répondant à un enjeu éthique majeur : empêcher de mettre en danger la vie et la santé d'un malade en l'expulsant vers un pays où il ne pourrait effectivement bénéficier d'un traitement approprié, et en conséquence lui permettre de résider régulièrement en France.

D'une part, ce projet de circulaire prévoit de lever cette protection, non plus après s'être assuré de l'accès effectif aux soins pour cette personne dans son pays d'origine, mais dès lors qu'une offre de soins existe en théorie. Or tous les spécialistes de santé publique savent bien que la disponibilité de prestations parfois de haut niveau dans le centre hospitalier ne garantit en rien la possibilité pour la majorité des habitants en particulier pauvres, de pouvoir y recourir.

Dans ces conditions, la signature de la circulaire signifierait le renoncement à ce qui a longtemps été présenté comme une « raison humanitaire » et l'acceptation de laisser renvoyer dans leur pays des malades qui y mourront faute de soins appropriés.

D'autre part, ce texte prévoit manifestement la mise en place d'une violation grave et systématique du secret médical par l'administration préfectorale.

En effet, alors que l'évaluation de l'état de santé et de l'accessibilité du traitement dans le pays d'origine est aujourd'hui menée par des médecins de l'administration, le projet de circulaire recommande aux préfets de statuer seuls sur l'existence de l'offre de soins. Ce qui suppose que leur soient transmises les données médicales nécessaires à cette décision, en violation du secret médical.

Le secret médical peut-il être ainsi levé dans le cadre d'une procédure non judiciaire ?

L'annonce de la préparation de ce texte nous paraît d'autant plus surprenante que le gouvernement avait renoncé à restreindre ce droit aux soins par voie législative lors des débats parlementaires sur la loi relative à l'Immigration et l'Intégration.

Nous vous demandons, Monsieur le Président, d'intervenir auprès du gouvernement pour que ne soit pas émise cette circulaire et de réaffirmer ainsi les engagements de la France concernant le droit des malades, de tous les malades.

Confiants dans l'intérêt que vous porterez à notre requête, nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de notre haute considération.

Signataires membres de l'ODSE :

Emmanuel CHATEAU et Hugues FISCHER, Co-Présidents d'Act Up-Paris

Patrick MONY, Président de l'AFVS

Christian SAOUT, Président de AIDES

Thibaut TENAILLEAU, Directeur de l'ARCAT

Josette MOUDILOU, Présidente du CATRED

Patrick PEUGEOT, Président de la CIMADE

Didier FASSIN, Président du COMEDE

Bernard ELGHOZI, Président de CRETEIL-SOLIDARITE

Kamel JENDOUDI, Directeur de la FTGR

Nathalie FERRE, Présidente du GISTI

Pierre MICHELETTI, Président de Mdecins du Monde

Mouloud AOUNIT, Président du MRAP

Yves FERRARINI, Directeur de Sida Info Service

Gilles MASSON, Président de Solidarité Sida

## 18 572 malades en danger de mort

**Une quinzaine de militantEs d'Act Up-Paris ont organisé un zap phone fax début novembre contre le siège de l'UMP pour dénoncer le projet de circulaire du ministère de l'Intérieur rendu public la veille par Les Echos : dernière tentative en date de Nicolas Sarkozy pour organiser l'expulsion de malades étrangèrEs au mépris de la loi.**

Depuis mai 1997, les malades et associations de lutte contre le sida ont obtenu que cessent les expulsions d'étrangèrEs atteintEs de pathologies graves dans des pays où ils et elles n'auraient pas accès aux soins et aux traitements. En 2005, 18 572 malades ont bénéficié sur ce motif d'une carte de séjour d'un an (renouvellement compris), au prix d'un combat quotidien avec l'Administration.

Depuis décembre 2002, Nicolas Sarkozy tente par tous moyens de mettre un terme à cette protection : par voie de circulaires (décembre 2002 et janvier 2003), lors de ses deux lois contre l'immigration (novembre 2003 et juillet 2006), par intimidation des médecins en charge de la procédure, etc.

Jusqu'alors la mobilisation des malades, des associations, des médecins et de la société civile, l'a systématiquement forcé à reculer ; même si, en pratique, sa politique a laissé d'indéniables traces

et, que ce droit est régulièrement bafoué par des préfetures répondant aux objectifs chiffrés du ministre de l'Intérieur.

Il semble que Nicolas Sarkozy ait fait du démantèlement du droit au séjour des malades une affaire personnelle. Ce qui permettrait de comprendre que son dernier projet de circulaire se distingue par une absurdité et une dangerosité outrancières :

- Alors que la loi protège les étrangèrEs gravement

malades ne «*pouvant effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans leur pays d'origine*», il prétend pouvoir lever cette protection par voie de circulaire dès lors qu'un traitement existe dans le pays d'origine. Quel qu'en soit le coût. Quelles qu'en soient les quantités. Quelles qu'en soient les conditions d'accès.

- De plus, pour empêcher toute résistance de la part des médecins en charge de la procédure, il entend instaurer la violation organisée du secret médical, en transférant une part de l'évaluation des critères médicaux aux préfetEs qui lui sont hiérarchiquement subordonnéEs.

Nicolas Sarkozy est définitivement en rupture

totale avec la réalité. Mais quelle que soit l'absurdité d'un tel projet, s'il était appliqué, ce sont 18 572 malades qui se trouveraient en danger de mort.

Et puisqu'il a choisi la voie d'une circulaire afin d'interdire tout débat public, Act Up-Paris entend l'imposer jusqu'au siège du parti qu'il dirige.



## CachéEs et ignoréEs, prisonnierEs.

En l'absence d'outils épidémiologiques valables qui permettent d'évaluer le taux de transmission du VIH et des hépatites B et C, nous traduisons ici les résultats d'une étude américaine publiée sur le site d'Eurosurveillance.

En France, dans nos prisons, les programmes de prévention et de réduction des risques souffrent de nombreuses difficultés : manque de moyens humains et financiers, situations éparses selon les centres de détention, antagonisme entre impératifs sécuritaires et impératifs sanitaires, difficulté de traiter des questions relatives à la sexualité. Par ailleurs, les prisons françaises ne sont toujours pas pourvues d'outil épidémiologique qui permet d'évaluer le taux de transmission des VIH, VHB et VHC. Aujourd'hui on incarcère toujours des personnes séropositives, cette étude a le mérite de montrer que la prison, par un manque flagrant de programme de prévention et de réduction des risques (RdR) contamine toujours les détenuEs.

### Transmission du VIH dans une partie du système carcéral américain ; implication pour l'Europe.

Une étude américaine<sup>1</sup> a montré que la transmission du VIH pouvait avoir lieu dans les prisons de l'État de Georgie. Entre juillet 1988 et février 2005, 88 détenus testés négatifs lors d'un test obligatoire à l'entrée en prison, ont été déclaré séropositifs par un test ultérieur, ce qui prouve que leur séroconversion a eu lieu durant leur l'incarcération. Les comportements à risque en prison, notamment le tatouage et les rapports sexuels entre hommes sont associés à la séroconversion. L'estimation de la prévalence au VIH chez les prisonnierEs dans les prisons américaines est de 2 % et nombre de pays européens ont un taux de prévalence bien supérieur, qui peut s'élever dans certains cas à plus de 10 %. Si l'on tient compte d'une prévalence élevée dans certains pays d'Europe ainsi que du nombre limité de programmes de prévention et de RdR actuellement mis en place, cette étude américaine met en lumière l'urgence d'étudier le problème afin de trouver le moyen de prévenir les risques de transmission du VIH parmi les détenuEs en Europe. L'étude américaine a démontré que les détenus devenus séropositifs ont eu 10 fois plus de rapports sexuels entre hommes et ont été tatoués 14 fois pendant leur incarcération que le groupe témoin de prisonniers qui sont restés séronégatifs. (...) Par ailleurs les détenus indiquent quant à eux que les programmes de prévention du VIH devraient inclure la distribution de préservatif (38 %), d'information sur le VIH (22 %) et de la mise en place de pratique de tatouage safe (13 %). L'étude conclut clairement au lien entre la contamination et l'incarcération et sur la nécessité de mettre en place des programmes de prévention.

### Les usagerEs de drogue par voie intraveineuse et les prisons en Europe

Le taux de prévalence du VIH chez les détenuEs en Europe est associé à leur usage de drogue et au tatouage mais le mode et le taux de transmission dans l'enceinte des prisons n'a encore jamais été étudié. Que ce soit en Europe de l'Est ou de l'Ouest, les usagerEs de drogue par voie intraveineuse sont surreprésentéEs dans la population carcérale. Une étude récente menée dans 10 villes

européennes sur les usagerEs de drogue montre que 60 % d'entre eux et elles s'étaient injectéEs des drogues au cours de l'année précédente et 55 % avaient déjà été emprisonnéEs<sup>2</sup>. D'autres études indiquent qu'entre 8 et 60 % des détenuEs en Europe ont déjà consommé des drogues en détention, notamment par voie intraveineuse<sup>3</sup>. Comme aux USA, les détenuEs européenNEs ont plus de risque que la population générale d'être infectéEs par le VIH à cause de l'usage de drogue et du partage de matériel d'injection, notamment s'ils et elles poursuivent cette pratique en détention. (...) Le taux de prévalence dans les prisons européennes varie entre moins de 1 % en Angleterre, 11 % au Portugal

et 12 % en Estonie. Si l'on considère par ailleurs le taux élevé d'emprisonnement chez les usagerEs de drogue par voie intraveineuse dont près de la moitié continue les injections en détention et la coexistence d'autres pratiques à risques tel que des rapports sexuels non protégés entre hommes et le tatouage, la prévention de la transmission du VIH en prison est une question très importante. Alors que l'on dispose des outils validés pour réduire la transmission du VIH en détention, l'accès à la prévention et à la RdR reste rare et souvent inférieure à ce qui est proposé à l'extérieur.

### **Il est évident que les programmes de prévention et de RdR en prison sont efficaces**

Une revue de la littérature scientifique à propos des programmes d'échange de seringues en détention a montré que dans ces expériences l'usage de drogue diminue ou reste stable dans le temps et que le partage de seringues décline considérablement. Aucun nouveau cas de transmission du VIH, d'hépatite B et C n'est à déplorer<sup>4</sup>. Malgré la nécessité de mettre en place des programmes d'échange de seringues, l'Espagne est le seul pays européen à avoir instauré systématiquement ce genre d'action. Il existe également d'autres mesures de RdR tel que les traitements de substitution, la distribution de tablettes désinfectantes et de préservatifs mais ces actions ne sont pas systématiquement mis en place ou sont souvent sous-développées et mal coordonnées.

La déclaration de l'OMS sur la santé en détention réclame que cette question soit traitée comme un problème de santé publique à part entière et insiste pour que l'accès aux soins soit équivalent en prison et à l'extérieur. Dans de nombreux pays européens, la santé en détention n'est pas bien prise en compte et il y a peu de voix qui s'élèvent pour réclamer une protection sanitaire en prison équivalente à celle de l'extérieur. Parmi les détenuEs, nombre d'entre elles et eux appartiennent à des populations marginalisées tels que les usagerEs de drogues, par voie intraveineuse ou non, les sans abris, les individus ayant des problèmes psychiatriques nécessitant des soins. Il existe cependant une reconnaissance grandissante qu'un bon accès aux soins et à la santé en détention améliore la santé publique. Ne pas mettre en place une politique de prévention du VIH efficace en détention risquerait de minorer les efforts pour diminuer la transmission du VIH à l'extérieur puisqu'une grande partie des détenuEs seront un jour libéréEs et seront de nouveaux des citoyenNEs libres. Prévenir la transmission de maladies infectieuses dont le VIH dans les prisons est un élément important d'une politique de santé publique même si aujourd'hui tout le monde ne le reconnaît pas encore.

1- Centers for Disease Control and Prevention. HIV Transmission Among Male Inmates in a State Prison System – Georgia, 1992-2005. MMWR Weekly, 21/04/2006.

2- March JC, Oviedo-Joekes E, Romero M. Drugs and social exclusion in ten European cities. Eur Addict Res. 2006.

3- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. The State of the Drugs Problem in Europe. Lisbon : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. 2005.

4- Dolan K, Rutter S, Wodak AD. Prison-based syringe exchange programmes : a review of international research and development. Addiction. Février 2003.

## Les recommandations suivantes ont donc été posées :

- Proposer des tests de dépistage à l'entrée, à la sortie de prison et tout au long de l'incarcération.
- Mettre en place à l'intention des détenuEs des stratégies de prévention sexuelle et de RdR efficace afin d'assurer une protection en termes de santé publique.
- Mettre en place des actions de lobby centrées sur les questions de santé en prison afin d'obtenir des engagements politiques précis ainsi que de santé publique.
- Inclure en prison des équipes chargées de prévention sexuelle et de RdR à toutes les étapes de l'incarcération d'unE prisonnierE.
- Joindre les efforts de tous les professionnelLEs de la prison, des ministères concernés, des ONG et des institutions internationales comme l'OMS afin de faire de la prévention en prison un sujet incontournable.
- Adapter et introduire en prison une approche de la RdR qui a montré son efficacité à l'extérieur.



Auteurs :

C Testa, F Ncube, ON Gill, Prison Infection Prevention Team, Health Protection Agency Centre for Infections, London, Royaume Uni  
C Wellandt, European Network on Drugs and Infections Prevention in Prison (ENDIPP), Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (Scientific Institute of the German Medical Association), Bonn, Allemagne.

## A partir de cette étude, quelles remarques pouvons nous faire concernant la transmission du VIH et des hépatites dans les prisons françaises ?

En 2002, le taux de prévalence du VIH en milieu carcéral était estimé à 1,56 % (contre 0,5 % à l'extérieur), 2,3 % des détenuEs étaient porteurSEs du VHB (contre 0,2 % à l'extérieur) et 4,4 % du VHC (contre 1 % en milieu libre) d'après le rapport d'expertEs sur la prise en charge des personnes infectées par le VIH dirigé par le Pr Delfraissy, Flammarion 2002. Même si ces chiffres n'ont pas été réactualisé depuis, tout porte à croire qu'ils sont restés inchangés. Cette enquête américaine est la première a démontré le risque majeur qui existe à se contaminer au VIH lors d'une incarcération. Outre des taux de prévalence très largement supérieurs au milieu libre, cette enquête insiste sur le manque de programme de prévention sexuelle et RdR à destination des détenuEs. La France n'est toujours pas pourvue d'outils épidémiologiques qui permettraient de connaître avec précision et de manière systématique le nombre de séropositifVEs incarcéréEs et d'évaluer scientifiquement le nombre de contaminations qui ont lieu pendant la détention et selon quelles modalités. Malgré le manque d'évaluation scientifique, et jusqu'à preuve du contraire, tout porte à croire que l'on se contamine dans les prisons françaises du fait d'un manque flagrant de programme de prévention et de RdR. La mise en place d'une enquête épidémiologique en prison est une revendication constante d'Act Up-Paris. La Direction Générale de la Santé a été saisie à ce sujet et affirme étudier la faisabilité d'une telle démarche.

La loi du 18 janvier 1994 a fait de la santé en détention une prérogative du ministère de la Santé et non plus de la Justice et a notamment crée les UCSA (Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires) ce qui a considérablement amélioré l'accès aux soins en détention. Cependant, les impératifs sécuritaires imposés par l'Administration pénitentiaire (AP) ont réduit la portée de cette réforme, notamment en termes de mise en place de programmes de RdR qui ont pourtant montré leur efficacité à l'extérieur à réduire la transmission du VIH et dans une moindre mesure des hépatites. Contrairement à la loi de 1994 qui prône un égal accès aux soins entre l'extérieur et l'intérieur, l'AP est réticente à mettre en place des programmes d'échange de seringues, en refusant d'introduire en



prison des seringues qui selon eux pourraient être utilisées comme des armes par les prisonnierEs contre leurs gardienNEs. Par ailleurs elle affirme qu'il ne lui appartient pas de faire la « promotion » de l'usage de drogue alors qu'un grand nombre de détenuEs ont été incarcéréEs pour des délits relatifs à la détention, la vente ou à l'usage de stupéfiants. Ce faisant l'AP n'a aucune considération pour la santé des détenuEs ni par extension, pour la santé publique.

Cependant, la RdR n'est pas tout à fait absente du milieu carcéral même si elle ne se fait pas sans difficulté. Les détenuEs se voient aussi distribuer des doses d'eau de javel, dont une de ses utilités est de désinfecter le matériel d'injection. Cela se fait sans aucun accompagnement et sans action concrète de prévention et de RdR alors que la stérilisation du matériel d'injection nécessite certaines précautions pour éviter tout risque de contamination au VHC. De plus, l'insalubrité des prisons est telle que les détenuEs se servent avant tout de l'eau de javel pour nettoyer leurs cellules.

En matière de prévention sexuelle chaque détenuE à son arrivée en détention se voit remettre un pack d'entrée avec des produits de première nécessité tels que du savon et des préservatifs. Tout au long de son incarcération, les détenuEs peuvent se fournir en préservatifs dans l'UCSA de sa prison mais aux yeux et au sus de touTEs, que ce soit les personnels soignantEs, surveillantEs ou détenuEs. Reconnaître avoir des relations sexuelles en prison met la personne qui le fait en situation de vulnérabilité. La grande difficulté de faire de la prévention en direction des détenuEs est qu'elle s'adresse à des hommes et des femmes qui peuvent avoir des pratiques sexuelles avec des hommes ou avec des femmes sans pour autant se déclarer homosexuellEs.

Depuis longtemps, les associations ont bien noté le manque de prévention en détention. Des actions plus ou moins ponctuelles et assez disparates sur l'ensemble des prisons françaises sont mises en place pour améliorer la prévention en milieu carcéral. Les UCSA qui pourraient assumer une partie des actions de prévention et de RdR doivent faire face à un cruel manque de budget, de personnels soignantEs face à une population carcérale qui n'a jamais été aussi importante et à qui l'on doit d'assurer un bon accès aux soins. Dans ce contexte, l'éducation à la santé, la prévention et la RdR ne peuvent pas être la priorité des UCSA. Ce rôle est dévolu aux associations, pour celles qui arrivent à monter de tels projets en défiant les réticences des directeurRICEs d'établissements.

Les associations se substituent ainsi aux pouvoirs publics et notamment au rôle que devrait jouer le ministère de la Santé. C'est pourquoi Sidaction, organisme qui finance des projets de lutte contre le sida a décidé ces deux dernières années de mettre l'accent sur la prévention et la RdR en détention, d'encourager et d'accompagner les associations qui le souhaitent dans leurs projets et de pérenniser leurs actions d'une année sur l'autre. Ce mouvement doit se voir accompagner d'une réelle politique de prévention et de RdR en détention financées et coordonnées au niveau national par le ministère de la Santé pour que puisse réellement s'exercer en prison l'éducation à la santé qui peut, au même titre que l'emploi ou le logement, être un facteur de réinsertion.



# Plaisir d'offrir, joie de recevoir



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

Act Up-Paris / VPC - BP 287 - 75525 Paris Cedex 11 - (pour nous joindre : [stands@actupparis.org](mailto:stands@actupparis.org))

Prénom - Nom .....

Adresse .....

Téléphone ..... Mail .....@.....

Votre commande : .....

Montant : ..... *Merci d'ajouter 3 € par article pour les frais de port.*

Vous trouverez sur notre site d'autres modèles, d'autres objets, d'autres idées : [www.actupparis.org](http://www.actupparis.org)

# AU-DESSUS DU VOLCAN

Le 1<sup>er</sup> samedi de chaque mois, de 19h30 à 22h30, Act Up-Paris assure une permanence dans la galerie Au-dessous du Volcan, en partenariat avec le CRIPS.

Galerie Au-dessous du volcan  
8 rue Sainte-Croix de la Bretonnerie  
Paris 4<sup>ème</sup>

+ d'infos sur les permanences associatives organisées dans la galerie :  
<http://www.lecrips-idf.net/au-dessous-du-volcan/index.asp>

C'est l'occasion pour vous de rencontrer des militantEs d'Act Up-Paris, pour parler prévention, des enjeux de la lutte contre le sida, des rendez-vous communautaires, de vos désirs d'engagement et autres merveilles. Et bien sûr d'y trouver gracieusement des préservatifs masculins et féminins, des dosettes de gel, de la documentation et nos publications.



**Journée mondiale de lutte contre le sida**

# **Manifestation**

**30 novembre à 18h30**

**Place de la Bastille**

**3 400 000**  
3.4 MILLIONS DE MORTS PAR AN  
**SIDA**  
OU SONT LES CANDIDATES ?