



Action

la lettre d'Act Up-Paris n°110 décembre 2007

**ACT UP
PARIS**

**FRANCHISES:
MORTE
D'UN SIDA
SURTAXÉ**

Ours

Directeurs de publication

Emmanuel Chateau - Hugues Fischer.

Rédactrice en chef

Claire Vannier.

Ont participé au numéro :

Grégory Braz - Cécile Cadu - Jean Cazentre - Emmanuel Chateau - Frédéric Cohen Khalil Elouardighi - Chloé Forette - Clémence Garrot - Fabien Giraudeau - Emilie Hache - William Hamon - Caroline Izembert - Catherine Kapusta-Palmer - Aude Lalande - Maïa Lejbowicz - Jérôme Martin - Eric Marty - Delphine Moreau - Sylvain Morin - Carole Peclers - Mickaël Quillou - Rose Rachel Rebelle - Sarah Siné - Gordone Tucker - 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.

Couv : Zap du ministère de la Santé pour protester contre l'instauration des franchises médicales, décembre 2007.

Novembre 2007, bimestriel

Sommaire

Édito- 3. Act Up en actions- 4. Dossier Femmes (DF) : Intro- 6. DF : Prévention- 7. DF : Recherches- 9. DF : Social- 12. DF : EtrangerEs- 13. DF : Prostitution- 16. Envie d'en être- 17. PDS : sida is disco- 20. DS : Opac & paCS- 21. Prisons : un rapport de plus- 22. International : Financement- 24. Epidémiologie : Chiffres InVS- 26. T&R / Prévention : HPV et vaccin- 27. T&R : annonce RéPI- 29. Justice : Viralgie- 30. VPC- 31. Affiche Femmes 1^{er} décembre- 32.

Gardons le contact

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

- Pour connaître nos activités, vous pouvez nous joindre : **01 48 06 13 89 / actup@actupparis.org**

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

- Consultez notre site internet : www.actupparis.org

- Contactez nos commissions de travail en faisant précéder [actupparis.org] du nom lié au sujet de votre envoi dans la liste ci-après :

actup	medias
actupinfos	nordsud
coinfection	prevention
comptabilite	prison
drogues	prostitution
droits	publications
etrangers	sidablabla
femmes	stands
financement	traitements
homophobie	web

Femmes oubliées

Le mot d'ordre que nous avons choisi cette année pour la manifestation du premier décembre « sida : bientôt la parité, à quand l'égalité ? » met en avant la question des femmes dans l'épidémie. Dix ans après la première rencontre « Femmes et VIH » organisée par la DGS, Sida info service et le Centre Européen pour la Surveillance Epidémiologie du Sida (CESES), Act Up-Paris, le Planning familial, Sida Info Service sont à l'instigation d'un nouveau colloque qui se tiendra le 30 novembre et le 1^{er} décembre.

Les violentes attaques portées par le gouvernement à l'encontre des droits des malades auraient pu nous conduire à choisir un mot d'ordre plus directement lié au contexte politique actuel. Nous savons aussi que Brice Hortefeux cherche par tous les moyens à remettre en cause le droit au séjour des étrangerEs malades. De plus, il est désespérant de voir la France ne pas tenir ses engagements sur le financement international de la lutte contre le sida. De l'avis de Nicolas Sarkozy, la France devait encore en donner trop ; la dotation française vient de baisser de 20 millions d'euros.

Femmes assassinées

Face à de telles régressions, nous avons voulu les dénoncer toutes en même temps. C'est pour cela que nous avons choisi de montrer la face la plus cachée de l'épidémie, celle que le machisme de nos dirigeantEs croit pouvoir occulter, que celui de nos chercheurEs croit devoir protéger, que celui de la population masculine voudrait ignorer : les femmes.

Les femmes sont aussi nombreuses que les hommes à être touchées par le virus du sida. C'est une forme de parité que personne n'a souhaitée. Mais pour autant les femmes ne sont pas traitées à égalité dans l'accès aux soins, dans la recherche pour de nouveaux traitements et dans les campagnes de prévention ? Leur invisibilisation face au sida et, de façon générale, le sexisme, nourrissent la stigmatisation, sapent la prévention et freinent l'accès aux soins.

Parler des femmes dans l'épidémie, c'est ramener le propos à notre vécu de malades. Comme le montre le dossier de ce numéro, force est de constater que peu de chemin a encore été parcouru pour la prise en compte des femmes dans les politiques de lutte contre le sida. Les

femmes séropositives concentrent aussi toutes les difficultés, sur le plan social, sur le terrain des discriminations, ou sur le plan thérapeutique.

Poser la question des femmes dans l'épidémie, c'est surtout poser une question politique. C'est poser la question du genre dans l'épidémie. C'est remettre en cause les théories qui avaient conduit à la création de la notion de groupe à risque ou bien encore celles qui cherchent aujourd'hui à légitimer la pénalisation comme un moyen efficace de prévention.

Hugues Fischer et Emmanuel Château
Co-Présidents

Act Up-Paris a la tristesse de vous faire part du décès de Jean-Pierre qui a choisi de mettre fin à ses jours. Nous regrettons qu'il ne soit plus parmi nous pour se battre contre le sida.

Act Up en Action



10 octobre 2007



Rassemblement devant le musée de l'immigration



Protestation contre le projet de loi Hortefeux



13 octobre 2007



Manifestation



Opposition au projet de loi sur les franchises médicales



5 novembre 2007



Rassemblement devant le Sénat



Défense des droits des prostituées



10 novembre 2007



Zap du ministère de la Santé



Protestation contre le projet des franchises médicales



12 novembre 2007



Rassemblement devant le Sénat contre les franchises



SIDA : BIENTOT LA PARITE A QUAND L'EGALITE ?

Les femmes sont aussi nombreuses que les hommes à être touchées par le sida. C'est une forme de parité que personne n'a souhaitée. Mais quand les femmes seront-elles traitées à égalité dans les campagnes de prévention et dans la recherche ? Leur invisibilisation face au sida et, de façon générale, le sexisme, nourrissent la stigmatisation, sapent la prévention et freinent l'accès aux soins. Pour que les femmes ne soient plus les oubliées de l'épidémie, nous manifesterons le 30 novembre, à l'occasion de la journée mondiale de lutte contre le sida.

En France, les femmes représentent 42 % des nouvelles contaminations. Les rapports hétérosexuels sont devenus le premier mode de contamination. Et pourtant on continue d'assimiler le sida aux « autres » : homosexuels, toxicomanes, étrangerEs, prostituéEs, transfuséEs, minorités et autres catégories dites « à risque ». Act Up-Paris connaît bien la question des minorités. Si des femmes séropositives et hétérosexuelles se battent aux côtés des gays, des trans, des lesbiennes, c'est parce qu'elles éprouvent aussi face à un médecin ou à un laboratoire cette « minorisation ». Oubliées de la prévention, abandonnées au silence des préjugés, négligées par les campagnes de dépistage, absentes de la recherche médicale, nous voulons d'abord changer le regard que portent les « autres » sur nous, femmes séropositives. Parce que des vies, nos vies en dépendent.

Dans le monde, 48 % des séropositifs sont des séropositives. Il est temps que les campagnes de prévention s'adressent aux femmes. Combien savent que les risques de transmission par voie sexuelle de l'homme à la femme sont plus importants que de la femme vers l'homme ? Combien de femmes séropositives sont en danger car les risques d'affections gynécologiques sont mal surveillés ? Nous nous battons pour une vraie politique de prévention massive, grand public et réellement accessible, à destination des femmes, que l'on parle de prix ou de choix des outils de protection. La recherche doit s'occuper des conséquences du virus et des traitements sur nos corps. Ignorées par la recherche médicale, réduites longtemps au statut de mère, nous voulons enfin avoir une vraie place dans la recherche comme dans les essais thérapeutiques.

Les inégalités économiques entre hommes et femmes exposent davantage les femmes à des situations de précarité, et donc de dépendance et de prises de risques. Comment faire de sa santé une priorité quand se nourrir, se loger sont des soucis quotidiens ? Au lieu de lutter contre les inégalités hommes / femmes, le gouvernement les renforce : les femmes séropositives sont les premières à souffrir des franchises médicales ou des restrictions apportées au regroupement familial. Les inégalités et les discriminations font le jeu du sida.



Manifestation
1^{er} décembre 1996.
L'épidémie n'est pas finie.



Manifestation
1^{er} décembre 1996.
L'épidémie n'est pas finie.

Sans parler de plaisir et de pratiques, on ne prévient rien

L'hétérosexualité, le couple, la confiance en l'autre, la fidélité ne protègent pas du sida. La classe sociale, la couleur de peau et la « bonne mine », non plus. Seul le préservatif protège du sida. Une femme qui a une sexualité, c'est déjà gênant. Une femme qui propose une capote, ça l'est d'autant plus qu'elle l'assume.

La prévention passe par la possibilité réelle, symbolique et matérielle, de négocier l'usage du préservatif comme d'accepter ou de refuser une relation sexuelle. Celle-ci continuera à rencontrer des échecs si les campagnes de prévention ne s'attaquent pas aux relations entre hommes et femmes et aux représentations qui y sont associées. Valoriser la fidélité dans les relations amoureuses et sexuelles n'est pas une stratégie de prévention fiable.

Parler de la sexualité des femmes. Les - très rares - campagnes de prévention du sida destinées au grand public se refusent toujours à parler des pratiques et du plaisir sexuels, et encore moins des pratiques et du plaisir sexuels des femmes. Pourtant, la moitié des nouvelles contaminations par le VIH touche aujourd'hui des femmes, et cette tendance se confirme. Lors d'un rapport hétérosexuel vaginal, la probabilité de contamination est plus importante (2 à 5 fois) pour la femme que pour l'homme : le sperme est plus contaminant que les sécrétions vaginales (il contient jusqu'à 10 fois plus de virus), la muqueuse offre une surface plus large avec plus de risques de microlésions, et le sperme peut rester plusieurs jours dans le vagin. Ces risques sont augmentés dans certains cas pour les femmes : en cas d'infections génitales, pendant les règles ou selon l'âge. Les jeunes femmes ont un col immature et plus exposé, la muqueuse est plus fragile en période de ménopause, et suite aux accouchements. Et certains moyens de contraception peuvent jouer un rôle dans la transmission : le stérilet augmente le flux menstruel et peut parfois endommager le préservatif masculin, certains spermicides sont susceptibles d'irriter la muqueuse vaginale. Utiliser un préservatif et l'exiger de son/ses partenaire/s n'est pas toujours évident. Pourtant, qu'il soit masculin ou féminin, il constitue le seul moyen d'avoir une sexualité sans risque. Depuis qu'une campagne de prévention n'a-t-elle pas rappelé que pour une fellation, le préservatif permet d'écartier tout risque de transmission ; que l'anulingus et le cunnilingus exigent, pour être sans risque, l'utilisation d'un carré de latex (digue dentaire ou morceau



Zap du Service d'Information du Gouvernement pour la censure d'une campagne de prévention Gaypride juin 2001.

découpé dans un préservatif) ; que pour une pénétration vaginale ou anale, le préservatif s'utilise encore mieux avec un lubrifiant à base d'eau, susceptible d'éviter les ruptures de capote (c'est vrai pour le préservatif masculin, mais aussi pour le féminin) ; que si on se sert d'un godemiché, c'est en changeant le préservatif sur le gode pour chaque pénétration et pour chaque partenaire ; qu'en cas de doigté ou de fist, il faut des ongles ras et un gant de latex généreusement lubrifié.

S'adresser aussi aux hommes. On assigne aux hommes comme aux femmes des rôles sociaux qui les enferment, et les mettent en danger. Aujourd'hui les politiques publiques font perdurer l'invisibilité de l'homme hétérosexuel dans l'épidémie. Tout se passe comme si l'homme hétérosexuel était la norme de référence et, à ce titre, ne pouvait être cible de la prévention, la personne à risque étant toujours l'autre. Il y a bientôt dix ans, des chercheurEs relevaient déjà un curieux couple, figure fantasmagorique récurrente dans les discours de prévention du sida : « la femme sans sexualité » et « l'homme irresponsable ». Aujourd'hui ces représentations perdurent. Entre une femme « responsable mais sans sexualité », à laquelle on adresse un message à l'eau de rose, et un « homme irresponsable » auquel on ne s'adresse pas, rien ne bouge.



Une responsabilité partagée. Face à la tentation de criminaliser la transmission du virus qui a émergé ces dernières années, nous tenons pour responsables les politiques publiques et leur ignorance des représentations des genres et de la sexualité. La responsabilité partagée, non au sens juridique de répartition des fautes, signifie au contraire que chacunE est pleinement responsable de soi et de l'autre. Cela implique de donner les moyens à touTEs d'être conscientE de ses responsabilités et acteurRICEs de prévention : s'informer, se fournir en matériel de prévention et l'utiliser. Ce concept de prévention doit être réinvesti.

Nous exigeons :

- des campagnes de prévention régulières et répétées qui mettent en scène la sexualité des femmes et responsabilise de façon partagée les différentEs partenaires.
- des campagnes de dépistage, en particulier en direction des hommes. La disproportion des dispositifs de dépistage chez les femmes et chez les hommes minimise en effet l'épidémie chez ces derniers. Les femmes sont dépistées lors des grossesses ou des IVG, mais pour les hommes, quelles sont les occasions de bilans de santé ? Les médecins généralistes, notamment, doivent apprendre à parler de sexualité et proposer des bilans réguliers intégrant des dépistages du VIH pour les hommes de tous âges.
- des campagnes sur la contraception qui soient cohérentes avec celles de lutte contre le sida : rappeler systématiquement que le préservatif doit être utilisé en combinaison avec la pillule, qui elle, ne protège pas du sida.
- davantage d'information et d'accès aux préservatifs : il faut mettre massivement les préservatifs à disposition, dans toutes leurs variétés, en latex et en polyuréthane. Qui sait que le Fémidon®, outre qu'il est en polyuréthane, est adapté pour toutes les anatomies ? Sur 100 préservatifs distribués aujourd'hui en France, à peine plus d'un est féminin. Les proportions doivent être corrigées. Le prix d'un Fémidon® est prohibitif : les prix doivent être alignés. Il faut plus de distributeurs gratuits et accessibles. Dans les établissements scolaires, mais aussi dans les administrations, au travail, dans tous les lieux où les gens vivent et circulent.

FEMMES

On ne soigne pas les femmes comme les hommes

Dans l'infection à VIH, la recherche n'a pas suffisamment étudié les spécificités des femmes séropositives. Il est pourtant primordial de connaître précisément l'impact de la maladie et des traitements lourds sur nos corps.

La taille plus petite des femmes n'est pas qu'une question de centimètres, les organes sont aussi plus petits et de ce fait les concentrations de certains antirétroviraux sont donc plus élevées chez elles. Une cohorte italienne a montré que les femmes sont plus de deux fois susceptibles d'arrêter les traitements pour raison de toxicité que les hommes.

Moins de 30% de femmes dans les essais. Aujourd'hui encore et malgré les interpellations multipliées depuis tant d'années sur ce problème, les traitements sont toujours testés sur des corps masculins. Les femmes ont pourtant incontestablement des métabolismes, des interactions hormonales et des effets indésirables différents de ceux des hommes. On recense 20 à 30 % de femmes dans les essais. Entre 1990 et 2000, sur 49 essais cliniques, la proportion de femmes incluses était de 12,25 % et l'influence du sexe n'a été étudiée que dans deux d'entre eux. Sur 13 essais récents testant de nouveaux traitements la proportion de femmes participantes oscille entre 10 % et 30 %.

Les arguments pour justifier le faible taux de femmes dans les essais sont pour le moins paradoxaux : tantôt ce serait parce qu'il n'y aurait pas de si grandes différences entre les métabolismes des hommes et des femmes. Tantôt ce serait parce que les variations hormonales des femmes seraient telles qu'elles risqueraient de fausser les résultats. L'éthique est également invoquée pour refuser aux femmes d'entrer dans les essais : le risque d'être enceinte et que les médicaments entraînent des malformations sur le fœtus est un argument quasi systématique. Croit-on les femmes incapables d'avoir une contraception quand elles entrent dans un essai ? Faut-il s'empêcher de développer des traitements pour les femmes en raison d'une grossesse potentielle ? Et comment étudier les effets des traitements pour les femmes et leur enfant si elles sont enceintes une fois le traitement commercialisé ? On nous oppose enfin que les femmes ne feraient pas suffisamment les démarches pour participer à des essais. Encore faudrait-il qu'on défende l'intérêt scientifique de les y intégrer, et qu'on se donne les moyens de les recruter.



Des études qui n'interrogent pas les spécificités des femmes. Si la question de la participation des femmes est primordiale, il faut aussi se pencher sur le contenu même

des recherches menées. Ce n'est pas parce que 100 femmes se seront portées volontaires pour rentrer dans l'essai de la toute dernière molécule du laboratoire X qu'on en saura plus des effets secondaires sur leur libido, si la question n'a pas été posée au préalable. Certes il existe des études portant sur la question des effets secondaires différents sur les corps des hommes et des femmes, mais elles sont encore bien trop peu nombreuses au regard du nombre de femmes touchées par le sida. Par exemple, la cohorte VIHGY (Cohorte CO17, recherche biomédicale ANRS, « Etude de la pathologie génitale liée à l'infection par les papillomavirus humains chez les femmes séropositives pour le VIH ») devrait être rapidement mise en place, mais elle nous semble incomplète et pas assez précise. Cette initiative que nous attendions depuis longtemps nous déçoit par le peu de réponses qu'elle apportera au vu des questions trop vagues qu'elle pose.

Les questions qui restent à explorer :

- On sait que la puissance de la charge médicamenteuse des antirétroviraux est essentielle pour maintenir la pression sur le virus, mais que donnent ces dosages calculés sur des corps masculins en termes de toxicité et d'effets secondaires sur les corps féminins ?
- On sait que la concentration des antirétroviraux est variable selon le sexe et le traitement (l'atazanavir, le lopinavir, l'efavirenz, la névirapine se retrouvent à une concentration plasmatique 20 % plus élevée chez les femmes, celle du saquinavir deux fois plus élevée), mais sait-on si le traitement optimal pour les hommes est le même que pour les femmes ?
- On sait que les femmes ont des cycles hormonaux qui peuvent avoir d'importantes variations, mais que sait-on de l'interaction des antirétroviraux avec les hormones stéroïdiennes, les gonadotrophines, la contraception, les traitements substitutifs de la ménopause ou la grossesse ?
- On sait que les femmes séropositives ont plus de risques de développer des problèmes cardio-vasculaires que les femmes séronégatives, qui bénéficient, elles, d'une protection « naturelle » jusqu'à la ménopause, mais sait-on ce qui explique la perte de cette protection ?
- On sait que le lopinavir provoque chez l'homme une baisse de la libido, mais que sait-on de son influence sur celle des femmes ?
- On sait que la grossesse induit une augmentation du volume du corps, une accélération du débit sanguin, mais que sait-on de l'évolution des médicaments filtrés, métabolisés, éliminés plus vite par les corps des femmes enceintes ?
- On sait que les lipodystrophies « masculinisent » les corps féminins, mais sait-on si une accumulation de graisses au niveau viscéral n'a pas une influence sur la survenue de ménopauses précoces ?

Nous voulons savoir. Pour chaque recherche, une réflexion préalable doit être menée par les promoteursRICES et les investigateursRICES pour alimenter les connaissances encore trop peu nombreuses et très imprécises sur les spécificités féminines dans l'infection à VIH. Cela nécessite : une meilleure collaboration entre chercheurEs, femmes séropositives, associations de malades et pouvoirs publics du domaine de la santé et de la recherche ; une augmentation du nombre de femmes dans les essais : un quart ou un tiers de femmes dans les essais n'est pas suffisant pour que les données soient valides ; des essais qui prennent en compte les questions spécifiques aux corps des femmes. Enfin, à l'issue des essais, les investigateursRICES et promoteursRICES se doivent de prendre en compte les résultats obtenus selon le sexe et de les analyser en conséquence.



Manifestation
journée des Femmes
Mars 2003

Menaces au Sud

Dans certains pays du Sud, la parité est plus qu'atteinte, elle est dépassée. Inégalité devant l'éducation et l'information, domination statutaire des hommes, disparités accrues face aux revenus et à l'emploi, la féminisation de l'épidémie se fait, plus encore au Sud qu'au Nord, sur le lit des inégalités hommes-femmes.



Conférence mondiale à Barcelone.
Manifestation des Femmes. Juillet 2002

Depuis dix ans, des pans entiers de la recherche prennent argument de la domination des femmes : si les femmes « n'arrivent pas à imposer le préservatif », offrons leur de nouvelles technologies. Doit-on se satisfaire de l'idée que la négociation du préservatif avec les hommes a échoué ? Microbicides, prophylaxie pré-exposition, vaccin, ces chantiers de la recherche n'ont encore pas servi les femmes. Voire, ne risquent-elles pas de faire les frais des stratégies les plus récentes de la recherche ?

Au nom des femmes, la recherche sur les microbicides. Au nom de la recherche d'outils de prévention dont les femmes aient la maîtrise (qui ne demandent pas l'assentiment des hommes), des essais scientifiques ont recruté par milliers des femmes du Sud, pour la recherche d'alternatives à l'usage du préservatif. Plus de quinze candidats microbicides sont actuellement à l'étude, dont quatre en phase III, qui incluent environ 30 000 femmes, recrutées en grande majorité dans les pays d'Afrique subsaharienne. L'objectif affiché de ces essais est louable, mais les résultats restent jusqu'à présent peu convaincants : combien de femmes contaminées depuis dix ans au travers de ces protocoles, d'avoir testé des produits d'efficacité aléatoire ou été placées sous placebo ? Combien de femmes aujourd'hui malades pour avoir participé à ces essais, dans des pays où l'accès aux traitements reste rare et la pauvreté constitue une entrave majeure aux soins ?

La circoncision, un danger pour les femmes ? L'OMS et l'ONUSIDA ont recommandé d'élargir l'accès à la circoncision aux pays « connaissant une épidémie hétérosexuelle généralisée ». Ces recommandations s'appuient sur des résultats récents d'essais qui montrent que la circoncision peut réduire le risque de transmission de la femme vers l'homme. Or, si elles rappellent l'importance du préservatif, elles ne posent pas la question de leur impact sur les femmes. A cette date, pourtant, un essai a prouvé la quasi absence d'effets de la circoncision pour les femmes, et un autre a montré une hausse des risques d'infection pour les partenaires dans les semaines qui suivent l'opération. Aujourd'hui, aucune étude comportementale n'a été menée pour vérifier que la promotion de la circoncision n'encourage pas davantage à l'abandon du préservatif, et donc à exposer plus de femmes à des risques de transmission. Ainsi, sur la base de résultats scientifiques qui concernent seulement la moitié de la population mondiale, et sans attendre des données plus complètes sur les femmes, des Agences de santé s'autorisent à promouvoir une mesure qui pourrait aggraver la pandémie chez les femmes. Si la recherche de nouveaux moyens de prévention est indispensable, c'est aujourd'hui une fausse réponse aux problèmes rencontrés par les femmes.

Nous exigeons :

Que tout soit mis en oeuvre pour que l'accès universel au traitement du sida devienne réalité dès 2010, et que l'accès des femmes y soit garanti à l'égal des hommes.

Que les enjeux de genre soient systématiquement rappelés dans la lutte contre le sida : l'inégalité des rapports hommes-femmes, passée sous silence, limite l'efficacité de toute solution technique. Qu'en attendant le développement de moyens de prévention alternatifs, l'usage et la disponibilité des préservatifs soient partout développés et imposés.

Que l'OMS et l'ONUSIDA reviennent sur leurs recommandations tant que des données plus complètes sur l'impact de la circoncision chez les femmes ne sont pas disponibles.

Les femmes encore plus précarisées

Le lien entre précarité et sida est double. D'une part, la précarité fait le lit de l'épidémie en rendant les personnes plus vulnérables à une infection ou à une aggravation de leur état de santé : d'autre part, le sida rend plus précaire.

Ce phénomène est particulièrement frappant si on regarde la situation des femmes séropositives, qui connaissent souvent des conditions de vie précaires. La lecture des résultats de l'enquête Vespa menée par l'ANRS «sida et pauvreté, contribution de la France à la commission et du développement de l'ONU, est particulièrement éclairante :

- 77,8 % des femmes diagnostiquées séropositives entre janvier 2003 et mars 2004 n'exerçaient pas d'activité professionnelle au moment du dépistage, proportion de 43,6% chez les hommes.
- Quand elles exerçaient une activité professionnelle, 2 femmes sur 3 dépistées à cette même période étaient employées ou ouvrières ; cette proportion est de 1 sur 2 chez les hommes.
- Le taux d'activité des femmes vivant avec le VIH est inférieur de 25 % à celui des hommes séropositifs. La proportion d'allocataires du RMI est plus élevée chez les femmes séropositives (30 %) que chez les hommes (21 %).
- 22 % des femmes séropositives élèvent seules un ou plusieurs enfants, ce qui alourdit leurs charges. Seules, les femmes seules élevant leurs enfants sont un des groupes les plus précaires au sein du groupe, déjà précaire, des personnes vivant avec le VIH.

On imagine aisément les conséquences de cette précarité pour se loger, se nourrir, se soigner, vivre.

Une femme séropositive gagne en moyenne 1 361 € quand elle exerce une activité professionnelle (contre 2 127 € en moyenne pour un homme séropositif) ; 761 € quand elle est au chômage (contre 1 073 € pour un homme) ; et 883 € dans les autres cas (contre 1 176 € pour un homme). Les femmes séropositives sont 25 % moins nombreuses que les hommes à exercer une activité professionnelle, le refus d'augmenter les minima sociaux, à commencer par l'AAH, les contraint à la précarité. En France, le revenu salarial d'une femme est de 37 % inférieur à celui d'un homme. Ces données moyennes témoignent d'un écart important, il n'est donc pas étonnant de constater le cumul de cette inégalité avec l'impact du sida sur la vie d'une femme. Il est de la responsabilité des pouvoirs publics : d'augmenter de façon conséquente les montants des minima sociaux, notamment l'AAH et de mener une réelle politique de lutte contre les inégalités de revenus entre les hommes et les femmes.

Une couverture maladie incomplète. Les femmes séropositives doivent en général payer plus pour leurs soins, notamment parce que le suivi gynécologique rentre rarement dans le remboursement à 100 % pourtant prévu par le statut des Affections longues durées (ALD). Cette situation a été aggravée, depuis 5 ans, par l'instauration de nouveaux impôts sur la maladie : le forfait de 1 €, mis en place en 2004, et les franchises médicales récemment votées par le Sénat, et promue par Nicolas Sarkozy et par Roselyne Bachelot-Narquin. En pénalisant les malades dans le cadre de leur accès aux soins, on pénalise encore les femmes qui doivent s'acquitter de frais supplémentaires pour leur suivi gynécologique. Cette situation n'est pas une fatalité, elle est avant tout due à des politiques qui pénalisent les malades, à commencer par les femmes.

Nous exigeons : - la prise en charge à 100 % systématique des examens gynécologiques ;
- l'abrogation du forfait à 1 € et des franchises de 50 centimes.

Etat raciste, Etat machiste

Derrière le discours qui victimise et stigmatise les femmes étrangères séropositives se cache une politique migratoire qui contribue à précariser ces femmes et à propager l'épidémie. Les femmes séropositives étrangères que nous rencontrons chaque semaine à la permanence étrangerEs ne peuvent aujourd'hui ni se soigner, ni vivre correctement avec leurs proches en France.

Triplement minoritaires. Si nous choisissons de parler de femmes étrangères c'est que les désignations de femmes migrantes ou immigrées soulignent la mobilité des personnes, les plaçant dans un entre deux - entre leur pays d'origine et la France - alors que nombre d'entre elles sont en France depuis plusieurs années et que leur contamination et la découverte de leur séropositivité ont eu lieu ici.

De plus, le terme de femmes étrangères met en avant la situation administrative de ces femmes par rapport à l'Etat français et l'on sait que la régularité du séjour est une condition première pour l'accès aux soins, à la prévention et au dépistage. Au titre de la régularisation pour soins, prévue par la législation de 1997, les séropositifVEs étrangerEs qui viennent de pays où les traitements sont inabornables devraient avoir accès à un titre de séjour. Aujourd'hui cette procédure relève de plus en plus du parcours du combattant.

Enfin, même pour les personnes régularisées, la difficulté à obtenir un renouvellement de titre et la multiplication de la délivrance d'infra-titres comme les Autorisations provisoires de séjour (APS) amènent des femmes à perdre leurs droits sociaux, le droit au travail et l'accès aux soins.

Mme C, camerounaise, a découvert sa séropositivité en France. Gravement malade, elle ne peut plus désormais que se déplacer en fauteuil roulant. Depuis trois ans, la Préfecture ne lui délivre que des APS. Elle ne peut donc bénéficier ni de l'Allocation adulte handicapé, ni de la CMU complémentaire. Elle survit en banlieue parisienne grâce à la solidarité de sa communauté qui l'héberge et lui permet de se nourrir. La Préfecture refuse de lui délivrer une carte de séjour car son mari, dont elle est séparée, a fait une demande de titre avec une autre adresse. Ce type de refus de régularisation induit inévitablement une précarisation des personnes et forcément un séjour en France de plus en plus pénible.

En première ligne. Les populations étrangères en France sont parmi les plus touchées par l'épidémie de sida. Les personnes en situation irrégulière bénéficiant de l'Aide médicale d'Etat (AME) sont 19 fois plus touchées par le sida que la population générale (source rapport IGAS/IGF).

Selon l'Institut national de veille sanitaire (INVS), entre 2003 et 2006, parmi les 8 670 découvertes de séropositivité de personnes étrangères ou dont la nationalité n'était pas connue, 4 611 concernaient des femmes, soit plus de 53 % des nouvelles



Manifestation
journée des
Femmes
8 mars 1992

contaminations, et sur le total des découvertes de séropositivité sur la même période toutes nationalités confondues, 30 % concernaient des femmes étrangères.

Les difficultés d'accès au dépistage, particulièrement accrues pour les femmes étrangères, laissent penser que ces chiffres ne rendent pas compte de l'ampleur de l'épidémie dans cette population. La découverte de la séropositivité se fait souvent lors d'une grossesse ou d'un examen médical, rarement lors d'un dépistage.

Mme D, séropositive, gagne plus de 2 000 € par mois. Ses enfants vivent encore au Sénégal. Malgré des revenus jugés importants par la préfecture, ses demandes de regroupement familial sont systématiquement rejetées, raison invoquée : son appartement est trop petit. L'OPAC ne veut pas lui donner un appartement tant que ses enfants ne sont pas effectivement en France. Derrière cette situation absurde, c'est le droit de vivre en famille pour les malades qui est attaqué.

Derrière le Droit, les injustices. Du point de vue du Droit, rien ne distingue les femmes et les hommes séropositif·VEs étranger·Es. Pourtant, dans une période où l'on observe une dégradation de la situation des étranger·Es malades en matière d'accès aux soins et au droit au séjour, les femmes sont incontestablement en première ligne. Les durcissements successifs de la législation sur le regroupement familial, et en dernier lieu, la loi Hortefeux de septembre 2007, touchent tout particulièrement les femmes. En effet, nous avons constaté à la permanence étranger·Es que statiquement ce sont les premières à vouloir vivre avec leurs enfants et à en être empêchées. Vivre seul·Es ou mourir, vivre ici avec des antirétroviraux ou mourir en famille dans leur pays d'origine, l'Etat français les réduit à faire ce sinistre choix. A la permanence étranger·Es d'Act Up-Paris, nous avons rencontrés plusieurs femmes dont l'annonce de la séropositivité a amené à un isolement social très grand et a entraîné une période de grande fragilité psychologique.

Mme K, camerounaise, séropositive, a deux enfants dont un est né en France. Son mari, camerounais, atteint également d'une pathologie chronique grave, a été placé en centre de rétention. Son expulsion a pu être arrêtée in extremis. Mais, l'Administration française avait bien l'intention de laisser cette femme seule avec ses enfants en France, en envoyant son mari dans un pays où il n'aurait pas eu de traitement. C'est la conséquence directe d'une logique cynique et comptable en matière d'expulsion.

Une visibilité ambiguë. Les femmes étrangères séropositives restent en général invisibles. Elles ne correspondent pas aux représentations communément admises du migrant et du séropositif, qui sont des hommes, jeunes. De plus, quand elles sont visibles, c'est souvent dans une posture victimaire qui souligne les multiples dominations qu'elles subissent. Le caractère triplement minoritaire lié au fait d'être femmes, séropositives, et étrangères est indéniable, la réduction de cette population



Manifestation journée des Femmes
8 mars 1992



à sa domination est souvent la justification de l'inaction des pouvoirs publics. Le succès médiatique des thèmes tels que la polygamie ou l'excision – sans nier ces réalités – conduisent à faire du machisme et du sexisme, l'apanage des cultures « non occidentales ». La sexualité des femmes étrangères serait également culturelle, pour ne pas dire étrange, de telle façon que les pouvoirs publics seraient dans l'incapacité de s'investir de ces questions. Derrière les préjugés culturalistes, l'objectif est donc de faire porter la responsabilité de la contamination à la culture d'origine des femmes, tout particulièrement dans le cas des femmes africaines. Pourtant, en maintenant les femmes dans l'irrégularité, en réduisant l'accès aux soins et en confondant prévention et stigmatisation, les autorités françaises sont responsables à part entière de l'épidémie de sida parmi les femmes étrangères.

Mme C, est ivoirienne et a appris sa séropositivité en France. Titulaire d'une APS, elle a laissé ses trois enfants en Côte d'Ivoire, mais ne peut déposer de demande de regroupement familial. Même si elle obtient une carte de séjour, ses revenus seront certainement jugés trop faibles pour que la préfecture l'autorise à faire venir ses enfants. Elle ne peut pas demander de faire dépister ses enfants en Côte d'Ivoire car la stigmatisation des personnes séropositives est encore trop forte pour que cette démarche ne risque pas de les exclure de leur entourage social. Retourner en Côte d'Ivoire, c'est se condamner à vivre sans traitement et risquer de voir son état de santé se dégrader, privant sa famille de moyen de subsistance. Rester ici, c'est vivre seule, loin de ses enfants, sans savoir s'ils sont séropositifs ou non. Cette politique restrictive en matière d'accès au droit au séjour est un des facteurs de propagation de l'épidémie ici et dans les pays d'origine.

Nous exigeons :

- le respect de la loi sur le droit au séjour des malades et la délivrance de véritables titres de séjour, carte de séjour et carte de résident, pour les malades,
- l'abrogation des lois qui empêchent le regroupement familial et la possibilité pour les femmes séropositives de vivre avec leur famille en France.
- des logements et des hébergements d'urgence destinés aux femmes séropositives avec ou sans enfants,
- une prévention ciblée basée sur l'accès au matériel de prévention (préservatifs, Fémidon®, gel), sur l'accès à l'information et sur l'accès aux traitements plutôt que sur un discours stigmatisant et réducteur.



Manifestation journée
des Femmes
8 mars 1992

5 ans de pressions

Le 5 novembre 2007 a marqué le 5^{ème} anniversaire de la Loi pour la sécurité intérieure (LSI) et de la lutte contre la chasse aux prostituéEs et pour l'abrogation de l'article 225-10-1 adopté par le Sénat en 2002.



Rassemblement de soutien aux prostituéEs. Bois de Boulogne février 1992

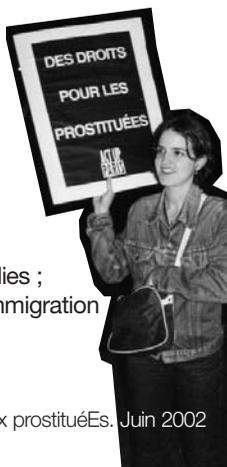
Les associations Cabiria (Lyon) et Grisélidis (Toulouse) viennent de publier un manifeste qui explicite le rôle qu'elles entendent jouer dans la prévention des IST et du VIH, et les moyens qu'elles se donnent pour y parvenir. Avec ce manifeste, l'article 225-10-1 qui prétend protéger les prostituéEs est une nouvelle fois renvoyé à son hypocrisie : aucune augmentation du nombre de condamnation pour traite n'a été constatée et il ne sert en fait qu'à emprisonner les travailleurSEs du sexe, les livrer aux violences policières et les reconduire à la frontière. Cet article de loi rend impossible toutes les stratégies collectives des travailleurSEs du sexe puisqu'il les pousse à la clandestinité et leur oppose la répression. Alors que la LSI prétendait protéger les travailleurSEs du sexe, en réalité elle ne fait que renforcer la précarité des prostituéEs et la stigmatisation liée à leur travail : c'est la loi qui les vulnérabilise ! C'est la loi qui crée le danger, la précarité, et fait ainsi le jeu de l'épidémie.

La situation sanitaire et sociale des prostituéEs est catastrophique.

Alors que les préservatifs sont les outils indispensables au travail et pour la prévention du VIH des travailleurSEs du sexe, ils sont confisqués lors des contrôles de police et considérés comme preuve de « racolage passif ». Les gardes à vue sont autant de temps de travail et de pouvoir économique confisqués par les autorités, on y refuse aussi aux prostituées qui le demandent de l'eau, la possibilité d'aller aux toilettes ou leur traitement médical. Revendiquer ses droits, voir unE médecin ou unE avocatE sont des exigences régulièrement rendu impossible par une garde à vue prolongée, ce qui ne manque pas d'en décourager la demande. Dans ce climat de peur, le temps consacré à négocier la nature du service, les pratiques acceptées ou refusées s'est écourté : il faut faire vite, décider à la sauvette et la négociation du préservatif devient du même coup difficile. Depuis que la police a recours systématiquement au témoignage du client à la sortie des camionnettes pour réprimer a posteriori l'acte de prostitution, il est en position de force pour imposer un chantage, des rapports sexuels non protégés, des tarifs de plus en plus bas. QuelLE travailleurSE du sexe irait porter plainte lorsqu'elle risque la prison et quand on sait que de plus en plus, les policiersEs refusent d'enregistrer les plaintes pour viols ou agressions des prostituéEs ? Un chantage impossible s'exerce sur les prostituéEs étrangerEs : la possible obtention d'un titre de séjour contre la dénonciation d'unE proxénète se fait sans aucune garantie de protection en contrepartie, et n'est accordée qu'à la condamnation effective dudit proxénète.

Act Up-Paris exige :

- que leurs droits de citoyennes soient appliqués ;
- que cessent les harcèlements financiers, moraux et physiques ;
- que les conditions de sécurité et de dignité d'exercice de leur activité soient rétablies ;
- que les prostituées étrangères ne soient plus la cible d'une politique d'immigration discriminatoire ;
- que la Loi pour la sécurité intérieure doit être abrogée immédiatement.



Envie d'en être ?

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



Un bref aperçu de ta vie en quelques dates : J'arrive au monde le 1^{er} février 1962 dans le Nord de la France. En 1985, j'accepte un emploi de modéliste/styliste à Paris et je quitte le Pas-de-Calais. J'apprends ma séropositivité en 1988. En 1994, Patrick, l'homme avec qui j'ai vécu pendant 6 ans, meurt du sida dans le Sud de la France. Je reviens à Paris en 1998. Un de mes frères meurt en 1999 à l'âge de 39 ans et je m'investie à la commission Femmes d'Act Up. En 2002, je quitte définitivement le monde de la mode pour travailler à Act Up. En 2003, pour la commission Traitements & Recherche, je vais à la CROI à Boston et je rencontre Jeff Palmer, un activiste américain qui a une association de lutte contre le sida à Cheyenne dans le Wyoming. En 2004, Jeff et moi on se marie à Paris. Jeff meurt à New York en 2005.

Si ton enfance était un arbre fruitier, ce serait ? Un poirier : mon grand père avait un magnifique verger. Les poires et les pommes qu'il récoltait étaient si bonnes et il y en avait tellement qu'avec mes frères et sœur, ma mère et ma grand-mère, on passait le dimanche à les éplucher pour en faire des conserves.

Quand as-tu entendu parler du sida la première fois ? En 1982/1983. C'était « la maladie des homos et des toxicos ». J'avais un frère et beaucoup d'amis homos, je vivais dans un milieu où nous étions nombreux à prendre des drogues, donc j'en ai sans doute entendu parlé et surtout pris conscience avant pas mal d'hétéros.

Parle-nous de ta vie au moment où tu as appris ta séropositivité : J'ai eu la chance que des femmes se soient battues avant moi pour que notre génération ait eu accès à la pilule dès le début. Tout était simple. J'ai pu vivre ma sexualité en toute liberté. Je faisais beaucoup la fête, j'avais des aventures. L'annonce de ma séropositivité, ce fut un choc, comme si le monde s'écroulait. Je vivais une grande passion avec Patrick. C'est dur pour moi d'en parler car cela mélange cette forme de liberté et l'histoire avec Patrick. Normalement cela ne devait pas arriver, on se protégeait, je savais qu'il était séropositif et puis c'est arrivé quand même.

Comment s'est passée l'annonce de ta séropositivité à ton entourage ? Pendant longtemps je n'ai rien dit à ma famille. Je voulais leur faire gagner quelques années, sans inquiétude. Je me disais qu'il serait bien temps de leur annoncer quand mon état de santé se dégraderait. 5 ans après je l'ai dit à mon frère Bernard (celui qui est mort maintenant) et à une cousine avec qui j'étais très proche. Et à un moment où je n'allais pas bien, elle a téléphoné à mes parents et leur a dit que j'avais besoin d'eux car j'étais séropositive. Le week-end suivant quand je suis allée chez eux, mon père m'en a parlé, je lui ai dit de ne pas s'inquiéter, que j'allais bien. Puis j'ai appelé ma cousine pour lui dire que la vie ce n'était pas comme dans les films, que c'était à moi à leur dire quand je l'avais décidé et avec mes mots.

Et ta mère ? Ma mère c'est compliqué, elle reste toujours très abstraite. Elle n'arrive pas à en parler. Pas parce qu'elle ne veut pas, elle ne peut pas. Elle est comme ça avec elle-même, c'est le genre de femme qui encaisse des trucs très durs, sans jamais se plaindre, alors elle ne comprend pas qu'on puisse se plaindre. Parler de ma mère, ce serait très long.

As-tu déjà souffert de discrimination ? Oui, souvent. Le sida est une maladie sexuellement transmissible, alors la porte est ouverte à toutes les discriminations. Et je suis une femme. Et puis il y a la famille. Seule ma famille proche le sait. Ce sont mes parents qui m'ont demandé de garder le silence avec le reste de la famille et les amis de mes parents. J'ai toujours l'impression d'avoir une double vie. C'est de la discrimination pour moi, car c'est toujours une maladie dont on ne peut pas parler.

Ta première prise d'un traitement antiviral ? C'était en 1995, ça a été l'enfer. Après la mort de Patrick mon médecin a eu peur car mon état de santé s'est dégradé très vite. Et puis à cette époque les recommandations c'était de commencer les traitements très tôt. C'était aussi l'arrivée des trithérapies.

Aujourd'hui quel traitement prends-tu ? Truvada® + Telzir® + Norvir® + Sustiva®. Mais aussi Zélitrex® pour les crises d'herpès. Pravastatine®, Ternormine®, Kardégic® et Plavix® depuis mon infarctus. Clarityne® pour les démangeaisons inexplicables comme une sorte d'allergie. Oméoprazole® pour l'estomac. Un anti-dépresseur depuis 2 ans. Des anti-oxydants et des vitamines pour atténuer la fatigue constante.

Est-ce que tu as souffert d'effets indésirables ? Oui. Le plus persistant, c'est cet état un peu nauséux, les diarrhées, la fatigue, et puis les problèmes de peau (dessèchement, démangeaisons). Et aussi, plus compliqué à gérer, les troubles du sommeil, les nuits très agitées, avec beaucoup de cauchemars. Les troubles lipidiques qui ont provoqué un infarctus. Ce qui m'oblige maintenant à faire très attention à mon hygiène de vie. Et puis, surtout les lipodystrophies, la transformation de mon corps.

Comment sont apparus ces changements ? Dans les six mois qui ont suivi la trithérapie, en 1996/97, j'ai commencé à prendre du poids, mais de manière incontrôlable. C'est-à-dire, en ayant la même hygiène de vie qu'avant, j'ai pris 10 kilos en six mois. J'ai vu une diététicienne, elle m'a conseillé un régime, mais rien n'y a fait. Il y a aussi le corps qui se transforme, c'est-à-dire que j'ai grossi au niveau du tronc, ma taille a disparu. Ces changements, je pense vraiment que c'est lié à des dérèglements hormonaux générés directement par les antirétroviraux. Là, on rentre directement dans l'inégalité hommes/femmes dans la recherche. On ne nous interroge pas sur ces choses-là. Il n'y a pas d'essais spécifiques pour les femmes. Alors nous les femmes, nous savons que quelque

chose ne va pas, mais que nous n'avons pas réellement de réponses à nos questions.

Tu annonces tout de suite ta séropositivité lors de tes émois sexuels ? Oui. Beaucoup d'hétéros se sentent, encore aujourd'hui, tellement loin de tout ça. Quand on voit le nombre d'hommes de ma génération, qui ne savent toujours pas se servir d'une capote, ça ne trompe pas. Je me dis que comme ça ils sauront que ça existe, que ça concerne tout le monde.

Au jour le jour, c'est quoi d'être séropositive ? C'est la mort, toutes les personnes qui ont compté pour moi et qui ne sont plus là. C'est les médicaments, toujours et toujours. C'est se battre encore contre tellement de choses. Cette maladie est vraiment perverse. C'est se battre aussi pour que les femmes n'aient plus honte, et leur famille non plus ; se battre pour que les hétérosexuels admettent que cette maladie existe ; se battre pour que les spécificités des femmes face à cette maladie soient regardées par les médecins, la recherche et les laboratoires ; se battre pour que l'image de la femme séropositive ne soit pas uniquement celle d'une femme black et immigrée pour encore mieux la discriminer.

Comment se déroulent tes relations avec le monde médical ? Je dirais que maintenant ça va. J'ai mon infectiologue à l'hôpital, depuis 20 ans, je connais ses limites et mes limites face à lui. Et j'ai mon médecin traitant, qui est ma gynécologue aussi. Elle connaît très bien le VIH, et je sais que je peux toujours compter sur elle. Le plus compliqué c'est avec la cardiologue, mais c'est une longue histoire.

Comment vois-tu l'avenir moléculaire ? Il y a beaucoup de progrès et il y en aura encore beaucoup, mais ce virus est pervers, et il y a les effets indésirables. Je me demande combien d'années notre corps pourra supporter ces médicaments et cette bataille contre le virus.

Comment vis-tu ? Je n'ai pas à me plaindre. Quand je vois tout ce qui se passe autour de moi. Tous ces séropositifEs qui sont vraiment malades et fatigués, qui n'ont plus beaucoup de solutions thérapeutiques, qui vivent dans des conditions sociales abominables, qui vivent dans un pays où ils et elles ne peuvent même pas se soigner, qui viennent en France et quittent tout pour vivre et que l'on traite comme des chiens. Quand je regarde autour de moi, je ne suis pas capable de me plaindre.

Et donc toi ? En ce moment ma vie est bien remplie par mon poste de coordinatrice pour la préparation du colloque Femmes & VIH. Ce travail est dur, mais c'est enrichissant, je travaille avec des gens géniaux de la lutte contre le sida qui sont, pour beaucoup, des amis. Je n'ai pas d'amoureux et je n'en ai pas envie. Depuis deux ans, je n'ai absolument aucune envie et aucun désir d'avoir une vie affective. J'ai mes souvenirs et c'est très bien comme ça.

Dans dix ans, tu te vois comment ? Comme je le disais tout à l'heure, je ne sais pas si mon corps sera capable de supporter longtemps les effets de la maladie et des médicaments. Si oui, j'espère que j'aurais encore le courage de me battre pour les autres et avec les autres.

Si tu devais changer quelque chose dans ta vie ce serait quoi ? J'aimerais que Jeff soit toujours avec moi, ici. Son calme, son soutien et son énergie, m'endormir dans ses bras, tout ça me manque. Pour l'organisation du colloque je sais qu'il aurait été un formidable allié.

Que dirais-tu à unE séroneg sur le fait d'être séropo ? C'est avoir peur de la moindre défaillance physique, avoir tiré un trait sur beaucoup de choses dans sa vie. C'est aussi être dans la lutte, et cela m'a permis de rencontrer plein de gens merveilleux à Act Up-Paris.

Chaque mercredi Act Up tient une permanence des droits sociaux (PDS) et accueillent des séropositifs embourbés dans des situations abérantes. Cette rubrique est une sorte de baromètre social des séropositifs.

Revenus du travail et AAH :

M. X est intermittent du spectacle et séropositif depuis de nombreuses années. Il a toujours travaillé. Fin 2006, fatigué, épuisé, son médecin traitant lui remplit un dossier MDPH (Maison départementale des personnes handicapées), mais sans attendre les délibérations, et à bout de force, M. X ne peut poursuivre son travail. Il obtient en mars 2007 un taux d'invalidité compris entre 50 et 79 % ainsi que l'AAH. Malheureusement, et selon les critères retenus par la CAF, M. X ne percevra son AAH qu'à partir de janvier 2008 et se retrouve jusque-là avec le RMI pour seule ressource. La CAF se base sur les ressources de l'année de référence, soit 2006, qui fut une année travaillée pour M. X. Nous accompagnons beaucoup de personnes avec des dossiers similaires : une AAH octroyée administrativement et un versement qui ne se fait pas, car les revenus perçus dépassent le plafond de l'AAH.

Macabre coïncidence

M. C est venu nous voir pour la première fois à la PDS en février 2007. Séropositif et atteint d'un cancer, il nous a sollicité pour l'aider dans ses démarches auprès de la MDPH afin de faire sa demande de carte d'invalidité et d'AAH. Nous lui avons apporté les informations qu'il devait connaître sur la manière de bien faire remplir son dossier médical. Au regard de ses pathologies précédentes, et du fait qu'il connaît bien son médecin traitant (qui le suit depuis nombre d'années) il était confiant sur la manière dont le volet médical serait rempli par son médecin. De plus, son état de santé ne fait aucun doute quant à la justification de sa demande, le cancer pour lequel il a déjà été traité, nécessite une nouvelle hospitalisation au mois d'avril. Nous ne le reverrons qu'en juin après son opération. Son meilleur ami nous apprendra entre-temps que le rendez-vous avec son médecin traitant s'est mal passé, que M. C se

sentant trahi, s'est totalement renfermé sur lui-même. Lors de notre rencontre en juin, M. C nous apporte son dossier médical rempli par son médecin. Le constat est accablant : le dossier médical est pratiquement vide et, en l'état, le dossier ne passera jamais. Nous l'invitons à retourner voir son médecin pour qu'il lui explique que le volet médical doit être exhaustif et qu'il détaille, au minimum tous les effets secondaires dont il souffre. Le rendez-vous se termine mais nous sentons bien qu'il ne reviendra pas. Octobre 2007 : nous apprenons que M. C s'est suicidé après avoir appris que son cancer était de nouveau actif et qu'il devait être hospitalisé rapidement. Nous nous interrogeons : jusqu'à quel point le comportement de ce médecin a conduit à la totale perte de confiance en soi de ce malade ? Perte de confiance en son médecin qui le laisse face à un avenir thérapeutique devenu inconnu, incertain et même hostile, le conduisant vers cet ultime acte désespéré.

Pressions financières

M. L a découvert sa séropositivité en 1998, suite à un malaise au travail. Hospitalisé en urgence, il se bat contre la maladie depuis de nombreuses années, il est actuellement sous multithérapie. Nous le suivons dans le cadre de la PDS depuis 2002 et avons participé à son relogement grâce au dispositif de la PILS. Il nous a recontactés dernièrement pour des démarches concernant la redevance télé et la taxe d'habitation. M. L vit d'une pension d'invalidité et d'un complément FSL (fonds de solidarité logement) ; il est reconnu en invalidité à 80 % et bénéficie de diverses aides de prestation de compensation. M. L nous a appris qu'il avait attenté à ses jours, voulant en finir de tout en se jetant sous une rame de métro. Ce n'est pas son combat contre la maladie qui a motivé son geste, mais ses problèmes financiers et les difficultés à faire face aux charges de la vie quotidienne. De plus en plus de malades relatent cette détresse sociale. Combien de malades séropositifs font une tentative de suicide ? La tendance est-elle en augmentation ? Il serait temps que les pouvoirs publics se penchent sur cette question, plutôt que d'élaborer des lois qui surchargeront encore la barque des plus défavorisés, tant financièrement que moralement.

Cet état de fait n'est pas une fatalité. Rejoignez Act Up-Paris. TouTEs ensemble nous nous retrouvons le mardi soir à 19h30 à l'Ecole des Beaux Arts, 14 rue Bonaparte, Paris VI^{ème} et pour faire avancer des dossiers sociaux, le mercredi à 12h au local d'Act Up-Paris.

8 ans pour que l'OPAC découvre le PaCS

Alors que la loi sur le PaCS a été initiée afin de garantir un toit au conjoint d'un mort du sida, pour l'Office Public d'Aménagement et de Construction de Paris (OPAC), jusqu'au 1^{er} octobre 2007, un couple homosexuel pacsé ne pouvait inscrire deux noms sur un même bail.

Fin septembre, un couple gay, pacsé, suivi par la Permanence Droits Sociaux et inscrit depuis mars 2005 dans le cadre de la PILS (Plateforme interassociative du logement sida), s'est vu attribuer un logement dans le 17^{ème} arrondissement de Paris mais s'est vu aussi refuser la signature du bail aux deux noms des futurs locataires. Alerté par ce couple, nous avons contacté l'antenne de l'OPAC du 17^{ème} qui dans un premier temps, a confirmé que l'OPAC et la SAGI (Société Anonyme de Gestion Immobilière) n'étaient pas tenus de mettre les deux noms des pacsés sur le bail et que telle était également la politique générale des autres bailleurs sociaux.

Après demande de clarification auprès du siège de l'OPAC sur ces pratiques discriminatoires, l'antenne du 17^{ème} nous a annoncé très sérieusement que le règlement venait juste de changer et qu'elle n'était pas au courant de la directive du 1^{er} octobre 2007 autorisant à porter sur le bail les deux noms des pacsés.

Il aura fallu 8 ans à l'OPAC pour appliquer les dispositions de la loi sur le PaCS. Combien de couples pacsés dans cet intervalle se sont vus refuser l'apposition de leurs deux noms inscrits sur leur bail ? Combien d'autres bailleurs sociaux pratiquent encore de telles discriminations ? Combien de personnes ont été expulsées à la mort de leur copacsés ? Nous sommes révoltés d'un tel mépris pour une loi qui a précisément été pensée pour éviter que des homosexuels se fassent expulser du logement qu'ils occupaient avec leur conjoint mort du sida, parce que leur couple n'avait aucune existence, ni sociale, ni légale.

Act Up-Paris exige que :

- l'OPAC de Paris rende publiquement des comptes sur les procédures discriminatoires dont les malades du sida demandeurs de logements sociaux ont été victimes et qui le sont encore (dans certains arrondissements) ;
- l'OPAC de Paris rende public le nombre de couples pacsés dont l'inscription des deux noms sur le bail a été refusée ;
- la SAGI et tous les bailleurs sociaux clarifient leur position en nous prouvant qu'ils signent bien les baux aux noms des deux partenaires d'un PaCS.

APPEL À TEMOIGNAGES

Si vous êtes pacsés et que vous avez été contraintE de n'indiquer sur le bail de votre logement social qu'un seul nom, contactez-nous afin de recenser les pratiques discriminantes de l'OPAC et de tout autre bailleur social.

Un bon rapport ! Un rapport de plus !?

Le contexte sanitaire des prisons est connu ou presque. De nombreux rapports ont dénoncé la surpopulation carcérale, l'insalubrité, l'insuffisance dans l'accès aux droits et aux soins. La Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Ile-de-France (DRASSIF) a néanmoins estimé qu'il était nécessaire de réaliser un état des lieux de la prise en charge du VIH, des hépatites et des IST dans les 10 prisons de sa région.

Des associations de lutte contre le sida et les hépatites et des associations de prisonnierEs ont été conviées à participer à l'élaboration d'un rapport dans le cadre d'un groupe de travail multidisciplinaire regroupant les médecins exerçant dans les unités de consultations et de soins ambulatoire (UCSA) et des représentantEs des ministères de la Justice et de la Santé. L'état des lieux a été réalisé à partir d'un questionnaire envoyé aux UCSA franciliennes. Les données recueillies sont partielles du fait du manque d'informatisation des UCSA.

Dépistage

Conformément aux textes, tous les centres de détention interrogés proposent systématiquement un dépistage du VIH et des hépatites lors de la visite médicale obligatoire à l'entrée en détention. Par contre, seuls 7 d'entre eux offrent un dépistage de la syphilis et aucun ne propose le dépistage des autres IST. En cas de refus de dépistage à l'entrée, contrairement à ce que recommande le rapport d'expertEs VIH 2006, seuls 6 établissements renouvellent l'offre. Peu de vaccinations contre le VHB sont proposées et réalisées. Selon certains médecins d'UCSA, le financement de ces vaccins sur le budget hospitalier peut être un frein à une offre plus large.

Prévention et réduction des risques

En l'absence de programme d'échange de seringues, la mise à disposition d'eau de javel est essentielle pour réduire les risques de transmission du VIH pour les usagerEs de drogues qui consomment des stupéfiants en détention. L'eau de javel est généralement fournie par l'Administration pénitentiaire dès l'entrée en détention. Mais, seul 3 établissements assurent systématiquement tous les 15 jours le renouvellement de l'eau de javel. Dans les autres centres, le renouvellement se fait sur demande des détenuEs. L'accès aux préservatifs masculins se fait essentiellement dans le cabinet médical ou à l'infirmerie alors qu'il faudrait multiplier les points d'accès pour que les détenuEs ne sentent pas épier quand ils ou elles en prennent. Lors des réunions de travail, certainsEs médecins ont précisé que les préservatifs n'étaient pas systématiquement distribués avec du gel à base d'eau « *pour cause du manque de compatibilité dans les dates de péremptions entre préservatifs et gel* ».

Accessibilité au Traitement Post Exposition (TPE)

Seuls 4 établissements ont fait parvenir des données relatives au TPE. Selon les prisons les mises sous TPE varient entre 0 à 4 par année, ce qui est étonnamment faible. Dans ces cas, les TPE ont été utilisés uniquement lors de graves expositions au sang (bagarre ou viol). Parmi les freins dans l'accès au TPE, notons les résistances à aborder le thème de la sexualité en détention, qu'elle soit consentie, subie ou négociée, le fait que les demandes doivent passer par les surveillantEs (au mépris du secret médical) et les horaires restreints d'ouverture des UCSA.

Consultations VIH et hépatites

L'accès aux consultations d'infectiologie et de gastro-entérologie (pour le suivi des hépatites) semble globalement adapté. Par contre seule la prison de la Santé propose une consultation commune infectiologie/gastro-entérologie pour les personnes co-infectées alors qu'un tiers des séropositifEs incarcéréEs sont aussi porteurSEs du VHC. Pour les porteurSEs d'une hépatite C et traitéEs par interféron, l'accès à une consultation psychiatrique est très variable. Pourtant, l'accompagnement psychiatrique des personnes sous interféron est très important puisque les effets indésirables les plus courants de ce traitement sont des crises d'irritabilité et de grave dépression qui peuvent amener à des mesures disciplinaires en cas de conflits ou de tentatives de suicide.

Examens nécessaires à la prise en charge des hépatites

Les situations sont hétérogènes d'un site à l'autre, notamment pour l'évaluation de l'avancée des dégâts des hépatites sur le foie par la fibrose. L'accès à la biopsie hépatique, examen de référence pour l'évaluation des fibroses, est très inégal. La biopsie est peu proposée, et dans tous les cas, elle doit se faire à l'hôpital de rattachement de l'UCSA avec toutes les mesures sécuritaires que cela entraîne : menottes et présence des surveillantEs lors des examens. Les examens non invasifs, qui sont des alternatives à la biopsie, sont pour certains d'entre eux plus accessibles. C'est le cas du Fibrotest® qui est disponible dans l'ensemble des UCSA. Par contre aucun site ne propose de Fibroscan® alors que cet examen, complémentaire du précédent est accessible et couramment utilisé à l'extérieur. Pour pallier au manque de moyens qui réduisent l'accès à ces examens deux centres se font financer par l'industrie pharmaceutique.

Préparation à la sortie et manque de coordination entre le milieu libre et la prison

Un tiers des sorties de prison est inopiné, il est donc difficile d'anticiper et de préparer la sortie des détenuEs malades afin d'organiser leur prise en charge médicale à l'extérieur. Si les 10 centres remettent un compte-rendu médical à la personne libérée, seuls 6 d'entre eux l'envoient aussi au médecin traitant. Par ailleurs, une attestation de carte vitale est fournie aux sortantEs dans seulement 3 établissements. Toutes les UCSA remettent une ordonnance avec une prescription pour les 48 heures suivant la libération. Il existe deux dispositifs à Osny et la Santé qui améliorent la continuité de la prise en charge à la sortie en permettant à l'UCSA en accord avec le patient de prendre rendez-vous avec le médecin de l'hôpital de référence. Concernant l'ouverture aux droits sociaux comme l'ALD, la CMU, les équipes se plaignent de procédures trop contraignantes et insistent sur le problème de la domiciliation. Il existe des pistes intéressantes comme à la Santé, où l'assistante sociale de l'UCSA assure également une présence à la permanence d'accès aux soins de santé à Cochin. Par ailleurs, Fleury et la CPAM de l'Essonne ont entrepris un travail commun concernant la couverture sociale.

Ce nouvel état des lieux ne fait que confirmer l'inégalité de l'accès au soin entre milieu libre et fermé en Ile-de-France. On peut s'interroger sur l'intérêt d'un rapport de plus sur la santé en détention alors que les conclusions sont déjà connues. Cependant, son approche locale permet de cibler les manques et les besoins de manière plus précise et d'y remédier en harmonisant vers le haut la prise en charge médicale et sociale. Encore faut-il que ce constat soit accompagné de réels moyens financiers et humains. Il convient dès à présent d'instaurer un calendrier de travail avec les partenaires locaux et nationaux pour mettre en place les diverses propositions inscrites dans cet état des lieux pour que celui-ci ne reste pas, une fois de plus, lettre morte.

Une logique comptable et mortelle

En proposant la baisse des crédits destinés à la lutte contre le sida au Sud, Eric Woerth veut retirer les traitements à 7 000 malades du sida, les condamnant ainsi à une mort certaine. Le Président et l'Assemblée doivent l'en empêcher

Le 14 novembre 2007, Act Up-Paris, Aides, Médecins du Monde, Sidaction, Solidarité Sida et Solthis obtenaient la confirmation officielle qu'Eric Woerth, ministre du Budget, avait inscrit dans sa proposition de budget 2008 une baisse de 7 % de la contribution française au Fonds mondial contre le sida, le paludisme et la tuberculose. Eric Woerth propose en effet que cette contribution passe de 300 millions d'euros en 2007 à 280 millions d'euros en 2008.

Entre fausses promesses et vrais mensonges. Cette proposition est en contradiction avec l'annonce de Jean-Marie Bockel, secrétaire d'Etat à la Coopération, durant la réunion du 18 septembre 2007 de la Plateforme sida du Ministère des Affaires étrangères. Jean-Marie Bockel avait effectivement annoncé aux associations de lutte contre le sida que la contribution française au Fonds mondial allait être maintenue à 300 millions annuels pour 2008, 2009 et 2010 - une somme déjà largement inférieure aux besoins. En réponse à notre communiqué de presse Eric Woerth justifiait à l'AFP cette diminution : « *les décaissements du Fonds sont bien inférieurs à ses engagements* », et avançait les chiffres de 5 milliards de décaissement à la fin 2007 pour 8 milliards d'engagements. Sur le plan comptable, la réponse du ministre du Budget est absurde. Les engagements du Fonds mondial sont des promesses faites aux pays pauvres de financer pour 5 ans leurs programmes de lutte contre le sida. Ainsi, lorsque le Fonds engage 1 milliard d'euros, cela correspond à 5 futurs décaissements de 200 millions d'euros chacun.

Le ministère de l'Immigration condamne à mort un malade en l'expulsant en Géorgie

M. P, séropositif au VIH sous traitement, s'est retrouvé au centre de rétention de Metz, en attente d'expulsion vers la Géorgie, pays où l'offre de soins est officiellement insuffisante et où l'accès effectif au traitement est impossible pour la majorité des malades. Alerté de sa situation, le cabinet du ministre de « l'Immigration, de l'intégration, de l'identité nationale et du codéveloppement » n'a rien fait pour empêcher son expulsion. Pourtant, au mois de septembre dernier, le directeur de ce même cabinet s'engageait auprès des associations de malades Act Up-Paris et Aides et de la Cimade, à ce qu'aucunE étrangerE séropositifVE ne soit expulséE vers un pays où les traitements ne sont pas accessibles, et ce, conformément à la loi. Malgré l'intervention du président de Aides auprès de la direction du cabinet, le ministère confirmait son intention de poursuivre la procédure d'expulsion de M. P. Ce n'est que grâce aux pressions que nous avons exercé sur le ministère que finalement M. P a pu être libéré du centre de rétention, assigné à résidence et relogé provisoirement dans un foyer. Sa présence sur le sol français malgré la législation sur les étrangerEs lui a valu une invitation à quitter le territoire, que nous essayons de faire annuler auprès des services compétents. La politique du chiffre de ce ministère de l'Immigration, tout en bafouant la loi, des étrangerEs malade du sida. Act Up-Paris exige qu'aucunE malade ne soit placéE en rétention, ni expulséE vers un pays où les traitements ne sont pas effectivement accessibles.

Que valent les engagements présidentiels ? La France et le reste du Conseil d'administration du Fonds mondial ont décidé en avril 2007 qu'en 2008, le Fonds devra financer des programmes anti-pandémies à hauteur de 2 milliards de dollars. Cela signifie qu'en 2008 le Fonds devra engager 2 milliards de dollars supplémentaires, dont le versement aux pays pauvres sera étalé sur les 5 années suivantes. Le Fonds ne pourra émettre cet engagement de 2 milliards de dollars auprès des pauvres qu'à la condition d'avoir reçu des pays riches, pour l'année 2008, des engagements envers le Fonds totalisant 2 milliards de dollars.

Si la France baisse son engagement 2008 par rapport à son engagement 2007, alors non seulement le Fonds ne pourra pas financer de nouveaux programmes, mais même la continuation des programmes actuellement financés par la France - ceux à travers lesquels la France traite 100 000 séropositifEs dans le monde - sera compromis. Une coupe budgétaire de 7 % revient donc à priver de traitements 7 000 malades, et dès lors à les condamner à une mort rapide.

La France compte ses sous, l'Afrique compte ses mortEs. Les syllogismes comptables du ministre n'y changeront rien : en diminuant la contribution française 2008 au Fonds mondial, Eric Woerth se rendrait responsable de la mort de 7 000 malades du sida actuellement en vie grâce au soutien de la France à travers le Fonds mondial. Nicolas Sarkozy avait déclaré le 7 juin, au sommet du G8, « *Je me suis engagé sur l'accès universel au traitement du sida en 2010* ». Or, en novembre 2007, 70 % des malades du sida n'ont toujours pas accès au traitement, alors que seulEs 30 % sont soignéEs. L'accès universel auquel s'est engagé le Président implique donc un triplement de l'accès en trois ans. Ce triplement de vies sauvées nécessite bien évidemment, en regard, un triplement des financements. Nicolas Sarkozy s'était aussi exprimé sur ce point durant le G8 : « *La France finance 10 % du total des dépenses du Fonds sida/paludisme/tuberculose. Nous sommes prêts à faire davantage* ». »

C'est pourquoi Nicolas Sarkozy ne peut aujourd'hui laisser Eric Woerth abandonner à la mort ces 7 000 malades du sida. Nous appelons Nicolas Sarkozy à bloquer la coupe budgétaire de Jean-Marie Woerth, et l'Assemblée Nationale à amender en conséquence la proposition de budget 2008.

Baisse en trompe l'œil des contaminations

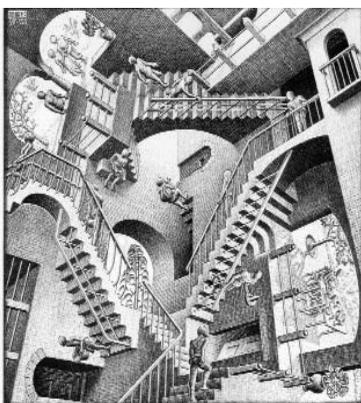
Exigée dès 1998 par les associations de lutte contre le sida, Act Up-Paris en tête, pour disposer d'un moyen efficace pour suivre l'évolution des contaminations en France, la Déclaration obligatoire de séropositivité (DO) n'a été mise en place qu'en 2003. Les résultats qui viennent de paraître nous laisse perplexes.

L'ancien système de surveillance, issu de rétrocalculs à partir du nombre de nouveaux cas de sida, ne permettait plus, avec l'arrivée des trithérapies, de donner une idée juste de l'évolution des contaminations. Trois ans après son entrée en application, la déclaration obligatoire de séropositivité permet aujourd'hui de disposer d'un recul suffisant pour fournir des éléments sur l'évolution des nouveaux diagnostics de séropositivité en France. En 2006, l'estimation du nombre de nouveaux diagnostics de séropositivité est de 6 300 cas. Ce chiffre est issu d'un ajustement qui prend en compte les délais de déclaration et une sous-déclaration estimée à 36 %. Rapportée à l'estimation de l'année dernière (6 700), l'InVS conclue à une légère diminution du nombre de nouveaux diagnostics.

Des femmes. Mais cette diminution des nouveaux diagnostics varie en fonction des groupes de population. Elle est particulièrement sensible chez les femmes hétérosexuelles étrangères et confirme en ce sens la baisse amorcée l'année dernière. Cette évolution est peut-être le résultat des campagnes menées en direction de ces populations. Les données de l'InVS continuent toutefois de mettre en évidence une transmission active du VIH parmi les

étrangerEs sur le territoire national.

Et des hommes. En revanche, le nombre de nouveaux diagnostics chez les homos reste stable. Le pourcentage d'hommes diagnostiqués séropositifs passe de 58 % en 2003 à 64 % en 2006 principalement à cause de l'augmentation de la part des homosexuels dans les nouveaux qui s'élève à 37 % en 2006. Le nombre de nouveaux diagnostics chez les femmes reste plus élevé que chez les hommes hétérosexuels.



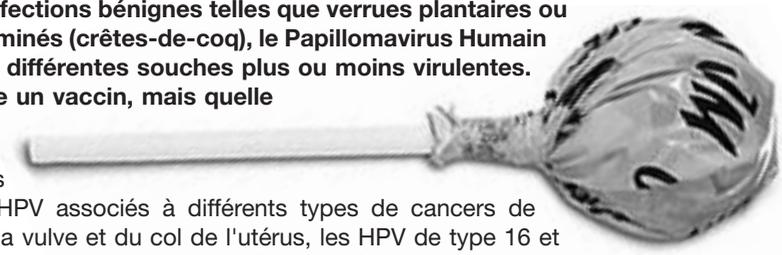
Dépistage. Les données issues de la déclaration obligatoire des cas de séropositivité reflètent en grande partie le recours au dépistage. Aussi, l'InVS attend des données comparables pour pouvoir conclure sur la baisse des nouveaux diagnostics et alerte d'ores et déjà sur la nécessité de confronter ces données à celles issues des enquêtes

comportementales. En l'absence d'information précise sur le dépistage, il reste difficile d'interpréter cette diminution du nombre de nouveaux diagnostics d'autant qu'on ne peut exclure l'effet des politiques qui condamne les étrangerEs à la clandestinité.

Quoiqu'il en soit, les nouveaux diagnostics dans la population homosexuelle ne diminuent pas et restent stables après une augmentation continue entre 2003 et 2005 dans un contexte d'accroissement des comportements à risque. Les diagnostics très précoces augmentent chez les homos (37 % en 2003 à 47 %) ce qui suggère que la dynamique de l'épidémie y reste forte. Les homosexuels sont 70 fois plus touchés que le reste de la population.

HPV : fellation, cancers et vaccins

S'il est la cause d'infections bénignes telles que verrues plantaires ou de condylomes acuminés (crêtes-de-coq), le Papillomavirus Humain (HPV) se décline en différentes souches plus ou moins virulentes. Aujourd'hui, il existe un vaccin, mais quelle est son action ?

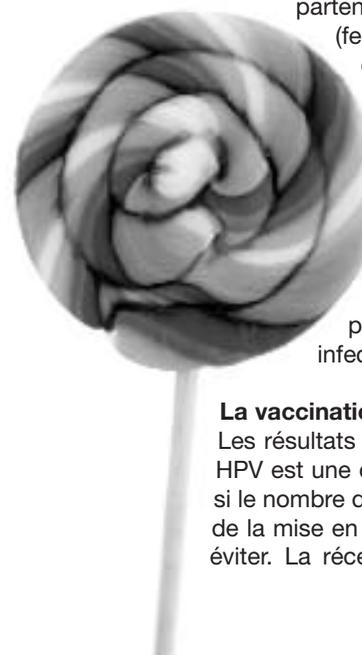


On a identifié plus d'une douzaine de HPV associés à différents types de cancers de l'anus, du pénis, de la vulve et du col de l'utérus, les HPV de type 16 et 18 étant les plus agressifs, et peuvent aussi être liées à l'apparition de cancers.

Fellation et HPV : un risque aggravé de cancer de la gorge.

Cependant, le potentiel oncogène (cancérogène) des papillomavirus ne se limiterait pas uniquement aux cancers génitaux : une récente étude américaine, parue dans le *New England Journal of Medicine* le 10 mai 2007, indique que les HPV pourraient également être associés à l'apparition de certaines tumeurs cancéreuses au niveau de la gorge (oropharynx). Cette étude, dirigée par le D^r Maura Gillison de l'Université John Hopkins (Baltimore, Etats-Unis), suggère de plus que les personnes qui ont des rapports bucco-génitaux avec plus de cinq partenaires dans leur existence, ont un risque de cancer de la gorge bien plus élevé que celles qui n'ont pas ce type de rapports.

Les chercheurs ont ainsi collecté des échantillons de salive et de sang de 100 hommes et femmes chez qui venait d'être diagnostiquéES pour un cancer de l'oropharynx, ainsi que ceux de 200 hommes et femmes en bonne santé. Toutes les personnes ont communiqué des informations sur leur vie sexuelle, y compris sur le nombre de partenaires avec qui elles avaient eu des rapports bucco-génitaux (fellation ou cunnilingus). Après avoir pris en compte les facteurs de risque de développement du cancer de la gorge (consommation d'alcool et tabagisme), l'analyse des données a révélé que les personnes infectées par le HPV de type 16 avaient plus de risque de développer un cancer de l'oropharynx ('odds ratio' de 32), alors que l'alcool ou le tabac seul présente moins de risque ('odds ratio' d'environ 3). L'association entre des relations bucco-génitales non protégées et le développement d'un cancer de l'oropharynx est de plus en plus nettement marquée lorsque le nombre de partenaires augmente et ce d'autant plus si la personne est infectée par le HPV de type 16.



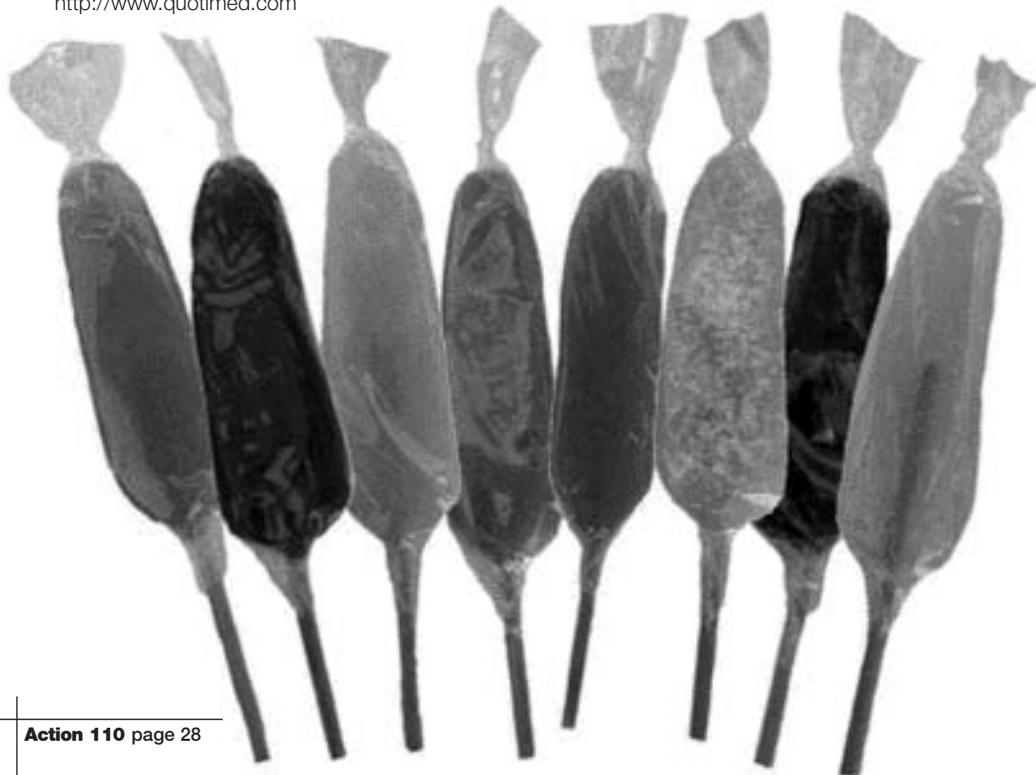
La vaccination comme solution ?

Les résultats de la précédente étude montrent que l'infection buccale par le HPV est une des causes possibles de certains cancers de la bouche. Même si le nombre de cas reste faible, on peut une fois de plus se poser la question de la mise en place d'une vaccination généralisée contre les HPV afin de les éviter. La récente mise sur le marché français de deux vaccins préventifs

contre certains papillomavirus et visant principalement les jeunes filles de 12-13 ans, soit avant l'âge des premiers rapports sexuels, a pour objectif principal la prévention à long terme du cancer du col utérin. Les deux vaccins disponibles sont composés de pseudo-particules virales des HPV de type 16 et 18 pour le Cervarix® (laboratoire GSK) et 16, 18, 6 et 11 pour le Gardasil® (laboratoires Merck & Co). Lors du 47^{ème} congrès ICCAC (*Inter-science Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy*) qui s'est tenu à Chicago, il a été révélé une efficacité croisée contre d'autres souches que celles contenues dans le vaccin, ce qui renforce l'intérêt de ces vaccins pour prévenir les cancers du col associés à de multiples types de HPV (mais majoritairement les types à haut risque 16 et 18). La prévention du cancer du col de l'utérus par dépistage (frottis) reste une procédure très efficace et la vaccination ne concerne que les jeunes filles et femmes non encore infectées. L'élargissement de la vaccination pour prévenir l'infection par HPV dans la population masculine peut néanmoins s'avérer importante en raison du réservoir potentiel que les hommes constituent pour les HPV. Qu'il s'agisse d'hommes ou femmes, aucune étude n'a exploré la possibilité d'une protection contre le cancer de la gorge par les vaccins anti-HPV préventifs disponibles. CertainEs expertEs ont déclaré que la mise en évidence d'une association entre HPV et certains cancers de l'oropharynx plaiderait en faveur d'une vaccination anti-HPV élargie aux hommes. En attendant, la meilleure barrière contre ces virus reste encore l'utilisation du préservatif et du carré de latex pour la fellation et le cunnilingus.

Sources :

www.academie-medicine.fr/sites_thematiques/vaccination/begue_rapp_27mars_2007.htm
<http://www.quotimed.com>



Sex, drug and... sex, c'est la fête !

La période des fêtes commence et avec elle les repas entre copains/copines, les sorties nocturnes et de nombreuses occasions de s'évader psycho-activement ou sexuellement. Mais quand on vit avec le VIH, des informations sont importantes à connaître. Entre la consommation de produits illicites et/ou de produits améliorant les performances sexuelles de certains, les interactions avec les antirétroviraux restent peu connues mais existent.

La séropositivité entraîne, très souvent, des difficultés d'ordre sexuel ; impuissance, sécheresses vaginales, etc. Les produits tels que le Viagra®, le Cialis® ou le Levitra® sont-ils compatibles avec les traitements contre le sida ? Quelles sont les conséquences de la séropositivité et des traitements sur la sexualité ? Et qu'en est-il spécifiquement chez les femmes ? Quant à la prise de drogues récréatives avec d'autres traitements, quelle est leur compatibilité avec les traitements contre le sida ? Quelles sont les précautions d'usage à connaître ? Et quels sont les problèmes spécifiques rencontrés par les femmes ?

Les produits psychoactifs étant des produits illicites, aucune étude officielle ne peut être réalisée, mais des professionnelLEs qui se sont intéresséES à ce sujet seront là pour répondre à nos questions avec le savoir empirique qu'ils et elles ont accumulé. Nous ne dérogeons pas à la loi du 31 décembre 1970, notre objectif n'est pas de promouvoir les produits stupéfiants mais de déterminer leurs interactions avec la pathologie VIH et ses traitements.

Par cette RéPI, Act Up-Paris souhaite ouvrir un débat et pourquoi pas à partir de cet état des lieux, bâtir peut être des revendications. DifférentEs invitéEs interviendront :

- Jimmy Kempfer, ancien responsable de TRENDT (Tendances Récentes Et Nouvelles Drogues), nous parlera des produits psychoactifs qui circulent actuellement ;
- le Docteur Patrick Beauverie, pharmacologue et chef de service à l'hôpital Paul Guiraud de Villejuif, interagira avec ce qui viendra d'être présenté pour faire la connexion avec le savoir pharmacologique ;
- le Professeur Jean-Marc Treluyer, pharmacologue aux hôpitaux Saint-Vincent de Paul et Cochin, nous éclairera sur les interactions entre traitements de la défaillance sexuelle et antirétroviraux ;
- unE dernierE intervenantE, nous parlera des difficultés/améliorations de la sexualité des femmes séropositives.



SIDA: BIENTÔT LA PARITÉ À QUAND L'ÉGALITÉ

ACT UP
PARIS

■ En France, les femmes représentent 47% des nouvelles infections : il est urgent de renforcer la promotion et l'accessibilité des préservatifs. ■ Dans le monde, 49% des personnes sans des médicaments : il est inacceptable que la recherche ne s'occupe pas des conséquences du virus et des traitements sur le corps des femmes.

JOURNÉE MONDIALE DE LUTTE CONTRE LE SIDA
MANIFESTONS VENDREDI 30 NOVEMBRE 07 18H30
PORTE SAINT-DENIS M° STRASBOURG-SAINT-DENIS