

Action

la lettre d'Act Up-Paris n°117 Avril 2009



Action, la lettre d'Act Up-Paris

Ours

Directrice de publication
Safia Soltani.

Rédactrice en chef
Claire Vannier. publications@actupparis.org

Ont participé au numéro

Jean Cazentre, Emmanuel Château, Frédéric Cohen, Arlindo Constantino, Emmanuelle Cosse, Hugues Fischer, Audrey Grelombe, Nathalie Grillon, William Hamon, Caroline Izambert, Jonas Le Bail, Christophe LeDréan, Pauline Londeix, Jérôme Martin, Eric Marty, Sylvain Morin, Sibylla Péron, Stéphane Pichon, Andréia Ruiz, Manon Rivaud, Régis Samba-Kounzi, Gaétan Thomas, Stéphane Vambre, Claire Vannier.

Avril 2009

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

Imprimeur : Expressions II - 10 bis rue Bisson - Paris XX^e.

ISSN 1158-2197 - Dépôt légal à parution.
CPPAP 0613 H 89461.

Sommaire

Edito p2, Act Up en actions p4, Dossier Prévention (DP) : Avis du CNS p6, DP : PNLS inexistant en France p7, DP : Favereau en cause p9, DP : RDR p10, DP : Aides et le bareback p11, DP : Homosexuelles et sida p13, DP : 75° RéPI les risques p14, Action=Vie : l'embauche p15, sida is disco p19, Droits sociaux : la loi HPST p20, sida envie d'en être : Stéphane p21, le FMI tue les malades p23, Prostiputes : Assises et Strass p24, Femmes : prochain Colloque p25, Homophobie : Irak, Léonetti, Sénégal et Burundi p26, EtrangerEs : Expulsion p28, Juridique : Vanneste Chiland p29, Merci p30, Soutenez Act Up p31, (DP) Affichette Prévention p32.

Gardons le contact

- Rejoignez-nous chaque jeudi à 19h15 à l'Ecole des Beaux Arts, 14 rue Bonaparte, M^o 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 & Diffusion

Rose_Rachel Rebelle diffusion@actupparis.org

Pour vous abonner à Action, envoyez vos coordonnées et 8 € (ou 18 € pour un abonnement de soutien) à l'adresse suivante :

Act Up-Paris - BP 287 - 75525 Paris Cedex 11

Raison(s) d'en être...

Qui de nous deux aurait pu imaginer dans cette chambre d'hôpital, il y a trois ans, que nous nous retrouverions co-PrésidentEs ?

L'une posait des « perfs ». L'autre alité, en échec thérapeutique ne voyait pas comment sortir de la précarité dans laquelle la maladie l'avait jeté.

L'une militait au sein de la commission drogues et usages d'Act Up-Paris, et veillait à défendre les minorités, les populations exposées en première ligne.

L'autre était multimillionnaire en charge virale, avait des CD4 dans les chaussettes et un kaposi qui l'empêchait d'avancer depuis plusieurs années.

C'était pas gagné ! Mais il aura pourtant suffi de quelques mots pour que la curiosité et surtout l'envie de se battre lui fassent pousser la porte des permanences d'Act Up-Paris. Depuis il y est resté et s'est investi. Car c'est ici que nous pouvons faire avancer les choses. Agir et obtenir que la parole des malades soit entendue, que nos droits soient respectés et évoluent.

Ne pas accepter sans rien faire, ne pas se résigner et se battre. Toujours se battre.

A raison, Une ancienne présidente disait récemment : « *Act Up-Paris est le meilleur antirétroviral !* »

Et les raisons de se battre sont nombreuses : les droits acquis depuis 20 ans et la prise en charge des malades sont remis en question avec les réformes du système de santé, les expulsions de malades augmentent les quotas, l'accès aux soins pour tous est un objectif loin d'être atteint, la hausse des contaminations se poursuit inlassablement...

En 2007, lors du sommet du G8, Nicolas Sarkozy s'était engagé à ce qu'en 2010 tous les malades du sida dans les pays en développement aient accès à un traitement. Encore une promesse qui ne sera pas tenue. Aujourd'hui un séropositif sur trois a accès à un traitement. Alors que le Fond Mondial a encore besoin de 5 milliards d'euros, le gouvernement français se désengage et préfère renflouer les caisses du Fond Monétaire International. Pour les dirigeants français un actionnaire qui s'enrichit compte plus qu'un malade du sida.

Le Conseil national du sida (CNS) vient de remettre un avis sur l'intérêt des traitements comme outil de prévention. Il s'agit là d'un avis mesuré, mais faut-il le rappeler ? le préservatif est un moyen efficace de se protéger du VIH/sida, et le traitement reste un outil complémentaire. (N'en déplaise à ce cher Ratzinger, à un certain journaliste fantaisiste et incompetent ou à d'autres qui voudraient faire dire à cet avis ce qu'il ne dit pas).

En 2009 on meurt toujours du sida. 6 000 personnes par jour au niveau mondial. En France, 6 500 personnes sont infectées chaque année. 20% de la population mondiale n'a toujours pas accès aux préservatifs.

Dans notre communauté, un gay sur cinq est séropositif. On ne peut pas se permettre de laisser croire que le pire est derrière nous et qu'on peut faire n'importe quoi parce que des traitements existent.

Cette année, nous sommes au regret de vous annoncer les 20 ans d'Act Up-Paris. Si d'ordinaire on se réjouit d'un anniversaire, nous ne pouvons nous empêcher de croire que c'est vingt ans de trop et que cette épidémie a assez duré. C'est la raison pour laquelle nous saisissons cette occasion à travers diverses manifestations pour soulever les questions politiques que continue de poser cette épidémie (spectacles, concert, projets éditoriaux et audiovisuels, etc.).

Pour mener à bien tous ces projets, une équipe soudée et combattante aux compétences complémentaires a été élue début avril : Jérôme Martin qui a déjà fait l'expérience de la présidence, impliqué depuis plusieurs années dans la commission International, se retrouve trésorier. Jonas Le Bail engagé sur les questions Trans devient Secrétaire Général, Sylvain Morin coordinateur chargé de la prévention a quant à lui été élu Vice Président.

Ensemble, nous continuerons à nous battre et nous comptons sur vous à nos côtés pour que cesse cette hécatombe et que soient prises en compte toutes les minorités dans la lutte contre le sida.

Safia Soltani
Stéphane Vambre
Co-PrésidentEs



18 février
73^e RéPI

VIH : nous vieillirons ensemble



5 mars

Manifestation
contre le projet de loi HPST



22 mars

Die in devant Notre Dame pour
protester contre les propos du Pape



1er avril

Zap devant Matignon pour dénoncer la baisse du budget du Fonds Mondial



ABD AL-MAHDI

ASSASSIN



15 avril

Interpellation de Adil Abd Al-Mahdi contre l'homophobie régnant en Irak



28 avril

Manifestation contre le projet de loi HPST

L'avis mesuré du CNS

Le Conseil National du Sida (CNS) a rendu public son dernier avis sur l'intérêt du traitement en matière de prévention. Au regard de cet avis plutôt mesuré, les recommandations avancées par le CNS sont relativement simplistes. Cet avis confirme l'intérêt du dépistage et de la mise sous traitement pour endiguer l'épidémie à une échelle globale et réitère la prudence nécessaire quant à la transposition à l'échelle individuelle de ces données.



Très attendu, cet avis mesuré fait suite à la publication l'année dernière d'un avis de la Commission fédérale Suisse pour les problèmes liés au sida qui avait déclenché une vive polémique internationale sur laquelle les associations avaient demandé une prise de position.

Intégrer le traitement à la prévention : un bénéfice collectif

L'avis du CNS met l'accent sur l'intégration du traitement antirétroviral dans les politiques publiques de prévention. Le bénéfice qui en est attendu est essentiellement populationnel et suppose une incitation et un recours accru au dépistage. Mais il réaffirme clairement que le seul traitement ne saurait remplacer le préservatif au niveau individuel. À ce propos, il rappelle que la prise d'un traitement antirétroviral et une charge virale indétectable dans le sang ne permettent pas d'écarter le risque de transmission du virus du sida. Le traitement est dès lors considéré comme un moyen complémentaire au préservatif dans les politiques de prévention.

En ce sens, l'avis du CNS renforce la responsabilité des pouvoirs publics – qui devront réussir à faire entendre un message plus complexe basé sur la complémentarité des moyens. Dans un contexte de baisse de l'investissement dans la lutte contre le sida, nous attendons qu'ils en tirent les conséquences.

Confondre traitement et prévention : un risque collectif

Si l'utilisation du traitement et l'incitation au dépistage peuvent contribuer à enrayer la diffusion de l'épidémie, le bénéfice afférent risque en revanche d'être contrecarré par une modification des comportements, comme le suggère une publication récente au sujet des gays aux Pays-Bas. Cet avis ne saurait donc en aucun cas être compris comme le signal d'un abandon possible du préservatif.

Précisons que cet avis ne porte pas sur l'évaluation de l'efficacité du traitement en matière de réduction de la transmission individuelle du VIH/sida. Il n'est donc pas possible de prétendre qu'il confirme l'avis publié par les Suisses l'année dernière.

On peut donc regretter le manque de cadrage de cet avis en ce qui concerne le bénéfice-risque du traitement en matière de transmission sexuelle. De nombreuses questions déterminantes sont en effet passées sous silence, comme les distinctions entre populations (gays, hétéro, migrants), entre partenaires occasionnels ou réguliers, selon leur statut sérologique ou la question des Infections Sexuellement Transmissibles (IST), ou encore celle de la charge virale rectale.

Un avis mesuré, des recommandations simplistes

Au final, au regard de son avis mesuré, les recommandations avancées par le CNS nous paraissent relativement simplistes.

Quand le CNS évoque une bonne information sur les limites du traitement en matière de réduction de l'infection, il l'imagine sans doute de la meilleure façon. Mais comment garantir la diffusion d'une information fiable sur une question qui reste largement en débat et comment s'assurer qu'elle soit bien comprise alors même que les politiques de prévention restent largement déficientes en France ?

On s'étonne en particulier que parmi les recommandations, aucune ne concerne réellement le suivi de l'évolution des comportements pourtant déterminant pour l'efficacité de la nouvelle politique de prévention que prétend promouvoir le CNS. Certes, le président du CNS, Willy Rozenbaum, s'est engagé à rappeler à l'ordre quiconque surinterpréterait ces recommandations - et nous saurons le rappeler ; mais un tel engagement, purement oral, à la fin d'une conférence de presse déjà désertée par certain journaliste, cet engagement nous semble insuffisant

Surtout, ne minimisons pas le risque de voir les pouvoirs publics et les acteurs associatifs délaisser, dans un pari hâtif, la dimension comportementale de la prévention au profit d'une stricte approche de santé publique, qui subordonnerait le risque individuel au risque collectif.

Pour nous séropositifs, l'espoir de ne plus présenter un jour un risque potentiel pour nos partenaires est immense. Mais nous n'oublions pas que ce risque est pour autrui et qu'il reste encore impossible de l'écarter sans préservatif, même avec une charge virale indétectable.

La France n'a plus de politique de lutte contre le sida

La lutte contre le sida fait partie des cents objectifs prioritaires de santé publique en France votés par les parlements. Elle fait ainsi l'objet de la rédaction d'un programme national. Le précédent programme est arrivé à échéance en 2007. Son évaluation est nécessaire à la définition du nouveau programme qui doit définir la politique de lutte contre le sida dans notre pays pour les prochaines années. Elle n'a à ce jour toujours pas été menée de manière satisfaisante. Entamé il y a plus d'un an, le travail est tellement dans les choux aujourd'hui qu'on peut le dire clairement : en 2009 la France ne dispose plus de politique de lutte contre le sida. C'est sur la prévention que cette lacune se fait le plus sentir. Alors même que l'épidémie s'étend chez les gays et que les réponses mises en œuvre sont largement insuffisantes et désordonnées, le ministère tente de se réfugier derrière l'absence de consensus sur les politiques à mener. Pourtant la rédaction d'un programme national avec une bonne méthodologie de projet, à l'instar de ce qui peut être fait dans d'autres pays, aurait dû permettre d'organiser une concertation large entre tous les acteurs et de définir clairement des priorités.

C'est aujourd'hui devenu un problème institutionnel. Où est la DGS dans ce débat ? N'est-ce pas aux pouvoirs publics d'animer le débat sur la prévention et de l'arbitrer en tenant compte des besoins des personnes concernées ?



La prévention faussée par Libération

Act Up-Paris interrogeait dans une tribune parue le 22 avril dans Libération, les égarements d'Éric Favereau sur la prévention du sida¹. Mais la version publiée n'était pas celle que nous avons écrite. Cette dernière, qui avait pourtant le format requis, a été réécrite et raccourcie à notre insu, pour faire place à une réponse du journaliste en question. Pourtant notre « rebond » n'a jamais eu l'intention de tancer Libération, mais bien Éric Favereau, journaliste à Libération.

La version originale, qui suit, permettra en comparaison d'apprécier la manipulation opérée pour masquer l'incompétence d'Éric Favereau, que celui-ci tente de dissimuler derrière la notoriété de son journal.



Tribune proposée à Libération le 7 avril 2009

DU DOGME AU COMPTOIR

En pleine polémique sur le préservatif, suite aux propos du pape, Éric Favereau ne trouve rien de plus opportun que de fustiger un prétendu « dogme de la capote ». Dans un « Rebonds », il déplore le 30 mars dernier la pauvreté du débat autour de la prévention du sida. Au contraire, les discussions et les recherches sur la prévention sont vives. Il n'empêche : faire croire aujourd'hui à des alternatives efficaces à la capote est mensonger et dangereux.

Enfermer le débat sur le seul préservatif est certes contre-productif. C'est pourtant ce à quoi s'évertue la hiérarchie catholique pour tenter de justifier les propos de Benoît XVI. La principale question n'est évidemment pas celle du préservatif mais celle de politiques guidées par des autorités morales qui, s'évertuant à privilégier des programmes fondés sur l'abstinence et la fidélité, excluent toute une partie de la population de la prévention et sont vouées à l'échec.

Au moment où les États-Unis, principal contributeur mondial à la lutte contre le sida, s'apprêtent enfin à revoir une politique, dite ABC, fondée sur l'abstinence, la fidélité et en dernier recours le préservatif, on aurait aimé lire dans ces colonnes que 28 ans après le début de l'épidémie, seul 20% de la population mondiale a accès au préservatif. Que moins de 10% des populations les plus exposées au VIH a accès à des programmes de prévention ciblés. Qu'à travers le monde, des lois inspirées par des valeurs religieuses justifient la domination masculine et les violences faites aux femmes ou la persécution et la discrimination légale de minorités comme les homosexuels ou les usagers de drogues.

1- Le 30 mars dernier, Éric Favereau, le journaliste santé de Libération, signait un « Rebond » intitulé « Le dogme de la capote », déplorant « la pauvreté des débats autour de la prévention du sida en France » et reprochant à Act Up-Paris d'entraver le travail du ministère de la Santé sur ce point. www.liberation.fr/societe/0101558918-le-dogme-de-la-capote

Alors on s'étonne que le journaliste santé de Libération s'appuie sur la difficulté des femmes en Afrique à imposer le préservatif. Il lui aura sans doute échappé que, si des recherches sont en cours sur les microbicides et les prophylaxies pré-exposition, leur efficacité n'est hélas pas démontrée : il n'existe jusqu'à présent aucune méthode alternative viable au préservatif.

Si un consensus est apparu à la conférence internationale sur le sida en août, celui-ci portait, en réalité, sur une « prévention combinée » : il n'est plus possible d'opposer le préservatif à des stratégies alternatives de prévention qui ne seraient que partiellement efficaces. Ni la circoncision, ni un microbicide - s'il existait un jour - ne permettrait seul, de venir à bout de cette épidémie.

Prétendre aujourd'hui qu'une personne sous traitement ne serait « quasiment plus contaminante » n'est pas sérieux. La commission suisse de lutte contre le sida qui a émis un avis dans ce sens, l'a clairement limité aux couples stables hétérosexuels, en l'absence d'IST et avec un traitement efficace depuis plus de six mois. Surtout, comment ignorer ici les multiples prises de positions médicales soulignant le manque de fondement scientifique de cet avis ? Même des chercheurs suisses ont démontré à la conférence de Mexico que rien dans la littérature scientifique ne permettait d'évaluer le risque résiduel sous traitement.

Pour nous séropositifs, l'espoir de ne plus présenter un jour un risque potentiel pour nos partenaires est immense. Mais nous n'oublions pas que ce risque est pour autrui. Nous ne pouvons donc pas nous satisfaire d'à-peu-près et jugeons irresponsables ceux qui considèrent, à notre place, que nous devrions nous en contenter.

L'à-peu-près est total quand la tribune d'Éric Favereau s'avance sur la prévention gay et la réduction des risques sexuels chez les homos. Alors qu'en France cette communauté est la seule où les contaminations ne baissent pas, il est délétère de laisser croire aux séronégatifs qu'ils pourraient se laisser aller à l'insouciance. Éric Favereau y défend le « sérotriage » alors que tout le monde s'accorde aujourd'hui à reconnaître que cette pratique est dangereuse entre séronégatifs. De quoi parle-t-il quand il évoque des « pratiques sexuelles moins risquées » dans une communauté qui n'identifie pas toujours où se trouve le risque : plus élevé au début de l'infection - alors que les personnes ignorent leur statut - et lors des fellations, qui semblent jouer un rôle plus important qu'attendu dans la transmission ?

Enfin, on ne comprend plus quand on lit qu'il n'y aurait pas de débat en France sur la réduction des risques sexuels. Cette question fait l'objet d'une vive polémique entre les associations depuis 2001. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle, il y a bientôt 4 ans, Act Up-Paris a demandé la création d'un groupe d'experts au ministère de la santé pour se pencher sur la validité de messages qui relèvent pour nous de fausses croyances. Pour finir, on apprend dans cette tribune qu'Act Up-Paris aurait freiné la mise sur pied d'un tel travail...

Si la lutte contre le sida ne s'accommode pas de dogmes, elle ne souffre pas davantage les discussions de comptoir.

Réduction des risques

Écoutons les pourfendeurs du «dogme de la capote». Ils prétendent s'adresser au pédé qui a abandonné la capote en lui envoyant un message préventif «individualisé», lequel tiendrait compte de ses pratiques. Qu'en est-il vraiment ?

Ils disent par exemple : « *si tu ne mets pas de capote, mets au moins du gel, si tu baisses sans capote, retires toi avant de gicler* ». Ce message, ils l'appellent «réduction des risques».

Mais derrière ce message il n'y a pas l'individu, le pédé qui en aurait assez de se protéger, derrière ce message il y a en réalité des statistiques et des calculs probabilistes qui hiérarchisent le risque. D'abord, s'il y a des pratiques sexuelles moins susceptibles de transmettre le VIH que d'autres, elles n'en demeurent pas moins contaminantes. Ensuite, si cette hiérarchie peut avoir un sens à l'échelle épidémiologique, elle n'en a guère au niveau individuel. Tous ceux qui furent un jour infectés par le VIH l'ont toujours été à 100%.

La « réduction des risques » se fait passer pour un pragmatisme, c'est une idéologie faite d'un bric à brac d'épidémiologie, de sens commun et d'approximations scientifiques. Une idéologie cynique qui accepte les nouvelles contaminations, la part maudite sacrifiée à la gestion de l'épidémie.

Refusant d'admettre que le fondement de leur discours est statistique, ceux qui promeuvent la « réduction des risques » en sexualité la comparent à la « réduction des risques » en toxicomanie. Mais disons le clairement, il n'y a pas de stratégie de «réduction des risques» en toxicomanie. En toxicomanie, il n'y a que des stratégies de « réduction de dommages » (*harms reduction*). Un dommage est une affection concrète qui a une cause, la réduction des dommages s'attaque à cette cause pour anéantir le dommage. La distribution de seringues neuves détruit toute possibilité de contamination par cette voie et s'adresse en effet aux usagers en tenant compte de leurs pratiques. La «réduction des risques» (*risk reduction*) ne joue pas sur les causes, elle joue sur des variables. Puisque le risque est un accident dont on évalue la probabilité, les stratégies de « réduction des risques » veulent faire infléchir cette probabilité sans toutefois l'anéantir.

Jeu savant de calculs et de statistiques, on ne dira jamais assez que la « réduction des risques » s'intéresse plus aux chiffres qu'aux pédés.





Le bareback prosélyte fait son come back

En novembre 2008, Act Up-Paris a interpellé Aides sur l'organisation « d'ateliers bareback » dans ses locaux en demandant à l'association de clarifier sa position. Notre courrier aura pour le moins été efficace puisqu'il a forcé Aides à sortir de l'ambiguïté dans laquelle étaient organisés ces ateliers. Nous aurions donc pu nous satisfaire de cette clarification en comptant sur Aides pour que ces ateliers s'inscrivent dans une démarche de lutte contre le sida et de santé publique...

Dès le départ, cet atelier s'est construit autour de deux objectifs : développer un discours positif à l'égard des personnes ayant des pratiques à risques assumées et revendiquer l'organisation de soirées bareback dans les sex clubs. Le discours principalement promu par Vincent Coquelin, organisateur des ateliers et salarié de Aides sur la prévention, opère par glissement. Dans une étrange manipulation sémantique, bareback qui signifie littéralement « monter à cru » et qui renvoie à une idéologie valorisant le sexe à risque désignerait dorénavant le fait de choisir d'avoir des rapports non protégés entre personnes séropositives. Les nombreuses études concernant les barebackers ou les prises de risque chez les gays montrent pourtant que ce choix repose très souvent sur une connaissance supposée du statut sérologique du partenaire. Quel autre sens a ce travestissement de la réalité sinon que de viser à légitimer le sexe non protégé ?

Dans un des projets de périodique que se propose de publier ce groupe, figure par exemple un article sur l'observance. La bonne observance du traitement y est envisagée dans la perspective de la réduction du risque de transmission. Il ne s'agit pourtant pas ici d'un risque pour soi mais d'un risque pour autrui. Au lieu d'inciter les mecs séropositifs à ne baisser sans capote qu'avec des partenaires séropositifs dont ils connaissent de manière certaine le statut sérologique, ce qui indépendamment des risques de surinfections, de transmission sexuelle de l'hépatite C ou de propagation des IST aurait au moins le mérite d'éviter de nouvelles contaminations VIH, le document préfère leur offrir une bonne conscience à bas prix.

Dans le même document à vocation périodique, la scène gay berlinoise est présentée comme le paradis du barebacking. À mot couvert, le modèle vers lequel devrait tendre notre communauté. Un monde parfait où s'organisent des soirées à thème bareback et d'autres où l'on peut porter un brassard pour dire qu'on baise safe ou bareback dans « le respect des pratiques de chacun ». L'article se veut même lyrique : « un laboratoire expérimental de la jouissance, qui touche à l'infini désespéré. Fascinant et émouvant à la fois. » Aides a-t-il débauché un journaliste des pages cultures de *Libération* pour écrire cet article ? En tout cas, ce texte rejoint la prétendue brochure d'information envisagée sur le bareback qui revendique tout à la fois une visibilité et « la possibilité d'organiser librement des soirées à thèmes bareback dans les établissements gays ».

On le voit, les préoccupations que nous exposons au sujet de la communication autour de ces ateliers se trouvent aujourd'hui justifiées tant par les compte-rendus des réunions qui ont déjà eu lieu que par les documents élaborés par les participants. Certains ne s'y sont pas trompés et ont déjà fui un atelier où elles pensaient trouver espace de dialogue et d'échange sur les prises de risque et leurs difficultés par rapport à la prévention. Rassemblant une petite dizaine de participants avec un fort turn over, le groupe est d'abord un laboratoire politique d'élaboration d'une normalisation du non-protégé. Il s'agit d'y produire un travail militant visant à légitimer le sexe à risque et le bareback.

L'ambiguïté de ces ateliers ne préoccupe manifestement pas qu'Act Up-Paris. L'association des Psy Gay a ainsi élaboré un document qui déconstruit le discours de communication autour de l'annonce de ces ateliers. Le ministère de la santé a quant à lui jugé bon de convoquer Bruno Spire, président de Aides pour qu'il s'explique sur ces ateliers.

Pour nous, rien dans les arguments que nous avons entendus de la part des responsables de l'association ne peut nous convaincre. En outre, rattrapée par l'exploitation symbolique qu'elle a faite de cet atelier, on peut se demander si Aides sera encore en mesure d'assurer une véritable information de santé pour le public concerné par cet atelier.

L'expérimentation en matière de prévention a bon dos pour faire n'importe quoi. Quant au soi-disant « pragmatisme » revendiqué par Aides, on peut légitimement s'interroger sur les priorités qu'affiche aujourd'hui l'association pour réduire l'épidémie dans notre communauté. Pourquoi la promotion du préservatif ne serait-elle pas « pragmatique » ? Pourquoi la présentation de la baise sans capote comme une fatalité ne serait-elle pas une « idéologie » ? Pourquoi Aides ne mène-t-elle pas des ateliers de « sexe sans risque » où on ferait parler et échanger des personnes qui n'ont pas de problèmes en matière de prévention ? S'interroger, scientifiquement, sur les raisons qui poussent des personnes à se protéger et protéger ses partenaires, malgré les contraintes, malgré le discours ambiant de renoncement général, ne serait-il pas « pragmatiquement » plus efficace que de renvoyer sans cesse la communauté au soi-disant échec du tout capote ?



Homosexuelles et sida

Contrairement aux hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (en anglais MSM), la santé sexuelle et la transmission du VIH/sida chez les femmes qui ont des rapports sexuels avec des femmes (en anglais WSW) ont fait l'objet de très peu d'études.



Cette terminologie est d'autant plus pratique qu'elle fait apparaître un panel insoupçonné de voies de transmissions du VIH sida, du fait d'actes et de pratiques sexuelles qui ne découlent pas forcément d'une orientation sexuelle (lesbienne, bisexuelle, hétéro) revendiquée. Nombre de ces études sont anglo-saxonnes, et différencient d'une part, la contamination par le VIH entre femmes et de l'autre la contamination par le VIH chez des femmes qui ont des rapports sexuels avec des femmes.

Un document élaboré par le Centre de contrôle et de prévention des maladies aux Etats Unis (CDC) recense les données issues d'une enquête effectuée sur 246 461 femmes séropositives aux Etats-Unis. 7 381 de ces femmes ont déclaré avoir des rapports sexuels avec des femmes.

Dans ce document intitulé « VIH/sida parmi les femmes ayant des rapports sexuels avec les femmes » sont rappelés les voies de transmissions du virus entre femmes. Les sécrétions vaginales et le sang menstruel sont potentiellement infectieux, l'exposition des muqueuses (dans la bouche notamment) à ces sécrétions constitue une voie de contamination au VIH. Les relations bucco-génitales et bucco-anales non protégées par du latex constituent donc de potentiels risques de transmission. La digue dentaire, ou un préservatif découpé dans sa longueur reste alors les seuls moyens de protection pour ce type d'actes sexuels. L'usage de sex toys, qui, employés sans préservatif, constitue un risque à ne pas négliger.

Au delà, de la transmission sexuelle du VIH, le document du CDC rappelle les risques de transmission liés à l'usage de drogues chez ces femmes. Parmi les femmes qui ont déclaré dans l'enquête n'avoir de relations sexuelles qu'avec des femmes, 91 % présentaient des facteurs à risques liés à l'injection de drogues.

Les prises de risques sexuels entre femmes existent, le manque d'information et l'absence de mise à disposition de moyens de protection ciblés en font le jeu. Cependant la majorité des contaminations de WSW ont eu lieu suite à des prises de risques liés à l'usage de drogues et à des relations hétérosexuelles.

Dans un article paru dans la revue Transcriptase, Brigitte Lhomond, sociologue, met notamment en évidence des prises de risques fréquentes chez les femmes qui ont des relations sexuelles avec les femmes dans le cadre de rapports hétérosexuels. Cet article s'appuie sur deux études américaines sur le sida chez les WSW.

Dans une des études menée par George F Lemp, (« HIV seroprevalence and risk behaviors among lesbians and bisexuals women in San Francisco and Berkeley, California »), sur un échantillon de 498 lesbiennes et bisexuelles, 81 % ont des rapports hétérosexuels, 39 % pratiquent le coït vaginal et 11 % le coït anal sans utiliser de préservatif.

Du fait d'un contexte sexiste oppressant, le port du préservatif qui induit à la base une négociation avec le partenaire, peut être écarté du fait de rapports de force liés au genre.

Il est prouvé qu'à l'échelle individuelle, les discriminations liées à l'identité de genre et à l'orientation sexuelle ont un impact destructeur sur l'estime de soi, induisant de ce fait des comportements à risques et des négligences de sa propre santé. Ces stigmas constituent aussi un obstacle à l'accès aux soins, comme le prouve la mauvaise connaissance de la santé sexuelle des WSW par le monde médical, corrélé au manque d'intérêt que portent à cette problématique les pouvoirs publics et le pouvoir médical.

Au regard des interrogations des associations LGBT et de lutte contre le sida, il serait pertinent que de véritables études épidémiologiques françaises émergent, afin d'évaluer ne serait-ce que la prévalence du VIH/sida chez les femmes qui ont des relations sexuelles avec les femmes.

Lors de la conférence internationale sur le sida qui s'est tenue à Mexico en août 2008, des abstracts venus d'Afrique du Sud ont mis en valeur des études sur les femmes homosexuelles et le sida et la nécessité de mettre en place des programmes de prévention et de prise en charge ciblant les WSW.

A travers le monde, pour pallier à l'invisibilisation de ces femmes par les pouvoirs publics, des guides et des programmes de prévention ont été mis en place par des associations LGBT et de lutte contre le sida. Aux Etats-Unis, des programmes tels que le Lesbian AIDS Project (LAP) mis en place à New York en 1992 par l'association Gay Health Men Crisis, mêle prévention auprès des lesbiennes et prise en charge des lesbiennes séropos.

En France, le CRIPS met à disposition une brochure de prévention sur la santé des lesbiennes, qui aborde les moyens de protections face aux MST et aux IST.

Mais ce n'est pas suffisant, Act Up-Paris exige :

- que les pouvoirs publics et la recherche en matière de prévention cesse d'invisibiliser les femmes qui ont des relations sexuelles avec des femmes.
- que le ministère de la santé mettent en place et diffuse des campagnes de prévention à leur destination.

Notre 75^e RéPI « SIDA : QUI NE RISQUE RIEN N'A RIEN » s'interrogera sur la transmission sexuelle du VIH : c'est quoi le risque ?

Quel que soit son statut sérologique, chacunE s'interroge sur le risque de transmission du virus du sida. Dans les débats qui traversent actuellement la prévention (notamment sur l'influence de la charge virale et l'impact des traitements), cette notion de risque et de son évaluation est centrale. Comment caractérise-t-on ce risque ?

Fellation, insertif, réceptif, circoncis, homme, femme, ... plus risqué ? moins risqué ? La recherche médicale documente le risque de transmission du VIH en termes de risque par acte, par partenaire ou encore en termes d'infectiosité. Que recouvrent ces notions ? Comment évaluer la dangerosité d'une pratique sexuelle ? Quelle influence des infections sexuellement transmissibles et autres ulcérations génitales ? Enfin, quelle signification donner à cette évaluation du risque en termes collectif ou individuel ?

Au travers de présentations d'épidémiologistes et de sociologues, nous proposons de décoder cette notion du risque : qu'implique-t-elle dans nos vies sexuelles ? dans nos discours et nos pratiques de prévention ?

Rendez vous le mardi 9 juin de 19h à 22h, au Centre Wallonie Bruxelles - 46 rue Quincampoix - Paris IV^e - M^o : Châtelet Les Halles ou Rambuteau.



action = vie

INTRO

Malgré les effets de la crise, il est possible aujourd'hui de trouver un emploi. La question de la séropositivité liée au travail peut se poser dès lors que l'on passe un entretien d'embauche. Que faut-il savoir ? Que dire ? Pourquoi ne pas dire ?

Les séropositifs/VEs connaissent essentiellement deux types de difficultés dans le cadre de leur emploi : la discrimination en raison de leur état de santé et l'adaptation de leur poste à leur pathologie. Les progrès thérapeutiques permettent aux personnes séropositives de continuer à travailler et la plupart des emplois n'exposent pas le salarié séropositif à un risque particulier.

Si le Code du travail ne prévoit aucune législation particulière au sujet de l'infection

par le VIH, il met en place un dispositif spécifique pour les travailleurs handicapés, dont peuvent bénéficier les personnes séropositives. La loi du 11 février 2005 sur le handicap et la loi du 31 mars 2006 pour l'égalité des chances ont largement remanié ce dispositif. L'infection au VIH doit donc être considérée au même titre que toute autre maladie.

Le droit du travail garantit une protection à tous les travailleurs, notamment malades, et ce dès la signature d'un contrat de travail.

Le dispositif contre les discriminations en raison de l'état de santé s'applique également aux discriminations en raison de l'orientation sexuelle.

L'EMBAUCHE

A. Le principe de non-discrimination pendant l'entretien d'embauche

L'article L.122-45 du Code du travail indique : « Aucune personne ne peut être écartée d'une procédure de recrutement (...), aucun salarié ne peut être sanctionné, licencié ou faire l'objet d'une mesure discriminatoire, directe ou indirecte,... en raison de (...) son orientation sexuelle, (...) ou en raison de son état de santé ou de son handicap. »

Ce principe pose de façon claire l'interdiction formelle de discriminer une personne en raison de son état de santé, de son handicap ou de son orientation sexuelle. Il existe cependant une exception : les différences de traitement

fondées sur l'inaptitude constatée par le médecin du travail sont admises, quand elles sont nécessaires, objectives et appropriées.

1. La concrétisation du principe de non-discrimination à l'embauche

A. PENDANT L'ENTRETIEN D'EMBAUCHE

Les questions posées lors de l'entretien d'embauche doivent avoir un lien direct et nécessaire avec l'emploi que l'on vous propose. L'employeur n'a pas à vous questionner sur votre état de santé, ni sur votre vie privée en général. S'il le fait, vous n'êtes pas tenu de répondre et vous avez même le droit de mentir. Seule une fausse information qui par la suite s'avérerait préjudiciable pour l'employeur pourrait justifier la rupture

ultérieure du contrat de travail. De plus, si l'information sollicitée est sans lien avec l'emploi, vous pouvez saisir le tribunal, civil ou pénal, selon l'atteinte subie.

B. L'EXAMEN MÉDICAL D'EMBAUCHE

La visite médicale est obligatoire et répond à deux objectifs :

- rechercher les infections contagieuses : la séropositivité n'en est pas une ;
- s'assurer de l'aptitude au poste de travail proposé.

Il est formellement interdit de vous imposer un dépistage VIH. On peut vous le proposer ; vous êtes libre d'accepter ou non. Quoi que vous décidiez, le médecin est tenu au secret médical (lire la partie consacrée au Secret médical). Seule sera communiquée à votre employeur une fiche sur votre aptitude à l'emploi pour lequel vous postulez.

Le médecin du travail peut considérer que votre maladie est incompatible avec le poste de travail. Dans cette hypothèse, il doit informer l'employeur de l'existence d'une incompatibilité, sans aborder la question de l'infection. Les hypothèses d'incompatibilité sont rares et concernent davantage les personnes qui seraient au stade sida. En revanche, lorsque l'on postule à un poste dans la fonction publique, la séropositivité seule n'est pas une cause d'incompatibilité, d'après les circulaires du 6 juillet 1989 et du 5 mars 1990.

ATTENTION : lors de l'embauche, les employeurs demandent parfois une attestation de la carte vitale. C'est une pratique illégale : vous pouvez simplement transmettre votre numéro d'immatriculation de sécurité sociale. Si vous présentez une attestation avec la mention 100 %, cela peut constituer un frein à votre embauche. N'hésitez pas à demander à la Sécurité sociale une attestation où la mention 100 % n'apparaît pas. C'est un droit énoncé à l'article R.161-33-4 du Code de la Sécurité sociale. Si votre centre de Sécurité sociale ne vous l'envoie pas, insistez : il ne peut vous refuser ce droit. Citez lui le texte

mentionné ci-dessus et en cas de difficulté, demandez l'appui d'une association ou d'un travailleur social.

2. Les conséquences d'une discrimination des personnes en raison de leur état de santé

A. DANS LE SECTEUR PRIVÉ

Les articles 225-1 à 225-3 du Code pénal prévoient la sanction d'une telle discrimination par trois ans d'emprisonnement et 45 000 € d'amende.

En matière de discrimination à l'embauche, une affaire jugée par le Tribunal correctionnel de Châlons-en-Champagne est un cas de référence. Une jeune femme en période d'essai confiée à l'une de ses collègues qu'elle est séropositive. L'information va monter jusqu'au directeur qui met un terme à la période d'essai. La jeune femme engage alors un procès à son encontre et obtient gain de cause, grâce notamment aux témoignages de quatre collègues et l'impossibilité pour l'employeur de justifier son refus d'embauche.

B. DANS LE SECTEUR PUBLIC

C'est l'Administration qui statue sur votre embauche. Elle peut la refuser si elle l'estime incompatible avec votre état de santé ou si vous êtes jugé inapte. La séropositivité ne peut justifier un refus d'admission à passer les concours de la fonction publique, un refus de recrutement ou de titularisation. En cas de sida avéré, des médecins agréés et des comités médicaux donnent un avis sur la compatibilité de votre état de santé avec le poste proposé. Des refus d'embauche ou des licenciements à cause de l'état de santé du demandeur d'emploi sont fréquents. Si vous êtes victime de ce type de pratiques illégales, vous devez agir contre votre employeur. Mais même si vous avez la loi de votre côté, il n'en reste pas moins difficile d'obtenir réparation. S'il est vrai que vous n'êtes pas tenu de répondre aux questions de l'employeur concernant votre vie privée (et par conséquent votre état de santé),

celui-ci pourra alors s'empresser d'en tirer des conséquences à votre sujet.

De plus, lorsqu'un employeur vous refuse un poste ou vous licencie à cause de votre état de santé, il est souvent très difficile de le prouver, l'argument employé étant bien souvent tout autre. C'est la raison pour laquelle il est important de réunir le maximum de preuves, comme des témoignages, afin d'attester que c'est bien votre maladie, et elle seule, qui a entraîné votre licenciement ou votre refus d'embauche.

ATTENTION : il est notoire que les médecins du travail pratiquent « une politique maison » et informent parfois l'employeur de votre état de santé, en violation des textes. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades a revu la définition et l'étendue du secret médical : il couvre toutes les données à caractère personnel concernant le malade, qu'il s'agisse de son état de santé ou d'informations personnelles. Sa violation entraîne des sanctions graves. Nous vous invitons donc à la plus grande prudence envers les médecins du travail, mais pour autant, nous vous conseillons d'essayer d'obtenir leur soutien. En effet, le médecin du travail est au cœur du dispositif de prévention, et en cas de dégradation de votre état de santé, c'est lui qui va être conduit à faire des propositions à l'employeur pour protéger votre emploi.

B. Le statut de travailleur handicapé et ses conséquences

La définition du travailleur handicapé se retrouve dans les articles L. 323-10 à L. 323-11-1 du Code du travail : « Toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites, par suite d'une altération d'une ou plusieurs fonctions physique, sensorielle, mentale ou psychique. »

1. Les conditions d'obtention du statut de travailleur handicapé

Vous devez en faire la demande, au moyen d'un formulaire unique, auprès de la Maison Départementale de la Personne Handicapée (MDPH) dont vous dépendez, c'est-à-dire la MDPH du département où vous résidez ou bien du département où vous vous trouvez en traitement ou en rééducation.

Hormis la personne handicapée, peuvent faire cette demande : ses parents, les personnes qui en ont la charge effective, son représentant légal, le responsable de l'établissement ou du service social ou médico-social qui assure la prise en charge ou son accompagnement.

Votre demande est transmise à la Commission des droits et de l'autonomie pour les personnes handicapées (CDAPH). Après examen de votre dossier, elle procède à votre audition, avant de se prononcer sur l'attribution de la qualité de travailleur handicapé. Le silence gardé par la CDAPH au delà de 4 mois à compter du dépôt de votre demande vaut décision de rejet.

ATTENTION : le dossier doit être rempli très soigneusement. Vérifiez bien qu'il envisage tous les aspects de votre état de santé, en particulier les effets secondaires liés aux traitements.

2. Les conséquences du statut de travailleur handicapé.

La reconnaissance de ce statut vous permet de bénéficier :

- de l'orientation par la CDAPH vers une entreprise adaptée, un établissement ou un service d'aide par le travail (ESAT) ;
- des stages de préformation professionnelle ou de rééducation professionnelle ;
- du soutien du réseau de placement spécialisé Cap Emploi ;
- de l'obligation d'emploi à laquelle sont soumis les employeurs du secteur privé et du secteur public ;
- des aides de l'Association nationale de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (Agefiph)

ATTENTION : La reconnaissance du statut de travailleur handicapé n'entraîne pas un droit d'accès à toutes les prestations sociales ou à toutes les facilités aménagées pour les personnes handicapées, chacune pouvant être soumise à des évaluations du handicap spécifiques.

Depuis le 1^{er} janvier 2006, la notion de « lourdeur du handicap » remplace l'ancien classement en catégories (A, B ou C). Ce classement, établi en fonction des capacités professionnelles de la personne, décidait notamment de l'abattement de salaire éventuellement appliqué au travailleur handicapé dont le rendement professionnel était diminué.

Des dispositions transitoires sont aménagées jusqu'au 1^{er} janvier 2008, en particulier pour la continuité de certains droits acquis par les entreprises employant certains travailleurs, handicapés notamment de catégorie C.

La distinction du handicap lourd n'est pas un attribut de la reconnaissance de qualité de

travailleur handicapé. Elle compense l'effort de l'employeur pour adapter le poste de travail du travailleur handicapé.

ATTENTION : L'ancienne garantie de ressources (constituée du salaire versé par l'employeur et du complément de rémunération versé par l'Etat) est remplacée par une rémunération garantie, versée par l'Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT). Il ne faut pas la confondre avec la garantie de ressources telle que désormais entendue par la loi sur le handicap, destinée aux personnes handicapées dans l'incapacité de travailler mais qui souhaitent conserver leur autonomie.

Les villes et les organismes de l'Etat sont soumis à l'obligation de verser une contribution aux fonds de Développement pour l'insertion professionnelle (article L. 323-8-2 du Code du travail). Ils ne la respectent pas toujours. Difficile d'exiger alors du secteur privé ce que l'Etat et les collectivités locales ne font pas...

Adresses utiles :

- Médecine du travail : l'adresse et le numéro de téléphone du médecin du travail doivent être affichés dans toutes les entreprises, afin de permettre aux salariés de le contacter. Vous pouvez aussi vous renseigner auprès de la Direction Régionale du Travail de votre région.
- Certaines associations tiennent des permanences juridiques, contactez-les. Vous pouvez aussi consulter des avocats dans les mairies, et les tribunaux. N'oubliez pas les Syndicats qui, bien évidemment, sont aussi là pour aider tout salarié.
- Info Emploi : 0 821 347 347 et Allo Service Public : 39 39
- Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (HALDE) : 11 rue Saint Georges, 75009 Paris, tel : 01 55 31 61 00

PERMANENCE DES DROITS SOCIAUX

PERMANENCE DES DROITS AU SÉJOUR POUR LES ÉTRANGERES MALADES

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

PERMANENCE TÉLÉPHONIQUE SUR LES TRAITEMENTS

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

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

Pas d'économies sur nos vies

Monsieur X se rend aux urgences de la fondation Léopold Bellan, pour consulter une gastrologue-proctologue. Elle procède à un toucher rectal, mais sans utiliser de gel. Elle diagnostique des hémorroïdes, le renvoie à domicile, par ses propres moyens en lui donnant un traitement d'une durée de 5 jours.

Monsieur X suit scrupuleusement le traitement, mais trois jours après, son état s'est aggravé. Monsieur X retourne aux urgences où il est reçu par une autre gastrologue, qui, très ennuyée, se renseigne auprès de la première spécialiste pour avis. Sans s'inquiéter et sans examen complémentaire, elle lui prescrit un nouveau traitement pour une durée de 10 jours.

Le lundi suivant, soit 4 jours après, Monsieur X appelle le SAMU, une ambulance le transporte en urgence à la fondation Leopold Bellan. La seconde gastrologue le reprend en consultation très fortement embarrassée. Grâce à un étrange concours de circonstances, une proctologue à la retraite qui passait par là se propose, avec l'accord de Monsieur X, d'ausculter ce dernier. Elle diagnostique immédiatement un abcès anal important nécessitant une intervention chirurgicale le jour même, ou au plus tard le lendemain.

Aussitôt dit, aussitôt fait. Grâce aux dispositions de la T2A, inapplicable pour notre sida, et pourtant bien appliquée, nous nous interrogeons : Monsieur X était-il un patient « rentable » ? Avec la loi Hôpital Patients Santé Territoire (HPST), ce genre de situation risque d'empirer encore. Monsieur X, séropositif, a frôlé la septicémie. Que risque-t-il de nous arriver

si les médecins sont débordés et qu'ils viennent de passer plusieurs dizaines d'heures au service des urgences ? Encore une fois les doctrines comptables priment sur nos vies...

Parcours pour combattante

Dans le cadre de la permanence droits sociaux, nous suivons Madame D, depuis plusieurs années. Elle alterne hospitalisation et hébergement associatif, notamment grâce à l'association LFMR, mais son état de santé, des plus précaires, nécessite rapidement la mise en place d'une dialyse.

Ayant inscrite cette usagère sur la liste des demandeurs de logement PILS depuis janvier 2007, nous sommes confrontés à la difficulté de trouver une assistante sociale qui maîtrise le dispositif « Accords collectifs ».

L'assistante sociale de LFMR ne connaissant pas ce dispositif, nous avons donc conseillé à Madame D de rencontrer une assistante sociale de son secteur. La professionnelle rencontrée, celle-ci se dit aussi peu capable et reconnaît ne pas maîtriser ce type de dossier. Elle renvoie Madame D vers une assistante sociale à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière. La situation se rejoue encore une fois, car à son tour, cette dernière ne semble pas comprendre notre demande, et nous réclame de le formuler par écrit...

A ce jour, Madame D doit se rendre au Centre d'Action Sociale du 13^e en espérant que le dossier accord collectif soit enfin instruit... A Suivre donc...

Pour rappel, notre interlocutrice à l'office public d'HLM Paris Habitat est en mesure d'accélérer les demandes d'attributions PILS dont les dossiers ont été labellisé accords collectifs. Il semble urgent de faire remonter ces informations et de mettre la pression sur la MDPH pour qu'enfin une assistante sociale relais avec les associations VIH soit désignée.





Loi HPST : choisir son camp

Certains voudraient nous faire croire que la fronde lancée par les médecins hospitaliers à l'égard du projet de loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire (HPST) ne serait que l'expression d'un corporatisme médical. En tant que personnes vivant avec le VIH/sida, nous avons pourtant choisi de soutenir cette contestation.

Qu'une organisation comme Act Up-Paris puisse rejoindre un mouvement de médecins ne va pas de soi. Les dernières discussions autour du vote de ce projet de loi, tant sur le refus de soin que sur la question des dépassements d'honoraires, nous ont clairement montré combien nos intérêts pouvaient souvent diverger de ceux défendus par les syndicats de médecins.

À ceux qui feignent de penser que ce projet de loi ne fait que remplacer le pouvoir médical par celui d'une direction forte, nous affirmons que laisser croire que nous devrions nous satisfaire de la substitution d'un pouvoir par un autre, en l'occurrence ici purement gestionnaire, est une tromperie. C'est bien l'équilibre des pouvoirs qu'il faut d'abord rechercher. Or, ce n'est pas l'esprit de la loi HPST.

Nous faisons les frais depuis plusieurs années d'une tarification à l'activité inappropriée pour des pathologies chroniques et évolutives complexes ce qui conduit à une grave dégradation des conditions d'accueil dans les services censés nous soigner : délais de rendez-vous délirants, personnel infirmier insuffisant, restriction sur les soins. Alors comment nous satisfaire d'un texte sur l'organisation de la prise en charge médicale, voté en urgence, sans débat public et après le simulacre d'une « concertation » plus soucieuse de « vendre » un texte que d'écouter ses interlocuteurs ? Au final, comme au départ, ce texte ouvre la voie à la privatisation de l'hôpital et au renforcement d'une gestion purement comptable de l'offre de soin. Qu'aurions nous à gagner du volet hôpital d'un texte qui ne prévoit rien de sérieux pour organiser enfin réellement la coordination des soins des personnes entre la ville et l'hôpital ?

Pour nous qui subissons quotidiennement la pénurie budgétaire et la désorganisation de l'hôpital public, il paraît évident que la prise en charge médicale hospitalière en France doit être réformée. Mais nous pensons qu'elle doit l'être autrement. Et lorsque des médecins hospitaliers exigent que la logique des soins reste centrale dans l'organisation de l'hôpital, que l'on tienne compte de son rôle de service public notamment pour les personnes les plus malades et les plus précaires, nous choisissons notre camp. Ce n'est certainement pas celui du pouvoir médical mais c'est celui de notre droit à être correctement soignés quelle que soit notre maladie ou nos ressources. C'est celui de notre parole de malades que nous comptons bien faire entendre aussi bien aux médecins qu'au gouvernement.

Act Up-Paris exige :

- le retrait du volet Hôpital du projet de loi HPST ;
- un réel débat public sur l'organisation des soins qui associe les malades.

Envie d'en être ?

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

Un bref aperçu de ta vie en quelques dates :

j'ai 47 ans, au lecteur d'en déduire ma date de naissance. A 17 ans j'ai quitté ma famille, pour vivre et travailler à Paris, c'est un changement dans la vie d'un jeune homme. En 82 les premières rencontres amoureuses, c'est venu sur le tard, il y a eu des amours « platoniques » avant. J'ai connu, à ce moment-là aussi, les lieux de dragues parisiens. En 87, j'apprends la séropositivité de mon ami, en espérant être aussi contaminé pour pas que ce soit aussi injuste que ça. J'avais pas envie qu'il soit tout seul dans la galère. Avec mes médecins, on a décidé de faire une surveillance sanguine régulière, mais sans faire le test. Plusieurs mois après je l'ai fait et il s'est avéré que j'étais séropositif. A partir de 91, je fais une pause professionnelle assez importante : je ne pouvais plus poursuivre mon métier de Maître d'hôtel à cause de mon état de santé incompatible avec ma charge de travail et mes horaires. J'ai été 3 ans en longue maladie. C'était une période très riche, car j'ai rencontré un nouvel ami, et puis autour de moi j'ai eu aussi pas mal d'amis et de famille qui ont eu des problèmes de santé importants, ce qui m'a permis d'être disponible pour eux. Aujourd'hui, ça va bientôt faire 9 ans que je suis à Act Up. Je partage ma vie sentimentale avec un nouveau garçon. On the road again

Comment as-tu compris que tu étais homosexuel ? Sûrement dans le regard d'autres garçons qui avaient des désirs à mon égard. C'est là que j'ai compris que je pouvais plaire à d'autres garçons et que ma préférence était pour eux.

As-tu déjà souffert de discriminations ? Certainement. C'est plus dans le regard de mes amis quand j'ai pu comprendre qu'ils se mettaient à ma place. On souffre tous de discriminations, pour ma part j'ai pu être blessé, mais par rapport à d'autres personnes, ça ne compte pas, c'est enfoui dans ma mémoire maintenant.

Peux-tu nous parler de l'annonce de ta séropositivité ? Je m'en doutais avant, mais c'est un test qui le confirme en 90, j'étais alors suivi à Tenon. On a commencé un traitement quelques mois après. C'est mon médecin qui me l'a annoncé.



À l'époque que savais-tu du sida, de ses modes de transmission ? Avec la maladie de mon ami, on se doutait bien que c'était une contamination par voie sexuelle. Je sais que ça passait aussi par le sang mais comme je n'étais pas usager de drogues, ça ne pouvait pas être venu de cela. On savait surtout qu'il n'y avait que l'AZT comme traitement et qu'on en mourait et que ça pouvait aller très vite.

Et pour ta famille ? Je n'ai jamais senti de discrimination de la part de mes parents, ni sur ma sexualité, ni sur mon mode de vie. J'ai jamais senti une curiosité intrusive de leur part, ils ont eu la délicatesse de comprendre les préférences que je pouvais avoir sans jamais me poser la question frontalement. Ils ont compris que j'étais séropositif et malade parce que je suis leur enfant et qu'ils m'aiment.

Au jour le jour, c'est quoi d'être séropositif ? Ben, c'est pas drôle madame !

Comment as-tu choisi ton/ta médecin actuelle ? Mon médecin de ville, je l'ai trouvé sur un annuaire des médecin gays, ça fait tellement longtemps : il me suit depuis 82. Et mon suivi hospitalier se fait toujours à l'hôpital Tenon, dans le même service mais pas forcément avec les mêmes médecins

Quel traitement as-tu pris, prends-tu ? J'en ai pris plusieurs et actuellement je prends Truvada® et Reyataz®, tout ça boosté par Norvir®, et ça marche !

Comment vois-tu l'avenir moléculaire ? Il y aura des progrès, il y en a déjà, avec des traitements beaucoup plus puissants, avec moins d'effets secondaires, des médicaments qui seront sans doute capables de s'attaquer aux réservoirs, et en monothérapie. J'ai l'impression que ça va engendrer encore plus d'injustices, un accès à ces traitements dans les pays riches, et des pays du Sud qui seront toujours à la traîne et qui auront les traitements qu'on prenaient il y a 10 ans.

Tu annonces tout de suite la couleur/ta séropositivité lors de tes émois sexuels ? Ca n'a pas de couleur le préservatif ! Pour des rapports sexuels de fellation, le préservatif est rarement au rendez-vous.

Comment vis-tu ? En résistance ! Et de moi-même aussi parfois.

Dans dix ans, tu te vois comment ? Je me vois à travers le regard de mes vieux copains, et des gens que j'aime, et qui m'aiment.

Le militantisme, qu'est-ce que cela t'apporte ? Ca m'apporte des forces, parfois de l'épuisement. C'est un lien fraternel qui m'apporte de la solidarité.

Si tu devais changer quelque chose dans ta vie, ce serait quoi ? La profession que j'exerce actuellement qui n'est pas mon métier, la ville où je vis, les objets du quotidien, certainement pas mes blessures, la maladie et mes défaites que j'emporte avec moi pour un voyage en 750 cm³.

Qu'est ce que tu dirais à unE séroneg sur le fait d'être séropo ? Je lui dirai de venir lutter avec nous, de ne pas se contaminer et de ne pas connaître la peine que j'ai pour tous mes amis disparus.

Le FMI tue les malades des pays pauvres

Le 1^{er} avril, lors de la conférence de reconstitution financière du FMI, les représentantEs des pays donateurs ont reconnu que le besoin de financement supplémentaire du Fonds Mondial, pour 2009-2010, s'élève à 5 milliards de dollars US au minimum (soit seulement 0,5 % de la nouvelle dotation du FMI). Avec un très modeste effort supplémentaire, le G-20 pourrait définitivement combler le manque de financement du Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

Pour faire fonctionner le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, qui a sauvé plus de 3 millions de vies en 5 ans avec moins de 7 milliards de dollars, les pays du G-20 sont incapables de trouver 5 milliards de plus – 200 fois moins que pour le FMI ! Où sont les priorités ? Depuis 6 mois, on affirme aux malades du sida du monde entier que l'accès universel aux traitements ne sera pas possible par manque de moyens, et ce, du fait de la crise financière. Pourtant, le FMI vient de recevoir 1000 milliards de dollars US de la part des pays du G-20 pour lutter contre les effets d'une crise pour laquelle aucun compte n'est demandé aux principaux responsables : banquiers, actionnaires, boursicoteurs en tout genre.

Les dégâts causés par le FMI sur la santé publique

Parce qu'elle a reçu le « soutien » du Fonds Monétaire International (FMI), la Lettonie se voit contrainte de baisser ses budgets en matière de santé et d'éducation de 40 %. Conséquences : une personne vivant avec le VIH dans ce pays va devoir payer trois fois plus pour sa prise en charge. Avec 1 % de personnes séropositives et une épidémie liée principalement à l'injection de drogues, qui concerne une population très précaire, l'aide du FMI signifie, ni plus ni moins, la fin de la prise en charge pour une bonne partie des séropositifEs en Lettonie.

Ce n'est qu'un des exemples des dégâts causés par le FMI. En matière de démantèlement des systèmes de santé, les responsabilités du FMI ont été largement documentées. Ainsi, ce sont les conditions imposées par le FMI aux pays d'Afrique qui les empêchent de tenir l'engagement d'Abuja de consacrer 15 % des budgets publics à la santé – ce qui aggrave encore et toujours la pénurie en professionnelLEs de santé, entre autres.

Les responsables du FMI doivent s'engager à ce que les conditionnalités de remboursement des prêts n'entraînent pas de coupes dans les budgets que les états accordent aux politiques vitales de prévention, de dépistage, d'accès aux soins, et de renforcement des systèmes de santé dans les pays pauvres.

Le FMI doit donner au moins 5 milliards de dollars à la lutte contre le sida et garantir les politiques de santé des pays qu'il soutient. Pour cela la solution est simple :

- le FMI doit partager avec le Fonds mondial sida, sans condition, 0,5 % des 1 000 milliards de dollars qu'il vient de recevoir du G-20 ;
- les responsables du FMI doivent s'engager à ce que son soutien n'entraîne pas de coupes dans les budgets que les Etats accordent aux politiques vitales de prévention, de dépistage, d'accès aux soins, et de renforcement des systèmes de santé dans les pays pauvres ;
- l'annulation de la dette des pays pauvres.



Tête haute

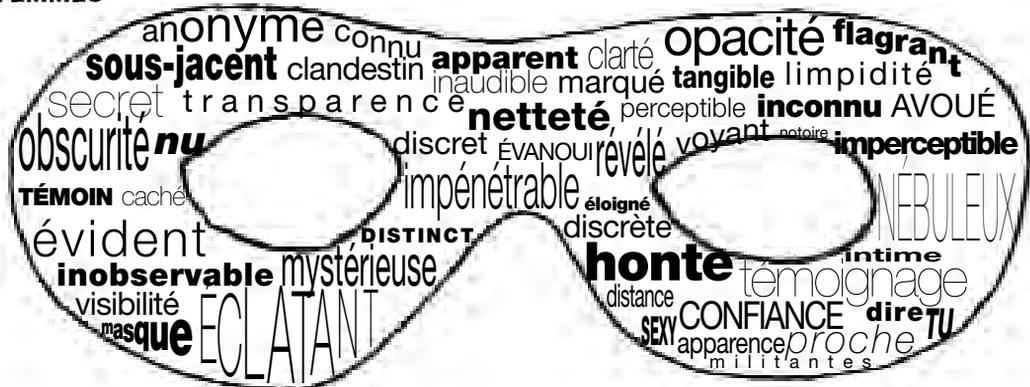
Le 20 mars dernier ont eu lieu au théâtre de l'Odéon, les assises de la prostitution, organisées par le collectif « droits et prostitution ». Retour sur deux ateliers, droits sociaux et prévention, et une grande nouvelle, la création du STRASS.

L'atelier « droits sociaux » a été l'occasion d'échanger sur autant de thèmes que le cadre législatif français en comparaison avec ceux de la Suisse, de la Belgique, de l'Espagne, les abus, notamment sexuels, de policiers et leurs refus d'enregistrer des plaintes de prostituéEs pour vols, viols et violences, les différents statuts professionnels qu'iELLEs peuvent revendiquer, ainsi que les droits à la retraite, à l'assurance maladie, la formation d'assistantEs sexuelLEs pour travailler auprès des handicapéEs, les discriminations aux emplois autres que sexuels, notamment pour les Trans qui n'ont pas obtenu de changement d'état civil. Autant dire que tous ces sujets n'auraient pas pu être abordés si la salle n'avait été pleine d'une représentation internationale et que les prostituéEs euxELLES-mêmes n'avaient témoigné à partir de leur expérience. Il a permis de réaffirmer une fois de plus que les délits de « racolage passif » et de « proxénétisme de soutien » sont inefficaces pour lutter contre le proxénétisme de contrainte, qui est d'ailleurs distinct dans le code pénal de la traite des êtres humains, témoignant ainsi de la position abolitionniste de l'Etat. L'atelier a fini par s'orienter en faveur d'une reconnaissance de l'activité de vente de services sexuels grâce à différents statuts professionnels permettant de reconnaître la diversité de la prostitution (de rue, libérale, salariat, escorting, pornographie, etc).

En parallèle, dans l'atelier prévention, ont été discutées les conséquences de la LSI de 2003 (Loi de Sécurité Intérieure) sur la lutte contre l'épidémie de sida. En envoyant les prostituéEs aux marges urbaines, la LSI entrave le travail de prévention des acteurs associatifs. Les prostituéEs, moins visibles, sont aussi plus mobiles, de sorte que le suivi thérapeutique des malades du VIH est souvent menacé. Rendez-vous médicaux ratés des travailleurSEs du sexe qui, quand iELLES ne sont pas en garde-à-vue, doivent fuir quelques jours en province ou à l'étranger pour échapper aux descentes de police. La LSI a poussé beaucoup de personnes à travailler sur internet où la prévention est très difficile à mettre en œuvre. Le web casse la transmission des savoirs entre prostituéEs tout en accroissant la concurrence. Et de fait, le préservatif est de plus en plus négocié par les clientEs qui voudraient s'en passer. Les travailleurSEs du sexe pour lesquelLEs les passes se raréfient doivent abdiquer, notamment pour les fellations. En discriminant les prostituéEs qui ont un rôle dans l'éducation à la santé, la LSI fait le jeu de l'épidémie de sida.

Les assises furent également l'occasion d'une annonce importante : la création d'un syndicat de travailleurSEs du sexe, le STRASS (syndicat du travail sexuel). En choisissant ce mode d'organisation, les militantEs du STRASS vont faire reconnaître la réalité de leur activité, c'est-à-dire qu'il s'agit d'un travail, et qu'à ce titre, il doit offrir tous les droits afférents à une activité professionnelle, en premier lieu, l'accès à la sécurité sociale. Le syndicat offrira la possibilité de regrouper très largement des travailleurSEs du sexe, qu'iELLES soient acteurRICEs porno, prostituéEs, escort, et de faire émerger sur le long terme une parole collective, porteuse d'une contre-expertise militante, capable d'enrayer les discours répressifs et ceux qui dénieent aux travailleurSEs du sexe la capacité à décider pour eux/ELLES-mêmes.

Act Up-Paris se réjouit de la création de ce syndicat et sera à ses côtés dans nos combats communs.



Dire ? Ne pas dire ? Comment ?

Après le colloque du 30 novembre-1^{er} décembre 2007 et la rencontre à l'Assemblée nationale en octobre 2008, l'Interassociatif Femmes & VIH organise à la rentrée prochaine une nouvelle rencontre qui portera sur la question de la visibilité et l'invisibilité des femmes séropositives. Retenez la date.

Samedi 3 octobre 2009, de midi à 22h30.

Pour aborder les questions de l'invisibilité et des discriminations à l'encontre des femmes concernées par la maladie, la prochaine rencontre « Comment faire tomber les masques ? », sera organisée en deux temps. Sur le modèle des rencontres organisées depuis 2004, l'après-midi se déroulera autour de 4 ateliers réunissant les femmes concernées. La soirée, plus festive, donnera la parole aux femmes séropositives qui pourront monter sur scène afin de présenter leur travail de création, au travers différents modes d'expressions qu'elles utilisent pour rendre visible leurs vécus avec la maladie. Cet après-midi se déroulera à Espace Oscar Niemeyer, Place du Colonel Fabien, Paris XIX^e.

Détails

12h - 13h30 : Accueil et collations pour les femmes venant de l'Île-de-France et des régions.

14h - 14h30 : Ouverture de la rencontre en plénière.

14h30 - 17h : Ateliers de travail réservés aux femmes concernées qui déclineront la question suivante : Qu'est-ce qui doit changer pour que l'on puisse en parler...

- 1 ...à son partenaire ?
- 2 ...à son entourage professionnel ?
- 3 ...à son entourage familial ?
- 4 ...au milieu médical ?

17h30 - 18h30 : Plénière ouverte à touTEs (compte-rendus des ateliers et perspectives).

18h30 à 20h : Repas organisé par l'association Hesshima et présentation de leurs activités.

20h à 22h30 : Spectacles réalisés par :

- l'interassociatif Femmes & VIH de la région PACA : vidéo « Paroles de femmes séropositives »
- le Théâtre de l'Opprimé et l'Association Marie-Madeleine : pièce « Mariez-moi, Docteur ! »
- la Main fine : défilé de mode de leur créations ;
- des chansons et du Slam (création en cours).

Pour y assister

Inscriptions avant le 18 septembre 2009, par mail à [inscription@femmesetvih.org] ou par courrier à Interassociatif Femmes & VIH : s/c Sida Info Service 190 Boulevard de Charonne 75020 Paris.

Sur le front de l'homophobie ...

● Irak : LGBT assassinéEs, tout le monde se tait

Act Up-Paris a interpellé le 15 avril, Adil ABD AL-MAHDI, le Vice-Président de la République d'Irak, sur les persécutions dont font l'objet les LGBT dans ce pays, et dénoncé le silence complice du gouvernement français.

Cette action visait à dénoncer les récents massacres de gays irakiens et le silence qui les entoure. Dans les deux derniers mois, une vingtaine d'hommes homosexuels - ou supposés tels - ont été assassinés à Sadr City. L'association Iraqui LGBT alerte depuis la communauté internationale sur ces assassinats massifs. Chaque jour, les lesbiennes, gays, bis et trans en Irak font l'objet de persécutions et de violences physiques et morales. Pourtant Adil ABD AL-MAHDI continue d'être reçu officiellement par l'État français, pour intervenir dans une conférence qui part du postulat que « *la situation en Irak semble entrer dans la voie de l'apaisement et de la réconciliation entre les différentes communautés. Le niveau de violence a fortement décru (...)* »

En Irak, l'homosexualité n'est plus pénalisée. Cependant, les autorités politiques et religieuses, et des milices, mènent une guerre sans fin aux LGBT et tiennent régulièrement des discours d'incitation à la haine à leur égard. Selon un activiste de l'association Iraqui LGBT, 600 personnes auraient été tuées depuis 2004, du fait de leur homosexualité. Après les LGBT, leurs familles font aussi l'objet d'oppressions, voire de crimes sanglants. En plus des atteintes graves aux droits humains, les exactions que connaissent les LGBT en Irak font le jeu morbide de l'épidémie de VIH/sida.

Adil ABD AL-MAHDI a ensuite été reçu par Nicolas Sarkozy et nous avons attendus en vain que le gouvernement français s'exprime sur le sort des LGBT persécutéEs en Irak et fasse jouer la diplomatie française pour que cessent ces violences. Au regard des engagements pris par Rama Yade le 17 mai 2008, et en perspective du congrès mondial contre l'homophobie à l'initiative du gouvernement français qui aura lieu le 15 mai prochain, il serait intolérable que la France ne dise rien, ne fasse rien et se taise encore une fois.

Act Up-Paris exprime son soutien à l'association LGBT Iraqui et aux lesbiennes, gays, bis et trans oppriméEs en Irak. Act Up-Paris exige :

- que les autorités irakiennes cessent les persécutions, les emprisonnements et les massacres programmés de lesbiennes gays, bi et trans ;
- qu'à l'occasion de l'entretien qu'il aura avec le vice-Président d'Irak, Nicolas Sarkozy, en tant que chef d'Etat, condamne fermement les violences faites aux lesbiennes, gays bis et trans en Irak, conformément aux engagements pris par le gouvernement français ;
- que le gouvernement français ouvre le droit d'asile aux personnes persécutéEs dans leur pays d'origine en raison de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre.

● **Leonetti c'est la guerre, les belles-filles en colère**

Chargé d'une mission sur le statut du beau-parent, le député UMP Jean Leonetti rassure les lecteurs du *Figaro* du 9 avril : « *Je ne crois pas qu'il faille créer des droits spécifiques pour un type de population* ». Comme si la polémique déclenchée par l'avant-projet de loi était liée au fait qu'on donne des droits spéciaux aux pédés et aux gouines !

Non, M. Leonetti, avoir une loi qui s'applique à tous et toutes, ce n'est pas « *créer des droits spécifiques pour un type de population* », c'est respecter les principes d'égalité qui fondent la République-Une-Et-Indivisible dont vous vous réclamez. Retournez prendre des cours d'éducation civique. En refusant d'inclure les familles homoparentales dans cette discussion, c'est vous qui leur donnez un statut spécifique : celui de rester exclues de la société. Mais la majorité à laquelle vous appartenez nous a tant habitués à cela que votre homophobie ne surprendra personne.

Bien sûr, Jean Leonetti se veut grand seigneur : « *J'ai eu connaissance d'un cas où un juge avait confié l'enfant d'une mère décédée à la compagne de cette dernière car le père n'était jamais présent. Je ne suis pas choqué par ce type de décision.* » Merci, M. Leonetti, pour tant de condescendance. Vous militez pour le « *cas par cas* », mais uniquement quand il s'agit des familles homoparentales. Bref, seuls les hétéros sont dignes de l'universalité de la loi.

Les pédés et les gouines, quant à elles/eux, doivent montrer patte blanche : « *Nous allons auditionner des pédopsychiatres et des juges aux affaires familiales. Les premiers nous aideront à comprendre les problèmes susceptibles de perturber l'évolution d'un enfant dans différents types de compositions familiales.* » On en conclut que l'homoparentalité est un « *problème susceptible de perturber l'évolution de l'enfant* ». On imagine les pédopsychiatres faire des exposés savants sur le thème : « *Quand belle-maman écoute Sinead O'Connor toute votre enfance : Bruno Bettelheim à la rescousse !* » ou un juge des affaires familiales trancher sur une affaire de vol de rouge à lèvres entre une fille et son beau-père. Tout un programme.

Tous les pédopsychiatres, tous les juges des affaires familiales n'y feront rien : exclure les homos du mariage, de la parentalité, de l'adoption ou du statut de beau-parent est une pratique homophobe.

● **Quand le Burundi condamne, le Sénégal libère**

Le Burundi vient de légaliser la discrimination envers les homosexuellEs. Le Président Pierre Nkurunziza a promulgué une loi qui criminalise « *les pratiques sexuelles entre personnes de même sexe* », passibles de deux années d'emprisonnement. Ce projet de loi traîne depuis novembre 2008 et a provoqué des manifestations nationales en faveur de cette loi et une mobilisation nationale et internationale pour défendre les droits de l'Homme. Le lobby des partisans homophobes a gagné avec l'entrée de l'article 567 dans le Code pénal Burundais.

Au même moment au Sénégal, la Cour d'appel de Dakar annulait la procédure judiciaire à l'encontre des neufs Sénégalais condamnés à huit ans de prison ferme pour homosexualité. Ces jeunes hommes, tous âgés de moins de 30 ans, étaient en prisons depuis décembre accusés d'« *acte impudique et contre nature et association de malfaiteurs* ». Leur remise en liberté est un soulagement, même si l'homosexualité reste interdite et passible d'une peine d'un à cinq ans d'emprisonnement.



Alerte en rétention

Alors que des lois existent pour protéger les malades, c'est aux associations de se mobiliser pour qu'elles soient respectées. Nouvelle épreuve gagnée en ce mois d'avril, mais qui illustre le durcissement des rapports avec les autorités responsables.

Monsieur R., ressortissant russe et séropositif, a été retenu au centre de rétention administrative (CRA) de Rennes-Saint Jacques de la Lande durant 14 jours. Sortant de la maison d'arrêt de Tours, M. R. était sous le coup d'un arrêté préfectoral de reconduite à la frontière (APRF). Pourtant c'est durant son séjour carcéral que des examens médicaux ont mis en évidence deux pathologie lourdes, dont le VIH. La préfecture d'Indre-et-Loire, responsable de son placement en rétention, était donc parfaitement au courant de son état de santé. Son expulsion le condamnait à mort, l'accès à un traitement approprié n'étant pas possible dans son pays d'origine.

Depuis 1997, est inscrite dans la loi française l'obligation de la continuité des soins pour tout étranger dont *« l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une extrême gravité, sous réserve qu'il ne puisse bénéficier effectivement des traitements appropriés dans son pays d'origine »*.

Cette histoire s'inscrit dans un contexte de multiplication des décisions d'éloignement à l'encontre de personnes gravement malades, qui ne peuvent se soigner dans leur pays d'origine. La Cimade et Act Up-Paris se sont insurgées contre des pratiques qui ne devraient plus avoir cours : la loi de 1997 protège les malades étrangers de l'expulsion, pratiques qui, en tout état de cause, constituent des traitements inhumains et dégradants contraires à la Convention européenne des droits de l'Homme. C'est la première fois depuis cette loi, que les associations mettent autant de temps à faire sortir un malade de rétention, alors même que les autorités responsables étaient parfaitement au courant de sa situation de santé.

La Cimade et Act Up-Paris exigent le strict respect du droit au séjour pour raisons médicales et l'abandon des quotas d'expulsions incompatibles avec un examen individuel des situations et le respect des droits des personnes.

Liberté d'expression deux poids deux mesures

Affaire Vanneste : Act Up-Paris porte plainte auprès de la Cour Européenne des Droits de l'Homme

Le 12 novembre 2008, la Cour de cassation annulait la condamnation de Christian Vanneste pour injures homophobes. Dans un rendu pour le moins lapidaire, la Cour de cassation expliquait qu'affirmer « *l'homosexualité est inférieure à l'hétérosexualité* » ou « *elle est dangereuse pour la survie de l'humanité* » relève de la liberté d'expression. C'est un précédent à même de conduire à une jurisprudence pour le moins embarrassante, qui autoriserait à dire que « *les NoirEs sont inférieurEs aux BlanchEs* » ou que « *les JuifEs sont une menace pour la survie de l'humanité* », etc. C'est aussi la démonstration que les magistratEs de la plus haute juridiction française, qui rendent leur décision au nom du « *peuple français* », sont encore incapables de voir les dégâts des injures homophobes sur la vie quotidienne des LGBT.

Pour toutes ces raisons, nous avons décidé de porter plainte contre la France auprès de la Cour Européenne des Droits de l'Homme. Ce recours est avant tout politique : il permettra de faire la démonstration que, du fait de l'arrêt de la Cour de cassation, la France expose les homos à des traitements inhumains et dégradants.

Ce sera aussi l'occasion d'interpeller les juges de la Cour de cassation sur leurs responsabilités face à l'augmentation des agressions homophobes, relevées par la police et par SOS Homophobie. La lutte contre le racisme et l'antisémitisme a montré à quel point une tolérance de la société envers les insultes ouvraient la voie aux violences physiques. Lorsque ces magistrats tolèrent dans le débat public des propos comme « *l'homosexualité est une menace pour la survie de l'humanité* », il ne faut pas s'étonner que des personnes, notamment parmi les plus jeunes, pour lesquelles la prévention de l'homophobie reste insuffisante, prennent cette expression au pied de la lettre et passent à l'acte.

Affaire Chiland : la liberté d'expression n'est pas pour tout le monde

La Cour de cassation a refusé le recours d'Act Up-Paris, suite à la condamnation d'un militant pour diffamation dans l'affaire Chiland. Colette Chiland, psychiatre auto-proclamée spécialiste des Trans, avait rédigé deux livres sur la question, dans laquelle elle accumulait les poncifs et les propos humiliants (voir Action 113). Elle avait poursuivi Act Up-Paris. Le président de l'époque avait été condamné, et sa peine alourdie en appel. La Cour de cassation a donc confirmé cette condamnation.

Ainsi, pour les magistrats de la plus haute juridiction nationale, la liberté d'expression couvre un député de la majorité quand il affirme que les pédés et les gouines sont des dangers publics, inférieurs aux autres ; mais refusent cette même liberté d'expression à une association d'activistes, d'homos, de Trans, quand ils combattent la transphobie patente d'une médecin, donc censée aider et protéger les personnes, et qui remplit ses pages de propos désobligeants, voire franchement insultants.

L'arrêt de la Cour de cassation dans l'affaire Vanneste nous avait déjà montré à quel point ses magistrats étaient déconnectés de la réalité de l'homophobie et de ses conséquences. Leur décision dans l'affaire Chiland nous indique qu'un travail de pédagogie sur les questions Trans va aussi s'imposer à leurs égards.

Merci

Pour leur soutien financier :

Pierre Bergé, Sidaaction, le ministère de la Santé, l'ANRS, le GRSP, la Mairie de Paris, le Conseil régional, les laboratoires GlaxoSmithKline, Gilead, Merck Sharp & Dohme-Chibret, Janssen-Cilag-Tibotec, Sanofi Aventis, Abraxas, Le Bear's Den, SUD.

Pour leurs dons en nature :

APHP, Air France, BUC formation, Océ France, Stickers.fr, Abraxas.

Pour l'accueil de nos activités :

Les Crazyvores, les Solidays, Le Mange Disque, Le Bataclan, Paris Plaisir, le Centre Wallonie-Bruxelles, la fac de Saint Quentin en Yvelines, le festival Aux Zarbs, le salon « Direction Santé au Féminin », le gay musette, l'Ecole nationale des Beaux Arts, Julien Payer, la Mairie de Paris, Université Paris VIII, Hôpital Bichat, Le Centre Gai et Lesbien.

Pour leur soutien à notre communication :

Expressions II, le comité des amiEs de la Pif, Vacarme, Le CRIPS, Samizdat, Radio Libertaire.

Pour leur aide juridique et comptable :

MDA, Jean-Didier Vogely, Alia Aoun, Caroline Mécary.

Et toutes les personnes qui ont fait un don en argent quel qu'en soit le montant et/ou en temps, nous permettant ainsi de continuer, coûte que coûte, l'ensemble de nos activités liées à la lutte contre le sida.

LE
avant d'arrêter

PRÉ

SER

VA

TIF

commencez par en mettre

ACT UP
PARIS

ACTUPPARIS.ORG | REJOIGNEZ-NOUS