

Action

la lettre bimestrielle d'Act Up-Paris n°108 juin 2007



Ours

Directeurs de publication

Emmanuel Chateau - Hugues Fischer.

Rédactrice en chef

Claire Vannier.

Ont participé au numéro

Laurent Brutus - Jean Cazentre - Emmanuel Chateau - Frédéric Cohen - Nicolas Hervé - Christophe Martet - Jérôme Martin - Eric Marty - Jean-Pierre Millet - Dino Pavone - Rose Rachel Rebelle - Claire Vannier.

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 : Expressions 2 - 10 bis rue bisson - 75020 Paris. ISSN 1158-2197 - Dépôt légal à parution.

Photos de couv : William Hamon lors du Kiss-in devant l'ambassade du Nigéria à Paris, le 17 mai 2007. En Afrique l'homophobie des gouvernements fait le jeu de l'épidémie

Juillet 2007, bimestriel

Sommaire

Édito - 3. Dossier Prévention Gay (PDG) : Sérotriage - 4. PDG : Primo-infection - 7 . PDG : Recrudescence des IST - 8. PDG : Circoncision - 10. sida, envie d'en être ? - 12. Action=Vie : TPE - 15. Dossier Juridique (DJ) Affaire Jacquin - 19. DJ : Blanche, Chiland, Pharma Concept/Viralgic - 20. DJ : Abbott - 22. DJ : Désobéissance civile - 23. DJ : interview de militantEs - 24. Connaissez vos ennemis : le nouveau gouvernement - 28. PDS : bilan 1^{er} semestre 2007 - 30. VPC - 32.

Gardons le contact

- Rejoignez-nous chaque mardi à 19h15 à l'Ecole des Beaux Arts, 14 rue Bonaparte, M^e 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

Abonnement

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

Nom Prénom

Adresse

.....

.....

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

Séropos,

Nous ne nous marierons pas cette année. Christian Vanneste a été réélu avec le soutien de l'UMP, de Nicolas Sarkozy et de François Fillon. Christine Boutin est ministre. La banalisation de la haine envers les pédés, les gouines et les trans est une des règles de cette majorité politique.

Les « franchises » annoncées pour cet été témoignent d'une autre règle : la haine des malades. Vous êtes atteintE d'une pathologie grave ? Vous devez être hospitaliséE ? Vous voyez plus souvent des médecins qu'une personne en bonne santé ? Vous vous acquitterez de « franchises », des taxes directement liées à votre état de santé. Plus vous êtes malade, plus vous aurez à payer. Rassurez-vous : la ministre de la Santé, qui préfère courir les 24 heures du Mans plutôt que de rencontrer des malades du sida, vous dira que c'est pour vous

au boulot

res-pon-sa-bi-li-ser. Et elle vous dira que sa priorité, c'est de mettre en place des outils de contrôle comptable, parce que, vraiment, vous et vos CD4 en fuite êtes des irresponsables.

La création d'un ministère de l'Immigration et de l'Identité nationale à la dénomination ouvertement raciste et xénophobe, annonce à lui seul la guerre aux étrangErEs qui continuera à être menée. Dès la nomination de Brice Hortefeux, la logique des chiffres (plus d'expulsions, plus de contrôles, plus de rafles) l'a emporté.

Le contexte politique est clair : haine des malades, des LGBT, des étrangErEs, des handicapéEs. Nous avons aujourd'hui un Président qui, candidat, conspuait celles et ceux qui ne travaillent pas et abusent de la solidarité nationale. Les malades du sida bénéficiaires de l'AAH,

comme d'autres personnes handicapées vivant de ce seul revenu, seraient donc à ses yeux des parasites. Et on voit mal comment l'AAH pourrait être réellement augmentée avec la politique fiscale promise par cette nouvelle majorité.

« Séropos, au boulot », le mot d'ordre que nous avons choisi pour la marche des fiertés cette année est très sérieux. Pendant des années, les séropos ont déserté la mobilisation associative. De plus en plus de séropos rejoignent à nouveau Act Up-Paris. Qui d'autre que nous peut se permettre ce genre de slogans pour la Marche des Fiertés ? Si vous ne le comprenez pas, si vous ne nous suivez pas, ce slogan sera celui de l'extrême-droite au pouvoir.

Hugues Fischer
et Emmanuel Château
Co-présidents

Sérotriage, What's up ?

Depuis bientôt deux ans, des chercheurEs en sciences sociales décrivent, en Grande-Bretagne, aux Etats-Unis et en Australie, l'émergence de pratiques de sérotriage (serosorting) dans la communauté homosexuelle. On décrit sous cette terminologie le choix de partenaires de même statut sérologique par des gays engagés dans des rapports sexuels non protégés avec des partenaires occasionnels.

C'est surtout l'étude réalisée à San Francisco, en collaboration avec le STOP AIDS Project, qui a défrayé la chronique. Plusieurs sources concernant la ville semblent indiquer que, tandis que le nombre de nouvelles infections sexuellement transmissibles dans la communauté gay est en augmentation, le nombre de nouveaux diagnostics de séropositivité identifiés dans plusieurs centres de dépistages reste stable. Les chercheurEs ont émis l'hypothèse que cette situation paradoxale s'expliquerait par le développement de comportements de sérotriage observés chez les gays dans les études comportementales.

Les premières présentations publiques de ces résultats se sont répandues comme une traînée de poudre dans la communauté homosexuelle américaine. Dans un pays fortement marqué par une homophobie institutionnelle et un discours communautaire « post-sida » (voir « Le nouveau révisionnisme sida » dans *Action 102*, mai 2006), la presse communautaire s'est emparée du sujet pour accuser le catastrophisme des autorités sanitaires qui depuis plusieurs années alertaient sur le développement des pratiques à risque chez les homosexuels.

Ce fut aussi l'occasion, pour les tenantEs d'une approche dite de « Santé gay », d'y voir la mise en œuvre de stratégies nouvelles par les gays pour s'adapter au contexte de l'épidémie. Cela en ignorant que l'hypothèse d'un impact éventuel du sérotriage sur l'épidémie relève d'abord d'une vision statistique de l'épidémie, qui ignore le risque individuel et alors même qu'aux Etats-Unis on assiste, sur fond de pénalisation de la transmission du VIH, au retour en force des approches de santé publique traditionnelles ; comme en témoigne notamment la focalisation exclusive des autorités fédérales sur le dépistage.

Une hypothèse non validée

Dès les premières communications sur ces résultats, Susan Buchbinder, célèbre épidémiologiste, émettait de fortes réserves sur la valeur des données utilisées. L'extrême prudence des auteurEs dans la publication de leurs études parues depuis, montre à quel point les annonces fracassantes faites il y a deux ans semblent aujourd'hui exagérées. C'est d'abord la disparité des données employées qui fait douter des résultats avancés. D'une part, il n'est pas évident que l'incidence de l'épidémie de sida reste stable à San Francisco dans la communauté gay. D'autre part, aucun lien de causalité n'est mis en

Sérotriage, un problème de définition

Le sérotriage désigne le choix de partenaires en fonction de leur statut sérologique. Certains avancent aujourd'hui deux autres terminologies : sérochoix et séroadaptation qui trouvent aussi leur équivalent en anglais. Parler de sérochoix, plutôt qu'employer le mot sérotriage, vise à neutraliser la violence contenue dans l'idée du sérotriage et le spectre d'une ségrégation sérologique qui lui est associé.

La « séroadaptation » relève quant à elle de l'interprétation des pratiques, elle suppose un choix raisonné de l'abandon du préservatif en fonction de son statut sérologique et de celui de son partenaire.

évidence avec le développement du sérotriage. La mise en avant de ce phénomène pour expliquer une éventuelle stabilisation du nombre de nouveaux cas de séropositivité à San Francisco n'est donc qu'une hypothèse

sujette à caution. D'autres facteurs pourraient expliquer une stabilisation apparente des nouvelles contaminations : une évolution des pratiques de dépistage, l'extension de l'usage des traitements antirétroviraux, ou même le fort niveau de la prévalence dans la communauté gay, dans une ville où près du tiers des gays sont déjà infectés par le virus du sida. Alors que l'hypothèse d'un impact éventuel du sérotriage sur l'épidémie n'est pas même validée, une campagne associative sur ce thème a reçu le financement du département de la Santé de l'État de Californie, engagé par ailleurs dans une politique de promotion du dévoilement du statut sérologique. Cette campagne a été relayée en France dans le journal gratuit gay *Illico*, sans aucune mention des vives polémiques entourant cette initiative aux Etats-Unis.

L'ambiguïté du sérotriage

Les pratiques de sérotriage relevées dans les publications sur le comportement des gays restent encore mal documentées. La notion même de sérotriage comporte de fortes ambiguïtés au sens où il est difficile de déterminer les motivations à l'origine de ce phénomène. Il n'est peut-être pas anodin que le développement de ce type de comportements ait été identifié dans trois pays, dans lesquels a été expérimentée la promotion d'approches de réduction des risques sexuels dans la communauté gay, approches dont le sérotriage pourrait être une simple extension. Toutefois, on ne peut écarter ni les questions liées aux variations de la prévalence selon les tranches d'âge, ni les éléments ne relevant pas du statut sérologique qui interviennent dans le choix des partenaires, ou le comportement dans des sous-cultures au sein de la communauté homosexuelle.

Quoi qu'il en soit, de nombreuses études mettent déjà en lumière les différentes limites de cette stratégie et interrogent son efficacité. Le sérotriage suppose une connaissance précise de son propre statut sérologique et la capacité d'en discuter avec ses partenaires sexuels potentiels sans présupposer en amont de la concordance sérologique de ces derniers, ce qui en rend difficile la mise en œuvre.

Surtout des personnes peuvent se croire à tort séronégatives. Une étude anglaise, combinant des questionnaires comportementaux à des prélèvements biologiques, a par exemple mis en évidence que parmi 45 % des séronégatifs prétendant avoir eu des pénétrations anales non protégées avec des partenaires de statut sérologique concordant, 29 % d'entre eux seulement étaient effectivement séronégatifs selon les résultats des tests. En outre, dès lors qu'il a eu un rapport sexuel non protégé, un séronégatif ne peut plus être certain de son statut sérologique.





Une modélisation statistique (Buttler et Smith, Aids 2007) attirait l'attention sur la nécessaire prise en compte de l'augmentation potentielle des contaminations liées à la primo-infection pour évaluer l'impact éventuel du sérotriage (lire page suivante).

L'étude montre que des gays séronégatifs qui sélectionneraient des partenaires séronégatifs auraient plus de risques d'être infectés que s'ils ne mettaient pas en œuvre une stratégie de sérotriage, dans un contexte où le nombre de nouvelles infections reste important.

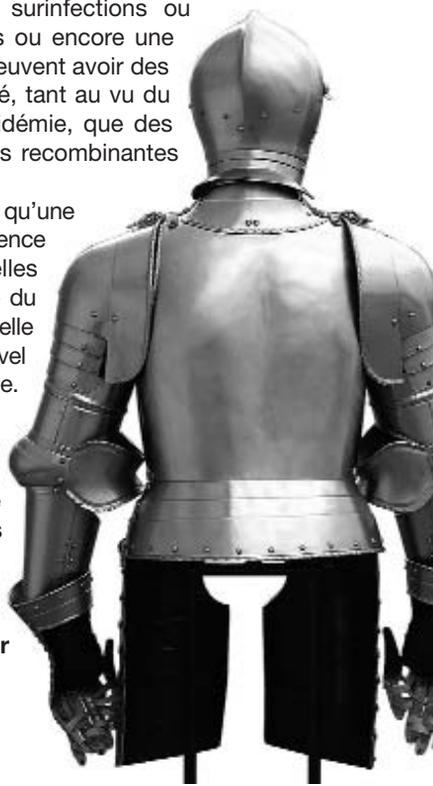
Face à ces objections, les partisanEs du sérotriage avancent l'idée qu'il pourrait s'agir

d'une stratégie de réduction des risques réservée aux seuls séropositifs, pour qui l'incertitude sur le statut sérologique réel est écartée. Encore faudrait-il que les séropos soient tous en mesure de faire part de leur statut sérologique et d'adapter leurs pratiques en fonction de celui de leur partenaire. Ce qui est loin d'être encore le cas, au vu des études publiées sur le serosorting qui font toutes apparaître des incohérences dans la pratique de sélection des partenaires. En outre, il s'agit le plus souvent de données établies sur la déclaration des personnes et qui ne porte généralement que sur les quatre derniers partenaires occasionnels.

Mais promouvoir le sérotriage chez les séropositifs serait dans le même temps les exposer à des risques de santé, d'éventuelles surinfections ou complications de maladies sexuellement transmissibles ou encore une infection par le virus de l'hépatite C. Deux aspects qui peuvent avoir des conséquences engageant l'ensemble de la communauté, tant au vu du rôle non négligeable des IST dans la diffusion de l'épidémie, que des risques potentiels liés à l'émergence de souches virales recombinantes ou résistantes.

Limité aux seuls séropos, le sérotriage n'est tout au plus qu'une nouvelle approche de réduction des risques, de toute évidence inopérante pour réduire le nombre de nouvelles contaminations dans la communauté homo. L'hypothèse du sérotriage, loin d'être en mesure de fonder une nouvelle politique de prévention, pourrait simplement être le nouvel avatar d'une tentative de légitimation du sexe à risque.

L'incitation à renoncer à se protéger entre partenaires séroconcordants, induite par l'institutionnalisation du serosorting, pourrait se révéler encore plus dangereuse que le relapse ; et d'autant plus inadmissible qu'elle conduirait à des contaminations entre des personnes croyant se conformer à une stratégie préventive. **Mais le risque principal du sérotriage réside dans son potentiel ségrégationniste, dans un contexte où il devient de plus en plus difficile de se dire séropositif par crainte d'être confronté à la discrimination.**



Le poids des primo-infections dans l'épidémie chez les gays

L'infectiosité d'une personne récemment infectée est très élevée les premiers mois qui suivent sa contamination. Ignorant souvent encore qu'ils viennent d'être contaminés, ces nouveaux séropositifs ne modifient pas nécessairement leur comportement sexuel pour adopter des pratiques safe.

Plusieurs études épidémiologiques avaient depuis longtemps souligné le poids de la primo-infection dans la diffusion de l'épidémie de sida. Celui-ci s'explique notamment par l'augmentation explosive de la charge virale au premier stade de l'infection, avant que le corps ait pu développer une réponse immunitaire. Les données disponibles sur le rôle des primo-infections dans l'épidémie étaient jusqu'à présent issues d'études d'observation. Mark Wainberg, un chercheur canadien, vient de publier une étude basée sur des analyses génétiques des virus circulants dans une cohorte de primo-infectés canadienne. Elle met en évidence que les personnes en primo-infection pourraient être à l'origine de près de la moitié des cas de transmission du VIH dans la communauté homosexuelle.

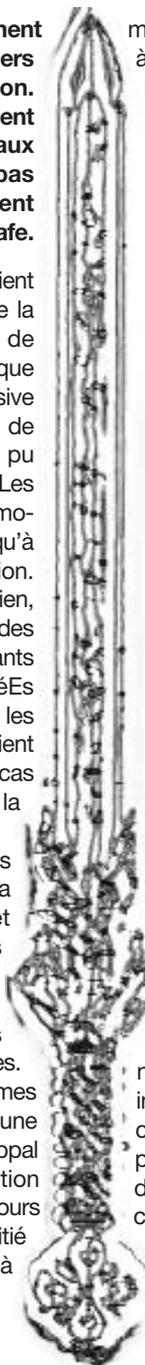
Une connaissance plus précise des modes de transmission du VIH et de la dynamique de l'épidémie permet aujourd'hui de mieux calibrer les messages de prévention. Dans 80 % des cas, l'infection par le virus du sida s'accompagne, environ deux semaines après, de l'apparition de signes cliniques. Il s'agit le plus souvent de symptômes apparentés à une forte angine, à une mononucléose ou à un syndrome grippal parfois accompagné d'une éruption cutanée. Les gays ayant souvent recours au dépistage, en France, près de la moitié des nouveaux diagnostics remontent à

moins de six mois et 20 % correspondent à une primo-infection.

D'après les recommandations de prise en charge thérapeutique, dans la plupart des cas le traitement de la primo-infection n'est pas justifié. Pourtant Mark Wainberg plaide dans son article pour une mise en route rapide d'un traitement qui vise à réduire la charge virale chez les personnes primo-infectées pour limiter l'impact des primo-infections sur la diffusion de l'épidémie. Cette approche strictement médicale pour tenter de réduire le nombre de nouvelles contaminations fait l'impasse sur la nécessité d'une modification des pratiques après l'annonce de la séropositivité.

Surtout, elle élude la vraie question qui est celle de l'identification précoce des nouvelles infections. Le rôle prépondérant de la primo-infection dans la diffusion de l'épidémie appellerait plutôt à développer l'information sur ce sujet, comme cela a été tenté au Royaume-Uni. Des personnes ayant eu des rapports non protégés et qui ne se sont pas faites dépistées peuvent se croire à tort séronégatives et risquer de contaminer d'autres partenaires, ou leur partenaire régulier. Il s'agit d'inciter les personnes à consulter, et les médecins à explorer l'éventualité d'une prise de risques, en cas de symptômes pouvant être associés à une séroconversion.

Il est également probable, qu'une part notable des infections liées à la primo-infection interviennent dans le cadre de couples stables qui n'utilisent pas le préservatif. Ces informations plaident donc en faveur de la mise en œuvre de campagnes spécifiquement adressées aux couples qui n'utilisent pas le préservatif.



Nouvelle recrudescence des Infections Sexuellement Transmissibles

Bis repetita

Au début des années 2000 la communauté homosexuelle avait été confrontée à la résurgence de la syphilis avec une constante augmentation des cas jusqu'en 2003. Suite à l'« *Alerte Syphilis* » lancée par les associations et les pouvoirs publics, cette nouvelle épidémie s'est stabilisée jusqu'en 2005. D'après des données exposées par l'Institut de veille sanitaire au cours d'un rendez-vous ministériel montrent qu'aujourd'hui c'est aussi la population hétérosexuelle qui est touchée et l'épidémie se développerait aussi en province. Fait particulièrement alarmant, la surveillance de

la syphilis montre une très forte recrudescence des cas chez les homosexuels en Ile-de-France de 2005 à 2006.

Les données de surveillance qui ne concernent que quelques services médicaux ne permettent pas vraiment d'avoir des informations très précises sur la

L'hépatite C s'invite au club des IST

Depuis deux ans, plusieurs études ont mis en évidence une transmission sexuelle du virus de l'hépatite C chez les gays séropositifs. Une nouvelle étude indique que la transmission de l'hépatite C peut aussi intervenir chez des séronégatifs. En baisant sans capote tu risques non seulement d'attraper une IST, mais aussi de te contaminer par le virus du sida, et par le virus de l'hépatite C. L'hépatite C est aujourd'hui la principale cause de mortalité des séropositifs. Si tu es séropositif, outre les surinfections et les complications d'éventuelles IST, en ayant des rapports non protégés tu mets gravement en cause ta santé. L'usage du préservatif lors de pénétrations anales et de gants en latex pour le fist protège des risques de transmission de l'hépatite C et des IST.

recrudescence de l'épidémie d'autant que l'Institut Alfred Fournier a quitté le dispositif de veille. L'accent doit être de nouveau mis sur un dépistage plus précis et surtout plus systématique de la syphilis notamment en milieu hospitalier chez les séropositifs/Es chez qui les cas sont plus fréquents.

Mais face à cette nouvelle recrudescence de la syphilis, il n'est pas certain qu'une stricte politique d'incitation au dépistage puisse suffire. Il est d'ailleurs avancé qu'un message associatif centré sur la recommandation d'usage du préservatif pour les fellations serait nécessaire pour enrayer l'épidémie. Or très généralement les pipes sont faites non protégées tant chez les hétéros que chez les gays. Une grande partie des associations de lutte contre le sida a renoncé à vouloir modifier les comportements en ce qui concerne la fellation arguant qu'il convient d'abord de lutter contre l'augmentation des pénétrations non protégées principales cause de la propagation de l'épidémie de sida et des IST.



Pourtant les deux épidémies sont en partie liées puisque les IST augmentent le risque de transmission du VIH. Mais on ne peut établir de corrélation stricte entre l'évolution de la syphilis et l'épidémie de sida car la syphilis se transmet beaucoup plus facilement que

le VIH tant par les fellations que par les pénétrations non protégées. Surtout une majorité des cas concernent des gays déjà séropositifs, ceux-ci ayant plus fréquemment des rapports non protégés que les séronégatifs. Mais c'est de toute évidence l'augmentation des pénétrations anales non protégées qui fut à l'origine de la réapparition de la syphilis vers 2000. Outre le fait qu'elle peut augmenter le niveau de charge virale chez les séropositifs, la syphilis peut avoir des complications dangereuses pour la santé des séropos et des séronégs.

Vers une remise à plat la politique de dépistage

Le Conseil National du sida (CNS) a rendu au mois de novembre un rapport sur la politique de dépistage en France après l'audition de nombreux acteurs. Dans ce rapport, le CNS suggère une remise à plat de la politique française de dépistage qui date du début des années 90. Il envisage notamment la proposition généralisée du dépistage et l'expérimentation d'opération de dépistage menée par les associations avec des tests rapides. Plusieurs recommandations du CNS impliquent aujourd'hui des évolutions réglementaires. Act Up-Paris revendique aussi depuis le retour des compétences sur le dépistage au ministère de la Santé un groupe de travail pour mettre en œuvre une redéfinition de la politique de dépistage française.

La pipe, avec capote. Oui madame !

Parallèlement à la nouvelle augmentation des cas de syphilis, le nombre de gonococcies, aussi appelée « chaude pisse », augmente depuis 2000 après une baisse des cas entre 86 et 96. La France est par ailleurs le pays européen le plus touché par LGV (lymphogranulomatose vénérienne). Le nombre de gonococcies rectales est particulièrement en augmentation ce qui permet de mettre en évidence un développement de l'épidémie chez les gays. La situation est préoccupante dans le cas des gonococcies puisque l'observation récente montre une résistance à certains antibiotiques. Malgré une alerte sanitaire en direction des médecins pour qu'ils et elles modifient leurs prescriptions, il semble que ces résistances se maintiennent et que les recommandations ne soient pas suivies. Ainsi des personnes peuvent penser être guéries alors qu'elles sont toujours porteuses de la maladie et donc la transmettre. On ne sait pas précisément si les gonococcies peuvent se transmettre par voie orale.

Il semble en revanche que ce soit le cas pour les chlamydiae. Il sera donc souhaitable de mieux documenter ces questions notamment dans la communauté gay. Cette nouvelle recrudescence des IST n'est vraiment pas une bonne nouvelle. Elle est concordante avec l'augmentation des pratiques à risque constatée chez les gays et confirme les données qui indiquent une augmentation des contaminations par le sida chez les gays. Le fait qu'elles se transmettent pour certaines facilement par la fellation et qu'elles puissent augmenter la transmission du VIH implique aujourd'hui une clarification des messages de prévention sur la pipe.



Circoncision : l'enthousiasme contre la prévention

Deux études américaines viennent de confirmer les résultats d'une étude française sur le rôle de la circoncision masculine dans la transmission vaginale du VIH lors de rapports hétérosexuels en Afrique. Dans le cadre de ces essais, la circoncision masculine diminue le risque de transmission du VIH de la femme séropositive vers l'homme séronégatif entre 50 et 60 % (48 % dans l'étude en Ouganda³, 53% dans l'étude kenyane² et 61 % au cours du premier essai réalisé en Afrique du Sud¹). Cependant cet effet positif, qui ne concerne que les hommes dans le cadre de relations hétérosexuelles, serait considérablement moindre à l'échelle de l'ensemble d'une population, parce que les femmes sont physiologiquement plus vulnérables que les hommes en ce qui concerne la transmission du virus du sida.

Forts de ces résultats, l'OMS et le programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (Onusida) ont proposé que dans les pays à forte prévalence VIH et où le taux de circoncision est bas, l'opération soit considérée comme un moyen supplémentaire de réduire le risque de transmission hétérosexuelle de l'infection à VIH chez l'homme. Ces recommandations sont prématurées. Si la réduction globale de la transmission à l'échelle des populations est une bonne chose en théorie, on ne connaît pas encore les conséquences éventuelles de la circoncision pratiquée à une large échelle, sur le comportement et les représentations de la maladie. Le risque est grand, en effet, de voir se développer, à l'échelon individuel, un sentiment de fausse protection chez les hommes circoncis. Or, ce risque n'a pour l'instant pas fait l'objet d'études comportementales, complément indispensable pour juger de l'intérêt réel de la circoncision. L'abandon du préservatif que pourrait entraîner une foi inébranlable dans les supposées vertus de la circoncision aurait des conséquences redoutables, tant en ce qui concerne la diffusion du VIH que des autres IST, pour l'ensemble des partenaires de ces relations non protégées. Et il est consternant de voir que cette dimension n'a pas été prise en compte par l'OMS, ou par un chercheur comme Bertrand Auvert, qui ne témoigne d'aucune prudence dans la communication publique des résultats de son étude.

Il persiste en outre de nombreuses inconnues soulevées par ces trois enquêtes. En tout premier lieu, la circoncision confère-t-elle une protection concernant la transmission du VIH de l'homme séropositif vers la femme séronégative ? Cette question est primordiale dans des pays où les droits des femmes, et en particulier celui de disposer de son corps, ne sont pas réellement reconnus, ni respectés. On doit craindre que les hommes circoncis, faussement rassurés sur l'absence de risque de contracter le VIH, n'y trouvent une raison supplémentaire d'imposer des rapports non protégés à des femmes sans réel moyen pour s'y opposer. Si la circoncision ne protégeait pas ou peu la femme du risque d'infection, préconiser cette technique de réduction des risques au détriment de messages clairs sur les bénéfices mutuels de l'utilisation des préservatifs, accentuera les inégalités qui existent déjà entre les hommes et les femmes en matière de prévention, de santé ou d'accès aux soins. Aucune étude nouvelle sur la circoncision ne peut faire l'impasse sur cette question.

La seconde question, et non des moindres, concerne l'effet de la circoncision masculine sur la réduction des risques en cas de pénétration anale. Que celle-ci survienne lors de rapports hétérosexuels ou homosexuels importerait peu au demeurant. Qu'en est-il donc de la circoncision et de ses supposés bénéfices chez les gays ?



La circoncision peut-elle réduire l'épidémie chez les gays ?

Actuellement, nous ne disposons que de peu d'études qui permettent de subodorer l'intérêt de la circoncision dans les relations anales entre hommes. Seules deux études d'observation ont été publiées et elles ne présentent pas les mêmes niveaux de preuve scientifique que les 3 études réalisées en Afrique. La première étude⁴ a été publiée en 1993 et visait à évaluer la corrélation entre l'acquisition du VIH et la circoncision. Il s'agissait d'un questionnaire adressé à 316 hommes séropositifs et 186 hommes séronégatifs, tous homosexuels. L'infection par le VIH semblait associée de manière significative avec le fait de n'être pas circoncis. Ainsi, ne pas être circoncis augmentait d'un facteur deux le risque d'infection par le VIH. Cependant, les deux groupes n'étaient pas nécessairement comparables en termes de pratiques sexuelles ou de comportements de prévention. Une autre étude⁵, prospective, publiée en 2005, étudiait la séro-incidence du VIH (nombre de nouvelles infections par le VIH apparues chaque année) chez 3 257 hommes homo ou bisexuels de six villes américaines, afin d'identifier des facteurs de risques associés. Parmi ceux-ci, une fois encore, le fait de n'être pas circoncis augmentait le risque d'infection vis-à-vis du VIH par deux. Toutefois, le type d'enquête réalisé ne permettait toujours pas de s'assurer que les deux groupes d'hommes (circoncis ou non) étaient comparables et présentaient les mêmes comportements ou pratiques sexuelles. Physiologiquement, la pénétration anale n'a que peu à voir avec la pénétration vaginale. Seuls des essais cliniques randomisés, ayant pour but d'établir les bénéfices de la circoncision masculine lors de pratiques de sexe anal pourront préciser les données des enquêtes existantes. Il faudra de surcroît que ces essais évaluent les bénéfices aussi bien pour les partenaires insertifs (actifs) que réceptifs (passifs), afin de clarifier les choses pour ceux (et ils sont nombreux) qui sont les deux à la fois. Le fait que les gays soient le plus généralement versatiles hypothèque sérieusement le bénéfice éventuel de la circoncision à l'échelle de cette population. Les études réalisées en Afrique concernent des pays où l'usage du préservatif est très faible, l'impact éventuel de la circoncision dans une communauté qui utilise encore majoritairement le préservatif serait sans doute minime. Si, à l'avenir, il était établi que la circoncision masculine ait une relative efficacité lors des pénétrations anales, cela n'impliquerait pas nécessairement une baisse des contaminations dans notre communauté. La dynamique de l'épidémie de VIH est capricieuse. C'est ce que l'on a appris avec l'arrivée de traitements antirétroviraux efficaces. En diminuant l'inféctiosité (la charge virale notamment), ceux-ci auraient pu contribuer à diminuer le nombre total de contaminations. Mais le relâchement dans l'usage du préservatif, intervenu dans le même temps a annulé ces gains et conduit à une augmentation de l'épidémie dans la communauté. Aussi, l'apport que pourrait (peut-être ?) fournir la circoncision en terme de baisse des contaminations pourrait très bien être annulé par un accroissement du no-kapote.



1. Auvert B, Taljaard D, Lagarde E et al. Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risks : the ANRS 1265 trial. *PLoS Med.* 2005 ; 2 : e298. **2.** Bailey RC, Moses S, Parker CB et al. Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya : a randomized controlled trial. *Lancet.* 2007 ; 369 : 643-656. **3.** Gray RH, Kigosi G, Serwadda D et al. Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda : a randomized trial. *Lancet.* 2007 ; 369 : 657-666. **4.** Kreiss JK, Hopkins SG. The association between circumcision status and human immunodeficiency virus infection among homosexual men. *J Infect Dis.* 1993 Dec ; 168(6):1404-8. **5.** Buchbinder SP, Vittinghoff E, Heagerty PJ et al. Sexual risk, nitrite inhalant use, and lack of circumcision associated with HIV seroconversion in men who have sex with men in the United States. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2005 May 1 ; 39(1):82-9.

de plus, sida : envie d'en être ?

Nous sommes des séropositives, des malades, des activistes de la lutte contre le sida et 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. Rencontre avec un de nos militantEs, Christophe.

Un bref aperçu de ta vie en quelques dates. Ce n'est pas dans l'ordre. 27 juin 2005, j'accueille Solomon à l'aéroport d'Orly et depuis, ma vie est plus belle. 4 avril 1959, je vois le jour, ou le jour me voit, c'est comme on veut. En octobre 1990, j'assiste à ma 1^{ère} réunion d'Act Up-New York. Le même jour, j'apprends la mort de Jacques Demy. 1985, j'apprends ma séropositivité. 1986, je rentre à France 2 (je suis journaliste), que je quitte en 1991. En 1999, je rejoins l'équipe de Têtu. Juillet 2007, une page professionnelle va se tourner : en route pour de nouvelles aventures !

Tu as eu une jeunesse alternative ? D'une certaine façon. Mes parents étaient divorcés : ce n'était pas être dans le moule. Je me suis engagé assez vite, en 1974 je me battais contre les lois Stoléru sur l'immigration. C'était une période où je naviguais autour de groupes d'extrême gauche. Je lisais « *Femmes en mouvement* », j'aimais beaucoup, on parlait des discriminations des femmes, et même si je ne m'identifiais pas encore comme homosexuel, cela me parlait.

Comment as-tu compris que tu étais homosexuel ? Il y a plusieurs étapes dans l'évidence de l'envie de coucher avec des mecs et pas avec des filles : celle où tu assumes, tu y vas, tu couches avec des garçons ; le quand et comment, fin des années 70, je me suis dit « *c'est ma sexualité* ». L'homosexualité comme identité, j'en ai vraiment pris conscience en 1990, à mon arrivée à Act Up-New York, même si je l'avais vécu en perdant mes deux plus proches amis, du sida. Alors je me suis dit que c'était parce qu'ils étaient gays que la société n'a rien fait pour empêcher ce qui leur est arrivé. Je ne pouvais plus ne pas réagir, les deux choses étaient liées.

Peux-tu nous parler de l'annonce de ta séropositivité ? Octobre 1985, le test était disponible depuis peu, on l'a fait ensemble avec mes deux amis, Laurent et Olivier, à Alfred Fournier. À l'époque, tu recevais le résultat par courrier. J'ai demandé à ma colocataire d'ouvrir la lettre, et elle m'a dit « *c'est positif* », par téléphone. J'avais fait le test, je l'étais, cela me semblait évident, comme pour tous les gays de l'époque, on ne savait pas ce que c'était, on n'utilisait pas de capotes. En 1983, 1984, je ne voyais pas de gens malades, je n'en connaissais pas.

Que savais-tu du sida, de ses modes de transmission ? On savait que cela se transmettait en baisant, on nous avait assez dit le « *cancer gay* ». Les capotes, on ne les trouvait pas au supermarché, mais en pharmacie, ce n'était pas anodin comme demande, c'était cher et toutes les pharmacies n'en vendaient pas. On savait aussi par rapport aux hémophiles, par rapport au sang. En 1982, j'avais un amant gay qui se piquait et déjà à l'époque, on savait pour les seringues.

Parle-nous de ta vie au moment où tu as appris ta séropositivité ? Je travaillais à France 3 Orléans, en remplacement. Ma vie, c'était des allers-retours Paris-Orléans. Le week end, la tournée des boîtes et des bars, notamment le Broad, Haute Tension et le BH, pour le sexe. On organisait souvent des soirées qui se terminaient en partouze, c'était très bien. Il y

avait une ambiance de frénésie sexuelle, de champagne. Je pense que la primo-infection date de fin 1983 ou des premiers mois de 1984 : j'ai eu les symptômes en mai 1984, je savais bien qu'il m'arrivait quelque chose de bizarre, j'étais très fatigué. À midi, si je pouvais, je faisais une sieste. Et cela a fini par passer. On attendait le test. Je gagnais bien ma vie. Je n'avais pas encore eu de grande histoire d'amour.

Comment tu t'es protégé après ? Il y a eu une période de flottement, j'ai plutôt adapté mes pratiques, moins de sodomies, actives ou passives. Le réflexe capote est venu assez vite. J'ai suivi le mouvement des campagnes de prévention, de l'accès plus facile aux capotes.

Comment se déroulent tes relations avec le monde médical ? J'ai eu plusieurs médecins. Le premier, c'était un gay je crois, il était très beau, séduisant, un cabinet assez chic. Il était comme nous, en 1987, démuné, sans conscience de la gravité de l'épidémie. Il m'a dit que c'était important de faire le taux de CD4, que le mien, de 300 et quelques dizaines, n'était pas si mal que ça. Puis je n'ai pas consulté pendant 2 ans. On n'avait pas à l'époque l'idée que c'était une maladie, qu'il fallait se faire suivre régulièrement, il n'y avait pas de traitement. Je n'avais pas de symptômes ou d'infections particulières et à l'époque ce n'était pas pris en charge à 100 %. C'est grâce à Act Up que cela l'est devenu en 1993, rappelons-le. En 1989, mes deux meilleurs amis, surtout Olivier, commençaient à ne pas aller bien, je suis allé consulter à la Salpêtrière, service du P. Gentilini, pavillon Laveran. J'ai été reçu par un vieux barbon visiblement gêné par l'homosexualité, et j'ai demandé à en changer. Cela a été Elisabeth Dohin, qui m'a suivi pendant six ans. J'ai appris récemment qu'elle est plus jeune que moi. Depuis 1995, je suis suivi par Myriam Kirstetter, en ville. Je l'ai choisie pour cela, parce que l'hôpital, cela devenait vraiment très dur. En 1995, Laveran c'était horrible, l'accueil était navrant. Avec Myriam, cela se passe très bien. J'ai le sentiment d'être entre de bonnes mains, mais je me sens privilégié, car en tant que militant depuis de si longues années, je suis très informé. Pour autant, je ne suis pas le plus activiste des patients. Je respecte ce qu'elle me propose, s'il y avait un problème entre nous, nous saurions le gérer, je lui fais confiance. Il y a une différence entre le suivi VIH et celui pour mon cœur. J'ai fait un infarctus en août 2004 et là, le suivi est beaucoup plus impersonnel. Ce n'est pas uniquement lié au médecin, qui est très bien, c'est parce que je le vois tous les 6 mois, que c'est à l'hôpital, et que la consultation dure un quart d'heure. Si je n'arrive pas avec une plainte précise, une douleur, il ne la trouvera pas. Ce n'est pas le même type de rapport, et c'est dommage. Les médecins, les spécialités, c'est très cloisonné.

Comment s'est passée l'annonce de ta séropositivité à ton entourage ? Je l'ai dit très vite à mes amis, ceux qui le prenaient mal dégageaient, je faisais le tri. Ça remplit tellement, je ne parlais que de ça, nous étions dans un état de terreur, et ceux qui n'étaient pas dedans, je les voyais moins. Au boulot, à France 2, je ne l'ai pas forcément caché, je n'étais pas honteux de cela. Avec ma famille, cela a pris plus de temps. Fin 1992, peu avant la parution de mon livre *Les Combattants du sida*, j'ai commencé à en parler. Le plus douloureux, c'est d'avoir dû le taire. J'ai dû cacher à ma famille qui les connaissait la raison de la mort d'Olivier et Laurent, à l'époque c'était encore tabou, je n'avais pas envie de les inquiéter. Alors, même si j'avais pu leur dire, les circonstances étaient trop dures, avec leur décès. Quand je leur ai dit, cela a été brutal. Je ne voyais pas leur douleur, je pensais que j'allais mourir. Ma mère et mes sœurs m'ont beaucoup soutenu.

Au jour le jour, c'est quoi d'être séropositif ? Prendre des cachets déjà. Mettre des capotes avec son mari séropositif. Avoir des diarrhées incontrôlées de temps en temps, moins depuis la nouvelle formulation du Kaletra®, mais quand même, c'est faire attention à ce que je mange, s'il y a des toilettes pas loin. Se tenir au courant de l'actualité thérapeutique. Et c'est se sentir partie prenante d'un combat.

Quel traitement as-tu pris, prends-tu ? De 1989 à 1995, j'ai fait pas mal de protocoles. En 92, j'ai d'ailleurs essayé le FLT qui a failli me tuer. J'ai fait des tests d'escalade de dose avec le 3TC, ce qui m'a rendu immédiatement résistant. Avant j'ai eu l'AZT. Aujourd'hui je prends Kaletra® + Combivir® + Viread®, ça c'est contre le VIH. Et je prends beaucoup d'autres médicaments, pour le cœur du Plavix®, du Detensiel® en générique (contre la tension), du Triatec®, de l'Aspégic® 250 mg pour protéger mes artères, l'anticholestérol Crestor®, de l'Omacor®, un oméga 3 très puissant contre les triglycérides et puis du Zelitrex® en prévention des poussées d'herpès.

Comment s'est passée ta première prise d'un traitement antiviral ? Très mal. Quand j'ai commencé l'AZT, Olivier était déjà mourant, l'AZT n'avait pas marché sur lui, ni pour Laurent non plus. Commencer l'AZT, dans mon imaginaire, c'était le traitement de la dernière chance, on le donnait à ceux qui étaient très malades, visiblement, ou qui, comme moi, avaient peu de CD4. J'étais tombé à 120 CD4 en février 1989. Je le prenais toutes les 4 heures, 6 fois par jour donc, c'était infernal. Je me souviens qu'au bout de 2/3 jours de traitement, cela m'avait fait l'effet d'une enclume.

As-tu déjà souffert de discriminations ? Comme tous les séropos, j'ai eu des problèmes avec des dentistes. Il y a aussi sûrement des choses qui ne se sont pas faites parce que je suis séropo et/ou homosexuel. Et puis il y a eu aussi du rejet dans la famille, pas ma proche famille.

Tu annonces tout de suite ta séropositivité lors de tes émois sexuels ? Non, mais je fais en sorte que cela arrive rapidement sur le tapis, si le mec vient à la maison, il voit mon pilulier, mes cachets. Il y a aussi le contexte du militantisme où les gens peuvent me connaître de réputation.

Comment vois-tu l'avenir moléculaire ? Je suis résolument optimiste. De nouvelles molécules puissantes vont arriver sur le marché. Mais là où je ne suis pas très satisfait, c'est que celles qui existent et celles qui arrivent ont des effets secondaires. Il y a certes des degrés, mais les diarrhées incontrôlées ce n'est pas très marrant, comme les histoires de cholestérol. Et on ne nous a toujours pas trouvé de molécules simples, il faut attendre 2007, pour avoir un traitement d'une prise par jour, et cela à cause des enjeux financiers des laboratoires.

Comment vis-tu ? D'amour, je suis très très amoureux et je suis aimé, c'est un sentiment très agréable. Ce que je ne vis pas très bien, c'est d'avoir fait une crise cardiaque. Au moment où je te parle, je ne peux pas dire que je sois dans une période professionnelle enthousiasmante. Mais je suis assez heureux. Avec Solomon, ma vie a changé.

Dans dix ans, tu te vois comment ? Toujours vivant surtout, j'espère, et un peu moins anxieux. Amoureux de Solomon, mais ça, il n'y aura pas de problème. Et pas trop vieux con, surtout pas aigri, comme certains.

Si tu devais changer quelque chose dans ta vie ce serait quoi ? J'aimerais être une princesse très riche. De plus en plus, je me rends compte que je ne le serai jamais. Aujourd'hui j'aime ma vie, parce que je suis avec Solomon. Si je devais changer quelque chose ce serait d'être encore plus zen. Je m'y emploie, mais l'enfer, c'est les autres.

Que dirais-tu à unE séroneg sur le fait d'être séropo ? Pour paraphraser une vieille campagne de prévention : être séropo, ça craint. Ça change tout et ça ne change rien. Tu es séroneg, reste-le, tu ne connais pas ton bonheur.



action = vie

Bulletin d'information sociale pour les personnes vivant avec le VIH numéro 58 Act Up-Paris™ Juillet 2007

ÉDITORIAL

Le préservatif demeure le seul moyen efficace de se protéger du sida. En cas de rapport non protégé, de rupture de préservatif, ou de toute autre prise de risque, on peut en France grâce à l'action des associations bénéficier d'un traitement Prophylactique post-exposition (TPE).

De nombreux témoignages montrent qu'il devient de plus en plus difficile d'être accueilliE convenablement à l'hôpital après un risque d'exposition au VIH. L'information et la formation à l'accueil de ces situations d'urgence n'est plus convenablement assuré dans les services hospitaliers. Parfois le personnel médical se permet des jugements déplacés à l'égard de ceux ou celles qui se présentent pour un TPE. Pour

des motifs d'économies, on est souvent renvoyé vers les pharmacies de ville pour la délivrance des traitements et pour les prises de sang. Ce contexte ne favorise ni le suivi nécessaire à la prise d'un traitement lourd ni l'accompagnement des personnes du point de vue de la prévention.

C'est pourquoi, à la demande des associations un travail est engagé au ministère de la Santé pour améliorer la prise en charge des TPE. Car le bénéfice du TPE pour éviter la transmission du VIH est réel, et ces difficultés ne doivent pas vous décourager de vous présenter aux urgences après une situation de prise de risque. Le présent document rassemble tout ce que vous devez savoir sur le TPE.

Le Traitement Prophylactique Post Exposition

Dès 1996, en cas de risque d'infection par le VIH, dans le cadre professionnel, un traitement prophylactique (AZT/zidovudine) était disponible pour les soignantEs afin d'éviter une contamination. Depuis 1998, et grâce au combat d'Act Up-Paris, l'accès à un traitement prophylactique est possible en cas de risque sexuel, ou d'exposition non-professionnelle.

Ainsi, en cas d'exposition accidentelle au VIH (sang, sperme), il est possible de prendre en urgence un traitement préventif, appelé Traitement Post Exposition qui a pour but d'empêcher la transmission du virus dans le sang. En aucun cas, cette possibilité ne doit faire oublier que le préservatif reste le seul moyen efficace de prévention. En effet, les TPE sont des traitements lourds dont l'efficacité n'est pas assurée à 100 %. Les traitements

d'urgence sont donc indispensables en cas de prise de risque, mais ne peuvent pas justifier abandon ou relâchement dans la prévention.

LE TPE : POUR QUI ?

Toute personne confrontée à un risque de transmission du VIH peut disposer de ce traitement d'urgence, quelle que soit la raison de l'exposition accidentelle au VIH : le personnel soignant n'a pas à faire de distinction et doit délivrer le TPE, lorsque c'est nécessaire, sans aucune discrimination. Le traitement est accessible aux mineurEs sans accord parental. La circulaire encadrant le dispositif impose également l'accès des détenuEs aux services d'urgence pour bénéficier d'un TPE. Ces traitements doivent être systématiquement proposés aux victimes de viol.

Si vous êtes séropositifs le TPE vous concerne aussi. Il permet de proposer à votre partenaire de recevoir un traitement pour réduire le risque de transmission du VIH en cas de rupture de préservatif par exemple. Il est important que vous puissiez informer votre partenaire de son existence et de votre statut sérologique. Même s'il s'agit d'une rencontre occasionnelle, n'hésitez pas à l'accompagner aux urgences.

LE TPE : QUAND ?

Le traitement doit commencer le plus tôt possible, dans la limite maximum de 48 heures mais au mieux avant la 4^{ème} heure suivant l'exposition. Concrètement, après une prise de risque, il est nécessaire de se rendre immédiatement au service d'urgence le plus proche. Après exposition de la situation au personnel soignant et un bilan sanguin, la stratégie préventive est alors envisagée. Il est recommandé de se rendre aux urgences avec son ou sa partenaire, afin que le médecin puisse avoir le maximum d'éléments qui l'aideront dans la prise de décision de mise sous traitement. Si la personne avec qui vous avez été exposé·e à un risque est séropositive et sous traitements, demandez-lui, si elle accepte, de vous indiquer les médicaments qu'elle a déjà pris. Ces informations peuvent orienter le choix et l'efficacité du traitement qu'on vous donnera : le virus auquel vous avez été exposé est peut-être résistant à certains médicaments qu'il faut donc éviter. N'attendez pas avant de vous rendre aux urgences, même si l'exposition au risque a eu lieu pendant la nuit. La précocité de la mise sous traitement garantit son efficacité. Si vous ne connaissez pas le service d'urgence le plus proche de chez vous, contactez Sida Info Service (0 800 840 800) et exposez votre situation.

Rappel : « L'efficacité préventive du traitement post-exposition au VIH (TPE) est conditionnée par la précocité et l'adaptation du traitement au profil de résistance du virus du patient source. » Rapport Yéni 2006

LE TPE : OÙ ?

En cas de prise de risque en journée, rendez-vous à l'hôpital, dans le service consacré aux maladies infectieuses, où sont suivies les personnes vivant avec le VIH. Il est possible que l'on vous oriente vers le CDAG hospitalier qui peut avoir pour mission de gérer ces situations d'urgence. La nuit ou en dehors des heures ouvrables, rendez vous aux urgences hospitalières et indiquez clairement les raisons de votre venue afin de ne pas perdre de temps. Le TPE fait partie des urgences prioritaires.

LE TPE : QUOI ET COMMENT ?

Le TPE consiste en un traitement antirétroviral, couvert à 100 % par la Sécurité sociale et délivré par la pharmacie de l'hôpital. Il est d'abord prescrit pour deux ou trois jours, puis réévalué après une nouvelle visite médicale. Pour être efficace, la prise du traitement doit durer 28 jours, avec au moins deux visites de suivi pour surveiller leur tolérance. Il s'agit des mêmes médicaments que ceux pris par les personnes vivant avec le VIH. Le traitement recommandé actuellement se compose de deux analogues nucléosidiques et d'une antiprotéase. Les principales molécules prescrites sont décrites dans le « Rapport Yéni ». Les effets indésirables des traitements peuvent parfois être durs. Pendant le mois où dure le TPE, informez-vous auprès des associations de lutte contre le sida des moyens de gérer au mieux ces contraintes. Ces effets indésirables ne doivent jamais être l'argument d'un arrêt de traitement. S'ils sont trop éprouvants, contactez un médecin spécialiste du VIH.

Attention : Nous recevons régulièrement des témoignages de personnes qui ont été confrontées à des refus injustes de mise sous traitement. Cela peut tenir au fait que le médecin des urgences connaisse mal le dispositif, ou sous-évalue le risque que vous lui avez exposé. Dans la mesure du possible,

faites-vous accompagner, rappelez au personnel l'existence de la circulaire de 2003 et n'hésitez pas à contacter une association de lutte contre le sida ou Sida Info Service si vous vous heurtez à un refus non motivé.

Initialement le 100 % concernant le TPE portait sur l'ensemble des actes. Aujourd'hui, selon les hôpitaux, il est possible que le ticket modérateur des examens et des consultations soit à votre charge. Si vous n'avez pas de mutuelle, vous pouvez prendre contact avec une assistante sociale de l'hôpital pour obtenir l'annulation de ces frais. Si vous êtes mineurEs et que vous ne souhaitez pas que vos parents soient informés, signalez-le au médecin qui pourra faire prendre en charge par l'hôpital les frais afférents.

ET APRÈS ?

Le TPE n'étant pas efficace à 100 % il est nécessaire d'effectuer des tests pour s'assurer de son statut sérologique, et d'avoir un suivi sur 3 mois après l'arrêt du traitement. Un test de dépistage est possible 10 à 15 jours après la prise de risque, mais le résultat n'indique pas nécessairement que vous n'avez pas été contaminé. Il doit être renouvelé 4 mois après l'accident pour être certain d'être séronégatif. En cas de séropositivité, il est important de consulter un médecin spécialiste. Vous pouvez aussi contacter les associations de lutte contre le sida qui peuvent vous informer et vous aider. L'usage du préservatif est particulièrement recommandé après une exposition au risque. Si vous êtes en couple et que vous n'utilisez pas de préservatif avec votre partenaire, il est donc important de pouvoir en parler avec lui. Ne sachant pas si vous avez été contaminé pendant cette période de 4 mois, vous devez systématiquement utiliser le préservatif et ne pas faire de don du sang.

EST-CE QUE ÇA MARCHE ?

Des études prospectives ont montré a posteriori que ce traitement pouvait être efficace. Mais il existe peu d'éléments

scientifiques et peu de données cliniques permettant de valider les recommandations produites. Ce qui a pu être constaté, c'est que la zidovudine (AZT) avait un effet protecteur réduisant le risque de séroconversion pour le VIH d'environ 80 %. Cependant, des cas de transmission ont été rapportés malgré la mise en place rapide d'un TPE. Deux cas de séroconversion bien documentés, malgré une trithérapie adaptée et débutée dans les quatre heures après l'exposition, illustrent l'efficacité incomplète de cette stratégie.

Aux États-Unis, une équipe de San Francisco a suivi pendant douze semaines 702 personnes ayant reçu une prophylaxie après une exposition au VIH, hors cadre des professions de santé. Elle a observé une séroconversion chez 1 % d'entre elles (prises de risque multiples après le TPE, mauvaise observance, initiation tardive du TPE). Bref, s'il ne faut pas négliger les limites ou les risques des TPE, leur intérêt reste évident. Cependant il n'est pas fiable à 100 %, il est lourd et contraignant.

MAIS EN AUCUN CAS CE DISPOSITIF NE DOIT ÊTRE COMPRIS COMME UN SUBSTITUT A LA CAPOTE.

POUR LES SOIGNANTES

Il est recommandé au personnel de santé un accompagnement des personnes exposées et la prévention des accidents ultérieurs. La demande de prise en charge procède d'une démarche positive qui justifie les actions suivantes :

- fournir un accueil de qualité, non jugeant et non stigmatisant de la personne consultant dans le cadre du dispositif, comportant une information précise sur le dispositif et son déroulement ;
- être attentif à l'état émotionnel et psychique de la personne exposée et, éventuellement, lui proposer une consultation psychologique ou psychiatrique si nécessaire ;

- mettre en place, dans les services d'accueil, un dispositif d'éducation thérapeutique (consultation de soutien et d'accompagnement, counseling, etc.) dès l'initiation du traitement ;
- donner précisément, dès la première consultation, les rendez-vous de suivi en s'adaptant au mode de vie de la personne ;
- informer sur les relais extrahospitaliers disponibles pouvant soutenir et accompagner la personne exposée (dont Sida Info Service) et sur les lieux donnant accès aux outils de

prévention (préservatif féminin, masculin, gel lubrifiant, stéribox, kitsniff...);

- prévoir le même accompagnement dans le dispositif pour les autres risques à prendre en compte (hépatites, IST, grossesse...);
- au cours de la prise en charge de la personne exposée, ne pas oublier de faire le point sur ses pratiques à risque d'afin d'améliorer ses stratégies de prévention.

Sida Info Service : 0800 840 800

Le groupe d'experts recommande :

- de limiter la prescription d'antirétroviraux dans le cadre du TPE aux situations où le risque est patent ;
- de rechercher activement le statut sérologique VIH de la personne source, à l'aide des tests rapides anti-VIH ;
- de disposer de trousse d'antirétroviraux au sein des services d'urgence afin de favoriser un traitement le plus précoce possible ;
- de faire réévaluer l'indication du traitement et le schéma prescrit, après 72 à 96 heures, par un médecin spécialiste du VIH ;
- de traiter par une trithérapie comportant deux INTI et un IP/r, pour une durée totale de 28 jours. Un test génotypique de résistance sera réalisé en urgence, si la personne source est en échec thérapeutique, afin de pouvoir adapter le traitement initialement prescrit à la personne exposée ;
- de poursuivre le suivi sérologique VIH jusqu'à 4 mois en cas de traitement et jusqu'à 3 mois en l'absence de traitement. La prise en compte des autres risques viraux, VHB et VHC, et des autres IST ne doit pas être négligée ;
- aux COREVIH, d'organiser la mise en place et l'évaluation du dispositif de prévention et de prise en charge des accidents d'exposition.

Vous pouvez consulter les recommandations données par le dernier Rapport Yéni (Juillet 2006) : chapitre 16 page 302 (www.sante.gouv.fr/htm/actu/yeni_sida/rapport_experts_2006.pdf) et la circulaire DGS/DHOS/DRT/DSS n°2003/165 du 2 avril 2003 relative aux recommandations de mise en œuvre d'un traitement antirétroviral après exposition au risque de transmission du VIH (www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2003/03-23/a0231611.htm).

PERMANENCE DES DROITS SOCIAUX D'ACT UP-PARIS

Act Up-Paris tient deux permanences d'aide et de conseil en matière de droits sociaux et en matière de droits des étrangers, tous les mercredis de 14h à 18h. Vous pouvez en bénéficier en venant au 45 rue Sedaine Paris XIème. Si vous ne pouvez pas vous déplacer et uniquement durant ce créneau horaire vous pouvez nous joindre par téléphone au 01 49 29 44 75 ou par mail : permanence@actupparis.org

PERMANENCE TÉLÉPHONIQUE SUR LES TRAITEMENTS D'ACT UP-PARIS

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

Action=Vie c/o Act Up-Paris • BP287 - 75525 PARIS CEDEX 11 • Tél : 01 48 06 13 89 • Fax : 01 48 06 16 74 •

e-mail : droits@actupparis.org • Site internet : <http://www.actupparis.org/>

Action = Vie est un supplément d'Action n°108, Juillet 2007, notre lettre bimestrielle. Sidaction contribue à son financement.

The Law and the Order

Le premier semestre 2007 aura été particulièrement chargé en affaires judiciaires. Toutes les plaintes, dont une remontait à 2003, ont fait l'objet d'audiences de plaidoeries, certaines de jugement, parfois de lourdes condamnations. Cerise sur le gâteau : alors que nous n'avions plus fait l'objet de plainte depuis plus d'un an et demi, le laboratoire Abbott nous poursuit au pénal. Cette actualité judiciaire est l'occasion d'une revue de détail des affaires, d'une mise au point sur la désobéissance civile, la responsabilité et l'engagement militant ainsi qu'une interview croisée de deux actupienNES directement touchés par des condamnations.

Affaire Jacquin : l'illustration du mépris de l'Eglise catholique à l'égard des LGBT.

21 février 2007 : dans une petite salle du Palais de justice de Paris se tient le procès que Patrick Jacquin, recteur de Notre-Dame-de-Paris, a intenté au civil à Act Up-Paris et certainEs de ses membres. Selon lui, nous aurions porté atteinte à « *la liberté religieuse, au libre exercice du culte et à l'affectation culturelle* » en organisant un mariage symbolique de deux femmes dans la cathédrale, le 5 juin 2005 (voir Action n°99). Patrick Jacquin demandait 1 € de dommages et intérêts, 10 000 € de frais d'avocatEs et la publication de la décision judiciaire dans 5 organes de presse, à hauteur de 10 000 € chacune. Nous aurions donc eu à payer éventuellement 60 000 €, pour un mariage symbolique qui aura duré à peine 5 minutes, n'aura perturbé aucun office, et où aucunE croyantE n'aura été interpelléE.

Nous avons été condamnéEs à 1 € de dommages et intérêts, et 2 000 € de frais judiciaires. Alors que Patrick Jacquin affirmait qu'à travers lui, c'est l'ensemble des croyantEs que nous visions, et qu'à ce titre, nous devions rendre des comptes publiquement en payant des encarts dans la presse, les juges ont considéré ces prétentions disproportionnées et n'y ont pas fait droit.

Le jugement reconnaît que notre action n'avait pas pour but de « *remettre en cause la liberté de religion ou de ridiculiser l'Eglise Catholique, mais, par un acte symbolique, d'interpeller celle-ci sur la discrimination dont [nous estimons] être victimes en raison de [notre] appartenance sexuelle* ». Enfin, au cours de l'audience, le Parquet a marqué ses distances avec le terme utilisé par Patrick Jacquin pour décrire notre action, « *parodie* » de mariage.

Il n'en reste pas moins que nous sommes condamnéEs. Le jugement repose sur l'affirmation « *que les faits se sont déroulés sans l'autorisation du recteur de la cathédrale et même contre sa volonté et malgré son opposition expressément manifestée* ». Nous ne voyons pas bien de quelle opposition il pourrait s'agir puisque toute l'action s'est déroulée en l'absence de Patrick Jacquin : celui-ci ne nous a interpelléEs qu'à la sortie de la cathédrale.

Nous n'avons pas fait appel car il s'agit d'une condamnation au civil, symbolique, qui aura eu pour seul résultat le versement de 2 000 € à un avocat sur les fonds d'une association de malades. Autant dire que par cette plainte, et en faisant notamment valoir l'« *affectation culturelle* » - une sorte de droit d'attribution - pour montrer qu'un couple de lesbiennes est malvenu dans « sa » cathédrale, il a suffisamment montré au grand jour la position de la hiérarchie catholique vis-à-vis des LGBT : haine, mépris et exclusion. Inutile, dès lors, de s'encombrer d'un appel pour le prouver à nouveau.



Affaire Blanche : une colère sans appel face à des mots qui tuent.



En avril 2003, des militantEs ont fait intrusion dans le bureau des éditions Blanche pour interpeller son directeur, Frank Spengler, sur les responsabilités qu'il prend objectivement en publiant des livres où l'on peut lire : « Pour plomber [=contaminer] quelqu'un, c'est également très simple. Il suffit d'un peu de doigté (...). On retire discrètement la capote pendant la baise. On fait semblant de la mettre. Des plombeurs crèvent préalablement les capotes avec une aiguille, etc. » ; et où le jeu initial de l'auteur était littéralement de nous contaminer : « J'ai plombé une actupienne, tralalalaire, tralalala (...).

La mode est lancée ». Parmi les livres publiés par les éditions Blanche, ceux homophobes et misogynes d'Alain Soral ou celui d'Erik Rémès qui prône la baise sans capote, sont des livres pleins de violence : ils incitent à la haine et à la discrimination. C'est le rôle d'une association de lutte contre le sida et contre les discriminations, comme Act Up-Paris, de les dénoncer et de le faire savoir.

Pour dénoncer de tels discours, le choix qui s'offre à nous est considérablement réduit. L'urgence de l'épidémie, la dynamique des nouvelles contaminations nous obligent à être réactifEs. Le temps des institutions, notamment de l'institution judiciaire, n'est pas adapté. Face à la faiblesse des campagnes de prévention publiques, il est indispensable qu'une association de malades comme Act Up-Paris interpelle celles et ceux qui se rendent complices de la pandémie. Nos actions sont pacifiques, la violence que nous exerçons est symbolique, mais elle reste liée à la désobéissance civile : nous ne sommes pas poliEs, nous ne demandons pas la permission avant d'interpeller un éditeur qui se fait de l'argent en appelant à la contamination par le VIH.

Parce que nous assumons la désobéissance civile, nous pouvons comprendre que la justice nous condamne. Il n'en reste pas moins que cette décision est disproportionnée par rapport à ce qui nous est reproché (5 000 € d'amende pour Act Up-Paris, 1 000 € pour chacune des deux militantes condamnées et 2 000 € de dommages et intérêts au directeur des Editions Blanche.) : ainsi, une militante sans revenu est condamnée à 1 000 € d'amende ; ainsi, nous devons payer aux Éditions Blanche des dommages et intérêts, pour intrusion dans un bureau, alors que la partie civile n'a produit aucune pièce justificative et que les accusations de dégradations n'ont pas été retenues.

Mais nous n'avons pas fait appel. D'une part, des militantes, et non la seule association, y sont impliquées. Et il n'est pas question qu'elles risquent une peine plus lourde en appel - ce qui est loin d'être improbable dans un contexte de répression croissante. D'autre part, le combat juridique demande beaucoup d'énergie et de moyens. Nous préférons les consacrer aux luttes actuelles contre l'épidémie, et notamment aux nouveaux enjeux de la prévention chez les LGBT. Frank Spengler, directeur des Editions Blanche, a tiré profit de la vente du livre d'Erik Rémès qui appelait à ce qu'il y ait davantage de malades du sida. Le sida : beaucoup en meurent, mais certains, comme Franck Spengler, peuvent en vivre. Il a obtenu condamnation d'Act Up-Paris à 2 000 € de dommages et intérêts : pourquoi ne les reverserait-il pas à une association de lutte contre le sida ?

Affaire Chiland : pourquoi attendre un procès pour reconnaître l'expertise des transgenres ?

Juin 2005 : nous interpellons par un réveil-matin la psychiatre Colette Chiland, reconnue comme spécialiste des questions trans, et qui, bien qu'à la retraite, continue d'intervenir dans de nombreux colloques et séances de formation. Colette Chiland est une des clés de voûte d'un système qui réduit les trans à des malades mentaux et les contraint à un parcours psychiatrique des plus humiliants. Ses livres sont truffés de jugements méprisants sur l'aspect physique ou les sentiments des trans ;



inversement, elle ne parle jamais de l'explosion du sida chez les trans, et n'accorde aucune attention aux discours des associations. A ce titre, et parce qu'elle refuse tout dialogue avec la communauté trans, et empêche toute alerte sur le VIH dans cette population, nous avions estimé qu'il n'était pas exagéré de dénoncer la « haine » de la psychiatre, et d'indiquer que ses pratiques et son discours « détruisaient la vie de milliers de trans ». Colette Chiland nous a poursuiviEs pour diffamation. C'est le président de l'association au moment des faits qui a été mis en examen, alors qu'il n'a ni rédigé, ni diffusé le tract.

Le procès s'est tenu le 25 mai devant un public majoritairement composé de personnes transgenres. Parce que, pour nous défendre, il fallait expliquer en quoi nous estimions que Colette Chiland hait les trans, cette audience s'est souvent transformée en procès de la psychiatre, qui a tenté de justifier les écrits que nous citons. Ce sont bien deux conceptions de la psychiatrie qui se sont opposées, Colette Chiland incarnant un courant classique, qui refuse toute remise en cause « profane », notamment de la part des premierEs concernéEs ; et les trans militantEs qui luttent contre la psychiatrisation du changement de sexe, et à ce titre, réclament un dialogue d'égalE avec égalE avec les spécialistes. Un psychologue clinicien, Jean-Luc Swertvaegher, cité en notre faveur, est venu témoigner, à partir de son expérience faite pour l'ASB, d'autres pratiques possibles, et des dégâts que la psychiatrie classique peut causer. Dans sa plaidoierie, l'avocat de Colette Chiland s'est déchaîné contre nous. Le Parquet, tout en tenant certains passages du tract pour effectivement diffamatoire, a reconnu la légitimité de notre action, et s'est dit intéressé par le débat de fond. Notre avocate a demandé la relaxe, pour que le dialogue qui s'est esquissé au cours de cette audience puisse continuer sereinement. Jugement le 29 juin.

Affaire Pharma Concept/Viralgic® : « J'ai confiance dans la justice de mon pays. »

Cette affaire nous aura permis de connaître toutes les subtilités d'une procédure au civil, et de profiter de la valeur poétique d'expressions comme : « *sursis à statuer* » ou de découvrir la Principauté de Hutt River, et son Vice Ministre des Affaires Etrangères S.E. Sir Edmond Suchet.

Au départ : un texte que nous avons publié dans Action n° 81 en juillet 2002 (!),

puis sur notre site Internet, lors de la Conférence internationale sur le sida

de Barcelone, qui alerte sur la diffusion d'un produit nommé

Viralgic®, commercialisé par la société Pharma Concept.

Présenté dans sa notice comme un antiviral efficace dans le

cadre de l'infection à VIH, le produit n'a fait l'objet d'aucune étude

clinique – même si Pharma Concept fait valoir une AMM dans la

principauté de Neverland, pardon de Hutt River. L'AFSSaPS avait

déjà enjoint, en 2001, la société Pharma Concept de faire tester son

produit avant de procéder à ce genre de communication.

Le 10 février, Pharma Concept nous assigne devant le TGI et par une

procédure en référé (d'urgence), à la fois pour diffamation, injure, au titre

de la loi sur la liberté de la presse, et pour dénigrement et référencement

privilegié au titre de la faute, entendue selon le Code Civil. C'est ce qu'on

appelle partir

à la pêche. Le 6 mars 2006, l'audience en référé a lieu ; un militant représente

l'association, sans avocat. La première exception en nullité est retenue.

Reste la procédure « normale ». Depuis la première audience, fixée au 6 avril 2006, il y a eu

maintes demandes de report, échanges de conclusions, audiences de fixation, etc. Les attaques

contre nous se sont élargies : au titre de la « faute » civile, Pharma Concept a rajouté l'usurpation

de leur code source, parce que le terme « Viralgic » apparaît dans les titres de nos rubriques.

Rendre clair un site Internet avec des chapitres serait donc de l'usurpation... Certaines autres

attaques ont été déboutées, comme tout ce qui concerne le droit de la presse. Le 16 avril se tenait

l'audience de plaidoierie. Le jugement sera rendu le 12 septembre 2007.



Abbott : jusqu'au bout de l'obscénité

Le 26 avril dernier, nous participions à une journée d'action internationale contre Abbott, appelée par les réseaux de malades et d'activistes thaïs. Pour dénoncer la décision du laboratoire de priver la Thaïlande de ses innovations thérapeutiques (voir dernier numéro), nous avons organisé un netstrike : sur notre site, était mis à disposition un programme qui, une fois activé, sollicitait toutes les 30 secondes le site d'Abbott. Multipliée par des centaines, peut-être un millier d'activistes à travers le monde, cette action a pu saturer le site.

Abbott a porté plainte contre nous le 23 mai 2007 au nom de l'article 323-2 (entrave au fonctionnement d'un système de traitement automatisé) et 323-3-1 (mise à disposition de l'outil permettant l'entrave) du Code pénal. Concernant ce dernier volet de la poursuite, l'article précise que le délit est poursuivi s'il n'y a pas eu de « motif légitime » à agir. Or, il n'est pas difficile de montrer que l'action d'Abbott en Thaïlande et son refus d'écouter toutes les voix qui ont appelé ses dirigeants à revenir sur sa décision est précisément un motif légitime. Nous avons reçu le soutien de nombreux groupes : Aides, Sidaction, les EATG, le TRT-5, des associations et des médecins de Thaïlande, d'Inde, des Etats-Unis, de Russie, etc. Abbott a dû annuler deux réunions avec les activistes, par peur d'un boycott ou d'un zap. La plainte n'aura servi qu'à catalyser une nouvelle mobilisation contre l'obscénité du laboratoire et à l'isoler un peu plus. En attendant l'audience, prévue le 26 octobre prochain, nous lançons une campagne de protestation contre les dirigeants d'Abbott, à laquelle vous pouvez participer en envoyant par email à Miles White, PDG du laboratoire, le courrier ci-dessous.

To the attention of Mr. Miles White - CEO - Abbott
miles.white@abbott.com

Dear Sir, we are writing you to state our support for Act Up-Paris, which is currently facing a lawsuit filed by Abbott. The lawsuit seeks damages from Act Up-Paris resulting from their call to temporarily shut down your website. We are astonished that, not content with filing a civil suit, you also decided to initiate criminal proceedings against this small NGO. The legal actions initiated by Abbott could mean the death of the organization due to potential fines and legal costs exceeding tens of thousands of euros. Your actions are clearly an attempt to silence Act Up-Paris as well as intimidate organizations which may publicly object to Abbott's actions in Thailand. Despite the fact that the compulsory licenses were issued by the Thai government in accordance with the flexibilities afforded to national governments under the TRIPS Agreement, Abbott decided to deprive HIV patients in Thailand of its treatments. While this unilateral decision cannot be legally challenged, the WHO, numerous doctors, and a multitude of NGOs have called upon you to reexamine your position. The french government has publicly supported the Thai government's decision to issue compulsory licenses. People living with HIV in Thailand have asked you to reverse your decision and called upon the international community to show their solidarity. Act Up-Paris responded to their call with the action that you seek to punish. Despite pleas from the international community, you have not deigned to review your position while people living with HIV in Thailand are dying because of it. Your company refuses any compromise, seeking to silence the people who are trying to uphold the public health interest and the value of human life in the face of Abbott's narrow financial interests. Because we believe that the pharmaceutical industry should not be allowed to impose its policies on national governments and the lives of its most vulnerable citizens, and because we believe that monitoring and criticism of your policies—especially when they risk the lives of millions of people living with HIV—are indispensable, we ask you to drop your legal action against Act Up-Paris. Regardless of your decision about the charges against Act Up-Paris, we will not be intimidated and will continue to do everything in our power to convince Abbott to reverse your decision to deprive the HIV/AIDS patients of Thailand of life-saving medication.

Sincerely, [Signature and organization]

Désobéissance civile, violence et responsabilités

Désobéissance civile : pourquoi ?

Le sida tue 10 000 personnes par jour. Chaque année, en France, il y a près de 10 000 nouvelles contaminations, et entre 3,6 et 6,6 millions dans le monde. La lutte contre le sida est liée à l'urgence, mais de nombreuses institutions ne sont pas adaptées à cette urgence. La lutte contre le sida est extrêmement fragile, menacée par des impératifs financiers, par l'ignorance et l'incurie de certainEs responsables, par la haine et l'exclusion dont sont victimes les malades et les minorités particulièrement exposées à la pandémie.

Nous sommes des malades. Pour nous, la lutte contre le sida est une question de vie et de mort, et non une « noble cause », un « juste combat ». Face à l'inertie des pouvoirs publics, face à la complicité d'individus ou de groupes dans la pandémie, face au silence dans lequel on veut nous enfermer, nous avons le devoir de réagir. Et quand le recours légal aux institutions n'est pas suffisant, il faut trouver d'autres moyens pour agir, mobiliser, dénoncer ou interpeller. Le recours à la désobéissance civile se justifie par la nature même de notre combat et l'insuffisance des institutions. Croit-on réellement que nous nous exposons à l'illégalité pour le seul folklore ? Pense-t-on vraiment qu'avant d'en venir à une action de désobéissance civile, nous n'avons pas envisagé tous les recours légaux possibles ? Peut-on imaginer que sans les actions spectaculaires que nous organisons, le grand public serait encore moins mobilisé sur les enjeux de la lutte contre le sida et des situations des malades ?



Où est la violence ?

Il faut rappeler contre tous les mensonges tenus publiquement à notre égard, qu'Act Up-Paris ne s'en prend pas physiquement aux personnes. L'inverse n'est pas vrai. Nos actions sont souvent jugées violentes. Mais pourquoi avoir recours à ces actions, si ce n'est pour combattre la violence quotidienne qui est faite aux malades et aux minorités que nous sommes ? Pourquoi aucun des donneurSEs de leçon qui nous reprochent de « pervertir une juste cause » (avocat et procureur dans l'affaire des Editions Blanche, avocat de Colette Chiland) n'est-il capable de mettre en balance la violence symbolique de nos actions et celle, bien réelle que nous subissons quotidiennement ? Publier un livre où on appelle à la contamination des militantEs d'Act Up est d'une violence insoutenable, qui n'a rien à voir avec le fait d'entrer sans autorisation dans un bureau pour interpeller le responsable. Jeter du faux sang, lavé au bout d'une heure, sur la façade de l'Élysée est d'une violence dérisoire par rapport aux promesses non tenues du Président de la République en matière de financement de l'accès aux soins dans les pays pauvres, sauf pour celles et ceux qui préfèrent la protection des vieilles pierres à celle des vies humaines.

Notre responsabilité, et les difficultés de la faire reconnaître face à la justice

Act Up-Paris est un groupe, la responsabilité y est collective. Les textes sont écrits en commun, les décisions y sont prises ensemble, les stratégies élaborées en groupe. La justice a du mal à reconnaître cette responsabilité collective. Elle préfère souvent juger des personnes réelles, des individus, et voit dans la mention d'une responsabilité collective un moyen de fuir nos responsabilités individuelles. C'est dire si notre militantisme est mal appréhendé par les représentantEs du pouvoir judiciaire. Qu'y a-t-il de plus responsables, pourtant, que des personnes qui prennent un risque judiciaire pour lutter contre la pandémie et les discriminations qui lui sont associées ? Qu'y a-t-il de moins responsables que des gens qui se servent des moyens légaux les plus détournés, en appellent à des valeurs importantes comme la liberté d'expression, ou la liberté du culte, pour masquer leur complicité objective dans l'épidémie de sida ?



Le poids des condamnations dans l'engagement militant

Les plaintes contre nous représentent un poids financier : frais d'avocatEs, d'huissiers de justice, amendes, dommages et intérêts. Ce poids menace notre équilibre budgétaire, notre indépendance financière (puisque les frais de justice sont payés sur nos fonds propres, et pas sur les financements fléchés). De plus, le temps que nous passons à constituer notre défense est perdu pour des enjeux cruciaux et actuels de la lutte contre le

sida. Enfin, la crainte de nouvelles affaires nous obligent à plus de prudence, à restreindre pour un temps nos modes d'action. La lutte contre le sida en est la première perdante.

Au nom de la responsabilité collective, les frais financiers des militantEs poursuiviEs individuellement sont pris en charge par l'association. Mais chacunE doit assumer le poids des audiences, la responsabilité vis-à-vis du groupe et des autres prévenuEs, enfin et surtout un casier judiciaire, ce peut avoir des conséquences dans nos vies personnelles ou professionnelles. A l'inverse, ce que chacunE d'entre nous apporte à la lutte contre le sida, et en général, à la société en participant à une action de désobéissance civile n'est jamais mis en valeur dans le cadre d'un procès. Il s'agit donc d'une expérience dure et injuste.

DOSSIER JURIDIQUE

Coups de barre

L'interview qui suit est celle de militantEs confrontéEs directement aux affaires judiciaires : Jérôme poursuivi personnellement pour diffamation suite à la diffusion d'un tract critiquant la psychiatre Colette Chiland (affaire jugée en première instance le 29 juin), et condamné personnellement dans le cadre de l'affaire Jacquin. Il a par ailleurs représenté l'association dans l'affaire des Editions Blanche. Il est militant à Act Up-Paris depuis octobre 1998. Rose est militante depuis juin 1993, elle a été condamnée à une amende de 600 € avec sursis pour « dégradation » après avoir participé à un zap contre l'Elysée ; elle a été condamnée pour le mariage symbolique à Notre-Dame (Affaire Jacquin) et dans le cadre du zap des Editions Blanche.

En tant qu'ancienNEs militantEs, vous attendiez-vous à être condamnéEs un jour dans le cadre d'une action d'Act Up-Paris ?

Rose : Act Up-Paris n'existait que depuis quelques années quand je suis arrivée. On était dans une période où on sentait qu'il était possible d'être condamnéEs. La droite était au pouvoir. Une de mes premières actions a été de jeter du faux sang sur Matignon ; il y avait eu une garde à vue, c'était assez impressionnant. C'était les débuts d'Act Up-Paris, les gens nous connaissaient peu, on les intriguait en tant que groupe nouveau avec des méthodes radicales, mais dans un contexte d'urgence, de violence au quotidien, où les gens mouraient en masse. Maintenant, on a une histoire, on est connuEs. Je me souviens de la garde à vue suite à une action, avec prise d'empreintes et photos, on était touTEs ensemble, et d'un certain point de vue cela semblait tellement surréaliste que je n'ai pas pu m'empêcher de rire pendant toute la prise de la photo, je n'étais pas la seule. Des années plus tard avec l'Elysée, c'était nettement plus sordide et dur.

Au début, on pensait qu'une poursuite était tout à fait possible. Au fil des années, on a étendu nos champs d'activités, notre expertise médicale est reconnue, tout en conservant nos interventions publiques ; cette combinaison a renforcé notre légitimité. Cette position d'urgence, notre visibilité de malades qui peut attirer la compassion, même si ce n'est pas ce qu'on attend, nous ont accordé un statut particulier, qui fait que la conscience d'un risque juridique a pu s'émousser au sein du groupe. Par ailleurs, le fait que nos actions soient très encadrées permet aussi de ne pas prêter le flanc à trop de plaintes.

Jérôme : Quand je suis arrivé en 98, ce sentiment de sécurité par rapport aux plaintes était très fort dans le groupe. Il y avait une conscience collective que, non seulement on risquait très peu d'être condamnéEs, mais aussi qu'on risquait peu d'avoir une plainte contre nous. Justement parce que nos actions s'inscrivaient dans un discours très audible sur la désobéissance civile : « on est des malades du sida, il y a urgence, le fonctionnement institutionnel ou privé n'est pas adapté à cette urgence, donc nos actions de dénonciation, bien qu'illégales sont légitimes ». Le fait qu'on soit maintenant poursuiviEs et condamnéEs de façon régulière, c'est évidemment lié à l'augmentation de la répression judiciaire comme seul outil pour résoudre les problèmes de société, mais c'est aussi le signe de la banalisation du sida, de la moindre importance accordée à ces luttes, puisque nos actions paraissent moins légitimes qu'avant.

Rose : Je ne crois pas qu'on puisse dire que nos actions sont moins légitimes qu'avant aux yeux du monde. Au mieux, on a plutôt dit de nous qu'on était d'accord avec nous sur le fond mais pas sur les méthodes.

Jérôme : Ce que je veux dire par légitime, c'est que la lutte contre le sida n'est plus perçue avec le même degré de priorité que dans les années 90 et qu'à ce titre là, Act Up-Paris peut être plus facilement poursuivie au nom d'autres priorités : l'ordre public, la morale, le profit, etc. Ce qui était impossible avant.

Rose : Je crois que c'est plus complexe que ça. La lutte contre le sida, c'est nous entre autres qui l'avons rendue importante, on s'est battu pour cela et on a souvent perdu quand même. Je crois que ces condamnations sont arrivées aussi à un moment où nous étions particulièrement faibles, crise financière, départ de militantEs. J'enfonce une porte ouverte, mais la condamnation spectaculaire suite au zap de l'Elysée a décomplexé un certain nombre de nos adversaires.

Jérôme : Pour revenir à la question, je ne m'attendais pas aux poursuites et encore moins aux condamnations.

Rose : Idem. Sur l'Elysée, j'ai organisé l'action, je ne m'y attendais pas du tout, j'avais préparé les militantEs à une garde à vue de 4 heures et c'est tout. Cela a donné une garde à vue de 24 heures, une des militantEs était stagiaire dans l'association, et se retrouvait mêlée à tout cela, c'est extrêmement culpabilisant.





Comment se sont déroulées les audiences ?

Rose : J'ai assisté à deux d'entre elles. Je vous épargne les convocations à la police, confrontation avec des témoins, perquisitions, etc. Sur l'audience concernant le zap de l'Élysée, c'était une première, on était nombreux (8 prévenuEs). L'audience a été assez rapide. J'en ai gardé un souvenir flou. L'audience des Editions Blanche était particulièrement pénible : c'était une vieille histoire, la partie civile a été odieuse et caricaturale. La présidente du tribunal était correcte, une assesseuse a cherché à m'humilier en m'interrogeant sur mes revenus et sur mon logement, pour me faire passer pour une parasite à la charge de la société et de ses parents. Le pompon revient au procureur, qui nous a comparé à des auteurs de « happy slapping », les personnes qui filment des agressions qu'ils organisent. J'insiste sur le fait qu'on n'est pas libre de nos propos car ce qu'on dit peut avoir un impact sur les autres prévenuEs et sur l'association. C'est un vrai poids. Enfin j'ai vraiment senti le pouvoir judiciaire comme une vraie violence, notamment parce qu'on voit que ses représentantEs ne connaissent parfois pas bien le

fond des dossiers, qu'ils, elles peuvent commettre de grosses erreurs, alors qu'ils ou elles doivent nous juger. Notre monde, en tant que militantEs, ne semble pas susceptible d'être appréhendé par les juges et le pouvoir judiciaire (désobéissance civile, décision collective, etc).

Jérôme : Ma première expérience à la barre, ça a été pour l'affaire Vanneste, Act Up étant partie civile. On avait donc le beau rôle, et évidemment le rapport de force n'est pas du tout le même que quand on est accuséEs. J'ai assisté à l'audience de l'affaire Jacquin, mais comme c'est du civil, les prévenuEs n'ont pas la parole, et c'est très frustrant de voir qu'on parle de nous, qu'on prend des décisions sur nous, sans nous. Dans cette affaire, le juge semblait intéressé. La procureure a dû reconnaître qu'elle avait employé à mauvais escient le terme de « parodie » de mariage, ce qui est assez réjouissant et l'avocat de la partie civile a fait son travail sans trop caricaturer. Pour les Editions Blanche, j'ai été à la barre en tant que personne morale, ce qui est évidemment moins stressant que pour les deux autres prévenues. L'avocat de Spengler a été particulièrement horrible, il est arrivé en retard de 20 minutes et il est parti avant la plaidoirie de notre conseil, très démonstratif dans son mépris. Le comportement de l'assesseuse m'a aussi beaucoup choqué, mais c'est vraiment le procureur qui m'a le plus révolté. Cette personne est censée représenter la société, elle avait le devoir de mettre dans la balance les conséquences de notre action, illégale, avec les dangers que représentent pour la société les discours de Rémès véhiculés par les Editions Blanche. Il ne l'a pas fait, il a ainsi montré que pour l'État, la lutte contre le sida n'a aucune importance. Et pour finir l'affaire Chiland, les juges comme la procureure se sont intéressés à l'affaire et à ses ramifications épistémologiques, sur les enjeux de la psychiatrie dans la société, la place des transsexuelEs, etc.

Rose : Dans les à-côtés de ces audiences, il y a des réjouissances : un président du tribunal...

Jérôme : ... la bombasse !

Rose : Parfaitement. Et aussi l'honneur que de nombreux interlocuteurRICEs (policiers, proc, juges) ont rendu à la flamboyance rousse de mes cheveux.

Jérôme : Dans l'affaire Chiland, j'ai vraiment eu l'impression d'être traité d'égal à égal avec la partie civile. Il y a peut-être une explication : dans ce cas, ce qu'on nous reproche a trait à un débat d'idées, et non des délits où on passe pour des « sauvageonNES ». La procureure m'a semblé assez désarçonnée par notre défense, elle s'est emmêlé les pinceaux, et a reconnu à plusieurs reprises la légitimité de notre action tout en contestant les méthodes. Pour finir le passage à la barre est une vraie épreuve de patience parce qu'on doit rester fidèle à soi-même, à Act Up, tout en prenant en compte un cadre qui n'est pas du tout propice au discours militant. Les questions de l'avocat de la partie adverse sont faites pour vous énerver, et ne pas céder à ce genre de pressions est très difficile.

Pourquoi avoir décidé de ne pas faire appel ?

Jérôme : Dans l'affaire Chiland, qui sera jugée le 29 juin, j'ai l'intention de faire appel si jamais je suis condamné. Par contre, pour les autres affaires, il y a plusieurs séries de raisons. D'une part, le fait qu'on puisse craindre une condamnation supérieure en appel, comme pour les Editions Blanche ou pour Jacquin. D'autre part, même si unE prévenuE peut avoir envie de faire appel, nous sommes liéEs par le fait qu'il peut y avoir un effet domino sur les autres personnes, qui, elles ne souhaitent pas faire appel. Enfin, l'appel est parfois un moyen de porter un discours politique, mais en général nous n'utilisons pas cette arme là et d'autre part le temps de la justice est suffisamment long, dans le cas des Editions blanche le procès aura eu lieu 4 ans après l'action, entre temps les enjeux liés à la prévention dans le milieu pédé ont beaucoup changé et parlé d'Eric Rémès n'a plus aucun intérêt.

Rose : Il y a deux choses à voir, c'est d'une part que cela tient à la fois d'une décision personnelle, qui prime de fait, et de l'autre d'une décision collective. Pour ce qui est de ma petite personne, pour les 3 affaires où j'ai été poursuivie, je ne l'ai jamais été seule. Et bien que pour toutes, je souhaitais fortement faire appel, je me suis pliée à ce que je vois comme l'intérêt collectif. Pour l'Elysée, je le regrette un peu tous les jours, c'est tellement inégal ce qui s'est passé, la garde à vue, la condamnation, par rapport à ce qu'on porte, le financement de la lutte contre le sida dans le monde. Mais voilà, 8 personnes dont une stagiaire, cela n'était pas possible.



Quelles sont les conséquences sur l'engagement militant et la vie personnelle ?

Jérôme : Ma condamnation personnelle dans l'affaire Jacquin m'a très peu touché, parce que c'est du civil et qu'elle était ridicule par rapport aux prétentions de Jacquin. Dans le cas des Editions Blanche, c'est Act Up qui est condamné et pas moi, donc cela n'a pas de conséquences personnelles graves sur ma vie. Enfin, l'affaire Chiland m'affecte beaucoup plus que les autres, d'une part parce que je suis poursuivi personnellement, donc je risque un casier judiciaire, alors que je suis enseignant, d'autre part, parce qu'il s'agit de diffamation, donc d'un délit lié au discours, à la vérité, au mensonge, au poids des mots, des choses qui sont essentielles pour Act Up et mon travail. Je crois que les plaintes elles-mêmes ont eu des conséquences sur le groupe beaucoup plus que les condamnations, sauf évidemment pour les questions financières. On a pris la décision collective de restreindre le jet de faux sang dans nos actions. A plusieurs reprises on se pose des questions sur le contenu de nos textes, non pas pour qu'ils soient plus efficaces mais pour éviter des procès. Bref, on est de plus en plus prudentEs ce qui est logique, mais il faudrait qu'on prenne le temps de réfléchir à des moyens de contourner ces risques juridiques, d'inventer encore de nouvelles formes. Je n'aime pas du tout le discours de martyr, je ne crois pas que cela soit efficace d'être condamnéEs, d'être les victimes de la méchanceté et de l'incompréhension du monde. Mais en même temps, le fait qu'au cours d'une journée d'action internationale contre Abbott, ce dernier n'ait porté plainte que contre nous, et pas contre ceux qui ont manifesté à leur siège, est plutôt le signe encourageant qu'on les a particulièrement énervés, donc qu'un rapport de force s'est construit.

Rose : J'ai maintenant un casier judiciaire, lié uniquement au militantisme. Une des conséquences principales, c'est autant pour moi que pour le groupe, je ne peux participer à aucune action, pendant 5 ans environ, qui entrainerait ce que la justice pourrait appeler : dégradations ou violation de domicile. Plus spécifiquement, il vaudrait mieux que j'évite de participer à une action en rapport avec l'Eglise catholique. Cela rend mon engagement bien particulier, puisque l'action publique est quand même au cœur du fonctionnement d'Act Up. Avoir un casier judiciaire, surtout pour violation de domicile, c'est grave, je trouve cela nul.



5 ans de droite et pourtant, il faut vivre, et lutter

Pendant la campagne présidentielle, nous l'avons martelé : « Sarkozy président : nous n'y survivrons pas ». Élu pour 5 ans, et même si les législatives ont évité qu'un blanc-seing absolu ne lui soit accordé, le nouveau président dispose d'une majorité suffisamment confortable pour mettre en place le pire, à commencer par la nouvelle taxe sur les soins. Il nous faut maintenant survivre, et, au-delà de l'indispensable dénonciation, trouver le moyen de protéger et d'imposer de nouveaux droits des malades. Etat des lieux et de la marge de manoeuvre, étroite, dont nous disposons.

Pour Nicolas Sarkozy, ni le sida, ni la santé ne sont des priorités.

Durant sa campagne, le nouveau Président de la République n'a pas parlé du sida. Maintenant qu'il est président, il annonce comme priorité « la lutte contre le cancer et la maladie d'Alzheimer », soi-disant financée par les ressources des nouvelles franchises sur les soins (entretien sur TF1, jeudi 20 juin 2007). Mais les personnes atteintes de cancer ou d'Alzheimer, comme les séropos, seront les plus pénalisées par la mise en place des franchises sur les soins. On les imagine donc heureuses de savoir qu'elles vont avoir à payer plus que les personnes en bonne santé pour financer la lutte contre les maladies dont elles sont atteintes ! C'est la solidarité sanitaire sarkozyste. Mais on se demande toujours pourquoi faire de ces deux maladies des priorités, pourquoi pas les ACV, la mucovicirose, les affections orphelines ou... le sida ? L'affichage de « priorités de santé » est surtout là pour faire passer la pilule de la nouvelle taxe et masquer l'absence d'une politique de santé globale.

A l'international : le G8 trahit, Nicolas Sarkozy impuissant.

Malgré les promesses faites aux associations, le nouveau président n'a pas su empêcher ses homologues du G8 de revenir sur les promesses faites en 2005 d'un accès effectivement universel aux traitements. Avant la réunion des dirigeants du G8, Nicolas Sarkozy s'engageait solennellement devant les ONG réunies à l'Élysée, à proposer durant le sommet d'Heiligendamm de résoudre une fois pour toutes le problème du sous-financement de la lutte contre le sida par les pays riches. Il acceptait d'obtenir de ses homologues qu'ils et elles se répartissent enfin clairement la quote-part financière de chacunE pour assurer un accès réellement universel aux traitements. Nous avons pris cette promesse au sérieux. Après tout, l'international est le domaine où Nicolas Sarkozy a le plus à prouver, puisqu'il s'agit d'un tout nouveau terrain pour lui. Se positionner comme un nouveau leader de l'accès aux traitements aurait été pour lui l'occasion de modifier positivement son image. Au cours du sommet du G8, il n'y a eu aucune avancée sur la répartition. Pire, l'accès universel a été remis en cause. Nicolas Sarkozy s'est avéré impuissant. Le sida tue 10 000 personnes par jour. Nicolas Sarkozy doit maintenant mieux faire qu'au G8, et passer des paroles aux actes. Faute de quoi, son engagement sur la question ne vaudront pas mieux que ceux de Jacques Chirac.

Un gouvernement « d'ouverture » : quel pouvoir réel ?

A quoi sert de mimer l'ouverture et inviter des gens supposément de gauche dans un gouvernement de droite si le Président a déjà décidé que toutes ses réformes passeront en l'état et s'il fait le choix de suivre les dossiers à la place de ses ministres ? Entre concentration des pouvoirs et ouverture, Nicolas Sarkozy a visiblement choisi. Et que peut bien vouloir dire une « ouverture » à des personnes de gauche quand la dénomination même des ministères et les mandats accordés à celles et ceux qui les occupent affiche au contraire l'idéologie de la droite la plus libérale et la plus extrême, extrêmement dangereuse pour les malades du sida ? Ainsi le ministère des Affaires Étrangères (MAE) est-il occupé aujourd'hui par Bernard Kouchner, homme

de gauche. Mais on lui a retiré le droit d'asile attribué au nouveau ministère de l'Immigration et de l'Identité nationale, à l'intitulé ouvertement xénophobe, qui hérite aussi du service du MAE en charge du codéveloppement. Qu'en déduire, si ce n'est que l'aide aux pays en aura dorénavant pour prisme principal la lutte contre l'immigration ? « *La France donne x euros pour l'accès aux traitements au Cameroun, donc les camerounaisES malades résidantEs en France n'ont plus besoin d'un titre de séjour pour soins et doivent partir.* » Vu les priorités affichées par Brice Hortefeux - faire du chiffre en matière d'expulsions, désigner les étrangerEs sans papiers comme responsables des menaces pesant sur l'identité française - une telle hypothèse est plus que probable. Si la logique qui préside à la nouvelle structure gouvernementale n'est pas celle-là, Brice Hortefeux doit rapidement nous rassurer et prendre des engagements à ce sujet. De même, Bernard Kouchner doit nous prouver que son pouvoir budgétaire est réel, en particulier dans le cadre de la lutte contre le sida dans les pays du Sud.

Santé, jeunesse et sport : tout est bon dans le cochon.

C'est bien connu : le sport, c'est la santé, et la jeunesse, c'est la vigueur. La sagesse populaire vaut affichage politique. Et puisqu'il faut une équipe serrée, nous aurons donc un ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. Vous en reprendrez bien une louche. Une telle démagogie ferait rire si elle ne témoignait pas d'une conception des plus inquiétantes de la santé publique, dont on peut ainsi brader la spécificité à peu de frais. On serait par ailleurs un peu plus rassuréE si nous avions aux commandes une personne connue pour sa rigueur, sa fermeté et sa capacité à faire de la santé une priorité. En la matière, Roselyne Bachelot a tout à prouver. Elle n'en prend pas le chemin. Ainsi, un mois après sa nomination, elle n'avait toujours pas reçu les associations de malades, mais trouvait le temps d'accompagner le premier Ministre dans une petite virée à 240 km/h sur la piste des 24 heures du Mans.

Contrôle et économies : mourir plutôt que coûter.

Soyons honnêtes : il arrive à Roselyne Bachelot de parler santé... pour dire que les malades coûtent trop cher et pour soutenir les « franchises » ou la réduction du périmètre de remboursement à 100 %. Ce fut le cas le 27 mai, sur Europe 1. Elle défend la « responsabilisation » des malades. Pour la ministre de la Santé, les malades sont donc des dépensierEs irresponsables. Leur faire payer les premiers euros des examens, des hospitalisations, des consultations et des médicaments devrait les amener à être plus « responsables ». Cela va surtout amener les plus précaires à moins bien se soigner, mais la ministre des Sports n'est pas capable d'en parler. Elle évoque la possibilité d'exonérations de ces nouvelles taxes « au cas par cas », indiquant donc que son rôle dans cette affaire se cantonnera, non pas à défendre les malades, mais à les pousser à la concurrence et à créer de l'arbitraire. Comme si cela ne suffisait pas, elle annonce « *un renforcement des outils de maîtrise médicalisée* », notamment dans le cadre des affections longue durée. Bref, sa seule préoccupation, c'est le contrôle des dépenses. Elle est en ce sens cohérente avec la restructuration de son portefeuille : la question des comptes de la Sécurité sociale a en effet été retirée de ses attributions pour être intégrée au ministère du Budget. La santé est avant tout une affaire d'économies, où la ministre de la Jeunesse devra se contenter de hocher la tête. Si tel n'est pas le cas, Roselyne Bachelot doit nous recevoir au plus vite pour indiquer comment elle entend défendre les intérêts des malades face au démantèlement de la Sécurité sociale. Sans parler de tous les aspects de la lutte contre le sida dont elle n'a toujours pas parlé, comme la prévention ou les soins en prison.

La prime à l'homophobie et la transphobie

Détester les LGBT est un bon moyen pour réussir à l'UMP. Christine Boutin, conseillère de campagne de Nicolas Sarkozy, est maintenant Ministre. Christian Vanneste est réélu avec le soutien de l'UMP, notamment celui du premier Ministre François Fillon. Celui-ci devra s'en expliquer et réfléchir à ses responsabilités en matière de banalisation de la haine, notamment à chaque fois qu'un pédé, une gouine ou unE trans se fera agresser par des gens qui, comme Christian Vanneste, les jugeront inférieurEs. 132 députéEs membres de l'Entente parlementaire contre les droits des homosexuelEs et pour le droit d'être homophobe ont été rééluEs. Bienvenue dans le pays de Sarkozy.

Entre pressions et dépression

Depuis sa création en 1998, la Permanence Droits Sociaux a lieu tous les mercredi, sans rendez-vous, entre 14h et 18h. Elle a reçu plus de 900 malades. Bilan au premier semestre 2007.

Ce qui est frappant et alarmant, c'est la baisse d'énergie et le désespoir des nouveaux et nouvelles malades venuEs nous solliciter. Alors même que notre travail consiste à défendre l'accès au droit commun (logement, revenus, etc.), la dégradation de la vie des séropos est telle que toutes les structures spécifiques prévues pour faire transition avec le droit commun (par exemple, pour le logement, les Appartements de Coordination Thérapeutique) répondent de moins en moins à la demande. Cette évolution témoigne des dysfonctionnements des pouvoirs publics. L'attente pour un logement stable ? Tellement long qu'on a le temps de mourir. Les refus de renouvellement d'Allocation Adulte Handicapé ? Si nombreux et scandaleux qu'on pourrait salarier quelqu'un uniquement pour organiser des zaps sur le sujet. Les passages devant les médecins ou les commissions des MDPH ? Parfois si humiliants qu'on voudrait vomir sur ces gens pour qu'ils prennent conscience du dégoût que nous inspire leur ignorance du sida. Est-il besoin de rajouter à quel point cette détérioration des conditions de vie des personnes a un impact sur leur santé ?

Logement

La moitié des personnes qui nous sollicitent le font car elles sont confrontées à un problème de logement. Nous avons actuellement 57 dossiers de logement instruits et suivis à la Mairie de Paris. Les demandes concernent des dossiers instruits entre 2005 et aujourd'hui, mais deux dossiers initiés en 2004 sont encore en attente d'attribution et 10 demandes datant de 2005 restent en suspens.

Depuis le 1^{er} janvier 2007, nous n'avons obtenu que trois logements. En 2006, nous en avons obtenu 8, et une quinzaine les années précédentes.

Nous recevons régulièrement de la Mairie de Paris des propositions de relogement en banlieue. C'est un moyen bien facile pour l'équipe municipale d'esquiver les promesses initiales d'un relogement massif des malades dans la capitale. Par ailleurs, si Act Up-Paris a tenu à créer la PILS, c'est notamment pour éviter que des malades suiviEs dans un hôpital parisien en soient relogéEs loin. C'était un argument développé par les associations et entendu par l'équipe municipale au lendemain de son élection. Aujourd'hui, ce que Delanoë nous dit avec ces propositions de relogement en banlieue, c'est que la place des malades n'est pas à Paris. A un an des élections municipales.

MDPH et CAF

Un sixième des personnes viennent nous voir pour des problèmes liés aux MDPH : renouvellement des prestations AAH, cartes d'invalidités, RQTH, etc. Nous recevons aussi des personnes qui souhaitent des renseignements face au nouveau dispositif lié à la nouvelle loi sur le handicap et aux nouveaux formulaires.

Premier constat : le retard dans le traitement des dossiers. Dans certains départements, les décisions des MDPH peuvent être rendues plus de 12 mois après le dépôt de la demande.

Deuxième constat : les inégalités d'une administration à une autre. Prenons un exemple : vous touchez l'AAH, vous êtes en fin de droit, vous avez fait une demande de renouvellement. Pendant la période d'instruction, les CAF n'appliquent pas les mêmes règles. A Paris, l'AAH est maintenue pendant un an, alors que la Seine-Saint Denis (93) stoppe tout paiement à l'échéance de la précédente notification.

Sur ces 6 premiers mois, 7,5 % des rendez-vous concernent les CAF. De nombreux ESx malades ont vu leur AAH baisser pour trop perçu. Nous avons contacté le service qualité de la CAF de Paris concernant les règles de cumuls qui ont changé et qui restent des plus floues. La CNAF, à qui nous avons écrit il y a plusieurs mois, reste muette.

L'allocation de la Ville de Paris n'est plus versée aux séropositifs depuis le 1^{er} janvier 2007, alors que cette dernière était destinée au paiement de la complémentaire santé. La Mairie a changé les règles d'attribution provoquant, comme pour la CMU, des situations difficiles pour un dépassement de plafonds de quelques euros.

Travail

De nombreuses personnes tentent un retour à l'emploi, par choix, ou par nécessité. Les contrats proposés sont pour la plupart des CDD ou des contrats encore plus précaires. Le retour à l'AAH est alors plus difficile.

Nous suivons des personnes qui ayant fait le choix de reprendre une activité professionnelle, ont contacté Handipass. Cette ANPE des handicapés leur a proposé des emplois sous réserve d'obtenir la RQTH (Reconnaissance Qualité Travailleur Handicapé, sésame permettant d'avoir accès aux emplois protégés). Le problème est que nombre de médecins considèrent qu'avec une charge virale basse et des CD4 élevés, les personnes peuvent retourner travailler sans précaution particulière. Ils ne prennent pas en compte les effets secondaires et il leur arrive même de refuser de remplir le dossier permettant cette reconnaissance.

D'autres malades sont confrontés à l'obligation de prendre une mutuelle-assurance de groupe. Cela n'est pas facile, et c'est un euphémisme, quand on est en Affection Longue Durée.

Permanence et droit commun

Durant le premier semestre 2007, la permanence a reçu 132 personnes, dont 55

qui n'étaient jamais venues auparavant. CertainEs sont revenuEs plusieurs fois, ce qui donne 234 entretiens sur près de 6 mois d'activité pour une moyenne de 11 entretiens par mercredi. Ces personnes sont venues nous voir car elles ont été orientées par des associations (36 % des visites), par des institutions (5 %). Le relationnel (bouche à oreille) est conséquent puisqu'il représente 25 % des personnes reçues au cours de cette période. La permanence a également traité 54 demandes reçues par mail, 82 par téléphone et 25 par courrier pour ce semestre.

Pour bien comprendre ces données, il faut garder en tête que la permanence est assurée, bénévolement, par des personnes elle-mêmes malades, et qui ont, ou ont eu, une expérience des problèmes sociaux que rencontrent les usagErEs. La fréquentation massive de la permanence d'Act Up-Paris montre très clairement l'intérêt de l'auto-support en matière de défense des droits des malades. Mais ce « succès » est aussi l'indice dramatique d'un dysfonctionnement global du suivi social des malades par les pouvoirs publics.



