



## DOSSIER

### BYE BYE ÉTRANGÈRES MALADES

Deux dispositifs vitaux pour les étrangèrEs malades, le droit au séjour pour soins et l'Aide Médicale d'État, sont mis à mal par le gouvernement.

P.4

## REPRÉSENTATIONS

### GUÉRIT-ON D'UNE HÉPATITE C ? D'UNE CIRRHOSE ?

Les mots sont importants : parler de guérison dans le cadre du VHC, c'est faire une promesse qui risque de ne pas pouvoir être tenue. La vie, la santé d'une personne sont en jeu.

P.3

## GUERRE AUX LABOS

Le 7 février, Gérald Sanchez, militant d'Act Up de longue date est mort du sida, d'une hépatite C et de notre système de santé. Infatigable, Gérald, comme tant d'autres personnes co-infectées, ne serait pas mort si l'industrie pharmaceutique avait fait du développement de nouvelles molécules anti-VHC une priorité, et si elle avait ouvert ses essais à d'avantage de personnes co-infectées. Mais les labos préfèrent limiter les places pour améliorer les résultats des essais et obtenir rapidement une autorisation de mise sur le marché qui lui permettra de commercialiser rapidement la molécule. D'où notre interpellation du LEEM, le syndicat des laboratoires, le 15 février.

6 000 personnes meurent chaque jour du sida dans le monde. À cause du manque de prévention, de dépistage, de traitements, de suivis biologiques. À cause des résistances aux médicaments de première ligne et de l'indisponibilité des traitements de deuxième et troisième ligne, beaucoup plus chers. Les gouvernements qui contribuent financièrement à la lutte contre le sida au Sud cautionnent la politique des labos et le désastre sanitaire qui en découle. Car les firmes profitent de leurs monopoles et imposent leurs prix : au Nord, la Sécurité sociale

rembourse, au Sud, les malades meurent. Comme si ce n'était pas suffisant, les firmes pharmaceutiques font pression à Bruxelles et à Washington contre les génériques. En poussant les pays du Nord à ratifier des accords bilatéraux et multilatéraux pour renforcer la propriété intellectuelle, les laboratoires entendent continuer à générer toujours plus de profits. D'où notre irruption au séminaire du LEEM, le 27 janvier.

Depuis des mois, nous dénonçons le traité ACTA sur la contrefaçon, négocié au niveau européen sans aucun contrôle démocratique, et dont les conséquences en matière d'accès aux traitements et de libertés fondamentales seront catastrophiques. Cela nous vaut aujourd'hui une mise en demeure, de deux négociateurs français de ce traité, de retirer de notre site un communiqué dans lequel ils sont cités.

Le scandale du Médiateur a remis en lumière les collusions entre les laboratoires, le monde médical et les pouvoirs publics. Quelles mesures vont être prises pour redresser le système français du médicament ? Xavier Bertrand et Nora Berra ont annoncé des mesures. Elles ne touchent pas le cœur du mécanisme : le boniment des

laboratoires qui arrosent médecins et politiques pour vendre les médicaments les plus chers au plus de malades possibles, peu importe leur efficacité ou leur nocivité. En France, l'industrie pharmaceutique déclare dépenser 2,8 milliards d'euros en marketing : ce n'est sans doute pas le fruit du hasard si c'est l'un des pays où l'on consomme le plus de médicaments.

Les Assises du médicament, la grande consultation annoncée par Xavier Bertrand, vont-elles saisir ces questions à bras le corps ? Il est permis d'en douter, tant qu'il n'y sera pas question d'une agence du médicament réellement indépendante, politiquement et financièrement - ce qui pourrait être financé par exemple en taxant les profits de l'industrie pharmaceutique.

Par leur politique, les laboratoires nous tuent. Nous sommes, plus que jamais, déterminés à ce que cela change, pour de bon. C'est la raison pour laquelle nous leur déclarons la guerre. Une guerre à durée indéterminée dans laquelle nous ne lâcherons rien !

Pierre Chappard, Président

## DEPUIS ACTION 125

## 1ER DÉCEMBRE

Manifestation pour plus de droits et plus de traitements : « *Tout recule sauf le sida* »

## 15 DÉCEMBRE

83e Réunion Publique d'Information sur cannabis médical et le VIH

## 13 JANVIER

L'Académie de médecine se prononce contre les salles de consommation de drogues, sans avoir visiblement compris le sujet

## 23 JANVIER

Des militantEs d'Act Up-Paris déploient une banderole « *Des berceaux pour les trans et les homos* » lors de la « Marche pour la Vie »

## 27 JANVIER

Zap du séminaire du LEEM : pressions sur les médecins, lobby contre les génériques... la cupidité des labos tue

## 28 JANVIER

Le Conseil Constitutionnel, saisi sur la constitutionnalité du mariage entre personnes de même sexe, botte en touche et renvoie la balle au législateur

## 31 JANVIER

Des conseillers du Ministère des Finances nous menacent d'une plainte parce que nous les avons cités dans un communiqué dénonçant le traité ACTA

## 8 FÉVRIER

Meeting contre LOPPSI 2 à la Bourse du Travail. Nous prenons la parole pour dénoncer l'impact de ces nouvelles mesures liberticides et stigmatisantes sur la santé publique

## 15 FÉVRIER

Sap du siège du LEEM : des molécules pour les personnes co-infectées VIH/VHC

## D'ICI ACTION 127

## 23 FÉVRIER

83e Réunion Publique d'Information sur les contrôleurSEs du VIH

## 27 FÉVRIER

18e conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes à Boston

## 1ER MARS

Entrée en vigueur de la réforme de l'Aide Médicale d'État qui va éloigner des soins un grand nombre d'étrangèrEs malades

## 4 &amp; 5 MARS

Colloque sur la perception du corps et des identités des femmes vivant avec le VIH

## 8 MARS

Journée mondiale des droits des femmes

## FIN MARS

Sortie de Protocoles 65

## 1ER AU 3 AVRIL

Sidaction 2011

## 17 AVRIL

Assemblée Générale d'Act Up-Paris

## COURANT AVRIL

84e Réunion Publique d'Information sur l'éducation thérapeutique

## ZAP DU MOIS

## CONSEIL CONSTITUTIONNEL



18 janvier : des militantEs d'Act Up-Paris manifestent devant le Conseil Constitutionnel alors que ses membres s'appêtent à examiner la constitutionnalité du mariage homosexuel. « *Mariage homo, tout de suite maintenant, ça ne se discute pas* » : il est grand temps que la France rejoigne la liste des pays qui ont ouvert le mariage à touTEs. 28 janvier, sans surprise, les «sages» ont préféré renvoyer au législateur le soin de trancher, préférant se rallier à la position politique du parti actuellement au pouvoir, plutôt que d'avoir le courage d'assumer leur fonction première : faire respecter la Constitution, à commencer par l'égalité de touTEs devant la loi. Fureur et consternation.

## FIGHT HIV EVERYWHERE

## RDR DROGUES &amp; MOYEN-ORIENT

Cette année encore, l'IHRA (International Harm Reduction Association) a choisi un pays symbolique pour organiser la conférence internationale de réduction des risques (RDR) liés à l'usage de drogues : le Liban. Ce pays qui a autorisé les traitements de substitution aux opiacés en 2009 et où des seringues sont distribuées en prison est une exception au Moyen-Orient. La RDR est quasi inexistante dans cette partie du monde : les contaminations VIH chez les injecteurs atteignent des records, les traitements de substitution aux opiacés sont interdits, les usagerEs de drogues sont incarcéréEs.

Le Moyen-Orient est un enjeu pour les politiques de drogues : proche de l'Afghanistan et sa production d'héroïne, proche de l'Afrique de l'Ouest

devenu un lieu de transit pour les drogues, proche de l'Asie et de ses drogues de synthèse.

Cet enjeu politique est au cœur de cette 21ème conférence. Comment définir des programmes de RDR cohérents dans un contexte mouvant ? Comment définir des programmes d'accompagnement quand les tendances de consommation et les produits présents évoluent rapidement ? Peut-on encore concevoir une politique des drogues par pays quand les liens entre ceux-ci deviennent de plus en plus étroits ? Encore une fois, les attentes sont grandes.

Act Up-Paris sera présente.

[drogues@actupparis.org](mailto:drogues@actupparis.org)

## EN BREF

## DÉPISTAGE OBLIGATOIRE, LE RETOUR

La LOPPSI II (Loi d'Orientation pour la Programmation et la Performance de la Sécurité Intérieure) a été adoptée le 8 février. Cette loi durcit considérablement le dispositif répressif et contrevient à la santé publique. Les populations les plus pauvres et les plus exclues, très concernées par l'épidémie, en sont les premières cibles : les usagèrEs de drogues par la vidéosurveillance, les mal-logéEs par des expulsions (22% des séropos ne disposent pas d'un logement personnel), les travailleurSEs du sexe, par la répression policière encore accrue, etc.

Comme si cela ne suffisait pas, la LOPPSI II impose un dépistage du VIH à toute personne ayant commis sur une personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public des « *actes susceptibles d'entraîner sa contamination par une maladie virale grave* ».

Cette mesure est stigmatisante et viole les libertés individuelles et le respect du corps humain. Elle est absurde d'un point de vue de santé publique : elle méconnaît les mécanismes de transmission. Lors d'une contamination, le dépistage n'est en effet utile que pour la personne contaminée, dans le cadre d'un traitement post-exposition (TPE).

Elle ne garantit pas l'absence de risque de contamination, le test pouvant être réalisé avant la fin de la période d'incubation nécessaire à la visibilité du virus dans le sang, et entérine l'idée fautive qu'un seul dépistage à un instant T suffit à déterminer la séropositivité.

Elle transgresse deux principes éthiques protégés par le droit international, européen et national : l'accès volontaire au dépistage et le respect du secret médical (il suffira d'être soupçonnéE d'avoir agressé unE policièrE pour se voir imposer un dépistage et que le résultat de son test soit alors divulgué).

Cette mesure tend à faire de l'infection à VIH un motif d'aggravation pénale et induit une criminalisation de la séropositivité. Elle crée un lien séropositifVE/délinquantE, qui engendrera des discriminations. Cela risque de mener à une réduction des tests volontaires (crainte de la présomption de culpabilité) alors même qu'on estime à 50 000 le nombre de personnes ignorant leur séropositivité en France. C'est toute la politique de dépistage généralisé qui est mise à mal.

Au fond, quel est le but recherché ?

S'il s'agit de protéger une « victime », c'est elle qu'il faut dépister et mettre sous TPE. S'il s'agit de réprimer plus sévèrement l'auteurE de l'exaction, c'est abject. Le sida n'est pas une arme, c'est une maladie.

[droits@actupparis.org](mailto:droits@actupparis.org)

## TAPIS ROUGE

# CHOISIR SON CAMP

## LE PRIX DE LA VIDÉO NULLE

Il a été décerné à l'INPES et la MILDT, à l'origine d'un spot anti-drogue sur le thème de « *si c'est interdit, c'est pas par hasard* ». Sous-entendu : l'alcool et le tabac, ce sont des dragibus ? Cette nouvelle campagne, créée pour rassurer les parents est inefficace. Elle ne facilite pas le dialogue sur les drogues. Elle ne donne aucune information concrète sur les effets et les risques liés à l'usage des différents produits. Et pendant ce temps, les usagèrEs de drogues sont incarcéréEs, contaminéEs par le VIH et le VHC, évoluent dans un monde violent, risquent l'overdose ou la mort à cause de drogues mélangées à des produits dangereux.

## LE DEGRÉ ZÉRO DU LOBBY

Il est attribué à Gay Lib. Quand le Conseil Constitutionnel a renvoyé la question du mariage homo au législateur, la caution LGBT de l'UMP a enjoint son parti à « *choisir son camp* », celui de la liberté et de l'égalité des droits et à « *inscrire ce sujet à l'ordre du jour* ». Quelle perspicacité ! Avec Myard, Boutin, Vanneste, l'UMP a choisi son camp depuis longtemps et l'a encore montré quand les députéEs de droite ont refusé de faire inscrire le nom d'unE pacséE sur un acte de décès. Et si Gay Lib demandait à Brice Hortefeux de « *choisir son camp* » et d'inscrire « *à l'ordre du jour* » le droit de vote des étrangèrEs et la régularisation des sans-papiers ?

## COMME LE TEMPS PASSE

La médaille du plus bel âge est remise à Act Up Sud-Ouest pour ses 20 ans. Un anniversaire d'Act Up, c'est de la tristesse et de la colère mêlées : cela fait des années qu'Act Up n'aurait plus besoin d'être si les politiques étaient à la hauteur de l'épidémie, si la santé publique, les droits humains ou la prévention étaient une priorité, si les discriminations, l'exclusion, la stigmatisation des séropos et des minorités n'étaient pas entretenues et cautionnées par nos dirigeantEs. Ces 20 ans, c'est aussi de la fierté, des actions, des solidarités. En particulier, en matière de défense des hôpitaux publics, Act Up Sud-Ouest ne lâche rien et nous inspire touTEs !

## GUERRE AUX LABOS

# DES MOLÉCULES POUR LES CO-INFECTÉES VIH/VHC



## ALORS QUE LES HÉPATITES SONT LA PREMIÈRE CAUSE DE MORTALITÉ CHEZ LES SÉROPOS, LA RECHERCHE MENÉE PAR L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE PERSISTE À IGNORER LES PERSONNES CO-INFECTÉES.

35% des personnes vivant avec le VIH ont aussi une hépatite C. Seule 25% de ces co-infectéEs répondent aux traitements actuellement disponibles contre l'hépatite. Il y a urgence à développer de nouvelles molécules : les hépatites sont la première cause de mortalité chez les séropositifEs. Celui-ci aggrave de surcroît le pronostic de l'infection par le VHC (virus de l'hépatite C), avec une progression deux fois plus rapide de la fibrose et un risque de fibrose décompensée cinq fois supérieur.

Les laboratoires qui mènent des recherches contre le VHC prennent leur temps, et surtout, n'incluent pas les co-infectéEs dans les essais thérapeutiques. Cela leur permet d'optimiser les résultats et de les présenter sous un jour favorable, en mentant par omission sur toutes

les personnes pour lesquelles le traitement risque d'être mal supporté.

Le 15 février, nous avons fait irruption (photo) au siège du LEEM, le groupe de pression des industriels du médicament, pour dénoncer ces choix qui sacrifient la vie et la santé de milliers de personnes co-infectées. Une scène de crime (silhouette blanche, sur le sol, périmètre de sécurité) est mise en place. Nous obtenons un entretien avec le directeur, Philippe Lamoureux. À notre constat, il ne répondra... rien : « *il s'agit de des questions fondamentales (...) je ne maîtrise pas ce sujet* ».

La « maîtrise » est pourtant au cœur de cette vision fondée sur une rentabilité à court terme, qui empêche les personnes qui en ont un besoin vital d'avoir accès à ces médicaments en développement. Quand ces molécules auront été autorisées et qu'elles seront commercialisées, il n'y aura que très peu de connaissances sur les effets indésirables spécifiques aux personnes co-infectées. Elles devront donc expérimenter, à leurs corps défendant et sans aucun cadre scientifique, ces effets que des études cliniques soucieuses de la santé de touTEs auraient pu éviter. **Comme les femmes, comme les enfants, les co-infectéEs VIH/VHC sont l'angle mort de la recherche financée par les labos.**

Le mépris de l'industrie pharmaceutique et son syndicat, le LEEM, nous tuent. Géraud Sanchez, militant d'Act Up-Paris, co-infecté VIH/VHC, est mort le 11 février dernier après des années de combat pour changer cette logique. Ces derniers mois, il tentait de convaincre les laboratoires qui ont développé des molécules prometteuses contre le VHC de les rendre accessibles aux co-infectéEs.

Ce que nous avons dit à Philippe Lamoureux : qu'attendent les laboratoires pour permettre un accès précoce aux molécules (essais cliniques ou en compassionnel) pour les 1 500 personnes co-infectées VIH/VHC en situation d'urgence ; en premier lieu pour le boceprevir (Schering-Plough) et le telaprevir (Janssen-Cilag) ? Qu'attend-il pour inclure des personnes co-infectées VIH/VHC dans les essais cliniques, dès la phase II, avec une attention particulière sur les spécificités de la co-infection ? Nous n'avons d'autre choix que de nous battre pour l'obtenir.

[traitements@actupparis.org](mailto:traitements@actupparis.org)

## ACT UP RÉVÈLE LES PLANS SECRETS POUR GARDER LA MAINMISE SUR LES TRANS' DE ...

# LA SOFECT

**LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ETUDES ET DE PRISE EN CHARGE DU TRANSSEXUALISME RÉUNIT DEPUIS JANVIER 2010 « LES PROFESSIONNELS DE LA PRISE EN CHARGE EN FRANCE DES PROBLÈMES RELATIFS À L'IDENTITÉ DE GENRE » (COMPRENDRE : LES EXPERTS AUTOPROCLAMÉS DES PROTOCOLES OFFICIELS). NOUS AVONS PU NOUS PROCURER UNE COMMUNICATION SECRÈTE DU SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DE CETTE SOCIÉTÉ.**

« Nous avons vraiment eu chaud. Jusqu'à maintenant, nous étions les seuls sur le créneau des hôpitaux - où, comme il se doit, on décide entre nous qui est vraiment transsexuel et qui ne l'est pas, et selon quel protocole cela doit se passer. Le rapport de la Haute Autorité de Santé allait bien sûr dans notre sens et cette idée de créer des centres de référence est une belle manière de labelliser notre travail. Seule ombre au tableau : l'agitation des associations. Enhardis par leur victoire (l'annonce de la déclassification de la transsexualité de la liste des affections longue durée par le ministère de la Santé), ces dérangés du ciboulot ont failli nous compliquer la tâche. Un peu plus et nous devions composer avec des médecins hors de notre cercle et surtout avec ces associations d'hystériques qui voudraient faire n'importe quoi, n'importe comment. Et pourquoi pas remettre en cause la psychiatrie souveraine, choisir librement son médecin et suivre des parcours

en dehors des centres de référence, tant qu'on y est ?

Heureusement, le Ministère nous prend plus au sérieux que ces maboules. Dans le rapport que nous lui avons adressé, nous avons bien fait d'expliquer qu'il ne faut pas tout mélanger : " la notion de transsexualisme n'est ni synonyme d'infection par le VIH, ni synonyme de prostitution, même si ces situations se rencontrent parfois et sont prises en charges spécifiquement ". Ca a cloué le bec à ces mauvaises langues qui prétendent que nous refusons de prendre en charge les transsexuels prostitués (les condamnant soi-disant à se prostituer davantage pour s'offrir ailleurs les opérations) ou à ceux qui sont séropositifs au VIH. Le sida, parlons-en : on nous parle de séroprévalence record chez les transsexuels... Mais de quoi parle-t-on ? De quelles études ? Certes, le Commissaire européen aux droits de l'homme en cite ; cer-

tes, la prise compte des trans dans l'enquête VESPA 2 ou l'appel à projet de l'INPES apporteront sans doute des données, mais on ne devrait pas nous embêter pour si peu... Je propose de répondre que " les chiffres français de la prévalence du VIH parmi les personnes transsexuelles ne sont pas connus. Ils n'atteignent certainement pas 20% des cas. " Et l'affaire est dans le sac. Vous me direz que c'est déjà énorme ? Mais vu les ravagés du bulbe qui traînent dans ces associations, personne n'ira comparer à la prévalence en population générale.

Il est hors de question de laisser faire et qu'on nous enlève la mainmise sur le parcours de soin. Notre boulot, c'est de remettre ces malades dans le droit chemin, certainement pas de lutter contre le sida ! Sinon, où allons-nous, ma bonne dame ? »

[trans@actupparis.org](mailto:trans@actupparis.org)



# BYE BYE ETRANGÈRES MALADES

## **DEUX DISPOSITIFS VITAUX POUR LES ÉTRANGÈRES MALADES, LE DROIT AU SÉJOUR POUR SOINS ET L'AIDE MÉDICALE D'ÉTAT, SONT MIS À MAL PAR LE GOUVERNEMENT.**

La loi sur l'immigration, actuellement en discussion au Parlement, risque de remettre en cause le droit à un titre de séjour pour raisons médicales. Votée, la réforme de l'Aide Médicale d'État (AME) va entrer en vigueur début mars. Son application, instaurant entre autres un droit d'entrée de 30 €, s'annonce catastrophique. Revue des sales coups de l'UMP, qui fait de l'œil à sa droite, sur le dos des étrangèrEs malades.

## **LA DISPARITION PROGRAMMÉE DU DROIT AU SÉJOUR POUR SOINS**

Depuis 1997, les étrangèrEs malades ont droit, sous certaines conditions, à des papiers pour pouvoir se soigner en France (voir encadré). L'application de ce droit varie selon les régions et donne déjà lieu à de nombreux refus abusifs. Le gouvernement est en train de le dynamiter.

### **DES DYSFONCTIONNEMENTS RÉCURRENTS**

En pratique, des médecins se montrent très réticentEs à appliquer le droit et rendent des décisions défavorables même si les demandeurSEs satisfont aux critères médicaux.

Les étrangèrEs sont souvent confrontéEs à des pratiques illégales en Préfecture :

- refus d'enregistrement de la demande ;
- demande de pièces non prévues par la réglementation (passeport valide, etc.) ;
- refus de délivrer un récépissé de dépôt (attestation capitale lors d'un contrôle de police et pour éviter une rupture de droits) ;
- délivrance d'Autorisations Provisoires de Séjour au lieu de Cartes de Séjour Temporaire (rend impossible l'accès à l'Allocation Adulte Handicapé, complique l'obtention d'un logement, d'un emploi, etc.).

Dans 2 arrêts du 7 avril 2010, le Conseil d'État a sanctionné des pratiques administratives illégales qui appréciaient de manière beaucoup trop restrictive et arbitraire les conditions de délivrance d'un titre de séjour pour soins.

**Le plan national VIH 2010-2014 pointe ces dysfonctionnements et souligne les conséquences néfastes** de la pauvreté et de l'instabilité administrative sur la santé des séropos. Il insiste sur l'importance dans la lutte contre le sida de l'accès à touTEs aux droits sociaux, à commencer par la régularisation des personnes séropositives ne pouvant se soigner dans leur pays d'origine. Un objectif fortement remis en question par le projet de loi sur l'immigration actuellement en discussion...

### **LE DROIT AU SÉJOUR POUR SOINS SUR LA SELLETTE**

Le 12 octobre 2010, trois semaines avant la publication du Plan National VIH, l'Assemblée Nationale a adopté en première lecture une mesure remettant en cause le droit au séjour pour soins. Dans la loi actuelle, il faut pour obtenir un tel titre de séjour, ne pas « **effectivement bénéficier du traitement approprié dans son pays d'origine** ». Cette notion a été remplacée par « **l'inexistence du traitement dans le pays d'origine** » : il suffit que quelque part des médicaments y soient accessibles pour quelques *happy few*,

### **LE DROIT AU SÉJOUR POUR SOINS**

Le droit au séjour pour raison médicale prévoit la délivrance de plein droit d'une carte de séjour temporaire à l'étrangèrE « *dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité* », « *sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire* ».

Ce droit est le fruit d'une mobilisation conjointe des associations de malades, de médecins et d'organisations de défense de droit des étrangèrEs qui se sont élevées contre la multiplication des expulsions de malades dans les années 1990. Ce dispositif concerne un effectif stable de 28 000 personnes.

Pour en bénéficier, il faut répondre à **six critères** : trois administratifs, appréciés par la préfecture (résidence habituelle en France, absence de menace à l'ordre public, absence de mesure d'éloignement) et trois médicaux évalués par une autorité médicale :

- l'état de santé « *nécessite une prise en charge médicale* » ;
- un défaut de prise en charge médicale « *pourrait occasionner des conséquences d'une exceptionnelle gravité* » ;
- la personne ne peut « *effectivement bénéficier du traitement approprié dans son pays d'origine* ». Cette notion de bénéfice effectif implique les quantités disponibles, le coût des traitements, la distance hôpital-domicile, la possibilité de faire les examens nécessaires (bilans sanguins, charge virale...)

Si les six critères sont remplis, la préfecture est tenue de délivrer une Carte de séjour temporaire portant la mention « Vie privée et familiale » pour la durée de l'accord donné par le/la médecin de l'administration, dans la limite d'un an. Celle-ci ne doit porter aucune mention du motif médical de sa délivrance.

Les personnes séropositives qui remplissent les conditions administratives et qui viennent de pays du Sud sont, dans leur immense majorité, éligibles à un titre de séjour pour soins. 18% des titres de séjour pour soins délivrés concernent des personnes séropositives au VIH.

Afin de garantir le secret médical, l'évaluation des critères médicaux est à la charge des médecins inspecteurs/trices de santé publique, sous l'autorité des Agences Régionales de Santé. Le rapport médical sous pli confidentiel doit être adressé au/à la médecin de l'administration pour qu'il/elle ait toutes les informations nécessaires à l'évaluation médicale, son contenu n'a pas à être connu des services préfectoraux.

pour que le LA demandeur SE soit renvoyé dans son pays d'origine. Or, dans quasiment tous les pays, des antirétroviraux sont accessibles, sauf qu'ils le sont pour une infime part de la population !

Compte-tenu de la forte mobilisation contre cet amendement, le gouvernement a remplacé le terme « *inexistence* » par « *indisponibilité du traitement approprié* ». Une notion qui demeure bien plus subjective que celle d'accès effectif et continue de menacer le droit au séjour pour soins.

Le 8 février, le Sénat a rejeté en première lecture la réforme validée par l'Assemblée Nationale. Le 16, la commission des lois de l'Assemblée a réintroduit l'*indisponibilité*. Reste la seconde lecture, puis éventuellement la commission mixte paritaire... Autant d'échéances au cours desquelles le droit au séjour pour soins risque de disparaître.

Cette réforme repose sur une contre-vérité xénophobe selon laquelle les étrangers seraient de plus en plus nombreux à venir en France pour y bénéficier du système de santé. Ce qui est faux : la plupart des étrangers découvrent une fois en France qu'ils/elles sont malades.

Les associations de défense des étrangers malades et la plupart des professionnels de terrain (des médecins aux magistrats administratifs), se mobilisent pour empêcher qu'une telle réforme passe car elle mettrait en danger la continuité des soins et la santé publique et menacerait la santé des personnes concernées. De surcroît, elle contraindrait ces personnes à rester dans le dispositif de l'AME, lui-même démantelé...

## LE DÉMANTÈLEMENT CRIMINEL DE L'AME

L'AME est la couverture médicale pour les personnes en situation irrégulière gagnant moins de 634 €/mois (voir encadré). Le 30 décembre 2010 a été votée au Parlement dans le cadre de la loi de finances 2011 une réforme qui modifie profondément l'AME. Ces nouvelles dispositions doivent entrer en vigueur le 1er mars 2011.

La réforme instaure un **droit d'entrée annuel de 30 € pour toute personne majeure relevant de l'AME**. Ce « ticket d'entrée » fait peser sur

le segment le plus pauvre de la population un nouveau prélèvement qui n'est exigé d'aucune autre catégorie sociale. Imposer une telle charge financière à des personnes disposant de très faibles ressources va les inciter à reporter, voire à renoncer aux soins. C'est en contradiction avec toute politique de santé publique cohérente : une personne ignorant sa séropositivité va le découvrir à l'occasion d'une maladie opportuniste, à un stade avancé de la maladie. Contrairement à ce qu'a affirmé le gouvernement, cela ne réalisera aucune économie publique : les retards de prise en charge vont même entraîner un surcoût.

Elle **réduit le panier de soins** : désormais l'AME ne permettra que l'accès aux soins « urgents et vitaux », entraînant l'impossibilité de suivi en centres de santé et en médecine libérale, dont les dépistages précoces. Elle **impose aux hôpitaux d'obtenir l'aval de la CPAM** avant d'effectuer un acte chirurgical lourd. Connaissant les délais d'instruction des demandes adressées à la CPAM, des situations dramatiques sont à prévoir.

Cette réforme est dangereuse et contre-productive : elle va retarder l'accès aux soins des malades, leur état de santé sera déjà dégradé, et leur séropositivité sera connue encore plus tard, ce qui est contraire à toutes les recommandations de prise en charge précoce.

Exclure des malades des dispositifs de soins est criminel à titre individuel, mais également en termes de santé publique. Économiquement, ces dispositions sont absurdes : des personnes sans couverture maladie ne vont pas se faire soigner, arriveront à l'hôpital dans un état plus grave et leur prise en charge médicale reviendra finalement beaucoup plus cher à la collectivité.

### UN DÉNI DE DÉMOCRATIE

La manière dont la réforme de l'AME a été entérinée est particulièrement scandaleuse. Lors des débats, les sénateurs/trices avaient refusé ce démantèlement, notamment les rapporteurs (UMP) de la commission des affaires sociales et des finances. Sous la pression du gouvernement, la commission mixte paritaire a remis ces amendements dans le texte en discussion qui a finalement été adopté courant décembre 2010.

Cette réforme était portée par Roselyne Bachelot-Narquin, alors ministre de la

Santé, bien avant la discussion du projet de loi de finances pour 2011 au Parlement. Elle avait alors demandé à l'inspection générale des affaires sociales et à l'inspection générale des finances d'élaborer un rapport sur le financement de l'AME et la pertinence de sa réforme. Ce rapport conclut au caractère contre-productif de cette réforme aussi bien en termes de santé publique, qu'en termes économiques. Remis à la ministre le 24 novembre, il a été rendu public le 30 décembre. Le ministre de la Santé a donc délibérément dissimulé ce rapport aux parlementaires lors des débats.

Il y a là un mépris pour la séparation des pouvoirs et un flagrant déni de démocratie. Et ce d'autant plus que le rapport reprend les arguments portés par les associations et les professionnels de santé depuis des années : il n'existe pas de fraudes massives à l'AME, l'augmentation de son budget est due à la mise en place de la Tarification à l'acte, et rien d'autre. Cette réforme est un danger sanitaire et un non-sens économique. Le rapport recommande même l'intégration des sans-papiers à la Couverture Médicale Universelle (CMU), ce que nous revendiquons depuis 12 ans !

Les étrangers malades sont les bouc-émissaires d'un sinistre jeu électoraliste. Si la loi passe en l'état, obtenir un titre de séjour pour soins va devenir une exception. Les malades vont être expulsés et envoyés vers une mort certaine. Si leur état de santé est tel qu'il leur assure l'expulsabilité, ils/elles n'auront pas de statut administratif et seront donc pris en charge indéfiniment dans le cadre de l'AME, elle-même devenue un cache-misère de protection sociale.

**L'exclusion et les expulsions mènent au même résultat : la victoire de l'épidémie de sida.**

[droits@actupparis.org](mailto:droits@actupparis.org)

## L'AIDE MÉDICALE D'ÉTAT (AME)

L'AME est un dispositif gratuit d'accès aux soins pour les étrangers en situation irrégulière n'ayant droit à aucun régime de Sécurité Sociale). Elle a été créée en 1999, en même temps que la CMU dont les étrangers sont exclus. La CMU et CMU-C concernent 4 millions de personnes, l'AME 200 000 personnes.

Pour l'Assurance Maladie, est considéré en règle tout étranger en relation avec l'autorité préfectorale. Un rendez-vous, une convocation, un lien avec la préfecture est suffisant pour bénéficier de la même couverture sociale qu'un citoyen français. L'AME devrait donc être une exception.

En France, la plupart des étrangers vivant avec le VIH découvrent leur séropositivité à l'occasion du diagnostic d'une maladie opportuniste. Ces personnes sont en grande majorité exclues du système de soins classique. Pourtant, une obligation de soins s'impose aux établissements de santé qui assurent le service public hospitalier. Ceux-ci doivent délivrer des soins si l'état du/de la patiente le nécessite, même si celui/celle-ci n'est pas en mesure de justifier une prise en charge. Mais, en pratique, l'AME ne couvre pas tout et certains soignants et pharmacies discriminent ces bénéficiaires (40 % des praticiens consultés refusent de les soigner selon une enquête menée par MdM en 2006).

Les principes fondamentaux régissant l'AME et la CMU sont les mêmes : permettre à des personnes démunies d'avoir une protection maladie et ainsi de pouvoir accéder aux soins. Les enquêtes montrent qu'il y a trois fois plus de discriminations en matière d'AME qu'en matière de CMU. Ces pratiques ne sauraient être justifiées par des blocages administratifs, des lenteurs de remboursement, ni même par la liberté des praticiens à choisir leurs patients. Les codes de déontologie et de santé publique sont sans ambiguïté : les médecins ont l'obligation éthique et légale d'écouter, d'examiner, de conseiller ou de soigner avec la même conscience toutes les malades sans distinction de nationalité, de ressources ou de situation administrative.

# AME : LES CONSÉQUENCES CONCRÈTES DE LA RÉFORME

Dès novembre 2010, soit plus d'un mois avant le vote de la loi, un rapport des Inspections Générales des Finances (IGF) et des Affaires Sociales (IGAS) mettait en garde contre les conséquences néfastes de la mise en place d'un droit d'entrée à l'AME.

A partir de leurs conclusions, essayons de dégager les conséquences de cette mesure dans les années à venir pour la santé des personnes, la santé publique et le système de soins.

En rouge, les risques pointés par le rapport IGF/IGAS de la mise en place d'un droit d'entrée à l'AME. En dessous, ses conséquences concrètes prévisibles à moyen terme :

**Analyse des dépenses au titre de l'Aide Médicale d'Etat IGF/IGAS, novembre 2010**

**Les personnes se verront contraintes « à une prise en charge en charge plus tardivement et à l'hôpital » (p.17)**

Les urgences des hôpitaux vont voir leur fréquentation augmenter en flèche.

**En éloignant « les publics concernés du système de soins, le risque est grand de faciliter la propagation (...) de pathologies » transmissibles (p.18)**

Dans les hôpitaux, des personnes de plus en plus nombreuses vont arriver avec des maladies comme la rougeole ou la tuberculose à un stade avancé où la réussite du traitement est incertaine. Parmi les personnes en situation irrégulière, après plusieurs années de stagnation, le nombre de dépistages va s'effondrer et l'épidémie de VIH va repartir à la hausse.

**« Des risques sanitaires sérieux du fait des retards induits sur le recours aux soins ambulatoires par la population concernée » (p.2)**

Multiplication des décès suite à des complications pour des pathologies comme l'hypertension ou le diabète qui, prises à temps, auraient pu être soignées sans difficulté.

**Un « accroissement des dépenses allant bien au-delà des économies escomptées du fait d'un recours supplémentaire à l'hôpital » (p.17)**

Plusieurs établissements hospitaliers, du fait de la multiplication de factures non recouvrées, vont voir leur budget déséquilibré et seront contraints de fermer des lits.

## ACTION = VIE

## DROITS SOCIAUX EN PRISON

**EN PRISON, LES DROITS DES PERSONNES NE SONT PAS RESPECTÉS, CEUX DES MALADES ENCORE MOINS. MALGRÉ LES PROMESSES FAITES PAR LE « PLAN SANITAIRE DÉTENU », LES PERSONNES SÉROPOSITIVES ET COINFECTÉES INCARCÉRÉES SUBISSENT DES CONDITIONS DE DÉTENTION DÉPLORABLES ET DE PLUS EN PLUS DURES. TOUR D'HORIZON DES DROITS DE CES PRISONNIÈRES.**

**L'ACCÈS AUX SOINS**

Les prisonnierEs sont prisEs en charge à 100% par un régime particulier de la Sécurité sociale. Quel qu'ait été le statut de la personne avant d'être incarcérée (travail, sans emploi, étudiantE, autre) elle se retrouve dans ce régime spécial. C'est l'Administration Pénitentiaire (AP) qui prend en charge les frais de santé des prisonnierEs. Le service pénitencière d'insertion et de probation (SPIP) fait les démarches nécessaires dès l'entrée d'une personne en prison.

Le retour à la liberté s'accompagne de nombreuses difficultés pour retrouver le régime général. Avant toute libération, il est donc très important pour la personne incarcérée de faire une demande de réouverture des droits de protection sociale avec l'aide des conseillerEs d'insertion et de probation (CIP) ou travailleurSEs sociaux.

Pour les étrangerEs en situation irrégulière, la prise en charge se fait au titre de l'Aide Médicale d'État (AME).

Il n'y a aucun ticket modérateur à payer même si certains frais restent à charge (tous les dépassements de tarif des médecins ou laboratoires d'analyse, les actes ou interventions chirurgicales non codifiés, appareillages, prothèses).

Lorsqu'une personne incarcérée est déclarée indigente, une partie des frais de prothèses peut être prise en charge par l'AP, la prothèse doit être médicalement justifiée et prescrite par le/la médecin de l'Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA).

**LE DROIT AUX ALLOCATIONS**

L'entrée en prison a des conséquences sur les prestations sociales :

**Allocation Adulte Handicapé (AAH) :** si elle est déjà perçue avant l'incarcération, elle est réduite à 30% de son montant au-delà du 60<sup>ème</sup> jours d'incarcération, sauf si son/sa bénéficiaire a une personne à charge (enfant ou ascendant) ou si son/sa conjointE/pacséE ne travaille pas. Pour faire une demande, s'adresser à unE CIP.

**Allocations chômage :** L'entrée en prison induit automatiquement une radiation du Pôle Emploi.

UnE salariéE incarcéréE pour une courte durée voit son contrat suspendu sauf si l'employeur prouve que son absence ou les faits sanctionnés pénalement entravent le bon fonctionnement de l'entreprise.

Pour unE salariéE incarcéréE pour une longue durée, il y a licenciement avec indemnités.

(La Cour de cassation a admis par le passé que cette incarcération constituait un cas de force majeure mais il y a eu revirement de jurisprudence et désormais l'employeur doit

respecter la procédure de licenciement et verser l'indemnité de licenciement légale ou conventionnelle de licenciement.)

Dans le cadre d'une détention provisoire reconnue injustifiée par la Commission de l'indemnisation des détentions provisoires le/la salariéE licenciéE suite à son incarcération peut être indemnisé (articles 149 à 151-1 du Code de Procédure Pénale et l'arrêt de la Cour de Cassation Chambre Sociale du 2 février 2003, circulaire JUSD0330079C du 30 mai 2003 « *présentation des dispositions relatives à la réparation des détentions provisoires injustifiées* »).

**Revenu de Solidarité Active (RSA) :** une personne écrouée n'y a pas droit, sauf si elle est en semi-liberté, en placement extérieur ou sous placement électronique.

Pour une personne seule qui touchait le RSA avant d'être incarcérée, la suspension intervient au bout du 60<sup>ème</sup> jour d'incarcération. Si la personne est mariée, pacsée ou a des enfants à charge, le montant est recalculé.

**Allocations familiales :** elles sont maintenues et recalculées en tenant compte de l'absence du/de la prisonnierE de son foyer.

Les femmes incarcérées avec leur enfant de moins de 18 mois peuvent percevoir l'Allocation de Soutien Familial (ASF). La demande doit être faite auprès de la CAF dont dépend l'établissement pénitentiaire.

**Allocations vieillesse & Pension d'invalidité :** le droit aux assurances vieillesse, pension d'invalidité et retraites n'est pas modifié.

Seules les prestations à caractère alimentaire (soumises à conditions de ressources) sont suspendues pendant l'incarcération.

Pour éviter un long délai, avant de les recevoir à nouveau, lors de la libération, il faut entamer les démarches durant l'incarcération, en faisant appel au SPIP.

**A LA SORTIE**

**L'allocation Temporaire d'Attente :** les personnes y ont droit si la peine purgée a été au moins de 2 mois, si elles sont inscrites en tant que demandeuses d'emploi et si elles perçoivent un revenu inférieur au montant du RSA.

Elle est fixée à 10,67€ par jour et versée pendant 12 mois sous réserve que les conditions de son octroi soient toujours remplies.

**CONTACTS UTILES :**

- Les SPIP
- Les points d'accès au droit (PAD)
- Le Médiateur de la République
- Le Contrôleur général des lieux de privations de liberté  
01 53 38 47 80  
BP 10301 75921 Paris Cedex 19
- L'IGAS  
01 40 56 66 76  
39-43 quai A. Citroën 75739 Paris Cedex 15
- Act Up-Paris  
01 49 29 44 75  
45 rue Sedaine 75011 Paris.
- Sida info service  
« ligne 6 » service d'écoute et de soutien pour les personnes incarcérées  
0800 840 800
- AIDES  
0805 160 111

[prison@actupparis.org](mailto:prison@actupparis.org)

## REPRÉSENTATIONS

## GUÉRIT-ON D'UNE HEPATITE C ? D'UNE CIRRHOSE ?

**LES MOTS SONT IMPORTANTS : PARLER DE GUÉRISON DANS LE CADRE DU VHC, C'EST FAIRE UNE PROMESSE QUI RISQUE DE NE PAS POUVOIR ÊTRE TENUE. LA VIE, LA SANTÉ D'UNE PERSONNE SONT EN JEU.**

Le but ici n'est pas de remettre en cause, en cas d'hépatite C chronique, la nécessité d'accéder rapidement au traitement, vu les difficultés d'atteindre cette guérison.

**« GUÉRISON » D'HÉPATITE ?**

L'hépatite C est une inflammation du foie, chronique quand le virus de l'hépatite C s'est installé à long terme en réussissant à contrer l'immunité. Ce virus provoque une hépatite virale car, après son entrée dans l'organisme, il va se loger dans le foie, sanctuaire principal des hépatites, où il pourra se multiplier à sa guise.

Comme pour le VIH, c'est une mesure de charge virale qui va permettre de jauger l'efficacité du traitement. La définition d'une « guérison » de l'hépatite C est confirmée quand, suite à un traitement, le virus est toujours indétectable six mois après l'arrêt du traitement.

Malgré la « guérison », une réapparition du virus (à ce stade, l'hépatite étant guérie, il faudrait à nouveau plusieurs dizaines d'années avant que le virus ne provoque des lésions sur le foie, voire une cirrhose) arrive pour environ 3% des malades guériEs cinq ans après. C'est pourquoi, malgré l'annonce de la « guérison », il faut impérativement vérifier annuellement que le VHC n'est plus présent dans le sang.

**« GUÉRISON » D'UNE CIRRHOSE ?**

Quand le/la malade a déjà une fibrose sévère ou une cirrhose, il faudra plusieurs années pour que cela régresse complètement. En cas de réapparition du virus quelques années après la « guérison », il est prudent de rapidement envisager de prendre à nouveau un traitement puisque la fibrose sera déjà développée.

**« GUÉRISON » D'UN CANCER ?**

En cas de guérison sur une cirrhose, les mécanismes précoces d'évolution vers un cancer ne peuvent être encore dépistés suffisamment tôt. Or, si cette « guérison » survient plusieurs années après la cirrhose, il se peut que ce mécanisme soit déjà en route. Dans 3% des cas de « guérison » sur cirrhose, des malades se voient annoncer, dans les mois suivants, la survenue d'un cancer.

S'agissant de la réapparition du virus ou de la survenue d'un cancer, suite à l'annonce de « guérison », il faut savoir que les modalités d'annonce sont actuellement remises en cause par les publications de quelques médecins, même si l'hépatite C initiale semble médicalement guérie. Peut-être que le terme de rémission serait plus juste, plus prudent, car ce n'est que trois ans après cette rémission, que l'annonce de guérison pourra être plus sûre !

Les soignantEs doivent porter un peu plus d'attention et de tact lors de l'annonce d'une guérison d'hépatite C, dès qu'elle survient sur une fibrose déjà avancée.

Ceci évitera aux malades de plonger dans un doute *a minima*, voire une dépression ou une rupture totale de confiance dans la relation thérapeutique. Cette confiance est pourtant primordiale surtout au moment d'un deuxième traitement ou d'une initiation de chimiothérapie.

**A quand les 1ères recommandations de la Haute Autorité de Santé, sur l'annonce de la guérison d'hépatite C, tout comme il en existe sur le cancer ?**

[traitements@actupparis.org](mailto:traitements@actupparis.org)

# GÉRALD



**GERALD SANCHEZ EST MORT DU SIDA ET DU VHC LE 7 FÉVRIER 2011. NOUS REPUBLIONS ICI L'ENTRETIEN PUBLIÉ EN NOVEMBRE 2006.**

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

- **Juillet 1962** - Ma mère atterrit à Paris, je nais.
- **3 ans** - Elle rencontre mon beau-père à l'Ecole Normale et se marie. Donc fils de deux instits, j'habite dans mon école où mes parents exercent, à Nemours (77), je suis tête-en-l'air et déjà je plane dans ma bulle.
- **14 ans** - 1ère guitare. Des élèves que je retrouve au collège, ayant subi, plus jeunes, les nerfs de mon père, m'attendent à la sortie. En rentrant je le subis aussi.
- **17 ans** - Pourquoi les filles tombent amoureuses de moi ? Vive la forêt de Fontainebleau et mes 1<sup>ères</sup> pipes en stop.
- **19 ans** - L'été, mes parents me font cadeau de la maison, sans être préparé à l'autonomie. Pétrards, 1<sup>ers</sup> sniffs et shoots. Tournée des festivals. À la rentrée, ils me mettent à la porte. Rencontre avec Emmanuel, 1<sup>er</sup> amant qui, quelques années plus tard, décèdera rapidement du sida. Angoisse de mes 1<sup>ers</sup> tests : séronég ! Éducation activiste dans l'antinucléaire. Découverte du catalogue psychotrope. 2 ans de prison pour escroquerie aux carnets de chèques échangés entre amis, la ruse du siècle, merci Mitterrand pour tes grâce, plus que 15 jours en prison à Fontainebleau ! ouffff !
- **23 ans** - Les flics chassent l'héroïne en banlieue.
- **25 ans** - Passion pour le spectacle et l'éclairage. Je plaque amis et shooteuse, pour être éclairagiste à Paris. Découverte du milieu gay (saunas, backrooms et parcs).
- **29 ans** - Les VRR, la Mano Negra, Sylvie Joly, Philip Glass, les Voix Bulgares, etc. Rencontre de Vincent, deuxième amant -pédé-militant-anarco-libertaire.
- **32 ans** - Lolo, p'tit blond yeux bleus, je le connais depuis 5 ans, il m'ouvre son lit et son appartement pour 4 ans. 1<sup>ère</sup> relation amoureuse passionnelle, jusqu'à la dépression, puis les pratiques à risques.
- **34 ans** - Le VIH. On m'annonce aussi une coinfection

par l'hépatite C, chronique, sûrement due au shoot.

- **35 ans** - Découverte du Prozac, primo-infection sévère, 1<sup>ère</sup> trithérapie. Besoin d'aide. 1<sup>ère</sup> réunion à Act Up, pour « la légalisation contrôlée des drogues ».
- **36 ans** - Rencontre de Pierrot, avec qui je vis 3 ans. Découverte du monde techno et de ses drogues, 1<sup>er</sup> Teknival, en bénévole de la mission rave de MdM.
- **37 ans** - Salariat à Act Up sur 4 ans, sur la co-infection VIH-hépatites et les drogues et leurs usages.
- **39 ans** - Drame de la cirrhose et traitement très lourd PEG-interféron-ribavirine en urgence. Infection, opération d'un pied, béquilles. Je tiens 7 mois, pour un échec du traitement cité, 1 an et demi pour m'en remettre. J'en fais mon métier. No comment !
- **43 ans** - DU « information et médiation en santé ». 1<sup>ers</sup> contrats de médiateur en santé, nouvelle profession pour les militants associatifs. MSN et les chats gays, changement de mode relationnel. Énorme envie de me poser, après 25 ans de galère d'appart et d'aventures chez des amiEs ! Merci.

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

**Si ton enfance était un arbre fruitier, ce serait ?** Un mûrier. J'adore les mûres, à force de me les prendre. Tant pis pour les piqûres, on se fait mal et l'on s'éclate bien.

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

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

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

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

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

**Parle-nous de la découverte de ta séropositivité ?** La séropositivité d'Emmanuel, l'inoubliable dernière fois où on a fait l'amour, lui mourant. Son décès et celui de bon nombre d'amiEs de shoot. Je me suis toujours protégé me sachant chasseur et chassé. On

ne nous apprend pas à quel point une déception amoureuse peut nous mener droit à la dépression et comment nos gestes habituels de prévention peuvent alors être très vite oubliés. Mon père en l'apprenant m'a dit : « je te l'avais dit, tu es dangereux, non ? ». Une injustice. J'ai payé très cher de n'avoir voulu aimer que comme je voulais, trop vite et très seul.

**Avant l'annonce de ta séropositivité, comment te protégeais-tu ?** Et après ? Avant : ma meilleure amie s'en veut de ne pas m'avoir assez hurlé dessus pour mes IST récurrentes. 4 en 10 ans. Je suis 50/50 et toutes mes pénétrations ont toujours été protégées, sauf cette fois-là ! Après : pour les pipes, j'ai testé avec capote, jusqu'à arriver à y prendre un nouveau plaisir, je ne l'impose pas à mes partenaires. J'aime le sperme, j'aime sucer et me faire sucer, mais il ne faut pas confondre sperme et dentifrice ! Depuis, je continue à découvrir d'autres pratiques, bougies, fist, et le plaisir incroyable de gants avec lubrification adaptée, à base de plusieurs types de gel.

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

**Comment s'est passée ta 1<sup>ère</sup> prise d'antirétroviral ?** Ma 1ère trithérapie n'a duré que 15 jours, le temps de me détruire un peu plus le foie. Puis « bithérapie du tox », D4T-3TC pendant 2 ans, le temps de sortir de la dépression et de changer de médecin. Ça n'est qu'après que j'ai ressenti les effets secondaires, car en dépression, n'importe quoi est un effet secondaire. Aujourd'hui, je n'ai plus qu'une prise par jour !

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

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

**As-tu déjà souffert de discriminations ?** La mienne ! Qui a été étonnement, la plus coriace, peut-être aussi celle de mon père, bref des comportements absurdes.

J'ai toujours évolué dans des milieux militant sur la tolérance, même si l'homosexualité n'y avait parfois qu'une place un peu cliché.

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

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

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

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

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

**Qu'est-ce que tu dirais à unE séroneg sur le fait d'être séropo ?** Sur ma fiche de chat gay, j'avais écrit « séro+ stabilisé ». 75% des mecs qui viennent me brancher ne lisent pas cette fiche, préférant les photos. Compris ceux avec qui je vais coucher, qui parfois la lisent après, de manière souvent douloureuse. S'ouvre alors cette discussion qui peut des fois nous apaiser. 90% de ceux qui me désirent, et qui ont lu cette annonce de séropositivité, renoncent direct à tout échange sexuel. C'est aussi pour eux que j'ai fait ce choix d'affirmer ma séropositivité.

Depuis 2 ans de chat, je passe beaucoup de temps à expliquer que faire l'amour avec un séropo qui a le courage de l'afficher, c'est à son tour avoir le courage d'apprendre et de découvrir qu'il y a tellement de pratiques, de gestes dont on oublie l'importance et le plaisir. Trop de mecs ne pensent qu'à la pénétration, les pédés comme les autres, alors qu'il est simple de renoncer à une pratique pour en savourer dix autres, tout aussi jouissives. Aimons-nous comme des fous, comme des savants, comme des chiens, intensément et intelligemment.

# SIDA IS DISCO

CHAQUE MERCREDI, UNE POIGNÉE DE MILITANTÈS D'ACT UP-PARIS TIENT UNE PERMANENCE DES DROITS SOCIAUX ET ACCUEILLE DES PERSONNES EMBOURBÉES DANS DES SITUATIONS ABERRANTES. FLORILÈGE DE CES CAS ET DES ACTIONS MENÉES.

**Mme X**, occupait chez des particuliers un « emploi à caractère familial », comprenant l'éducation de 2 enfants en bas âge et l'ensemble des tâches ménagères. Son contrat de travail était royal : « 55 heures de présence hebdomadaire, équivalentes à 45 heures de travail effectif », pour un salaire net de 1 250 €/mois, avec un forfait repas de 2€/jour. Et deux heures et demi de transport. A ces conditions de travail mirobolantes s'ajoutaient : plages horaires « susceptibles de modification en fonction des impératifs de l'employeur », obligation d'attendre le retour d'un des parents avant de rentrer chez elle, dates de congés imposées par l'employeur.

Le couple employeur de Mme X a décidé de mettre son aîné dans une école privée, bien plus éloignée du domicile

que la précédente. Conséquences sur le quotidien de Mme X : trajet plus long, allers-retours contraignants, bébé à trimballer en transports en commun, etc.

Mme X a osé se plaindre. Le couple a alors voulu lui faire signer un avenant, avec de nouveaux horaires, et une disposition concernant le nouveau lieu de scolarisation de l'enfant. Mme X a refusé de signer ce document obscur. Monsieur a tenté de l'empêcher de quitter l'appartement. Madame a fini par lui reprendre les clefs.

Mme X est africaine, jeune, séropositive, non-francophone, elle dispose d'un titre de séjour précaire, c'est une proie facile pour des conditions de travail indécentes et un licenciement abusif, au titre del'« abandon de poste ». Des militantEs d'Act Up l'ont aidé à lancer une procédure aux Prud'hommes. Elle devrait bénéficier de

rappels de salaire, d'indemnités, et a enfin reçu l'attestation Assedic indispensable pour percevoir ses allocations de chômage. Dernière audience dans quelques semaines.

Qui sont ces néo-esclavagistes sans scrupules ? Ignorent-ils le droit ? Manquent-ils de moyens ? Non, Madame est cadre dans l'une des quatre premières entreprises d'audit mondiales, et Monsieur associé d'un grand cabinet d'avocats d'affaires.

**Mme Y** est séropositive, réside en France depuis 8 ans, et bénéficie d'un titre de séjour pour soins, renouvelable chaque année. Elle remplit désormais les critères pour obtenir une carte de résident de dix ans : emploi, ressources suffisantes, plus de cinq ans de présence sur le territoire, logement stable, pas de menace à l'ordre public, dossier complet, attaches familiales en France. Mais la préfecture de Paris

en a décidé autrement. Sans instruction du dossier, après un examen de moins d'une minute par la « responsable » au guichet, sa demande de carte de 10 ans a été rejetée.

Explications : « Mme Y est là pour des soins, si elle avait fait une demande en tant que salariée, elle aurait eu sa carte ». Mme Y est malade, mais AUSSI salariée. « oui mais elle est malade ». Etc., etc. Pas de trace écrite, le refus est oral et motivé par des « c'est comme ça maintenant », « on a des directives ».

Mme Y repart du bureau Afrique/Maghreb avec un récépissé valable 2 mois, ce qui précarise encore sa situation professionnelle, en la condamnant à des CDD courte durée. Dans 2 mois, elle viendra chercher son titre d'un an, pour la neuvième fois.

