

PREVENTION

GAY : METHODE

OGINO !

RÉFORME HOSPITALIÈRE : MALADE TAIS-TOI !

VERS LES SALLES DE CONSO

P.2

VIH ET PRISON : MOUVEMENTS

P.3

UN SITE INTERNET POUR LES FEMMES

P.6

D'expérience de malade et d'infirmière, nous constatons aujourd'hui combien l'offre de soins et la prise en charge se dégradent. Si la lutte contre le sida a permis, un temps, une réelle prise de pouvoir des malades sur leur pathologie, un meilleur suivi et le partage d'informations entre soignantEs et soignéEs, ce n'est plus le cas aujourd'hui.

Être malade aujourd'hui c'est savoir perdre son temps, attendre plusieurs mois avant d'obtenir un rendez-vous avec son/sa infectiologue ou unE spécialiste : belle entrée en matière quand on vient d'être diagnostiquéE séropositifVE. Il faut aussi apprendre à se faire balader d'un service à un autre, d'unE médecin vers unE autre, faire avec l'indisponibilité et parfois le mépris du personnel qui nous accueille. Il n'est plus tolérable de s'entendre dire quand on est malade qu'on ne doit pas se plaindre, car on à l'air d'aller bien, et qu'aujourd'hui on ne meurt plus du sida, que les traitements fonctionnent. Il est inadmissible de s'entendre dire que nous ne savons pas de quoi nous parlons. Bien sûr que si, nous savons de quoi nous parlons ! Parce que le sida c'est notre quotidien. Avaler les traitements, avoir une bonne observance, supporter la fatigue, voir nos corps se modifier, notre

humeur changer, nos désirs disparaître, qui d'autre que nous peut l'exprimer aussi précisément ?

Évidemment, nous nous plaignons de ne pas être entendusEs et respectésEs : nous ne sommes pas qu'un numéro sur un dossier ! Et si les traitements nous permettent effectivement de vivre un peu mieux et plus longtemps - pour certainEs, survivre - ça ne règle pas tout. Et de nombreux combats restent à mener.

Dans ce contexte, la mise en place de réformes hospitalières et le démantèlement de la sécurité sociale ont pour seul objectif la gestion des coûts mais en aucun cas la prise en compte des besoins réels des malades. Notre inquiétude et notre colère naissent de la mort annoncée, et de la fermeture déjà effective de plusieurs services infectieux. Nous nous sommes battus pour obtenir une prise en charge globale où le malade est au centre des discussions, où tous les problèmes liés au VIH/sida sont traités dans un même service. En réalité, ces acquis sont restés dans les textes et sont totalement remis en question par une réforme hospitalière qui s'évertue à opposer social médical et soins/médico-social, allant jusqu'à exclure le volet social. Les questions économiques et financières prennent le pas sur tout. Le système de

soins ne veut plus nous prendre en charge car nous ne sommes pas rentables. Doit-on pour autant fermer les consultations VIH ? La restructuration des services commence à être mise en place, soi-disant « pour le bien » des malades et au nom d'un meilleur suivi. A travers cette restructuration, on nous impose un parcours du combattant : consultation en ambulatoire et hospitalisation dans un lit disponible, mais où ? On nous parle de qualité de soins, mais si nous ne sommes plus acteurs de notre maladie, qui coordonnera pour nous notre suivi médical ? Nous exigeons de participer pleinement à notre prise en charge et à notre suivi. Nous malades, nous associatifs et professionnels de la santé sommes aussi responsables de la perte de ce que nous pensions acquis. Un tel retour en arrière est difficilement imaginable. Le sida serait donc toujours cette maladie honteuse que nous devons cacher et assumer sans rien dire ? Réveillons nous ! Battons nous ! Nous l'avions annoncé au moment de l'élection présidentielle ; « 2007-2012 nous n'y survivrons pas », nous ne pensions pas y arriver dès 2010.

Safia Soltani et Stéphane Vambre
Co-PrésidentE

DEPUIS ACTION 120

1^{ER} DÉCEMBRE

Manifestation lors de la journée mondiale de lutte contre le Sida et des 20 ans d'Act Up-Paris.

8 DÉCEMBRE

Sortie de «sida, un glossaire», édition 2009 de la collection information = pouvoir.

15 DÉCEMBRE

Édition d'un badge pour dire : « mon identité n'est pas nationale » par les Panthères Roses & Act Up-Paris

16 DÉCEMBRE

77^e RéPI au Centre Wallonie-Bruxelles ANTIRÉTROVIRAUX POUR SÉRONEGES une pilule pour prévenir la transmission ?

18 DÉCEMBRE 2009

Ouganda : Non à la pénalisation de l'homosexualité, zap devant l'ambassade d'Ouganda. Aux cris de « Shame », « Homos assassinés, Museveni coupable ! »

12 FÉVRIER

Intervention lors des Assises parlementaires « prison » pour réclamer l'application effective de la loi sur la suspension de peine pour raison médicale. Sortir les malades des prison, assez de discours, des actes !

13 FÉVRIER

Participation au bal Interlope

24 FÉVRIER

78^e RéPI au Centre Wallonie-Bruxelles, Malades, généralistes, spécialistes : Problèmes de connexion-réseau ?

D'ICI ACTION 122

25 FÉVRIER

Réunion publique hebdomadaire d'Act Up-Paris à l'amphithéâtre des Loges, aux Beaux Arts 14 rue Bonaparte, Paris VI^e, métro St Germain des prés.

8 MARS

Lancement du site internet www.femmesetvih.org et parution des actes des rencontres de 2008 et 2009 de l'interassociatif Femmes & VIH.

18 MARS

Sortie et commercialisation de «sida, le guide des bases pour comprendre» et de «sida, le guide des Droits sociaux», de la collection information = pouvoir.

22 MARS

Atelier de la pensée, au théâtre de l'Odéon pour réfléchir à la place du militantisme aujourd'hui.

27 MARS

Participation à la manifestation nationale à l'appel du collectif Ni pauvre, ni soumis «Stop à la précarité ! Oui à la solidarité et à un revenu d'existence !»

28-31 MARS

Présence à la conférence francophone sur le sida à Casablanca.

26-28 MARS

Week-end du 9^e Sidaction. Appelez le 110.

26 MARS

Sortie de Protocoles n°60

7 AVRIL

79^e RéPI sur le thème de l'éradication, après le retour de deux militants d'Act Up-Paris revenant de la Conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes.

11 AVRIL

Assemblée générale d'Act Up-Paris.

ZAP DU MOIS

SIDA, LA CRISE A SES COUPABLES



Le 1er décembre, à l'occasion de la journée mondiale de lutte contre le sida, Act Up-Paris appelait les dirigeantEs des pays riches à renforcer leur contribution financière à la lutte contre la pandémie dans les pays pauvres. Cette manifestation pour l'accès universel aux traitements a rappelé qu'aujourd'hui encore, moins de 40% des séropositifEs qui en ont besoin ont accès à un traitement antirétroviral à travers le monde.

FIGHT HIV EVERYWHERE

LE CONGO COMME EXEMPLE

MONSIEUR KOUCHNER, DE GOMA À KINSHASA, SE SOIGNER EST UN COMBAT !

Pour entamer cette année 2010, année des promesses brisées des dirigeantEs des pays du G8 en matière d'accès universel aux traitements, le ministre des Affaires Étrangères français Bernard Kouchner s'est rendu en Afrique pour une visite éclair de trois jours au Rwanda, en République démocratique du Congo, au Congo-Brazzaville et au Burkina Faso. En se rendant dans des pays particulièrement touchés par la pandémie de VIH, on était en droit d'attendre de Bernard Kouchner des propositions concrètes pour favoriser l'accès aux soins ; en République

Démocratique du Congo, moins de 10% des personnes séropositives éligibles aux traitements y ont effectivement accès. Le manque de financements, les problèmes logistiques pour acheminer les antirétroviraux de Kinshasa aux zones de santé (compte tenu de l'étendue du territoire) expliquent en partie cet état de fait. Les bilans sanguins qui précèdent toute mise sous traitement restent aux frais du malade, ainsi que la totalité des examens de suivi et le traitement de certaines maladies opportunistes. Dans un pays où le revenu moyen est de \$20 par mois, accéder à l'ensemble des soins relève presque de l'impossible. Des associations de la société civile ; dont Femme+, AMO-Congo, UCOP+ ont défilé dans les rues de Kinshasa le 10 janvier dernier pour dénoncer cette situation et revendiquer un accès universel aux soins et des mesures concrètes. Dans la foulée, les associations ont été reçues par le premier ministre congolais, Adolphe Muzito.

international@actupparis.org

PAS TROP TÔT

VERS LES SALLES DE CONSO

ET OUI, ÇA AVANCE EN RÉGION PARISIENNE, ET PAS SEULEMENT PARCE QUE LA COMMISSION DROGUES ET USAGES D'ACT UP-PARIS S'EST REMONTÉE.

Pour une fois nous ne luttons pas juste pour que les choses n'empirent pas.

Les Salles de Consommation à Moindre Risque (SCMR) ont de beaux jours devant elles. Les SCMR sont des lieux destinés aux usagerEs de drogues (UD) les plus précariséEs où il sera possible de consommer des drogues dans des conditions sanitaires correc-

tes avec du matériel à usage unique (limitation des transmissions du VIH, du VHC et du VHB) et où des professionnelLs seront prêtEs à répondre à toutes les questions qu'on peut se poser sur les drogues, la santé, les sevrages, etc. Les SMRC offrent, en plus, une alternative aux scènes ouvertes de consommation pour les UD et les habitantEs.

Après la déclaration de la ministre de la Santé, Madame Bachelot-Narquin, le 4 novembre dernier commandant une étude sur les SCMR à l'INSERM pour juin, la Mairie de Paris a voté le 14 décembre dernier un budget de 26 000 € en faveur de l'association Elus, Santé publique, et Territoires (EST) pour la préparation d'un séminaire destiné aux éluEs afin de les sensibiliser à la question des SCMR. Ce budget a été complété par les

20 000 € du Conseil Régional d'Ile-de-France, vote passé avec une très large majorité. A ce jour, 6 villes de gauche comme de droite ont répondu à l'invitation. En quelques mots, ce séminaire se divise en deux jours d'auditions d'expertEs et des visites de SCMR européennes. En Europe, il en existe déjà en Suisse, au Luxembourg, aux Pays-Bas, en Espagne, en Allemagne, en Norvège... Les éluEs vont se confronter au terrain et nul doute qu'ils et elles vont se forger des souvenirs... Évidemment le collectif «Salle de consommation à Paris» dont Act Up-Paris fait partie, est inclus dans la préparation de ce séminaire et le fait avec la plus grande attention et surtout le plus grand engagement.

drogues@actupparis.org

TAPIS ROUGE

MEDAILLÉES HORS JO

DISQUE D'OR POUR MANO SOLO,

mort le 10 janvier 2010. «Je ne suis plus séropositif, mais j'ai le sida», avait-il annoncé un soir d'octobre 1995, lors d'un concert au Bataclan. « Sans attendre que les autres [le] regardent, il [s'était] présenté », justifiait-il, contribuant, dans plusieurs de ses chansons et ses prises de parole publiques à briser le silence sur la maladie.

LE PRIX DE GROSSE FICELLE

est attribué à Valérie Pecresse. Lasse de devoir justifier le plan de 4 000 suppressions de postes dans les hôpitaux parisiens, la tête de liste UMP pour les régionales en Ile-de-France, ci-devant ministre de l'Enseignement supérieur, a annoncé que la réorganisation était repoussée au printemps (c'est-à-dire après les élections).

CHRISTINE BOUTIN DÉCROCHE UN DOUBLE GOUPILLON D'OR

pour avoir fait interdire un dessin animé, destiné aux écoliers, mettant en scène un poisson chat et un poisson lune, réalisé

dans le cadre d'un programme de lutte contre les discriminations et l'homophonie et pour avoir proposé que la procréation assistée soit réservée aux foyers « stables » composés d'un homme et d'une femme mariés. Elle s'est beaucoup démenée pour qu'on lui déroule à nouveau le tapis rouge. Bravo Christine ! Les jeunes homos n'essayent jamais que 13 fois plus que les autres de se suicider. Quant à celles et ceux qui n'arrivent pas à avoir d'enfants, ils n'ont qu'à se marier !

EN BREF

VIH ET PRISON : MOUVEMENTS

ARRIVÉE DE LAURENT JACQUA À ACT UP-PARIS

Depuis la mi-novembre, Laurent Jacqua, prisonnier séropositif ayant fait 25 ans de prison, a rejoint l'équipe de salariéEs d'Act Up Paris pour le plaidoyer sur la défense et la sortie des prisonnierEs malades.

Laurent incarne parfaitement le discours à la première personne prôné par Act Up-Paris. Depuis sa cellule, il s'est battu durant 20 ans pour dénoncer les conditions intolérables dans lesquelles lui et les autres prisonnierEs étaient incarcéréEs. Aujourd'hui libre mais encore écroué il entend faire résonner la voix des sans voix, des abandonnéEs de touTEs qui meurent au fond des cages de notre République.

En tant que prisonnier séropositif, il connaît tous les rouages et dysfonctionnements du monde carcéral, judiciaire et médico-pénitentiaire. Il est passé très près de la mort en développant un sida a deux fois initié des demandes de suspension de peine pour raison médicale, qui lui ont été refusées. Il sait donc de quoi il parle grâce à son expérience dans le labyrinthe obscur de l'appareil répressif où les prisonnierEs malades peuvent disparaître. Sa priorité est la lutte pour le respect de la dignité des séro-prisonnierEs et à terme leur libération.

ARRIVÉE DE CHRISTINE BARBIER À LA DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ

Cela faisait plus d'un an que le poste de référent prison à la DGS n'avait pas été occupé... Depuis peu, nous savons que Christine Barbier, médecin inspecteur de Santé Publique, chef de projet VIH/IST/hépatites à la DRASSIF, devient référente « précarité, populations vulnérables » au bureau MC1 « santé des populations » de la sous-direction « promotion de la santé et prévention des maladies chroniques » de la Direction Générale de la Santé. A son nouveau poste, elle sera particulièrement en charge des prisonnierEs malades.

Lorsqu'elle était à la DRASS-Ile-de-France, Christine Barbier avait déjà travaillé sur le VIH en prison. Elle est notamment à l'origine du rapport « VIH/IST/hépatites en milieu carcéral en Ile de France » de septembre 2007. Bien que nous soyons satisfaitEs de cette nomination compte tenu du travail fourni jusqu'alors par Christine Barbier en lien avec les associations dont Act Up-Paris et de l'in-

térêt manifeste qu'elle porte aux conditions de vie des prisonnierEs séropositifEs, nous regrettons que la DGS n'ait pas jugé utile de renouveler le poste de référent « sida en prison », cette thématique méritant à elle seule un poste à temps plein.

ARRIVÉE DE JEAN-AMÉDÉE LATHOUD À LA TÊTE DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE

Jean-Amédée Lathoud, magistrat, a été nommé directeur de l'Administration pénitentiaire par décret du 7 janvier 2010, en remplacement de Claude d'Harcourt en poste depuis décembre 2005. Il a pris ses fonctions le 11 janvier 2010.

Procureur général près la cour d'appel de Douai de 1999 à 2004, Jean-Amédée Lathoud était passé entre les gouttes de l'affaire d'Outreau qu'il avait supervisé directement, avant d'être nommé à la cour d'appel de Versailles en 2004, deuxième cour d'appel de France.

En tant que procureur général de Versailles, Jean-Amédée Lathoud avait décidé – en totale contradiction avec la législation en

vigueur – de refuser les permis de visite aux enfants de moins de 14 ans de parent incarcéré dans les prisons relevant du ressort de la cour d'appel de Versailles (MA Bois d'Arcy, MAF Versailles, MC Poissy).

Jean-Marie Delarue, le contrôleur général des lieux de privation de liberté, avait « appelé l'attention de M. Lathoud » sur l'illegalité et l'inhumanité de sa décision.

Dans un courrier adressé à M. Delarue, Jean-Amédée Lathoud répondait : « Il m'apparaît que l'on peut légitimement s'interroger sur l'opportunité pour des enfants ou de jeunes adolescents de fréquenter nos actuels établissements pénitentiaires (...) et qu'il n'est sans doute pas inutile de sensibiliser à cet égard les familles concernées ». On peut également « légitimement s'interroger » sur la décision d'un procureur général qui, en totale contradiction avec les dispositions du code de procédure pénale, décide de priver des enfants du droit de rendre visite à leur parentE et d'isoler un peu plus les prisonnierEs, leur coupant le peu de lien familial qui leur reste.

Monsieur Lathoud vient donc d'être nommé à la tête de l'Administration pénitentiaire. Il a animé la table ronde intitulée « sortir les malades de prison » aux assises parlementaires le 12 février 2010, Act Up-Paris compte bien le lui rappeler tout au long de son mandat.

prison@actupparis.org

ACT UP RÉVÈLE LES PLANS SECRETS...

DU GOUVERNEMENT POUR RÉDUIRE LA FACTURE HOSPITALIÈRE

COMMENT TIRER PROFIT DES HÔPITAUX PARISIENS ? EN LES REGROUPANT SUR QUELQUES SITES ET EN VENDANT À PRIX D'OR LES TERRAINS AINSI LIBÉRÉS.

Le regroupement de 37 établissements au sein de 12 centres hospitaliers et la suppression de 4 000 emplois au sein des hôpitaux parisiens d'ici 2012 n'est qu'un début. Le gouvernement, qui a exigé de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) 300 millions d'euros d'économies d'ici 2012, ne compte pas en rester là.

Un think-tank de vieux maréchaux et de petits soldats de la Révision générale des politiques publiques (comprendre déman-

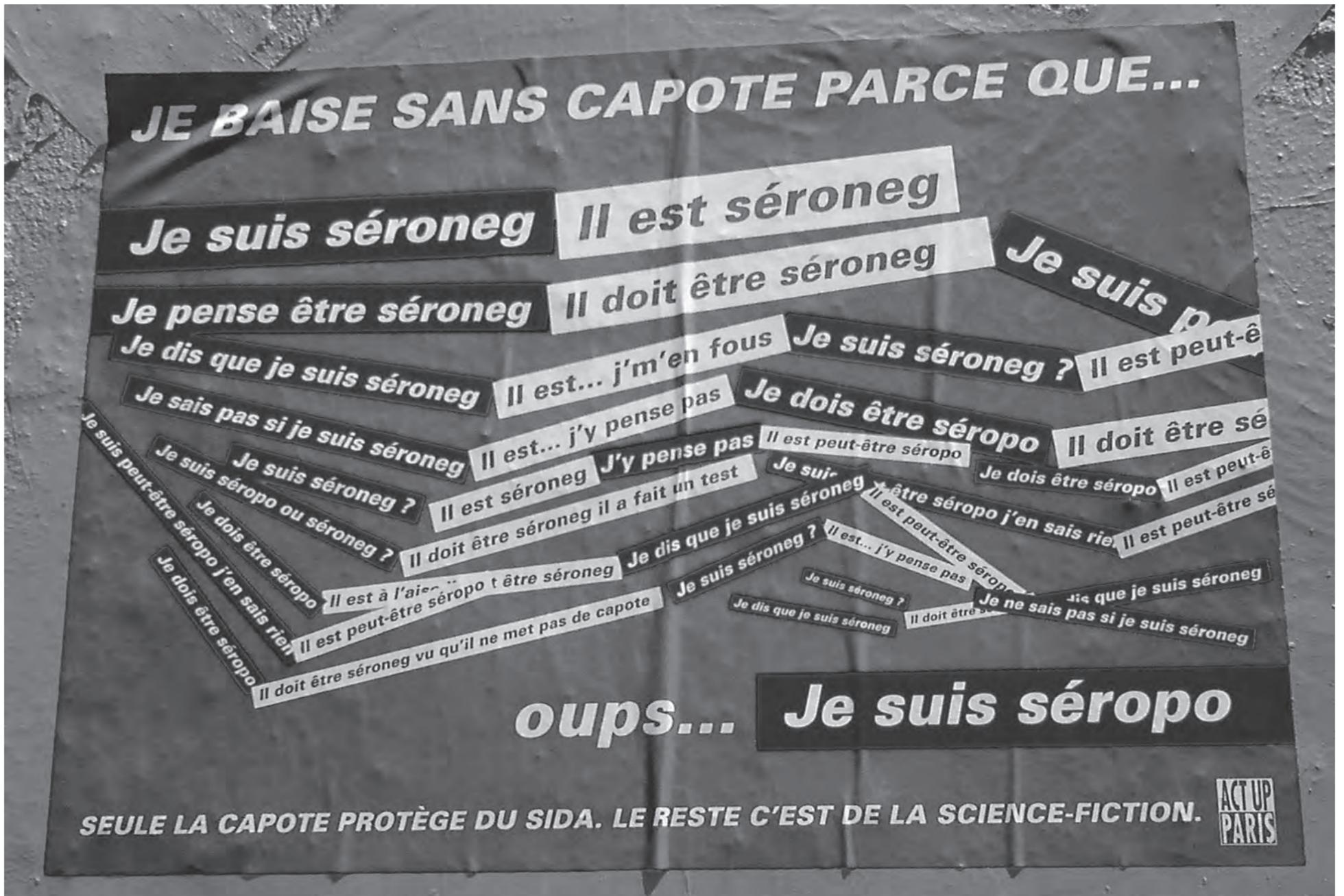
tèlement des services publics), se retrouve ainsi régulièrement au ministère des Finances pour phosphorer sur l'avenir des hôpitaux parisiens. Et il n'y a guère que les malades pour s'étonner encore que ces réunions se déroulent à Bercy plutôt qu'au ministère de la Santé. Les hôpitaux, c'est trop d'argent pour laisser n'importe qui s'en occuper ! Et puis on sait où ça mène : depuis 60 ans, la part de la santé dans le produit intérieur brut a été multipliée par 3,5. Va-t-on pour autant 3 fois mieux ? Assurément non. Les malades ne se sont jamais autant plaints : prises en charge tardives, erreurs de diagnostics, effets secondaires des traitements, maladies nosocomiales...

Notre think-thank voit loin. Christian Blanc, secrétaire d'État chargé du Développement de la région capitale, toujours en mal de don-

ner corps et architecture au grand dessein présidentiel pour l'Ile-de-France, a proposé de regrouper les hôpitaux parisiens sur 4 sites, correspondant aux actuels Groupements hospitaliers universitaires, en construisant autant de tours. L'AP-HP c'est un peu plus de 22 000 lits, 70 000 emplois et 3,4 millions de m² de bâtiments. Tout cela peut tenir dans 4 immeubles de grande hauteur pour peu de faire preuve d'un peu d'imagination. Dans un élan d'enthousiasme, Roselyne Bachelot-Narquin a embrassé l'énarque : « Bravo Christian, et comme ça on règle aussi les problèmes d'orientation des malades et des ambulances. Là, tout sera au même endroit, fini d'errer d'hôpital en hôpital pour trouver un lit vacant, vraiment, que demander de mieux, j'espère qu'on va pas encore nous critiquer ? ! »

Hervé Novelli, secrétaire d'État chargé du Commerce et des PME libéral patenté a renchérit : « On va au passage pouvoir couper les emplois en doublon et privatiser des services les plus rentables qui franchement seront mieux assurés par les cliniques ! »

Le mot de la fin est revenu à Eric Woerth, le ministre du Budget : « Pas question de construire ces tours dans Paris intra muros, mais plutôt en grande couronne, afin de rééquilibrer le développement de la capitale. Et puis, le terrain y est moins cher. Comme cela, nous pourrions valoriser (vendre) les emprises libérées à Paris et en petite couronne. D'une pierre deux coups : au prix du m², ça va combler le déficit et nous permettra d'annoncer la veille des élections de nouvelles baisses d'impôts ! ».



ACTION DEVANT LE MINISTÈRE DE LA JUSTICE, 20 NOVEMBRE 2009

PRÉVENTION GAY : MÉTHODE OGINO

**ROSELYNE BACHELOT-NARQUIN
CHERCHE À IMPOSER UNE
APPROCHE DITE DE « RÉDUCTION
DES RISQUES SEXUELS »
CHEZ LES GAYS ALORS MÊME
QUE CETTE QUESTION CONTINUE
DE DIVISER FORTEMENT
LE MILIEU ASSOCIATIF EN
FRANCE COMME À L'ÉTRANGER.**

PASSAGE EN FORCE !

En annonçant le 27 novembre « les grandes orientations » du plan national de lutte contre le sida pour 2010-2013, Roselyne Bachelot-Narquin paraissait entériner, en matière de prévention, une approche dite « de réduction des risques sexuels » en laissant supposer qu'une telle orientation aurait fait l'objet d'un accord de la part de l'ensemble des associations.

Cette proposition étant issue du rapport qui venait de lui être remis dans une version dépourvue d'argumentaire le jour même, Roselyne Bachelot Narquin en adoptait donc les orientations sans même l'avoir lu. Surtout, sans même que ses conclusions aient pu être débattues par l'ensemble des acteurs et actrices de la lutte contre le sida et les personnes concernées.

Il y a donc tout lieu de penser que ce rapport n'était qu'un prétexte pour imposer l'adoption d'une politique de réduction des risques sexuels en France. Un tel passage en force ne pourrait que continuer à faire controverse entre les associations et dans la communauté.

Comme peu d'associations se sont réellement exprimées sur le sujet, pendant plusieurs années, la discussion sur les messages dits de réduction des risques sexuels (RDRs) est essentiellement apparue comme une opposition entre Aides et Act Up-Paris. Il nous semble qu'une telle question, parce qu'elle engage de manière directe l'avenir de la prévention et de notre communauté,

mérite pour le moins un débat plus large qui doit dépasser les seules associations de lutte contre le sida en impliquant au premier chef les personnes concernées. Disons le clairement, pour nous le débat n'est pas clos.

UNE CONFUSION SOIGNEUSEMENT ENTRETENUE

D'après la définition qu'ils en donnent, les auteurs du présent rapport appellent réduction des risques, l'ensemble des moyens qui agissent de façon suffisamment efficace sur un maillon des processus qui conduisent à des contaminations. Ces derniers engagent tant des aspects comportementaux que des déterminants sociaux, les mécanismes biologiques de l'infectiosité, de la vulnérabilité ou encore la nature des actes pour réduire le taux de transmission du virus du sida. La réduction des risques engloberait donc tout à la fois l'utilisation du préservatif, le traitement post-exposition, des interventions sociétales ou comportementales, la lutte contre les discriminations, la question de la charge virale communautaire ou le recours au dépistage.

Au titre d'une telle définition, nous pourrions affirmer qu'Act Up-Paris serait favorable à la réduction des risques sexuels puisque l'association a notamment revendiqué et obtenu l'accès aux traitements post-exposition, défend l'intérêt du dépistage ou de la charge virale pour réduire la transmission du VIH dans la population, etc.

D'ailleurs, notre association est au moins d'accord avec le contenu du rapport jusqu'à la page 138... On sera même gré aux auteurs d'avoir mené un important travail de revue bibliographique et de formuler des recommandations qui rejoignent pour la plupart des revendications que nous portons depuis plusieurs années.

C'est qu'à la vérité, ce rapport rend assez mal compte des oppositions qui ont véritablement nourri le débat associatif sur l'opportunité de messages dits de réduction des risques notamment dans la communauté homosexuelle où, du fait de l'incidence élevée et de la forte prévalence, le risque est plus élevé qu'ailleurs. Cette discussion a été brouillée par une confusion soigneusement entretenue autour de la notion de réduction des risques et la construction d'oppositions caricaturales entre les soi-disant tenants du « tout capote » ou d'un supposé « risque zéro » et une prétendue approche compréhensive des partisans de la réduction des risques. Des oppositions que ce rapport semble loin d'épuiser.

Il nous semble que le débat ne porte pas à proprement parler sur le fait d'être pour ou contre la réduction des risques (ce qui relèverait pour le moins de la stricte idéologie) mais plus précisément sur le fait de savoir si des messages fondés sur une approche probabiliste du risque de transmission du VIH peuvent présenter une réelle pertinence pour réduire l'épidémie. Il concerne la validité de tels messages adressés au niveau individuel, leur articulation avec la promotion de l'emploi du préservatif lors des

Le 14 décembre 2009, France Lert et Gilles Pialoux remettaient au ministère de la santé la version définitive d'un rapport qui leur avait été commandé sur de prétendues nouvelles approches de prévention. Alors que les messages dits de « réduction des risques sexuels » fondés sur une approche probabiliste du risque de transmission du VIH chez les gays divisent les associations depuis leur première expérimentation en France en 2001, on espérait de ce rapport qu'il permette de clarifier les termes d'un débat confus sur la pertinence et la place de tels messages dans la lutte contre le sida.

Or, les auteurs du rapport ont d'emblée choisi d'axer leur travail en faveur d'une approche dite de « réduction des risques sexuels » sans véritable discussion sur sa pertinence dans le contexte de l'épidémie gay en France et sans analyse réelle des lacunes des dispositifs de prévention existants.

pénétrations, leurs conséquences éventuelles sur l'évolution des prises de risque et leur place dans une stratégie globale de lutte contre le sida.

De ce point de vue, ce rapport fait d'après nous l'économie des principales questions soulevées par des messages basés sur une approche probabiliste du risque de transmission.

QUELLE EST LA VALIDITÉ SCIENTIFIQUE DE LA RDRS ?

Les messages de réduction des risques sexuels consistent à transposer des informations, d'ordre statistique, concernant la probabilité de transmission du VIH à l'échelle individuelle. Ils se fondent sur une hiérarchisation du risque associée à des pratiques sexuelles susceptibles de transmettre le VIH (être actif ou passif, avoir un rapport non protégé avec un partenaire qui a une charge virale indétectable, etc.); ces pratiques n'en demeurent pas moins toutes potentiellement contaminantes.

Si cette hiérarchisation peut avoir un sens à l'échelle épidémiologique, elle pose problème au niveau individuel compte tenu de l'importance du caractère multifactoriel de la transmission du VIH. Tous ceux qui furent un jour infectés par le VIH l'ayant toujours été à 100%. Il n'est d'ailleurs pas inutile de rappeler que dans l'étude de Jin abondamment citée à l'appui des recommandations, plus des 2/3 des personnes infectées l'ont été au cours de rapports assimilables à des pratiques de réduction des risques...

Ainsi, ce qu'Act Up-Paris conteste ce n'est pas la démarche qui consiste à se dire qu'il faille partir des pratiques ou de la situation dans laquelle les personnes se trouvent pour les amener à prendre moins de risque

mais le problème de la validité individuelle des messages employés.

LA DIMENSION COFACTORIELLE DE LA TRANSMISSION DU VIH

Ce problème devient d'autant plus sensible lorsque l'on aborde la question des co-facteurs de la transmission du VIH. Alors que le rapport affirme dans ses principes que la question du VIH est indissociable de celle des IST, on s'étonne de l'absence de mention de l'herpès pour ce qui concerne la charge virale, ou de l'absence de réelle prise en compte de leur diffusion à l'échelle de la communauté. Comment gérer l'hétérogénéité de la susceptibilité individuelle d'acquisition du VIH ou encore l'évaluation du risque dans un contexte de primo-infection ?

Pour répondre aux problèmes posés par l'inadéquation d'une vision fondée sur l'échelle de risque, les auteurs du rapport avancent l'hypothèse d'un score de risque. Percevant bien toute la difficulté de mise en œuvre d'un tel score, et soulignant l'extrême difficulté de sa mise au point, ils ne s'y aventurent pas. D'ailleurs comment établir un tel score alors qu'il dépend également du partenaire (car on est toujours au moins deux lors d'un rapport sexuel) ? Pourtant cela n'empêche pas le rapport de recommander la promotion de messages de réduction des risques dont la validité individuelle est, du propre avis des auteurs, contestable.

GARANTIR UNE INFORMATION COMPLÈTE

La détermination du niveau de dangerosité de telle ou telle pratique sexuelle en l'isolant de son contexte est pour le moins trompeuse, voire mensongère. Il s'agit d'une information partielle qui ne permet pas aux

personnes de disposer de tous les éléments pour élaborer un choix éclairé.

Entendons-nous bien. Affirmer que ces messages sont contestables, cela ne signifie pas refuser de communiquer sur des connaissances actualisées concernant le risque de transmission (nous le faisons depuis des années et allons encore le développer avec un projet de vulgarisation et d'empowerment des gays sur la recherche préventive). Mais c'est avoir l'exigence de délivrer une information complète aux personnes concernées.

RÉDUIRE LE RISQUE OU RÉAJUSTER SES PRATIQUES ?

On a vu ces dernières années se développer des fausses croyances sur le risque de transmission du VIH qui prennent souvent la forme de petits arrangements avec le risque. Aussi, il y a peut-être deux manières d'aborder l'information sur l'hétérogénéité du risque de transmission par la promotion :

- de messages de réduction des risques conçus comme une alternative au préservatif.
- d'une information permettant de réajuster ses pratiques en fonction de la réalité du risque de transmission.

Alors que le préservatif est censé rester le socle de la prévention, cette dernière voie est la seule qui garantisse une réelle articulation des messages de prévention. C'est la démarche qui avait été retenue en Australie, il y a quelques années. Étonnamment, une communication de ce type mise en œuvre en France a été censurée après quelques mois de diffusion.

PEUT-ON PROMOUVOIR DES MESSAGES DE RÉDUCTION DES RISQUES SANS ENTRAÎNER UNE AUGMENTATION DES PRISES DE RISQUE ?

Est-il possible de promouvoir des messages de réduction du risque sans entraîner une

augmentation des prises de risque ? C'est là sans doute la véritable difficulté posée par les messages de réduction des risques. La perception du risque est généralement subjective et chacun sait que l'adoption de comportement préventif est directement liée à cette appréciation du risque.

Le rapport écarte l'idée d'une désinhibition d'un revers de main. Pourtant l'enjeu est de taille puisqu'il s'agit bien aujourd'hui de pouvoir tirer parti du bénéfice des traitements pour réduire l'épidémie ou de préparer l'arrivée de nouveaux outils biomédicaux de prévention dont l'efficacité a toutes les chances d'être partielle. À ce sujet une modélisation hollandaise a clairement établi comment l'augmentation des prises de risque avait totalement annihilé le bénéfice que l'on pouvait attendre des traitements dans la communauté gay.

Enfinement tout en prétendant que le préservatif doit rester le socle de la prévention, le rapport met la priorité sur les messages de réduction des risques et réoriente la prévention vers une logique biomédicale qui passe outre une grande part de la dimension comportementale et collective de l'épidémie dans notre communauté.

Nous refusons de nous résoudre à devoir nous contenter de gérer l'épidémie alors que nous disposons pour la première fois peut-être de réelles opportunités pour l'endiguer dans notre communauté. Au lieu de se contenter d'accompagner les prises de risque, tirer tout le bénéfice des traitements et d'un renforcement du dépistage suppose de mettre la priorité sur le maintien et le renforcement des comportements préventifs. Ceci en particulier chez les séronégatifs qui restent aujourd'hui les plus nombreux et pour lesquels nous n'avons qu'un souhait, qu'ils partagent habituellement : le rester !

prevention@actupparis.org

QUELLES LEÇONS TIRER DES EXPÉRIENCES ÉTRANGÈRES ?

Contrairement à ce que laisse entendre le rapport, les messages de réduction des risques sexuels sont loin d'avoir été largement adoptés à l'étranger. En réalité, elle fait souvent polémique ou est encore largement discutée.

Aussi, il est sans doute bon de s'intéresser aux expériences étrangères dans ce domaine. L'épidémie a-t-elle reculé chez les gays au Royaume Uni où ces messages ont été communiqués à grande échelle par le THT ? Pourquoi aux Pays-Bas le Shroer Stilling a-t-il abandonné ce genre

de messages et ne souhaite même plus aborder la question ? Pourquoi l'Australie, pionnière dans ce domaine, a-t-elle également renoncé à communiquer ce type de messages dans ses documents de prévention face à la recrudescence des infections et d'IST dans la communauté gay ?

Enfin, existe-t-il une quelconque évaluation de ces messages qui montre qu'ils ont contribué à réduire l'épidémie dans la communauté gay ? ou qu'ils n'ont pas accompagné la dégradation des comportements préventifs ?

OÙ SONT LES SÉRONÉGÉS ?

L'ensemble des propositions contenues dans ce rapport sur la prévention paraissent essentiellement centrées sur les séropositifs. Il ne fait aucun doute pour nous que les besoins des séropositifs en terme de qualité de vie sexuelle sont loin de trouver aujourd'hui des réponses. Nous sommes également persuadés qu'une meilleure qualité de vie sexuelle contribuerait au renforcement de la lutte contre le sida.

À bien des égards, on peut dire que le discours sur la réduction des risques sexuels a largement été promu par des séropositifs pour se dédouaner des risques qu'ils peuvent faire prendre à autrui en n'utilisant pas le préservatif.

Depuis des années, on focalise sur les séropositifs. Mais en matière de prévention, l'enjeu est pourtant d'abord d'éviter que des séronégatifs ne se contaminent. Jusqu'à preuve du contraire, ils restent encore les plus nom-

breux et se protègent encore massivement malgré un érodement des comportements préventifs. Qui se préoccupe réellement des séronégatifs ? De les conforter dans leurs comportements préventifs ?

Nous pensons que la promotion de messages de RDR est en réalité peu compatible avec un renforcement de l'autonomie des séronégatifs dans la négociation du safe sex. Les gays séronégatifs sont déjà soumis à une extrême pression pour ne pas utiliser le préservatif. A bien des égards ces messages apparaîtront comme un prétexte supplémentaire.

Il convient également de ne pas se méprendre sur le potentiel ségrégatif de ce choix. A l'heure où certains font la promotion du sérotriage et nous proposent l'usage des auto-tests dans le simple but de baiser sans capote, on peut s'attendre à une marginalisation progressive des comportements préventifs.

OÙ SONT LES ASSOCIATIONS ?

Même si le rapport affirme que la prévention gay doit être une priorité, il passe à côté d'un constat essentiel. Il n'y a presque plus de prévention gay en France. Comment se contenter aujourd'hui des seules brochures de prévention plus ou moins répétitives. Comment ne pas faire le constat d'un manque criant d'intervenants sur le terrain ou sur le web ?

La prévention gay a longtemps reposé sur la mobilisation volontaire de la communauté. Ces dernières années, aucune réflexion n'a été menée dans les associations pour faire face à la baisse de la mobilisation. Tandis que les associations se sont professionnalisées, les postes créés ne sont pas venus remplacer l'absence d'acteurs sur le terrain. Finalement le principal problème avec ce

rapport c'est qu'il conforte l'inversion des priorités auxquelles on assiste depuis plusieurs années en France dans la prévention. La réduction des risques sexuels semble avoir pour objet principal d'accompagner les comportements de ceux qui ont délibérément choisi de ne pas se protéger alors même qu'ils sont le plus souvent déjà séropositifs. Dans ce contexte il est peut-être temps qu'émerge une parole de séronégatifs sur la prévention.

prevention@actupparis.org

ACTION = VIE

LE SECRET MÉDICAL

I. UN DROIT INALIÉNABLE

Le secret médical renvoie au principe du respect de la personne et de sa vie privée. Il est également à la base d'une relation de confiance entre le/la malade et son médecin. Toute personne prise en charge par unE professionnelLE, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. Les exceptions sont les seuls cas prévus par la loi.

II. PERSONNES TENUES AU SECRET MÉDICAL

1. touTEs les professionnelLEs de santé, même les étudiantEs en médecine dès lors qu'ils/elles concourent à un acte de soins. Les médecins ne sont pas libres de se révéler des informations entre elles/eux sans l'accord du/de la malade. Ils/elles peuvent toutefois, sauf opposition du/de la patientE dûment avertiE, échanger des informations qui lui sont relatives, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque le/la malade est prisE en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations le concernant sont réputées confiées à l'ensemble de l'équipe;

2. les personnellEs administratifVEs habilitéEs à traiter des informations à caractère médical, astreintEs de surcroît au devoir de réserve;

3. les médecins conseils de la Sécurité sociale. Néanmoins, leurs relations avec les patientEs sont différentes, puisqu'ils/

elles exercent un contrôle sur les patientEs prestataires et qu'ils/elles décident du versement de certaines prestations sociales: des infractions au secret médical ont déjà été observées.

4. les médecins du travail.

Ils/elles ne peuvent transmettre à votre employeurSE, après une visite médicale, qu'un avis sur votre aptitude au travail. En aucun cas, ils/elles ne peuvent transmettre des informations sur vos pathologies ou votre état de santé. Cependant, là encore, des atteintes au secret médical ont déjà été constatées.

5. les médecins expertEs des compagnies d'assurances.

Des transgressions du secret médical sont fréquentes malgré des obligations strictes.

III. LE CONTENU DU SECRET MÉDICAL

Principe: le secret médical porte sur les seuls éléments connus du/de la médecin dans l'exercice de sa profession. Mais, même en dehors des pathologies, les médecins sont tenuEs de respecter l'anonymat et la vie privée de leur patientE.

Les exceptions au secret médical sont prévues par la loi et strictement encadrées. En aucun le malade ne peut totalement délier le/la médecin du secret médical. Seuls des aménagements sont possibles.

1. C'est notamment le cas lorsqu'une personne demande un certificat médical pour en communiquer le contenu à des tiers. Le/la médecin est, cependant, tenuE de s'assurer que le/la patientE sait ce qu'il/elle fait et qu'il/elle mesure les conséquences de cet acte;

2. Les ayants droit peuvent avoir accès au dossier médical du/de la défuntE, donc à toutes les informa-

tions médicales le concernant, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès.

3. Pour assurer sa propre défense devant un tribunal,

le/la médecin peut déroger au secret médical, mais dans la limite de ce qui est strictement nécessaire à sa défense.

La loi impose au/à la médecin de procéder à des déclarations obligatoires (naissance, décès, maladie vénérienne, certificat d'internement pour les malades mentauxLES, déclaration d'alcooliques dangereux, d'incapables majeurEs, certificats pour usage illicite de stupéfiants, certificats prénuptiaux, etc.). Ces données transmises respectent l'anonymat. Dans deux cas seulement, l'anonymat est levé et la déclaration est nominative: si des mesures d'urgence doivent être prises par les autorités sanitaires (par exemple, en cas de rage ou de méningite); s'il s'agit d'une atteinte sexuelle infligée à un mineurE (art. 226-14 du Code pénal).

Remarque: depuis la mise en place de la Déclaration obligatoire de la séropositivité (DOS), nécessaire pour une meilleure connaissance de l'évolution du VIH en France, le/la médecin ou le laboratoire d'analyse doit signaler à l'Institut de veille sanitaire (InVS) tout nouveau cas de séropositivité. Cette déclaration respecte l'anonymat.

IV. EN CAS DE VIOLATION DU SECRET MÉDICAL

Diverses sanctions sont prévues:

1. des sanctions disciplinaires, prononcées par le Conseil de l'ordre concerné, que vous devez saisir;

2. des sanctions pénales prévues à l'article 226-13 du Code pénal (un an d'emprisonnement et 15000 € d'amende);

Vous pouvez également obtenir des dommages intérêts pour le préjudice subi, en agissant devant la juridiction compétente.

V. PRISONS

Même en détention, le secret médical s'impose à toute personne intervenant dans un suivi médical. En réalité, ce secret n'est pas respecté, en particulier lorsque l'accès aux dossiers médicaux est rendu possible au personnel de surveillance, ou que celui-ci ou certains prisonnierEs participent à la distribution des médicaments.

Il faut être très vigilantE sur le respect du secret médical vous concernant si vous êtes prisonnierE, et ne pas confier aux personnellEs pénitentiaires ou aux autres prisonnierEs vos problèmes de santé. Demander si possible au/à la directeurRICE ou au/à la surveillantE chefE à être seulE en cellule si vous recevez une multithérapie et que vous voulez le dissimuler à vos co-cellulaire: l'encellulement individuelLE est un droit!

En cas d'hospitalisation ou d'extraction pour une consultation à l'hôpital, le droit au secret médical vous permet d'être seulE avec le/la médecin. En aucun cas les raisons de sécurité ne doivent prévaloir sur votre intimité. N'hésitez pas à le rappeler au/à la médecin si l'escorte refuse de sortir de la salle de consultation ou d'opération. En cas de transgression du secret médical, vous pouvez contacter l'IGAS, le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), le contrôleur général des lieux de privation de liberté... Act Up-Paris peut vous soutenir dans vos démarches.

droits@actupparis.org

FEMMES & VIH

UN SITE INTERNET POUR LES FEMMES

APRÈS 7 ANS DE TRAVAIL COMMUN ET 4 RENCONTRES NATIONALES ORGANISÉES À PARIS SUR LA QUESTION DES FEMMES SÉROPOSITIVES EN FRANCE, L'INTERASSOCIATIF «FEMMES ET VIH» A MOBILISÉ SON ÉNERGIE POUR CRÉER UN SITE WEB CONSACRÉ À CETTE PROBLÉMATIQUE.

Qu'elles soient elles-mêmes touchées par le virus ou concernées par la séropositivité de leur amant, leur mari, leur enfant, les femmes réunies lors des rencontres de 2004, 2005 et 2007 ont fréquemment évoqué leurs difficultés à obtenir des informations générales et précises. Le besoin exprimé de se sentir reliées les unes aux autres a été l'autre élément moteur pour la construction de ce site.

WWW.FEMMESETVIH.ORG

Fortes de l'expérience du travail en commun, l'interassociatif «Femmes et VIH» a voulu mutualiser les données récoltées que

nous avons réunis au gré des années de travail, afin de les présenter sur un site, en langue française.

UN CENTRE DE DOCUMENTATION VIRTUEL

Cet outil a de multiples raisons d'être. Le site a été conçu comme un centre de documentation virtuel regroupant divers articles écrits par les membres de l'interassociatif «Femmes et VIH» ou estimés être importants pour les femmes séropositives. On peut y trouver des dossiers, des articles, des interviews, des témoignages, des brèves. Des liens sont faits vers les sites propres à chaque association membre, afin de rappeler l'action de chacune et d'éviter la perte des énergies. Si le VIH est bien au centre des articles du site, les IST et la co-infection VIH/hépatite ont également toute leur place, comme la promotion des pratiques de prévention.

SORTIR DE L'ISOLEMENT

C'est aussi une porte d'entrée dans le réseau de femmes qui grandit au fil des rencontres à Paris, mais aussi en région. Pour les femmes qui ne militent pas, pour celles qui ne côtoient pas les associations, l'isolement est réel. La force de l'interassociatif «Fem-

mes et VIH» c'est que sur des questions aussi spécifiques, les associations de lutte contre le sida ne s'impliquent pas suffisamment, et les associations de défense des droits des femmes ne s'y sont pas vraiment penchées. C'est la mutualisation du travail dans ces deux domaines qui a créé une dynamique permettant la mise en œuvre de plusieurs rencontres. Les actes produits à la suite de toutes ces rencontres, sont présents sur ce nouveau site, permettant aux femmes isolées de s'intégrer plus facilement dans ce réseau en pleine expansion.

VISIBILITÉ

Ce site permet, enfin, de rendre visible l'action de l'interassociatif «Femmes et VIH». La grande difficulté pour les femmes vivant avec le VIH en France est la stigmatisation, le rejet et la discrimination. En permettant la diffusion de témoignages, en exposant les informations à la première personne, en rapportant les expériences mises en œuvre par l'interassociatif, ce site peut donner une autre vision des femmes séropositives, que les images réductrices qui leur sont généralement associées. Les femmes concernées pourront y trouver un soutien, et permettre à un entourage peu au courant de s'informer

des enjeux de l'épidémie au féminin. Selon la consultation du site et les besoins exprimés l'ouverture d'un forum pourrait être envisagée par la suite.

ARCHITECTURE DU SITE

Construit autour de 12 rubriques, ce site vise à répondre aux besoins d'informations pratiques émis par les participantes du colloque le 1^{er} décembre 2008:

- Epidémiologie
- Recherche
- Thérapeutique
- Sexualité
- Prévention
- Droits
- Visibilité
- Actions
- Rencontre
- Agenda/Calendrier
- Infos pratiques
- Qui sommes nous

La mise en ligne du site: www.femmesetvih.org sera effective le 8 mars 2010.

femmes@actupparis.org

PRÉVENTION SYLVAIN

UN GUIDE POUR LES FTM ET FT*

L'association OUParis a édité « Dicklit et T Claques », un guide de prévention pour les garçons trans qui couchent avec des garçons. C'est une première en France où les trans, en particulier les F/M et FT* (Female to something, c'est-à-dire d'une identité ni masculine, ni féminine...), sont bien souvent oubliés des campagnes publiques de prévention (du temps où il y en avait).

DÉPISTAGE RAPIDE À PARIS

Checkpoint c'est un nouveau centre de dépistage VIH rapide à Paris. Gratuit et confidentiel, il s'adresse aux hommes ayant eu des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) (bref des pédés ou des pédés qui s'ignorent (PD - PDQSI). Le résultat du test s'obtient une demi-heure après le prélèvement d'une goutte de sang. Ouvert le samedi et jusqu'à 22h le mercredi. 36 rue Geoffroy l'Asnier, Paris 4e. M° Saint Paul ou Pont Marie. Tel : 01 44 78 00 00.

NO KPOTE IN VATICAN

N'entrez pas à la pharmacie du Vatican pour demander un préservatif. On y trouve de tout sauf des capotes (et à fortiori des fémidons) Le directeur de l'office n'est d'ailleurs pas pharmacien mais choisi par le pape et n'a de compte à rendre qu'à lui. Et si Warning était en fait la loge PD du St Siège ?

DES BASES POUR COMPRENDRE

Depuis sa création, Act Up-Paris revendique l'accès à l'information. Être informé n'est pas un devoir, mais la possibilité d'agir sur le cours des choses. Pour permettre à chacun de lutter efficacement contre le sida et de puiser aux meilleures sources l'information dont il/elle a besoin, nous éditons ce guide pour les personnes qui veulent comprendre la recherche scientifique de la lutte contre le sida. Afin de permettre une diffusion gratuite auprès des malades, « sida, des bases pour comprendre » sortira en librairie, afin de toucher les futurs médecins. Rose Rachel Rebelle : diffusion@actupparis.org ou Act Up-Paris - BP 287 75525 Paris Cedex 11

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. NOUS SOMMES DES SÉROPOSITIFVES, DES MALADES, DES ACTIVISTES DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA. RENCONTRE AVEC UN DE NOS MILITANTES, SYLVAIN.



Un bref aperçu de ta vie en quelques dates.

8 avril 1983, naissance à Clermont Ferrand. À 18 ans, je pars étudier à Blois, première rencontre et premier rapport sexuel et homosexuel. En 2006, je viens travailler sur Paris. En mai 2007, c'est l'élection de Nicolas Sarkozy, j'arrive à Act Up-Paris. Fin 2009, je quitte Paris, je change de paysage, je me recadre et me dévoue à ma profession de paysagiste.

Comment es-tu arrivé à Act Up-Paris ?

Ce que j'ai vécu à Blois a été le déclic de mon engagement dans la lutte contre le sida. Premier rapport, c'était un type trouvé sur Internet. Le déclic c'est le passage à l'acte, Internet c'est le moyen pour moi à l'époque de voir que je n'étais pas le seul, je n'avais envie que de découvrir l'acte sexuel mais incapable d'assumer une relation. Il a voulu qu'on se revoie, j'ai refusé, alors il m'a dit que maintenant on était lié par quelque chose et il m'a envoyé par texto « S+ ». Grosse panique, je vais voir un médecin qui me demande si j'ai pris des risques, mais c'était une fellation sans préservatif: je ne sais pas. C'est le premier rapport je n'arrive pas à évaluer les risques. Il m'oriente vers le service

d'urgence mais c'était plus de 3 jours après la relation. Après la prise de sang, on me donne un TPE : Viracept® et Combivir®. Une semaine plus tard on me rend un test négatif, il en restait 3 à faire, 1 mois, 3 mois et 6 mois après. Le premier mois est hyper douloureux tu te demandes si t'es pas séropo. Je prends les médocs que je vomis aussitôt. Je reste chez moi j'ai peur, et ça tombe assez mal car c'est les vacances de Noël et je dois retourner en famille avec les maxi cachetons. Le mois se passe, à la fin je n'arrive plus à prendre ma trithérapie qui me rend malade. Je revois le médecin hospitalier qui m'engueule. Après ça ne va pas beaucoup mieux, il y a toujours cette attente sur 6 mois, jusqu'en mai.

Peux-tu nous parler de l'annonce de ta séronégativité ?

7 mois après le rapport, en juin je vais faire le test à l'hôpital: le résultat est négatif. Grosse délivrance, tu te dis tu l'as échappé belle, et que la prévention c'est important. Ça m'a donné l'envie de feuilleter les pages de Têtu+, de Transversal à l'hôpital et surtout d'en apprendre plus sur ce que c'était que le sida.

À l'époque que savais-tu du sida, de ses modes de transmission ?

Pas grand chose. Rien mis à part que c'était une maladie qui se transmettait par le sperme. Ce qui me manquait c'était des infos sur les pratiques, dans quelles circonstances. Et puis je pensais que le sida se voyait sur la tête des gens. J'ai vraiment l'impression qu'on ne m'a rien appris tant à l'école qu'au lycée. J'ai jamais eu de cours, c'est toujours accès sur la maladie. On te parle pas de pratique, on parle de « rapport sexuels » mais c'est très large.

As-tu déjà souffert de discriminations ?

Cette question peut concerner tant l'homophobie mais que le fait d'être à Act Up-Paris. Quand tu es militant dans la lutte contre le sida, il y a toujours la question d'être séropo, à

croire que la question du militantisme dans la lutte contre le sida ne concerne que les séropositifs. J'ai l'impression que le fait d'être militant, ça t'inscrit dans une population à part, on n'est plus une personne lambda, tu n'es plus que l'association dans laquelle tu t'affiches. Ça suscite des étonnements, de l'incompréhension, du recul devant quelque chose d'un peu effrayant.

Que fais-tu à Act Up-Paris ?

J'étais venu pour des questions prévention, pensant pouvoir faire de la prévention de terrain, mais je me suis rendu compte que ce n'était pas l'objectif premier de l'association. Du coup ça m'a permis de savoir ce qu'est le lobby, le travail en inter-associatif, les contacts avec les instances publiques, et là j'ai compris pourquoi on était toutes folles à Act Up-Paris, et en colère. Au début je ne me sentais pas capable, car quand on arrive on voit que tous les gens sont informés, qu'ils ont une réflexion, une argumentation et des choses à défendre. J'étais dépassé, je trouvais ça inaccessible et en même temps, j'étais émerveillé car on rencontre des personnes qui vivent très bien leur orientation sexuelle alors qu'en venant de ma campagne j'étais loin d'imaginer cela possible. Et on voit qu'il n'y a pas un monde de séropositifs, mais des séropositivités différentes. Act Up est une excellente leçon de vie. L'intelligence collective ça rend intelligent, bon ça marche pas chez tous.

Est-ce qu'être différent t'a posé problème ?

Oui tant que je n'assumais pas, tant que je n'avais pas fait de coming out. Tu joues un double jeu, tu souris à des blagues homophobes en espérant ne pas être démasqué. Une fois que je l'ai annoncé, ce n'était plus un problème, j'ai été forcément soulagé.

Qu'est ce que tu dirais à unE séroneg sur le fait d'être séroneg ?

Que ça se cultive.

SIDA IS DISCO

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.

SIDA ON MEURT, L'INDIFFÉRENCE DEMEURE !

Nous sommes touTEs, hommes et femmes patientEs ! Et toi particulièrement qui à envoyé cet appel pour nous faire réagir. Vous qui patientez sur la file active de la permanence des droits sociaux depuis plus de trois ans, pour certainEs. Non nous ne sommes pas médecin, juste séropos, comme vous. Oui, vous êtes patientEs, mais aujourd'hui, ça suffit. Jusque-là, nous sommes restés bien élevés, poliEs et n'avons pas fait de bruit, pas trop ! Après avoir perdu emploi et appartement, pour raison de santé, le sida ne lâche rien, souvent il nous fait dégringoler dans des affres de misères hallucinantes. Nous voilà à devoir faire les

manantEs auprès de nos poteSSEs, pour ceux et celles qui en ont, afin de passer une nuit au chaud. Obligés de faire la quête à ce qui est, la base de la condition humaine, le chez soi, un toit ! Mais dans ces temps rendu difficiles, bien souvent c'est la lune qui nous sert de toit. La lune froide qui nous enveloppe dans son linceul, celui qui nous servira si vous ne réagissez pas plus énergiquement, pour partir dans le trou que vous creusez pour nous ! Comment ne pas être en colère ? Si encore nous attendions que cela nous tombe comme par magie. Non, malgré le sida, le froid et les yeux lourds de manque de sommeil, nous multiplions les démarches pour faire avancer notre cause auprès des responsables des logements sociaux et/ou d'élusEs d'arrondissements. Mais rien. On nous reçoit avec des figures d'une condescendance inouïe, des mines de chienNES

battuEs qui semblent nous dire qu'ils/elles comprennent ce que nous traversons, qu'ils/elles comprennent que cela doit être épuisant.

Nous sommes devenuEs invisibles, des fantômes parmi les vivantEs, nous sommes niésEs, oubliéEs dans les cocktails mondains ! Pendant que les femmes et hommes politiques se goinfrent sur nos deniers, nous crevons la dalle dans le froid de vos villes. Vous êtes COUPABLES de ces mortEs ! Messieurs et mesdames, Maire de Paris, maires et mairesses d'arrondissements. Pour vous la situation des SDF, des excluEs n'est finalement qu'un argument politique qui ne sert que dans le cadre de vos campagnes électorales. Il vous arrive de parler de nous, les malades, les excluEs, les SDF, les délaissésEs... mais ne vous en occuper JAMAIS. Vous utilisez notre détresse pour des arguments électoraux qui bien souvent, ne ser-

vent qu'à flatter vos ambitions personnelles. Non nous ne mourrons pas en silence dans vos rues miséreuses ! Alors que faire ? Nous n'avons rien à perdre, nous avons déjà tout perdu dans nos vies. Nous conservons notre sens de la révolte face au mépris que nous rencontrons. Et nous vous rappellerons vos belles promesses si pieuses quelques mandats plus tard. Combien nous aviez vous promis déjà ? 600 appartements par mandats Où sont-ils ? Nous allons continuer à vous harceler pour avoir ce que vous nous aviez promis ! Act Up-Paris exige aujourd'hui des actes par l'attribution de la totalité des 600 appartements attendus maintenant par des malades séropositifs qui meurent dans vos rues !

