

Action

la lettre d'Act Up-Paris, n°93, mars 2004

Dossier Prisons



suspension
de peine
des
malades en
détention
ACTUP
PARIS

SIDA :
LA PRISON
LA TUE.
PERBEN
CRIMINEL
ACTUP
PARIS

séropos
incarcérés
séropos
assassinés
ACTUP
PARIS

ACTUP
PARIS

ACTUP
PARIS

SANS SENTENCE = MORT
ACTUP
PARIS

Sommaire :

page 3 - Edito
 page 4 - Prévention : zaps du marais
 page 6/12 - Dossier : Santé en détention
 page 13 - T&R : New Fill®
 page 14/16 - T&R : Recherche en danger
 page 17 - T&R : Loi Huriet
 page 18/19 - S/R : Bilan de la LSI
 page 20/21 - N/S : Fond mondial
 page 22 - N/S : Accords Maroc/USA
 page 23 - N/S : Brèves
 page 24/25 - Femmes : Etats généraux
 page 26 - Homophobie : Mobilisation communautaire
 page 27 - Prévention : Contre argumentaire -suite
 page 28 - Remerciements
 page 29 - Financements
 Page 30 - VPC : T-shirts

**Action,
la lettre d'Act Up-Paris**

Directeur de Publication :
Jérôme Martin.

Rédactrice en chef :
Claire Vannier.

Comité de Réd'Action :
Jean Cazentre - Xavier Héraud - Claire Vannier.

Ont participé au numéro :
Sylvain Dambrine - Elodie Dorfiac - Jacky Dubouclez - Rachel Easterman-Ulmann - Khalil Elouardighi - Chloé Forette - Catherine Kapusta - Serge Lastennet - Valérie Laurent-Pavlovsky - Jérôme Martin - Guy Molinier - Stéphane Pasquay - Fabrice Pilorgé - Jean-François Poupel - Médéric Pouyé - Michel Raduget - Régis Samba Kounzi - Thierry Schaffauser - Antonin Sopena - Claire Vannier.

Imprimerie :
Autographe, 10 bis rue bisson, 75020 Paris.

9.000 exemplaires
Date : mars 2004.

Commission Paritaire en cours - ISSN 1158-2197 - Dépôt Légal à parution.

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

Mails

Pour nous contacter par mail, faites précéder @actupparis.org du nom lié au sujet de votre envoi parmi la liste ci-dessous :

actup
traitements
coinfection
nordsud
étrangers
homophobie
prison
prostitution
drogues
droits
femmes
prevention
comptabilite
financement
stands
tombola
publications
medias
actupinfos
web
sidablaba

Act Up en France

Act Up-Paris
BP 287
75525 Paris cedex 11
Tel : 01 48 06 16 74
actup@actupparis.org

Act Up-Lyon
BP 1100
69202 Lyon Cedex 01
actuplyon@free.fr

Act Up-Toulouse
10 bis rue du Colonel Driant
31400 Toulouse
Tel : 05 61 14 18 56
actuptoulouse@wanadoo.fr

Pour garder le contact

- Rejoignez nous chaque mardi soir à 19h30 (Accueil des nouveaux à 19H) à l'Ecole nationale des Beaux arts, 14 rue Bonaparte, Paris VI^{ème}, M° St Germain des Prés.

- Abonnez-vous à la lettre d'Act Up-Paris 1 an : 18 €. Abonnement de soutien : 24 €

Nom Prénom

Adresse

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

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

- Consultez notre site internet : <http://www.actupparis.org/>

1 Action n'est pas paru depuis le début de décembre dernier. Pour faire face à la crise financière que nous traversons et éviter la disparition d'Act Up-Paris, il nous a fallu faire des choix et ralentir nos activités les plus coûteuses, parmi lesquelles l'impression et la diffusion de notre lettre mensuelle. Aujourd'hui, nos problèmes financiers sont loin d'être résolus, mais nous sommes à même de reprendre, sur un rythme moins soutenu qu'auparavant, la diffusion des informations essentielles sur notre activité. Et cette activité est restée intense.

2 Comment pourrait-il en être autrement ? Le gouvernement continue à démanteler la recherche, la protection sociale, les droits des minorités et les acquis de 20 ans de lutte contre le sida. Aussi éculée soit-elle, c'est l'image du rouleau compresseur qui s'impose. La droite écrase tout, et ignore superbement les résistances qui lui sont opposées. Cette tactique subtile vise à décourager toute mobilisation, elle ne fait que l'entretenir. Les chercheurSEs ou les intermittentEs en sont la preuve. Les militantEs d'Act Up-Paris aussi. On ne peut pas cacher que la lassitude et le découragement nous envahissent à l'annonce de chaque «réforme» détruisant nos droits. Mais c'est toujours la colère qui l'emporte, et la volonté de combattre, sinon pour gagner des victoires, du moins pour éviter la pire et montrer à l'opinion publique que chaque geste du pouvoir en place a des conséquences dramatiques sur nos vies.

3 Un exemple ? Aux intellectuelLEs luttant pour la sauvegarde de la culture et de la recherche publique, un ministre, Patrick Devedjian, oppose le

mépris. «*Chez nous, les intellectuels ont l'habitude de signer des pétitions, alors qu'aux Etats-Unis, ils ont des prix Nobel.*». La recherche et le travail intellectuels souhaités par la droite sont ainsi résumés en une petite phrase : des outils au service de la gloriole nationale. Que nous, malades du sida, ayons un besoin vital, Patrick Devedjian, Jean-Pierre Raffarin, Jean-François Mattéi et Claudie Haigneré s'en foutent. Leur politique remet en cause la découverte de nouvelles molécules, la nécessaire recherche sur les effets secondaires ou sur les co-infections avec les hépatites virales. Bref, ce sont notre survie et la qualité de notre vie qui, à terme, sont menacées. C'est quantité négligeable pour la droite. Voilà pourquoi nous manifestons aux côtés des chercheurSEs et soutenons leur position. Voilà pourquoi depuis des mois nous lobbyons pour que la réforme de la loi Huriet sur les essais cliniques incluent les revendications des malades.

4 Des décrets s'apprêtent à détruire ce qui restait de l'Aide Médicale d'Etat. Des sans-papierEs malades se retrouvent dans des centres de rétention, privéEs de traitements pendant plusieurs jours, menacéEs d'être expulséEs dans des pays où ils ne pourront pas se soigner. Quand nous les rencontrons pour discuter de ces deux derniers sujets, Jean-François Mattéi et Nicolas Sarkozy refusent toute responsabilité, et estiment qu'à trop défendre la protection des étrangerEs, on risque de créer un appel d'air et de ne plus faire face aux demandes... Des prostituéEs sont traquéEs à la sortie des bus de prévention et jusque dans les locaux associatifs. La suspension de peine n'est encore que trop peu appliquée :

Maurice Papon a pu en bénéficier, alors que de nombreux malades voient leur santé se détériorer gravement en détention. Les Etats-Unis et le Maroc viennent de signer un accord commercial bilatéral qui restreint, au-delà de ce qui est prévu par l'OMC, la possibilité de produire et d'importer les génériques. Roche a arrêté la production d'une nouvelle molécule, le T-1249, que les actionnaires ont jugée trop peu rentable. Un autre laboratoire, Abbott, décide de quintupler le prix du Norvir®. Le 100% Sécu, l'invalidité et les prestations qui y sont liées risquent de disparaître. Que devez-vous faire, que devons-nous faire ? Courber le dos en chouinant avec fatalité et cynisme, ou tout entreprendre pour faire obstacle et refuser la position résignée et silencieuse qu'on veut nous assigner ? Avons-nous le choix ?

5 Dans ce contexte, on aimerait tant que les données épidémiologiques nous rassurent. Il n'en est rien. Le retard pris dans l'affichage des premiers résultats de la DOS ne cesse de nous inquiéter : les chiffres sont-ils si mauvais que les pouvoirs publics rechignent à les diffuser ? Les données disponibles confirment nos pires craintes sur la reprise des contaminations chez les homosexuels et l'explosion de l'épidémie chez les femmes. Les actions d'Act Up devant des établissements de sexe gays parisiens qui refusent d'appliquer les principes élémentaires de la charte de prévention visent, au-delà de la seule dénonciation des responsables de ces clubs, à remobiliser la communauté gay contre le sida. Cette même communauté est pourtant capable de répondre présente quand nous organisons un rassemblement dans le Marais contre l'homophobie et en soutien

aux victimes d'agressions, comme Sébastien Nouchet, brûlé vif en janvier dernier. Cette mobilisation doit se perpétuer, et doit concerner la lutte contre le sida.

6 C'est un même sentiment communautaire qui a parcouru les Etats Généraux «Femmes et sida» organisés par Act Up-Paris, le Planning Familial et d'autres associations de lutte contre le sida. Pour la première fois, des femmes séropositives ont parlé depuis une tribune à d'autres femmes, élaborant une parole collective et des revendications envoyées aux chercheurSEs et aux représentantEs des pouvoirs publics. Alors même que le sida explose chez les femmes et que ses spécificités féminines sont toujours aussi peu documentées, l'émergence d'un discours collectif à la première personne représente une révolution.

Jérôme Martin

NB Didier Lestrade, co-fondateur et ancien président d'Act Up-Paris, a sorti chez Denoël son nouveau livre «*The End*», pamphlet contre la communauté homosexuelle, qu'il juge notamment incapable de lutter contre la reprise des pratiques à risques, les nouvelles contaminations et les discours bareback d'un Rémès ou d'un Dustan. Act Up n'échappe pas à ces critiques. Ces six dernières années, nous n'aurions pas travaillé sur la prévention chez les gays comme nous l'avons fait si Didier n'avait pas été là. Mais le groupe n'a pas suivi toutes ses propositions, notamment celles qui concernaient une confrontation directe avec les auteurs bareback.



Chaudasses

Les samedis de ces derniers mois ont été animés dans le Marais. 4 établissements ont été zappés et nous n'avons cessé d'alerter sur la dégradation de la prévention dans les établissements. Explications.

Le 22 novembre, une vingtaine de militantEs d'Act Up-Paris ont zappé le Full Metal. Le 29 novembre, une quarantaine de militantEs ont zappé le Keller. Le 13 décembre, une vingtaine de militantEs ont zappé le sauna IDM. Le 20 décembre, une douzaine de militantEs ont zappé le Banque Club. Le 9 janvier, une quinzaine de militantEs ont zappé le Key West. Le samedi 6 décembre, nous avons mené une campagne d'affichage et un tractage afin d'informer la communauté pédé des actions menées contre les établissements de consommation sexuelle.

Toutes ces boîtes à cul pédé ne font pas d'efforts en matière de prévention et d'hygiène. Nous sommes en colère parce que malgré tant d'années de lutte contre le sida, ces établissements ne sont toujours pas capables de faire le minimum : offrir des capotes et du gel à leurs clients. Et il ne s'agit pas simplement d'en laisser en libre-accès au bar ou d'en donner une à l'entrée, mais bien qu'il y en ait partout dans l'établissement et que la clientèle ne soit pas obligée d'en réclamer.

Après ces 5 établissements, d'autres sont également concernés et savent ce qu'ils risquent. Pourtant, nous leur demandons simplement de respecter les consignes d'hygiène et de prévention qui sont incluses dans la charte de responsabilité mise en place par Act Up, Aides, Sida Info Service et le SNEG (Syndicat national des entreprises gaies), qu'ils soient signataires ou non de celle-ci.

Etre signataire de la charte de responsabilité signifie, pour un établissement,



en colère

obtenir gratuitement de la part du SNEG des pipelifes remplis de préservatifs à disposer dans les parcours sexuels, qu'il devra ensuite remplir par lui-même. Elle lui permet également de recevoir gratuitement des distributeurs de gel. Enfin, la charte de responsabilité fonctionne comme un label, ce qui permet à l'établissement de bénéficier d'une publicité gratuite.

Cette charte a été signée il y a plus d'un an et demi, au printemps 2002. Nous pensions que l'incitation et la pédagogie se suffiraient à elles-mêmes. Par notre campagne de zaps, et en tant qu'usagers de ces saunas et backrooms, nous intervenons afin de dénoncer la logique marchande de ces patronEs qui refusent de distribuer des capotes. Ces établissements ont pourtant la possibilité de se fournir auprès du SNEG à trois centimes la capote. Entre ces trois centimes et la vie d'un pédé, ils ont choisi. Qu'ils répondent aujourd'hui de ce choix.

Notre politique a déjà porté quelques fruits. Le patron du Full Metal nous a répondu par un courrier qu'il assurait mettre à disposition de sa clientèle des préservatifs et qu'il installerait au plus vite des pipelifes dans ses parcours sexuels. Le SNEG a reçu des demandes de patrons qui souhaitent eux aussi des pipelifes. Des clientEs de ces établissements nous ont même remercié d'avoir mené ces actions.

Il reste malgré tout encore une moitié des établissements gays parisiens qui ne sont pas signataires de la charte. Nous ne leur demandons pas forcément d'y adhérer, mais d'en respecter les règles, c'est-à-dire de faire leur travail d'acteurs de prévention. Tant qu'ils refuseront de le faire, nous ne les laisserons pas tranquilles.

Les chiffres des reprises des contaminations dans la communauté homosexuelle, en particulier parmi les plus jeunes, sont là. Il y a urgence.





Santé en détention

un double anniversaire

10 ans de loi de 94 et 2 ans de suspension de peine : un bilan accablant

Loi de 94

Il y a dix ans, Action titrait «*des lois pleines de bonne volonté*», à propos de la loi 94-43 du 18 janvier 1994 et la circulaire 45 DH /DGS/DSS/DAP du 8 décembre 1994, deux textes censés réformer la prise en charge sanitaire des détenuEs. Le vœu affiché et inscrit dans ces textes était de permettre «*d'assurer aux détenus une qualité et une continuité de soins équivalent à ceux offerts à l'ensemble de la population*».

Dix ans après, malgré l'apport indéniable de ces textes pour un droit à la santé théorique des détenuEs et une réforme de la médecine pénitentiaire, la pratique quotidienne des soins en milieu carcéral reste désespérante en regard des besoins et des situations dans lesquelles se trouvent les malades en détention.

Cette législation pour une prise en charge sanitaire et médicale digne de ce nom en prison correspondait à une prise de conscience de l'état sanitaire des prisons rendu encore plus criant à cette époque, par une épidémie de sida alors incontrôlable.

La seule bonne volonté est insuffisante si elle ne correspond pas à une véritable volonté politique. Aujourd'hui, cette volonté politique s'exprime dans la construction de nouveaux centres de détention, et un tout répressif qui accroît la population carcérale jusqu'à l'asphyxie, rendant encore plus illusoire un suivi médical totalement tributaire d'une Administration pénitentiaire incompétente, ou au mieux débordée. Le texte de la loi de 94 est l'expression du constat d'une insuffisance et d'une inadéquation radicale des soins en prison.

En 1993, le Haut comité de la santé publique relevait en effet un taux de prévalence du VIH 10 fois supérieur en milieu carcéral, des cas de tuberculose 3 fois supérieurs, des contaminations par le VHC et l'augmentation explosive des taux de séroprévalence des hépatites (et on sait que la situation concernant les hépatites s'est largement

aggravée depuis 1993), ainsi que les troubles psychologiques induits par la détention. Dès lors, on a choisi de transférer la prise en charge sanitaire des détenuEs du service public pénitentiaire au service public hospitalier (article L 711.3 du Code de santé publique). Pour ce faire, un protocole est signé entre le centre de détention et un établissement hospitalier devant répondre à un double critère de proximité et de technicité. Les consultations et examens spécialisés sont assurés par cet établissement, ainsi que les hospitalisations pour les cas urgents ou les courts séjours. Il est dans le même temps créé au sein de la prison une unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA), théoriquement accessible à touTEs les détenuEs. Ses champs d'action sont censés couvrir la médecine générale, la prescription et la fourniture de médicaments, les examens de laboratoire et de radiologie. Cette réforme introduit par ailleurs l'affiliation systématique de touTEs les détenuEs au régime général de la sécurité sociale dès le moment de l'incarcération, quelle que soit la situation (administrative, judiciaire, etc.) de la personne.

Parcours de soins

En ce qui concerne les consultations obligatoires, une visite médicale d'admission est tout d'abord instituée. Lors de cette visite est effectué un dépistage de la tuberculose, et un dépistage du VIH est systématiquement proposé. Le résultat est communiqué oralement par le médecin et transmis à l'UCSA en cas d'accord écrit du patient. Mais même si le dépistage de l'infection à VIH est systématiquement proposé à la visite d'entrée en détention, les propositions de dépistage durant l'incarcération sont profondément lacunaires. S'il a diminué, le taux de prévalence du VIH en détention reste encore largement supérieur à l'extérieur (1,56% contre 0,5%, selon les données du rapport Delfraissy 2002).

Quant aux propositions de dépistage du VHB et du VHC à l'entrée, elles sont totalement insuffisantes, et inadaptées en regard du développement des hépatites et des co-infections en détention : le taux de prévalence du VHB est 10 fois supérieur en milieu carcéral par rapport à l'extérieur (2,3% contre 0,2%), le taux de prévalence du VHC l'est plus de 4 fois (4,4% contre 1%), et 90% des personnes séropositives au VIH à l'entrée en détention sont co-infectées au VHC, toujours selon les données du rapport Delfraissy 2002. L'OIP et le POPHEC (Premier observatoire des prisons - Hépatite C) indiquent que le dépistage du VHC «n'est systématiquement proposé que dans 35% des établissements pénitentiaires, et ne l'est pas du tout dans 29% des établissements».

Par ailleurs, des visites médicales bi-hebdomadaires sont instituées pour les détenuEs placés en quartier disciplinaire ou en quartier d'isolement. Le médecin n'est plus sollicité par l'Administration pénitentiaire pour donner des soins aux détenuEs, dans le cadre d'une relation thérapeutique, mais intervient en tant qu'expert, sur un plan strictement administratif, celui de la pénitentiaire, pour donner son avis sur les questions de sécurité et de discipline. On voit bien comment le système pénitentiaire, loin d'assurer un accès à la santé égal à ce qui se fait à l'extérieur, brouille en réalité la relation thérapeutique en faisant intervenir le médecin à des fins strictement disciplinaires et sécuritaires. Au mépris, évidemment, de tout impératif de santé.

Les UCSA sont censés mettre en place des consultations spécialisées afin d'éviter les extractions. En réalité, malgré les intentions des textes de 1994, le dispositif est à encore profondément lacunaire. Dix ans après les consultations spécialisées sont encore extrêmement rares en détention, les malades doivent par défaut majoritairement se reporter sur la solution des extractions en hôpital extérieur quand ils doivent bénéficier de soins. Du point de vue des faits, les extractions n'interviennent pas en dernier recours par rapport aux consultations spécialisées, puisque rien, ou si peu, n'est fait pour que ces dernières soient correctement assurées. Ainsi, il n'y a actuellement plus de consultation VIH à la prison de Fleury-Mérogis (première prison la plus grande d'Europe).





De même, alors que le développement des hépatites en milieu carcéral est hors de contrôle, seules 44% des UCSA en France disposent de consultations spécialisées en hépatologie. Il faudrait plutôt renverser la logique : ce sont les extractions qui remplacent et évitent les consultations spécialisées.

Les extractions en hôpital extérieur (avec lequel l'établissement pénitentiaire a signé un protocole et dont l'UCSA dépend) sont censées permettre aux détenuEs d'accéder à l'ensemble des consultations ou examens spécialisés qui n'ont pu être réalisés dans l'établissement pénitentiaire. L'hôpital référent est censé, dans ce but, disposer de chambres sécurisées, qui doivent répondre «aux exigences de sécurité et de surveillance». C'est là encore l'impératif sécuritaire qui prime. On voit mal, dans ce cadre, comment une égalité d'accès à la santé pourrait être obtenue. De plus, ces extractions, si elles sont décidées et demandées par le médecin, dépendent en réalité du bon vouloir de l'Administration pénitentiaire et de la police, qui imposent leurs conditions logistiques de surveillance lors de l'opération. Les extractions ne peuvent en effet se faire sans la constitution d'une escorte et d'une garde statique pour le transfert et l'hospitalisation. En raison des moyens qu'elles supposent, les extractions sont évidemment en nombre limité pour chaque établissement pénitentiaire, et il suffit par ailleurs d'un désaccord entre le médecin et le chef d'escorte pour qu'une extraction prévue soit annulée. Quel que soit l'état de santé du malade, et même si l'annulation de l'extraction doit avoir des conséquences irrémédiables sur la personne. La récente actualité se rapportant aux évasions durant des extractions est en totale contradiction avec le témoignage des malades en détention et des associations : l'extraction hospitalière, demandée par le médecin, est annulée si l'escorte ne peut être réalisée.

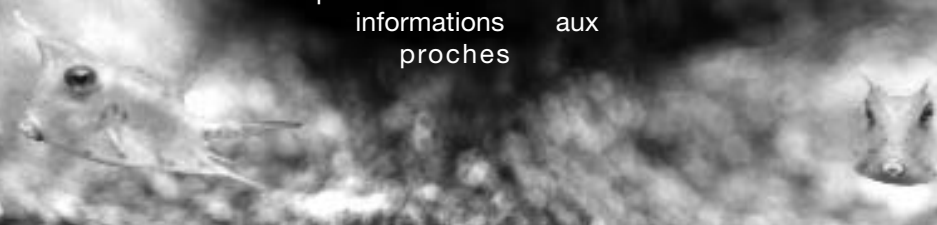
En décembre 2003, l'OIP a ainsi dénoncé de nombreux incidents à l'hôpital de Nice où une femme atteinte d'un cancer a déclaré avoir subi 64 reports de soins et d'interventions, et où une infirmière a porté plainte suite à une agression par un policier chargé de la surveillance d'un malade.

Ce sont ces contraintes criminelles liées aux extractions, et leurs modalités de réalisation, qui sont la cause de l'inaccessibilité des ponctions biopsies hépatiques (indisponibles dans la plupart des centres pénitentiaires) pour les malades atteintEs d'hépatites ou coinfectéEs, et qui font régulièrement obstacle à la participation de malades en détention à des études cliniques. A ce sujet, si la disponibilité des molécules antirétrovirales a été, en droit, améliorée, rien n'est mis en place pour l'accès des malades en détention à de nouvelles molécules anti-VHC. Enfin, on rappellera que les extractions, telles qu'elles sont régulièrement dénoncées (même par le Comité européen de prévention contre la torture ou la Cour européenne des droits de l'Homme, et quels que soient à cet égard la propagande et les mensonges de la Chancellerie), sont réalisées en entravant et en menottant les malades, et continûment en présence des surveillants. Les médias se sont récemment émus du cas d'une mère ayant accouché menottée, forçant Dominique Perben à communiquer sur le sujet. Loin de lui, pourtant, de reporter aux questions de santé les moyens accordés aux ERIS (Equipes régionales d'intervention et de sécurité) nouvellement créées. Traitements violents et inhumains, impossibilité de la confidentialité de l'état de santé, telles sont les conditions de l'accès aux soins en extérieur des malades en détention.

Et c'est également aux extractions que les établissements pénitentiaires doivent avoir recours pour les hospitalisations de longue durée ne pouvant être assurées à l'hôpital pénitentiaire de Fresnes. Le mouvoir de Fresnes n'assure en effet pas les radiothérapies ni les chimiothérapies, ce qui veut dire que les malades en détention nécessitant ce type d'intervention doivent être extraitEs quotidiennement, durant toute la durée de l'hospitalisation, compliquant ainsi les conditions, et réduisant le nombre d'extractions pour les autres malades. Autant dire qu'on ne donne aucun moyen à cette équivalence de soins d'exister.

Suivi médical et continuité des soins

A l'issue des visites médicales, respectant théoriquement le secret médical, le médecin de l'UCSA est censé remettre au malade un double de sa prescription, indiquant la nature du traitement, sa posologie, sa durée et ses modalités d'administration. A Act Up-Paris, on se souvient pourtant du cas de O, séropositif incarcéré, pour qui il était impossible d'avoir la moindre information sur le traitement qui lui était prescrit, de même que d'accéder à son dossier médical. C'est qu'en prison, le dossier médical est généralement inaccessible au malade ; et l'Administration pénitentiaire se réfugie derrière le respect du secret médical, pour masquer la perte des dossiers médicaux ou pour refuser de donner des informations aux proches





ou aux associations.

On sait bien, pourtant, que le secret médical est impossible en détention, parce que la prison est

un univers clos, et que l'Administration pénitentiaire y exerce ses impératifs de contrôle. Impossible ainsi de dissimuler les effets secondaires de ses traitements antirétroviraux aux surveillantEs et aux co-détenuEs, impossible de garder confidentielle la prise de traitements quand elle doit avoir lieu à heure fixe, impossible aussi de choisir son médecin, pour les autres détenuEs et le personnel pénitentiaire impossible de ne pas faire savoir qu'on est malade quand on est «appeléE» par les surveillantEs à la consultation, etc.

Les UCSA sont également responsables de la fourniture des médicaments, quotidiennement ou plusieurs fois par jour si nécessaire, y compris durant le week-end et les jours fériés. Récemment, la commission prisons d'Act Up-Paris a été alertée par le cas de L, séropositif : bien qu'il bénéficie d'une permission de sortie, ni les services médicaux de la prison ni ceux des hôpitaux extérieurs qu'il a consultés ne lui fournissent son traitement ; il est ainsi contraint à l'interruption de traitement et au développement de résistances. Act Up avait également déjà fait connaître les cas de A, séropositif et atteint de dysfonctionnements rénaux, obligé de faire une grève de la faim pour se procurer l'eau minérale qui lui était prescrite pour la prise de son traitement, et de B, atteint d'une grave pathologie osseuse, ayant dû lui aussi faire une grève de la faim pour obtenir de l'eau minérale et un matelas thérapeutique. On signalera par ailleurs que les traitements anti-VIH sont une rare exception à la destruction systématique par l'Administration pénitentiaire des médicaments à l'entrée en détention, qui sont censés être remplacés par des traitements équivalents - à la seule condition, toutefois, qu'ils soient disponibles à la pharmacie pénitentiaire...

Et quelles que soient les obligations des UCSA, les traitements sont délivrés en cellule en présence des surveillantEs, au mépris de toute confidentialité médicale, même si leur distribution est normalement anonymisée. Jusqu'en 1997, les pilules étaient broyées et données dans un sachet, en vrac, sans possibilité de suivre la posologie (c'est ce qu'on appelait la fiole).

De plus, la continuité des soins est une pure illusion. Les permanences médicales ne sont en effet pas assurées dans la plupart des prisons françaises la nuit et le week-end ; ce qui est dramatique quand des interventions d'urgence sont nécessaires. C'est le personnel de surveillance qui, quand il daigne répondre aux demandes des détenuEs, juge de l'urgence sanitaire de la situation, et décide s'il est opportun ou non d'appeler le SAMU. Que des malades meurent régulièrement dans ce genre de situation n'entraîne pourtant aucune réforme, ni de l'Administration pénitentiaire, ni du Ministère de la justice, ni du Ministère de la santé. On pense aussi au cas de ce jeune homme de 21 ans, entré en prison sur ses deux jambes et que l'incompétence des médecins des UCSA et la non-assistance de la direction de la prison pendant plus de 8 mois laisse aujourd'hui paralysé des membres inférieurs avec 5% de chance de remarcher, alors qu'opéré 72 heures plus tôt sa motricité était sauvée.

C'est qu'il n'y a aucune volonté de permettre un vrai suivi médical et une vraie continuité des soins pour les malades en détention. Malgré la création des UCSA, l'exercice de la médecine en détention s'apparente plus à une «médecine de brousse», comme le dit l'OIP, qu'à une médecine telle qu'elle pourrait s'exercer à l'extérieur. L'Académie de médecine elle-même (c'est dire...) a dénoncé, dans un rapport au Ministère de la santé du 9 décembre 2003, l'inégalité des soins dans les divers UCSA due notamment au manque de moyens en personnel et en compétence. Elle relève entre autres qu'un traitement réparti sur 24 heures n'a aucune chance d'être suivi et que, de fait, les urgences de nuit relèvent quasiment des compétences médicales des co-détenuEs ou des surveillantEs.

Prévention, prophylaxie, réduction des risques et substitution

Malgré les taux alarmants de séroprévalence du VIH, du VHB et du VHC en détention, tout est organisé pour qu'aucune politique de prévention et de réduction des risques liés à l'usage de drogues ne soit mise en place. Le Ministère de la santé aurait dû aller au-delà d'une simple tentative de prise en charge des pathologies déjà existantes, et mettre tout en œuvre pour éviter au maximum les contaminations. Là encore, en matière de prévention, aucune égalité entre intérieur et extérieur. Les UCSA ont eu pourtant toute latitude pour mettre en place

un véritable circuit d'information sur l'utilisation des préservatifs, les risques d'infection et les modes de contamination en direction des détenuEs et du personnel pénitentiaire, et un vrai dispositif d'accès au matériel de prévention. Pourtant, force est de constater aujourd'hui, l'absence de tels dispositifs et la très grande disparité dans leur timide mise en place, d'un établissement pénitentiaire à l'autre. Ainsi, les préservatifs ne sont théoriquement accessibles que dans les locaux des UCSA, et absolument inaccessibles dans les bibliothèques, dans les douches, les couloirs, les parloirs, etc. Ils devraient l'être partout. Cela fait deux ans qu'Act Up exige des Ministères de la justice et de la santé qu'un kit de matériel de prévention soit systématiquement remis aux entrants. Dans les mêmes conditions, les traitements prophylactiques post-exposition sont pratiquement inaccessibles, ne pouvant être obtenus dans les délais nécessaires, alors qu'étant données les déficiences des systèmes de dépistage en détention, un trop grand nombre de personnes ignorent leur statut sérologique, augmentant ainsi les risques de contaminations, lors de pratiques dont on fait tout pour qu'elles ne soient pas protégées.

C'est que l'Administration pénitentiaire fait encore un tabou des relations sexuelles en prison, quand bien même les contaminations se développent. Mais le tabou est pire encore concernant les pratiques d'usages de drogues, en particulier les pratiques d'injection. Le fait que seuls 16 établissements pénitentiaires, en France, disposent d'un Centre spécialisé de soins pour toxicomanes, en témoigne.

Ainsi, il n'existe toujours AUCUN programme d'échange de seringues dans les prisons françaises (le projet d'une telle mise en place était jugé «prématuré» par la Mission santé - justice de 2000) ni, évidemment, aucun circuit d'information sur les modes de contamination spécifiquement liés aux pratiques d'injection, ni non plus sur des modes de pratiques safe. La seule chose mise en place est la distribution aux détenuEs, depuis décembre 1996, d'eau de javel, pour permettre officieusement la désinfection du matériel d'injection. Devrons-nous encore rester longtemps dans cette gestion hypocrite de la réalité et dans ce retard criminel qui empêchent une véritable politique de réduction des risques, alors que d'autres pays européens ont déjà tenté, avec des résultats très encourageants, la mise en place de systèmes d'accès à du matériel stérile d'injection en prison ?

La situation est aussi extrêmement grave en ce qui concerne les traitements de substitution, et rend flagrante, là encore, l'inégalité des soins entre intérieur et extérieur. Deux circulaires, de 1996 et de 2002 (pour la méthadone), autorisent la prescription de traitements de substitution en milieu carcéral. Dans la réalité, l'initiation ou la reconduction d'un traitement de substitution en détention reste à l'entière discrétion des médecins des UCSA. Certains, prétextant une éthique médicale, sont totalement opposés à la substitution, et préfèrent infliger des sevrages secs, quitte à placer les personnes en interruption de traitement (c'est très souvent ce qu'occasionnent les transferts de détenuEs sous substitution), ou ne les délivrer que selon des quotas, ou en fonction de la durée de la peine des détenuEs. On ferme les yeux sur une consommation se poursuivant en cachette avec un risque accru de contamination, on organise le retour aux pratiques d'injection et les risques, du coup, de mort par overdose, en détention ou à la sortie. Cette attitude de mandarins est terrible, et il faut là encore dénoncer l'absence de choix du médecin par les détenuEs. On voit que les conséquences de cette absence peuvent être catastrophiques.

Le constat, dix ans après...

On le voit, le constat à faire après dix ans d'application supposée de la loi de 1994 est alarmant. Evidemment, l'adoption et la mise en vigueur de cette loi ont permis des améliorations matérielles, un changement de statut et une augmentation du personnel médical exerçant en détention, des moyens financiers supplémentaires, etc. Pourtant, la supposée équivalence



des soins entre intérieur et extérieur se heurte aux réticences du personnel médical à changer de mentalité dans sa relation avec les malades en détention, et à défendre son autonomie et les impératifs de santé face à l'Administration pénitentiaire. Celle-ci peut alors tranquillement entretenir la négation du droit à la santé en prison et de l'urgence de l'état de santé des malades en détention. Il a fallu deux à trois ans pour voir les premières applications concrètes de cette loi, à quoi a succédé une sorte de statu quo, autour des années 2000, malgré les rapports parlementaires alarmants de l'Assemblée nationale («*La France face à ses prisons*», juin 2000) et du Sénat («*Prisons, une humiliation pour la République*», juin 2000), qu'on enterra bien vite.

La loi de 94 est entrée dans les mœurs, au moment même où elle atteint ses limites. L'IGAS (Inspection générale des affaires sociales) et l'IGSJ (Inspection générale des services judiciaires) peuvent bien dire, dans leur rapport de 2000, que le bilan de l'application de la loi de 94 est «globalement positif», et certainEs responsables administratifs, politiques, médicaux et pénitentiaires, continuent à vanter ses mérites, l'inégalité des soins entre intérieur et extérieur est toujours criante. C'est que la prison en elle-même est un endroit pathogène, dans lequel les conditions d'hygiène et de salubrité sont inexistantes (ce à quoi la surpopulation carcérale n'arrange évidemment rien). On n'aura rien résolu - on continuera à bafouer le droit à la santé en détention - tant qu'on n'aura pas reconnu l'incompatibilité des logiques thérapeutique et pénitentiaire, l'incompatibilité des soins et de la détention - tant qu'on n'aura pas reconnu, dans les faits, un véritable statut aux malades en détention. C'est ce qu'Act Up ne cesse de dire depuis quinze ans. Mais ce discours est évidemment inaudible à l'Administration pénitentiaire et au Ministère de la justice comme au Ministère de la santé, parce qu'il met trop en cause l'irresponsabilité et l'incompétence des personnes supposées en charge de ces questions, parce qu'au cabinet Perben comme au cabinet Mattéi, on cautionne, activement ou passivement, la politique sécuritaire du gouvernement et le tout carcéral, l'enfermement à tout crin qu'elle entraîne.

Aujourd'hui, au 1^{er} février 2004, la population carcérale s'élève à 60 905 détenuEs. Elle était de 47 992 détenuEs au 1^{er} février 2001, pour 48 593 places dites «opérationnelles». Le nombre de médecins, lui, n'a pas augmenté, ni les moyens donnés à l'offre et à la qualité des soins. La loi de 94 va donc continuer à être ce qu'elle est, sinon à régresser : une loi à laquelle on ne donne aucun moyen d'être appliquée.

La suspension de peine

Dans la foulée des rapports parlementaires de 2000, une mesure de suspension de peine pour raisons médicales a été adoptée dans la loi Kouchner du 4 mars 2002 sur les droits des malades, qui permet aux malades condamnés de sortir de prison, sur la base de critères exclusivement médicaux.

La suspension de peine pour raisons médicales est ainsi définie à l'article 720-1-1 du Code de procédure pénale :
«La suspension de peine peut être ordonnée, quelle que soit la nature de la peine ou la durée de la peine restant à subir, et pour une durée qui n'a pas à être déterminée, pour les condamnés dont il est établi qu'ils sont atteints d'une pathologie engageant le pronostic vital ou que leur état de santé est incompatible avec le maintien en détention, hors le cas d'hospitalisation des personnes détenues en établissement de santé pour troubles mentaux.»



Parce que la suspension de peine reconnaissait enfin l'incompatibilité de la maladie et de la détention, et parce qu'elle instaurait une procédure beaucoup plus souple que celle de la grâce médicale, inique en raison de ses délais et de sa parcimonie, elle a immédiatement constitué une arme pour Act Up-Paris.

Dès juin 2002, nous avons fait pression sur les avocats pour qu'ils demandent cette suspension de peine. En septembre 2002, à la suite de la libération de Maurice Papon, nous avons immédiatement exigé du Ministère de la justice la libération de tous les malades en détention, atteints de pathologies graves. Nous avons ensuite été à l'initiative du Pôle Suspension de peine, réunissant des juges d'application des peines, des avocats, des médecins pénitentiaires, des familles de détenuEs, et un grand nombre d'associations et d'organisations (Aides Ile-de-France, le Syndicat de la magistrature, la Ligue des droits de l'homme, le GENEPI, l'ARAPEJ 93, l'Observatoire du droit des usagers, le Groupe multiprofessionnel des prisons, le FNARS, la Croix-rouge française, le Secours catholique, l'ACAT France, etc.). Ce réseau d'alliances inédit travaille à l'application effective et égalitaire de la suspension de peine pour raisons médicales, en identifiant les blocages. Nous avons vite été confrontéEs au défaut de signalement des malades en détention susceptibles de bénéficier de la mesure, aux problèmes des délais (en moyenne, une procédure de suspension de peine sur deux dépasse le délai des deux mois impartis), de la concordance des expertises médicales statuant sur l'état de santé du malade, mais aussi sur les problèmes d'hébergement. C'est l'actuel chantier. En effet, nous constatons aujourd'hui qu'un grand nombre de malades restent en détention faute de disposer d'un hébergement à leur sortie de prison, alors que des médecins ont avéré l'incompatibilité de leur état de santé avec le maintien en détention, ou même que des juges d'application des peines ont octroyé aux personnes des suspensions de peine. C'est pourquoi, à côté des Ministères de la justice et de la santé, le Ministère des affaires sociales est devenu pour nous une cible de pression.

A l'heure actuelle, seulEs 83 malades, selon le recensement de mestre 2003, ont pu bénéficier d'une suspension de gnifiant, dit bien le manque de volonté politique à que tout est fait pour freiner la libération des s'appuyant sur le manque d'engagement tentiaire réduit l'application de la re de la fin de vie. On ne libère que les ses statistiques d'un nombre trop les personnes libérées, beaucoup trop qui a suivi leur libération - et on ne qui sont mortes durant la procédure. Cela désintéret des ministères concernés quant lation carcérale. Cela fait 4 ans qu'il n'y a pas eu dans les prisons françaises. Et cela fait 2 ans que, création d'une Mission interministérielle santé - justice et l'Administration pénitentiaire répondent hypocrite-secret médical ; nous ne voyons toujours pas le pro- Ensuite, craignant la libération des malades, le Ministère critère de l'état de santé celui du trouble à l'ordre public. Par une date du 7 mai 2003, qui recommande de peser constituerait prétendument la suspension de faire appel sur les décisions favora- Ensuite, par un amendement déposé teur du projet de loi Perben, qui de peine à l'absence de risque lobby sans relâche des asso- ment soit rejeté. Il n'en reste cureurs et les instructions de sabilité dans le maintien en condamnation, pour la plu- une demande de suspen- Dominique Perben devra de soins.

l'Administration pénitentiaire du dernier tri-peine pour raisons médicales. Le chiffre, insi- appliquer réellement cette mesure. C'est malades en détention. Tout d'abord, en des médecins, l'Administration pénisuspension de peine au seul critèmourants, histoire de décharger grand de décès. De fait, parmi sont décédées durant le mois compte pas les personnes conforte parfaitement le total à l'état de santé de la popud'enquête épidémiologique de ce fait, Act Up-Paris exige la (ce à quoi le Ministère de la justice ment en s'abritant derrière le respect du blème).

de la justice fait tout pour substituer au circulaire en direction des procureurs, en le risque de trouble à l'ordre public que de peine d'unE malade, et recommande bles des juges d'application des peines. au Sénat par François Zochetto, rapporconditionnait l'octroi de la suspension de renouvellement de l'infraction. Un ciations a permis que cet amende- pas moins que les pratiques des pro- la Chancellerie ont une lourde respon- détention des malades et dans leur part, à mourir en détention. Aujourd'hui, sion de peine sur 2 aboutit à un refus. répondre de ces morts et de ces refus

**Act Up exige la libération
dont l'état de santé est**

**immédiate de tous les malades
incompatible avec la détention.**

N'acceptons plus d'avoir les joues creuses

Depuis l'introduction des multithérapies, des modifications du corps sont apparues. Nos joues et nos tempes se sont creusées, nos fesses, dont nous étions si fièrEs, ont fondu ; pour certainEs une bosse est apparue dans le dos et pour d'autres le ventre et la taille ont gonflé.

Au départ, le corps médical a nié la responsabilité de la maladie et des traitements dans l'apparition de ces phénomènes. Beaucoup de patientEs se sont heurtéEs à l'incompréhension. Ces premiers cas n'ont pas été pris au sérieux. Aujourd'hui encore, la science n'a pas explicité complètement ces problèmes de répartition des graisses qu'on appelle «lipodystrophies». Pour les fesses et les joues, on parle de lipoatrophie. Une chose est sûre : certains médicaments sont davantage incriminés que d'autres.

Pour la plupart d'entre nous, ces effets sont intolérables. Ils provoquent des difficultés pour sortir dans les lieux gays ou autres que nous fréquentons, par peur d'être immédiatement stigmatiséEs. La sensation de ce corps modifié se répercute sur l'équilibre et la sexualité. Entre les médicaments qui peuvent influencer directement sur la libido et ces transformations physiques, il est très difficile de faire la part des choses. Ces modifications accentuent la perte de confiance en nous.

Pour certainEs, ces effets sont tellement insupportables qu'ils/elles préfèrent arrêter leurs traitements, ce qui constitue un risque majeur. Il existe malheureusement très peu de solutions pour anticiper ce que l'on se représente comme une atteinte à notre intégrité physique.

Il existe des solutions de réparation

Nous ne pouvons plus accepter ces effets indésirables, leurs conséquences sont trop dévastatrices. Pour la bosse de bison, l'opération est possible. Pour les fesses, très peu de moyens ont été mis en œuvre, hormis la solution chirurgicale : des implants de prothèses.

Concernant la lipoatrophie du visage, des solutions existent. Les plus utilisées sont les injections de graisses naturelles, dite «technique de Coleman» ou de produits de comblement temporaires. Parmi ces derniers, le New-Fill® semble donner des résultats satisfaisants, mais qui peuvent varier selon le niveau de technicité du médecin. La prise en charge de ce traitement reste un problème. Jusqu'à aujourd'hui, les prix pratiqués sont libres et aucun remboursement n'est envisageable. En dehors de toute prise en charge, le coût d'une réparation se situe entre 1 200 et 2 500 €, selon la gravité de la lipoatrophie et le médecin qui la pratique. La plupart d'entre nous ne peuvent consacrer un budget aussi important à cette réparation.

Nous nous sommes battuEs pour que certaines techniques

soient prises en charge à 100 %. Nous nous sommes organiséEs pour faire admettre que, dans le cas de la lipoatrophie du visage, il ne s'agissait pas de confort, comme les organismes publics essayaient d'en persuader les malades, mais d'un droit élémentaire, au même titre que les soins liés à la gestion des effets indésirables et à l'évolution de la maladie. Aujourd'hui, nous avons enfin obtenu des engagements. Mais nous devons rester mobiliséEs pour que les pouvoirs publics tiennent leurs promesses : il faut accélérer la mise en œuvre de ces techniques réparatrices du visage.

Combat de longue haleine

Dès 2000, les huit associations regroupées au sein du collectif thérapeutique interassociatif TRT-5 (Act Up-Paris, Actions-Traitements, Aides, Arcat, Dessine-moi un Mouton, Nova Dona, Sida Info Services, Sol en Si) se sont organisées pour parvenir à la reconnaissance de ces actes, leur remboursement à 100 % dans le cadre de l'affection de longue durée VIH. Parallèlement, nous avons obtenu la mise en place d'un accès compassionnel avec la collaboration du laboratoire Dermik qui commercialise le New-Fill®. Cet accès compassionnel est aujourd'hui accessible dans une vingtaine de centres* et permet aux personnes porteuses du VIH et ayant de faibles ressources financières, de bénéficier gratuitement d'injections de New-Fill®.

Cet accès compassionnel est un premier pas, mais il est déjà saturé. Les intéresséEs doivent donc attendre très

longtemps leur premier rendez-vous avec un médecin pratiquant ces injections. Par ailleurs, il n'existe aucun centre dans certaines villes.

Aujourd'hui, Act Up-Paris et le TRT-5 travaillent à l'extension de cet accès compassionnel en cherchant de nouveaux médecins désireux de se former à ces techniques et de pratiquer ces injections. Les obstacles sont nombreux, parce qu'en particulier, nous connaissons mal ces médecins : dermatologues, chirurgienNEs plastique, chirurgienNEs stomatologues. Eux/elles-mêmes hésitent, tant que ces actes ne sont pas totalement reconnus. Tout cela prend beaucoup de temps, beaucoup trop de temps.

En parallèle, le travail de lobby entrepris depuis longtemps a permis d'obtenir des engagements des différents Ministres de la santé. Bernard Kouchner avait promis en son temps..., Jean-François Mattéi, actuel ministre, lors d'un rendez-vous avec Act Up-Paris, en janvier dernier, s'est enfin engagé à rendre effectif ce remboursement à 100 %. Nous demeurons vigilantEs car les promesses non tenues sont nombreuses. Ce travail pour faire admettre l'évidence est très long. Si, comme nous, vous êtes révoltéE par cette lenteur, venez nous rejoindre.



* : Aix-en-Provence, Cannes, Clermont-Ferrand, Colombes, La Roche sur Yon, Lyon, Marseille, Metz, Montfermeil, Montpellier, Nancy, Nice, Paris, Saint-Martin Boulogne, Strasbourg, Toulouse.



Recherche : et maintenant ?

A la suite d'un zap phone/fax organisé le 10 mars, nous avons obtenu un rendez-vous le 12 avec trois conseillers du premier ministre. Il s'agissait de faire part au gouvernement de notre extrême inquiétude face à la crise qui l'oppose aux chercheursE et aux décisions qui les sacrifie, et de porter nos revendications de malades quant à la recherche.

Lors du rendez-vous avec Michel Roger (Conseiller pour la jeunesse, l'éducation nationale et la recherche), Olivier Brault (Conseiller technique chargé de la santé et de l'assurance maladie) et Richard Senghor (Conseiller technique chargé de l'action sociale et de l'intégration), nous avons évoqué les difficultés financières dans lesquelles s'est trouvée l'ANRS (Agence nationale de recherche contre le sida) ces dernières années alors même que son existence avait été fortement remise en cause en 2003 par le Ministère de la recherche.

Comme Groupement de moyens (GIP), l'ANRS finance la recherche sur le sida à hauteur de 45 millions d'euros. Si l'on ajoute les frais de fonctionnement des laboratoires qui prennent en charge la recherche (INSERM, CNRS, CEA...) cette somme s'élève au total à 180 millions d'euros. Dans les faits, l'effort public français en matière de recherche sur le sida, toutes proportions gardées, est plus de 3 fois inférieur à celui des Etats Unis (765 millions de dollars) et 100 fois inférieur en ce qui concerne la recherche vaccinale (18 millions d'euros contre 765 millions de dollars). Depuis 1999, l'ANRS s'est vue confier une nouvelle mission en ce qui concerne la recherche thérapeutique sur l'hépatite C. En 2004, cette mission s'est élargie à la recherche thérapeutique sur l'hépatite B et à la recherche fondamentale sur les hépatites B et C. Or ces nouvelles compétences ne se sont pas traduites par une montée en puissance du financement de l'Agence.

L'ANRS va recevoir cette année une dotation budgétaire équivalente à celle de 2003 (sans le gel de crédits de 2,5 millions en 2003) mais la dotation supplémentaire de 1,2 millions accordée à l'ANRS pour les hépatites cette année est largement inférieure aux 3,6 millions qu'elle consacre en plus à cette recherche pour 2004 (la part consacrée à la recherche hépatique est passée de 7 % à 15 % de la dotation annuelle de 45 millions de l'ANRS). Au final, le budget de l'ANRS consacré à la recherche sur le VIH/sida se trouve amputée de 8 % du fait de l'effort supplémentaire consenti sur les hépatites qui n'est pas financé complètement. Ceci se traduit immédiatement par une réduction de 20 % de la recherche sur les essais thérapeutiques afin de ne pas pénaliser la recherche fondamentale.

Malgré cela, l'absence de signal fort donné par l'Etat pour les hépatites et la faiblesse actuelle des équipes de recherche n'a pas permis une réelle mobilisation sur les appels d'offre lancés par l'ANRS. L'agence s'est trouvée contrainte d'accepter 60 % des projets du premier appel d'offre 2004 sur les hépatites alors que son taux d'acceptation habituel se situe entre 30 et 35 %.

Près de 30 % des séropositifEs sont co-infectéEs (VIH/hépatite B ou C) pourtant la situation de ces deux domaines de recherche est préoccupante. Ce n'est pas par hasard que Ensemble contre le sida a choisi de consacrer le 11 mars, un des débats de la Convention à la recherche en invitant Alain Trautmann. Notre propos porte naturellement vers le sida et les hépatites mais les carences actuelles du financement de la recherche publique française concernent l'ensemble de la recherche médicale.

Le 12 mars, l'équipe du professeur Fernando Arenzana Seidedos de l'unité d'immunologie virale de l'Institut Pasteur a reçu le prix scientifique de Ensemble contre le sida, qui gère les fonds du sidaction et qui récompense les équipes de recherche. Ce choix salue l'impact majeur des travaux de cette équipe dans la lutte contre le sida et leur persévérance depuis 16 ans. A la frontière de l'immunologie et de la virologie, ces recherches sont un exemple remarquable des potentialités qu'offre la synergie entre recherche fondamentale et recherche clinique. Leur dotation budgétaire publique qui ne couvre que 20 % de leurs besoins contraint les membres de l'équipe à consacrer une part importante de leur temps à la collecte de financements plutôt qu'à leur travail scientifique.

Comme souvent dans la recherche publique, ce laboratoire est composé pour moitié de jeunes chercheurSEs (boursierEs, doctorantEs et post-doctorantEs) qui sont la part innovante de la recherche française. La situation que leur réserve le gouvernement compromet leur engagement dans les structures de recherche alors même que d'ici 2012 près de la moitié des chercheurSEs partiront à la retraite. Nous comprenons mal comment le passage de témoin entre les jeunes et leurs aînéEs pourrait s'opérer sans une perte considérable d'expérience si ceux-ci ne sont pas dès à présent intégréEs aux recherches en cours avec des postes statutaires.

Les arbitrages du gouvernement laissent croire qu'on pourrait espérer se retourner vers l'investissement privé pour le développement de nouveaux médicaments. L'expérience des associations de lutte contre le sida montre qu'on ne peut faire confiance aux seuls laboratoires pharmaceutiques pour répondre aux besoins des malades. Jusqu'à présent tous les médicaments antirétroviraux ont été découverts grâce à la recherche publique. L'industrie privée, au mépris des malades, n'assure la recherche-développement des produits en phase clinique que lorsqu'elle est certaine d'y trouver les profits rapides qu'exige ses investisseurSEs toujours plus gourmandEs.

En janvier 2004, le laboratoire Roche a annoncé l'arrêt du développement du T-1249 suite au chiffre d'affaire du T-20 jugé insuffisant (Fuzéon®, moins de 10 % des 500 millions de dollars prévus aux Etats-Unis en 2003). Le T-1249, après le T-20 devait être le deuxième produit d'une nouvelle classe de médicaments, les inhibiteurs d'entrée. L'absence de nouvelles perspectives thérapeutiques rend pourtant indispensable le développement de ce nouveau produit.

Plus récemment encore, le laboratoire Gilead a annoncé l'arrêt du développement clinique d'une molécule, le DAPD (Amdoxovir) que leur avait cédée une université américaine, car d'après le laboratoire ce produit n'atteindrait pas les performances économiques des autres médicaments de sa classe. Pourtant de nouveaux produits sont indispensables afin de pouvoir faire face à l'augmentation des résistances chez de nombreuses personnes vivant avec le VIH.

Selon le DMI-2 (la base de donnée qui regroupe 70 000 des 120 000 séropositifEs suiviEs à l'hôpital en France) : en 2003, 5 à 10 % des malades du sida sont en situation d'échec thérapeutique majeur. Seule la recherche fondamentale publique peut nous permettre d'espérer la découverte de nouvelles pistes thérapeutiques.

ChercheurSEs en colère/Recherche en danger

Nous abordons régulièrement les problèmes que rencontre le financement de la recherche publique sur le sida en exposant notamment les difficultés financières de l'ANRS. Mais, la crise que traverse la recherche française ne se limite pas au sida.

Depuis mars 2003, le collectif «*Sauvons la recherche*», qui regroupe des universitaires et des chercheurSEs de l'INSERM, du CNRS et d'autres organismes de recherche publique, se bat afin de ne pas rester passif face aux désengagements financiers du gouvernement de Jean-Pierre Raffarin. En 2003, les budgets des organismes de recherche publique ont subi des coupes sombres : 20 à 30% des sommes qui devaient leur être versées ont été bloquées par le Ministère des finances. Claudie Haigneré, Ministre de la recherche, au lieu de s'y opposer, a cherché à nier ces coupes, en annonçant par exemple une hausse de 3% du budget de la recherche en 2004. Le collectif «*Sauvons la recherche*» pose trois revendications principales :

- Les sommes gelées en 2003 doivent être intégralement versées aux organismes de recherche publique.
- Les 500 postes de chercheurSEs statutaires supprimés doivent être rétablis. Les personnes parties à la retraite ou pour d'autres motifs en 2003 doivent donc être remplacées. Actuellement le gouvernement n'offre aux jeunes chercheurSEs en fin de doctorat que des emplois précaires, mal payés et à durée déterminée.
- Le collectif doit être associé à la préparation des assises nationales de la recherche qui seront organisées, avant la fin du mois de juin 2004, par le Ministère de la recherche. Ces assises devraient déboucher en fin d'année sur un projet de loi d'orientation de la recherche. Ces assises ont été programmées en catastrophe par le ministère pour contrer le collectif qui a convoqué en janvier des Etats généraux de la recherche.

La lettre ouverte du Collectif au gouvernement, en date du 7 janvier 2004, a reçu, le 15 mars, 71 220 signatures de chercheurSEs. La pétition de soutien aux chercheurSEs - dite pétition citoyenne - qui circule depuis le 20 janvier 2004 a déjà reçu pour sa part plus de 276 000 signatures. Chacun peut signer cette pétition sur le site du collectif [<http://recherche-en-danger.apinc.org>]. Nous sommes solidaires des chercheurSEs, mais insisterons toujours pour que ces dernierEs travaillent dans l'intérêt des malades.

Aujourd'hui, une des principales causes de décès des séropositifVEs est la toxicité cumulée des trithérapies. Il est nécessaire que des recherches soient menées sur les effets indésirables à long terme des traitements. Jusqu'à présent, c'est la recherche publique seule qui a permis de documenter ces toxicités. Pour des raisons de rentabilité commerciale, ce n'est pas de toute évidence la priorité de l'industrie du médicament.

L'exemple des troubles du métabolisme, souvent associés à des lipodystrophies et qui entraînent des risques cardio-vasculaires chez les personnes séropositives sous traitement, est patent. Après avoir exigé avec insistance auprès des laboratoires des études de pharmacovigilance, les malades n'ont jamais pu obtenir ces recherches. Encore une fois, c'est la recherche publique qui a permis de faire des avancées considérables sur ces questions. La position de premier plan au niveau mondial de l'équipe du docteur Jacqueline Capeau (INSERM Saint-Antoine) traduit bien l'excellence de la recherche publique française dans ce domaine. Ses travaux firent autorité lors de la conférence sur les rétrovirus de Boston en février 2003 et de la conférence internationale de l'IAS en juillet de la même année. Mardi, Jacqueline Capeau a démissionné de ses fonctions comme plus de 2 000 de ses collègues...

Les membres du cabinet de Jean-Pierre Raffarin qui reconnaissent avec nous la réalité des faits que nous exposons persistent pourtant à soutenir les arbitrages du gouvernement. Souhaitant nous laisser croire que l'organisation des états généraux de la recherche suffirait à répondre aux attentes du collectif «*Sauver La Recherche*», Michel Roger refuse de considérer plus avant la question des jeunes chercheurSEs. La loi de programmation qu'ils annoncent sera-t-elle réellement le résultat des débats qui s'engagent sur la recherche ?

Nous sortons de ce rendez-vous extrêmement inquietEs. Nous ne partageons pas l'analyse des choix budgétaires proposés par le cabinet de Jean-Pierre Raffarin qui oppose une logique des dépenses publiques à la réalité de nos vies. Nous restons persuadés que les arbitrages qui sont faits vont primer sur l'intérêt des malades.

D'autres décisions récentes ont montrées combien il est possible de douter de l'usage des concertations proposées par le gouvernement.

Néanmoins, Act Up-Paris exige qu'un représentant du TRT-5 participe au Comité d'initiative et de propositions pour la recherche (CNIPRS) dont la composition de 26 membres doit être rendue publique le 16 mars par messieurs Beaulieu et Brézin. Nous n'entendons pas considérer comme acceptable une solution qui favoriserait une pathologie au profit des autres. Dans le contexte particulier de l'épidémie de sida, l'expérience acquise, particulièrement par les associations de malades, a révélé de manière inédite l'intérêt d'une collaboration entre malades et chercheurSEs.



Observance et qualité de vie

Nous devons prendre nos traitements le mieux possible et, dans ce but, trouver avec nos médecins, des «*recettes d'observance*» nous aidant à les gérer et devenir autonomes. Nous ne sommes pas qu'«*un nombre de pilules par jour*» ou «*la somme de nos prises oubliées*». Dans d'autres pathologies où la prise de traitements quotidiens au long cours est un impératif, d'autres méthodes d'observance existent. Peuvent-elles aussi aider les séropositifVEs ? Les recettes efficaces n'ont été mises au point qu'avec nous, par nous et pour nous, les malades. Des invités seront présentEs pour nous informer et répondre à nos questions. Après leurs interventions, une large place sera laissée aux questions du public. Cette 47^{ème} RéPi se tiendra le 7 avril 2004, au Centre Wallonie Bruxelles, 46 rue Quincampoix, Paris 4^{ème}, Métro : Chatelet Les Halles ou Rambuteau

Essais cliniques : la loi Huriet au Sénat

Dans le cadre du projet de Loi de santé publique, le gouvernement a souhaité réviser la loi Huriet-Sérusclat qui encadre la recherche biomédicale en France depuis 1988. Chronologie des évènements.

En mai 2003, la DGS a contacté le TRT-5 afin que nous donnions notre avis sur ce projet de révision. Comme à l'accoutumée, la demande était adressée la veille pour le lendemain. C'est ainsi que la DGS consulte les associations de malade sans leur laisser le temps de travailler.

Nous avons travaillé au-delà de leurs espérances, puisque nous avons produit une critique de certains aspects de la révision et abouti à la rédaction d'une dizaine d'amendements portant sur la sécurité, le droit et l'intérêt des personnes incluses dans des essais (lire Action n°91). Nous avons également rédigé des amendements pour améliorer la transparence dans la recherche.

En première lecture à l'Assemblée nationale, en novembre 2003, Martine Billard, députée des Verts, a brillamment soutenu nos amendements, au point que 5 d'entre eux ont même été adoptés, au grand étonnement du Ministre de la santé et de son administration. Ils n'avaient pas prévu que nous persisterions dans nos critiques au point de formuler des amendements pouvant être repris et, pire encore pour eux, adoptés.

Le 29 décembre, une entrevue avec Hélène Koddos, de la DGS, responsable de l'équipe qui rédige le texte nous a donné l'impression que la DGS était en retard sur ce texte et qu'elle n'avait pas beaucoup travaillé. Ce n'est pas étonnant si l'on se rappelle que la loi Huriet est la seule partie de la Loi de santé publique à préexister à cette dernière. A chacune de nos propositions, Hélène Koddos nous répondait en disant que notre question était très pertinente, mais que la solution que nous lui apportions était complètement à côté de la plaque. Or, cette dame avait en sa possession notre document de lobby depuis septembre, et à la même époque, nous nous lui avons déjà présenté, oralement, nos propositions. En décembre, elle a donc délibérément décidé de ne pas répondre à des questions qu'elle considérait pourtant comme pertinentes.

Début janvier 2004, le projet de Loi de santé publique passe



au Sénat. A la lecture des minutes des débats à l'Assemblée nationale, nous savions très bien que le gouvernement voulait revenir sur des amendements que nous avons présentés et qui avaient été votés. C'est le cas de tous les amendements à propos de la transparence dans la recherche : nous avons ainsi obtenu que les protocoles thérapeutiques et la base de données sur les essais thérapeutiques de l'AFSSaPS soient accessibles aux associations.

Notre objectif principal était de réussir à maintenir ces dispositions. Nos amendements ont une fois encore été brillamment défendus, par un sénateur communiste cette fois, Guy Fischer, vice-président du Sénat.

Mais au final, aucun de nos amendements n'a été retenu.

En fait, le gouvernement et la commission des affaires sociales se sont réparti le travail. Tous nos amendements sur la transparence ont fait l'objet de suppressions. Sous prétexte de préserver le secret industriel, l'Administration et les représentantEs du pouvoir médical refusent aux malades le droit de savoir et de disposer d'outils qui peuvent leur permettre de devenir leurs propres expertEs.

L'étape suivante est le deuxième passage à l'Assemblée nationale en avril prochain.

Il faut craindre que cela soit plus difficile qu'en première lecture puisque nous ne pourrons plus compter sur l'effet de surprise : la DGS nous observe de près.

La commission des affaires sociales, qui prépare le rapport facilitant le travail des députéEs a déjà fait un tri. Ainsi, tout ce qui pouvait aller dans le sens de plus de rigueur et plus de respect des personnes a été rejeté, ce qui signifie plus de rigueur et de contrôle. En revanche, tout ce qui va dans le sens de l'industrie et du mandarinat médical a été approuvé tels que des limitations du champ de la loi dans le sens du non interventionnel, ou cette possibilité de recours des promoteurRICEs refuséEs par un CPP: ils/elles pourront représenter leur protocole devant un autre CPP, ailleurs, jusqu'à ce qu'ils en trouvent un qui soit complaisant.

Il s'agit maintenant de reprendre le travail. Nous avons un mois pour nous réorganiser. Et, même si nous n'avons pas les mêmes moyens que le syndicat des firmes pharmaceutiques (le LEEM) pour inonder les réseaux, la volonté et la colère sont là. Nous sommes prêtEs pour cette nouvelle bataille.

Loi pour la sécurité intérieure la note se chiffre en vies humaines.

A l'heure où les associations de santé communautaire constatent une augmentation de la séroprévalence du VIH et du VHC chez les prostituéEs, il est indécent de gloser sur un éventuel dispositif d'évaluation de la Loi pour la sécurité intérieure comme le fait Nicolas Sarkozy. Act Up-Paris dresse pour lui un bilan de sa politique prohibitionniste.

Les forces de police instrumentalisent la santé des travailleurSEs du sexe comme axe de pression et de répression à leur égard. En leur confisquant leurs préservatifs, en les interpellant au sortir des bus de prévention, ou en les poursuivant jusque dans les locaux des associations de santé communautaire, elles exercent sur les prostituéEs un chantage à la santé aussi éthiquement insupportable que meurtrier.

La prostitution est repoussée par cette répression dans des zones de non-droit et de clandestinité où les actions de prévention sont rendues impossibles. Les agressions se banalisent, de même que les exactions policières à l'encontre des prostituéEs : humiliations, violences, abus de pouvoir ou violation de leurs droits fondamentaux.

Dans ce contexte de stigmatisation, les clients ont repris le pouvoir sur l'acte prostitutionnel. Les tarifs sont divisés par 2 ou par 3. Les demandes de rapports non protégés sont quotidiennes et les prostituéEs sont fragilisés dans la négociation du préservatif. La stigmatisation accrue des travailleurSEs du sexe les éloigne plus encore du système de soins et de toutes autres structures institutionnelles.

Le bilan est là et se chiffre en vies humaines. Face à la catastrophe sanitaire qui s'annonce, nous attendons de Nicolas Sarkozy une réaction à la hauteur de sa responsabilité.

Le Ministère de l'intérieur laisse un malade sans traitement en centre de rétention

Le 12 février dernier, pour protester contre la détention illégale d'un malade atteint de pathologie grave, 4 militants d'Act Up zappaient par téléphone et par fax le Ministère de l'intérieur.

M., de nationalité géorgienne, était en principe régularisable au titre de l'article 12 bis 11° de l'ordonnance de novembre 1945, et avait reçu pour cela un avis favorable du médecin inspecteur de la DDASS d'Ille-et-Vilaine. Pourtant, arrêté le 4 février 2004, il se trouvait depuis 4 jours au centre de rétention de Rouen, sans soins, sans suivi médical, en attente d'une expulsion imminente. Nous avons donc décidé de saisir le Ministère de l'intérieur afin que cette personne sorte de ce centre, qu'il soit assigné à résidence puis régularisé.

Après une heure de harcèlement, Madame Mignon, du cabinet de Nicolas Sarkozy, nous a appelé pour nous signaler que la situation de cette personne serait réglée au plus vite et a communiqué en ce sens, via l'AFP, quelques heures plus tard. Le succès de cette «opération» ne doit pas cependant pas nous tromper. Il est hors de question pour nous de rentrer dans une logique de cas par cas, dont nous ne voulons pas, et ce, pour des situations inadmissibles qui n'ont pas lieu d'être.

Dans la foulée d'un rendez-vous, Nicolas Sarkozy nous envoie un courrier, dans lequel il prétend reprendre les termes de notre «échange».

Dans ce courrier, il nous confirme par écrit son engagement à associer l'ODSE (Observatoire du droit à la santé des étrangerEs), dont Act Up-Paris fait partie, à la rédaction du décret concernant la réforme de l'accès au séjour pour soins - ce que nous demandons depuis juillet dernier. Il nous rappelle également ses choix injustifiables au regard de la loi concernant le traitement des refus de régularisation pour soins des personnes malades, pour qui un retour dans le pays d'origine signifierait une condamnation à mort, faute d'avoir accès aux

traitements et aux soins nécessaires. Ses choix, c'est-à-dire la «*jurisprudence positive*» (le cas par cas), là où ses circulaires optent délibérément pour une restriction généralisée du champ d'application de l'article 12 bis 11° de l'ordonnance de 1945, censé garantir l'accès au séjour pour soins, circulaires rédigées sur la base d'une suspicion de fraude jetée sur l'étrangerE malade et fondées sur un rapport douteux de l'Inspection générale de l'administration, sur lequel nous revenons dans notre courrier reproduit ci-contre.

Dans ce courrier, Nicolas Sarkozy nous demande également les «*modalités*» que nous souhaitons voir retenues concernant d'hypothétiques tests de dépistage à installer en centre de rétention. Proposition incongrue. C'est que Nicolas Sarkozy entend par là trouver une solution à l'expulsion de personnes séropositives, pourtant protégées de l'éloignement par la loi.

Proposition alarmante, surtout. Il nous a en effet parlé d'instaurer un système de dépistage obligatoire en centre de rétention. Ce qui, on s'en doute, n'a pas manqué de nous faire bondir.

Enfin, il nous promet des dispositifs d'évaluation sur 2 mesures adoptées dans la Loi pour la sécurité intérieure : le dépistage obligatoire chez les personnes suspectées de viol et l'instauration du délit de racolage.

Ci-dessous, la réponse d'Act Up-Paris.

Monsieur le Ministre,

Nous accusons réception de votre courrier. Nous prenons acte de votre engagement à associer l'Observatoire du Droit à la Santé des Etrangers à la rédaction du décret d'application concernant la réforme de l'accès au séjour pour soins. Néanmoins, nous souhaitons rappeler quelques-unes de nos positions.

Concernant les effets restrictifs en matière de régularisation pour soins de la circulaire du 19 décembre 2002, et les pratiques préfectorales qu'elle a induites et/ou entérinées, si nous souhaitons vivement une solution favorable aux dossiers que nous sommes en train de vous transmettre, nous rappelons que le règlement au cas par cas ne saurait être une solution, tant qu'un texte réglementaire n'aura pas réintroduit explicitement, dans l'appréciation de la situation sanitaire du demandeur dans le pays d'origine, les critères d'accessibilité aux traitements et aux soins et de prise en charge globale, qui étaient intégrés à la circulaire du 12 mai 1998, et qui ont été modifiés par votre circulaire. Il ne fait de même pas sens pour nous, de ce point de vue, d'établir une liste des «*pathologies les plus significatives*», ou de préciser la notion de «*conséquences d'une exceptionnelle gravité*». Quelle que soit la pathologie, si le malade n'a pas accès effectivement (quantitativement, financièrement, géographiquement, etc.) aux traitements et au suivi qui l'accompagne, les conséquences sont de toute façon pour lui d'une exceptionnelle gravité. Le cas par cas ne saurait être la solution à la substitution d'un régime d'exception à un régime d'accès de plein droit, et aux situations de déni de droit qu'elle entraîne.

Concernant le rapport de l'Inspection Générale de l'Administration conduit par Mme Escoffier, sur lequel vos textes s'appuient, nous nous étonnons fortement, et de ce fait doutons sérieusement de la fiabilité de ce rapport, de ce que la procédure 12 bis 11° y soit décrite comme «*faille majeure du système*» de régularisation et comme source de toutes les dérives, quand, selon les propres chiffres des rapports de votre ministère au Parlement, les régularisations pour soins (premières demandes et renouvellements) ne représentent que 0,3% des titres de séjour délivrés en France par an - quand par ailleurs, ce rapport y consacre à peine deux pages alors qu'il l'élite comme priorité de la fraude, et ne se fonde sur aucune enquête précise sur les difficultés des médecins des DDASS. Il faudra nous expliquer autrement qu'une fraude massive se dissimule dans ces 0,3%. Surtout quand la mise en vigueur des recommandations indiquées dans ce rapport se solde par des décisions aberrantes : refus de régularisation au motif que les personnes sont «*suffisamment guéries*» ou qu'elles ont accès aux traitements, pour des personnes séropositives au VIH originaires d'Afrique du Sud, du Ghana, de Côte d'Ivoire, etc. Le dernier cas en date qui a été porté à notre connaissance, et que nous allons vous transmettre, concerne une décision de la préfecture de Niort refusant l'accès au séjour (avec menaces orales de reconduite à la frontière) pour une personne séropositive originaire du Cameroun, au motif qu'elle peut y avoir accès à des traitements. Les données du programme ESTHER, dont était visiblement au fait cette préfecture, sont pourtant claires : elles indiquent, pour le Cameroun, un taux de séroprévalence de 11%, 1,5 million de personnes séropositives et 180 000 malades en nécessité urgente d'antirétroviraux.

Pour ce qui est de vos propositions d'amélioration de la prise en charge en centre de rétention, s'il est indispensable que le droit à la consultation médicale et à l'accès aux soins y soit amélioré - c'est-à-dire qu'il y soit déjà effectif - nous vous rappelons en revanche que nous sommes fermement opposés à toute pratique du dépistage obligatoire. Nous ne souhaitons donc voir retenue aucune modalité de test en rétention de ce point de vue. Le problème n'est pas celui de la pratique du dépistage, mais d'une amélioration générale des conditions d'accès aux soins en rétention, et ce pour l'ensemble des pathologies couvertes par l'expulsabilité et le séjour pour soins. Il ne fait pas grand sens de séparer à l'intérieur de ces pathologies et situations médicales seulement l'infection à VIH.

L'amélioration des tests de dépistage - volontaire et proposé - en rétention ne peut se faire que dans le cadre d'une amélioration globale de l'accès aux soins en rétention, pour l'ensemble des pathologies et situations médicales couvertes par l'expulsabilité et le séjour pour soins. De plus, cela ne doit pas occulter le fait que si des personnes séropositives se retrouvent en rétention, c'est trop souvent en raison de mesures d'éloignement prononcées suite à un refus de régularisation, non du fait de l'ignorance par les agents du statut sérologique des personnes (ce qui sous-entend qu'il faudrait lever le secret médical à chaque exécution d'une mesure d'éloignement...). Le problème est donc là encore le verrouillage indu de l'accès au séjour pour soins.

Enfin, vous évoquez des dispositifs d'évaluation concernant deux mesures de la loi du 18 mars 2003 contre lesquelles nous nous sommes mobilisés, à savoir le dépistage obligatoire des personnes suspectées de viol et l'instauration du délit de racolage. Dans ces deux cas, l'heure n'est plus à l'évaluation. Il aurait fallu écouter les associations avant de faire adopter ces mesures ; dans les deux cas, vous auriez pu suivre les avis du Conseil National du Sida. Vous ne l'avez pas fait. La criminalisation de la séropositivité est désormais intégrée dans la loi, sur des arguments scientifiquement non valides, puisque le dispositif adopté ne tient pas compte de la fenêtre de séroconversion, et en ce qui concerne la pénalisation du racolage, la reprise des contaminations, due à la recrudescence des pratiques non protégées, et l'augmentation des taux de séroprévalence du VIH et du VHC sont d'ores et déjà constatées sur le terrain. De tout cela, les associations de lutte contre le sida et de santé communautaire vous avaient prévenu. Les impacts sont là, les contaminations ont eu lieu. On voit mal comment un dispositif d'évaluation pourrait les effacer.



Fonds mondial Etat des lieux pas très joyeux

Lors de l'Assemblée générale extraordinaire des Nations unies en juin 2001, les Etats membres déclaraient entrer «*en guerre*» contre le sida et s'engageaient «*d'ici à 2005, à atteindre, par étapes successives, un montant annuel de dépenses globales de 7 à 10 milliards de dollars pour la lutte contre l'épidémie*». En janvier 2002, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme est créé. Son objectif : financer des programmes d'envergure, de lutte contre les trois pandémies dans les pays en développement, 15 milliards de dollars par an étant nécessaires selon les experts pour enrayer la propagation des trois maladies. Rapidement et à grand renfort de publicité, les pays riches s'engagent, du moins publiquement, à en être les principaux contributeurs.

Plus de deux ans après, le bilan est dramatique. Un peu plus de 2 milliards de dollars seulement ont été versés, soit 5% des besoins. De plus, le Fonds mondial ne débourse que 10% de l'argent en caisse et, de fait, n'a redistribué jusqu'ici que 245 millions de dollars pour financer 83% des programmes acceptés.

Les raisons d'un échec : États du Nord - États racistes

L'année dernière, quasiment aucun pays n'a augmenté sa contribution au Fonds mondial. Les sommes promises par les pays riches (sommes versées, dans les faits plusieurs mois après) sont si ridiculement faibles, que la France parvient à obtenir la deuxième place des bailleurs les plus importants avec une contribution pourtant en deçà de 70% de ce que devrait être raisonnablement sa contribution !

Tous les pays du G8 promettent des sommes bien plus faibles que le minimum nécessaire. Alors que l'Italie n'a toujours pas fait de promesse de don, le Japon, deuxième puissance économique mondiale, entend déboursier 100 millions de dollars, l'Allemagne et la Grande-Bretagne aux alentours de 50 millions, le Canada 25 millions. Enfin, les Etats-Unis ne cessent de revoir à la baisse leurs financements pour cet outil «*si multilatéral*» : 600 millions en 2003, 400 millions pour 2004, 200 millions pour 2005 ? Cette année, l'administration Bush a même refusé de donner la subvention d'un milliard prévue. En effet, pour George Bush, rien ne vaut le bilatéral. Ayant placé à la tête du Fonds mondial, Tommy Thompson, actuel Secrétaire d'état américain à la santé, les Etats-Unis font «*leur*» lutte contre le sida. Un an après l'annonce du plan Bush, dit de 15 milliards et

à quelques semaines des élections présidentielles, 350 millions de dollars devraient arriver dans une douzaine de pays du Sud. Les financements qu'ils contrôlent intégralement ici iront sur des programmes prônant uniquement l'abstinence, d'ailleurs des groupes religieux sans aucune expérience préalable de lutte contre le sida sont d'ores et déjà assurés d'être financés. Enfin, et évidemment, les programmes d'accès aux traitements feront la part belle aux médicaments produits par les firmes pharmaceutiques - la thérapie simplifiée de trois médicaments en un, une combinaison qui n'existe qu'en version générique, déjà utilisée avec succès, approuvée par l'OM, et bien moins chère, n'ayant pas retenu l'attention des américains.

Bas profile pour le Fonds mondial

Face à ce désengagement financier des bailleurs, le Fonds mondial en est réduit à exiger pour 2004-2005 une contribution à hauteur de 5 milliards de dollars, un montant estimé répondre aux demandes des pays. Arguant que «*le montant global des décaissements augmentera en fonction de la demande des bénéficiaires*», les dirigeants du Fonds mondial se retranchent derrière les propositions des pays peu dispendieuses. Effectivement, face à un organisme de financement quasi-vide, les pays préfèrent soumettre des projets moins ambitieux, mais qui ont plus de chance d'être validés plutôt que des propositions réellement conformes aux besoins, mais trop onéreuses. Sans compter que plusieurs pays en développement font état de pressions externes exercées par les pays donateurs afin qu'ils reviennent leurs demandes à la baisse. La boucle est bouclée.

Bilan et perspectives

Le Fonds mondial peut donc s'enorgueillir

- d'une lenteur administrative digne des autres institutions internationales : seulement 10% des fonds actuellement alloués par le Fonds Mondial ont dans les faits été déboursés.
- d'une quasi-aucune assistance technique permettant aux Comités de coordination des pays de monter un programme ayant des chances d'être accepté par le Fonds mondial.
- d'un manque de transparence sur les actions réellement menées par le Fonds mondial (le Fonds Mondial donne-t-il réellement ce que demandent les CCM ? la non publication des projets rejetés et les raisons de cette exclusion),
- de la mise en place de nouvelles conditions d'attribution plus restrictives : désormais, les pays à revenus intermédiaires doivent répondre à des critères supplémentaires, incluant des co-financements et se concentrer sur les populations pauvres et vulnérables. Ces nouvelles exigences discriminent notamment l'Europe de l'Est, dont certains pays ont vu

leur demande refusée, le Fonds mondial jugeant que les pays ne rencontraient pas de crise suffisamment grave nécessitant son appui.

Le Fonds mondial doit donc en priorité :

- travailler en coordination avec l'OMS et soutenir l'initiative «3x5» déjà bien balbutiante, en étant le principal pourvoyeur de fonds pour atteindre les objectifs de l'OMS de mettre 3 millions de personnes sous antirétroviraux d'ici 2005 ;
- travailler en partenariat avec les agences des Nations unies et les Fondations pour qu'elles fournissent une aide technique aux pays du Sud pour mettre au point des programmes de traitement contre le VIH ainsi que des projets d'extension des programmes déjà existants ;
- trouver des fonds, non seulement au niveau étatique mais aussi privé, étant entendu que ces fonds doivent être additionnels ;
- veiller à ce qu'aucune condition comme l'achat de médicaments de marque plutôt que de génériques lors des financements ne soit imposée ;
- relancer deux cycles d'appel d'offres par an et non pas un seul comme il est prévu cette année.

Alors que 10 millions de malades du sida ont besoin de traitements immédiate-

ment, le Fonds mondial espère mettre sous ARV 700 000 malades d'ici 5 ans. Les pays riches doivent consacrer enfin des ressources conséquentes au Fonds mondial, en adéquation avec les besoins, s'ils souhaitent rompre avec une politique criminelle et raciste. Where is the ten billions ?

Concrètement

224 programmes sont en place dans 121 pays.
La répartition des fonds en 2003 :
60% concernent des pays africains,
46% sont allés à l'achat de médicaments,
50% des fonds ont été versés aux gouvernements et 29% aux ONG,
60% des fonds concernent des programmes VIH/sida,
Les pays pauvres ont reçu 66% des redistributions

Pour en savoir plus

site officiel : www.theglobalfund.org/en
la coalition Fund The Fund : www.fundthefund.org
OMS : www.who.int/HIV_AIDS/first.html

Atout coeur
Nouvelle Agence de Rencontre

Des rencontres personnalisées.
Un suivi permanent. Une approche différente.

Pour que votre vie se conjugue à deux, pensez Atout coeur.
3, rue de l'Arrivée - 75015 - Paris - Tél. : 01 43 21 35 67 / 06 87 96 22 82



Accord de Libre Échange Maroc/USA Des monopoles plus longs, des vies plus courtes

L'ensemble des États membres de l'OMC, dont le Maroc et les États-Unis, se sont engagés à Doha au Qatar en novembre 2001, «à interpréter et [mettre] en œuvre» l'accord ADPIC «d'une manière qui appuie le droit des Membres de l'OMC de protéger la santé publique et, en particulier, de promouvoir l'accès de tous aux médicaments».

Les exemples sont nombreux où les négociations menées par les États-Unis avec de nombreux pays pour lesquels des accords sont d'ores et déjà signés, sont en fin de négociation, ou pour lesquels des négociations vont débiter très prochainement imposent des clauses qui vont bien au-delà des standards requis par l'OMC.

Ces clauses concernent notamment :

- les conditions de prolongement de protection par un brevet au-delà de la durée de 20 ans initiale pour des durées de 3 ou 5 ans,
- les conditions d'obtention d'un nouveau brevet d'une durée de 20 ans pour un produit déjà commercialisé,
- les conditions d'enregistrement des médicaments et l'octroi aux premières compagnies enregistrant leur produit d'une «exclusivité des données» auprès de la direction nationale de la pharmacie, ce qui aura pour effet de maintenir un monopole pour une durée de 5 ans en sus de la durée du brevet.

L'accord de libre échange entre le Maroc et les États-Unis vient d'être signé le 2 mars 2004. Comme nous le craignons, les Américains n'auront fait aucune concession sur le volet accès aux médicaments et propriété intellectuelle. De son côté, «le gouvernement et les négociateurs marocains ont raté une occasion en or d'exploiter la grogne de la société civile marocaine et la mobilisation internationale que cet accord a sollicité pour défendre le droit des Marocains à l'accès aux médicaments» selon Hakima Himich, présidente de l'Association de lutte contre le sida au Maroc (ALCS). Au mépris des malades, le délégué américain au commerce Robert Zoellick s'est vanté de conclure un accord «qui fixe un niveau inédit et élevé pour la propriété intellectuelle». Au mépris des malades, ces deux pays violent les accords de l'OMC.

Le Maroc vient de renoncer à son droit de recourir aux souplesses accordées aux pays par l'OMC. En effet, le Maroc qui prévoyait la mise en place d'une Assurance maladie obligatoire (AMO) début 2005, dans le but d'assurer l'accès à la santé et aux médicaments au plus grand nombre, devra au contraire, revoir à la baisse les perspectives d'accès aux traitements sur son territoire, alors que parallèlement l'industrie pharmaceutique nationale, actuellement la seconde industrie pharmaceutique en Afrique, sera rapidement réduite à néant.

Pour de nombreuses pathologies (sida, hépatites, asthme, cancer, etc.), l'accès aux traitements est une question de vie ou de mort. Or, pour de nombreux malades atteints de ces pathologies, le prix des médicaments est une entrave à leur accès. Seule l'existence de versions génériques peut réellement et durablement changer cet état de fait.

Tant que l'OMC ne sera pas en mesure de fournir une évaluation des effets des accords déjà mis en œuvre, les négociations de l'ensemble des accords bilatéraux en cours doivent s'interrompre.

Chili, Singapour, Jordanie, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Égypte, Botswana, Lesotho, Namibie, Afrique du Sud, Swaziland, Thaïlande, Bahrein, etc.



Le Nigéria va produire des génériques

Depuis deux ans, le gouvernement du Nigéria a mis en place le plus large programme national d'accès aux traitements contre le sida du continent africain avec plus de 14 000 malades en file active. Après avoir rencontré de nombreux problèmes : distribution irrégulière des antirétroviraux, stocks de médicaments périmés, finalement, un nouvel approvisionnement de névirapine, stavudine et lamivudine en versions génériques est arrivé fin février dans les 25 centres de dispensation du pays. Surtout, le pays se lance dans la production de génériques d'antirétroviraux. En effet, depuis un an le génériqueur indien Ranbaxy s'est installé à Lagos et débute la production locale d'un antirétroviral liquide à usage pédiatrique (ces médicaments aident à réduire les risques des enfants nés de mères séropositives d'être infectés par le VIH) en attendant d'avoir les infrastructures adéquates pour se lancer dans la production de comprimés pour adultes.

Thaïlande : victoire des activistes sur le monopole de BMS

Bristol-Myers Squibb «accepte» de transférer son brevet sur la ddl (didanosine) suite à deux plaintes déposées par des activistes et des ONG. Un accord a été conclu entre la multinationale américaine, le réseau des malades du sida de Thaïlande (the Thai Network of PLWA), la fondation Access et la Fondation pour les Consommateurs au tribunal central des droits de propriété intellectuelle et du commerce international.

Le brevet de 20 ans avait été octroyé à la compagnie américaine en janvier 1998 et lui donnait le droit de produire des dosages illimités de ddl à un prix très élevé, 136 \$ par mois. Les ONG intentent un premier procès en mai 2001 pour limiter le brevet sur la ddl à des comprimés de 5-100 mg. Elles gagnent le 1^{er} octobre 2002, mais BMS fait appel de cette décision.

Encouragés, les activistes intentent un second procès pour, cette fois-ci, casser le monopole de la firme en soutenant que la molécule découverte par l'institut national des Etats-Unis ne contient pas d'innovations suffisantes pour justifier un brevet la protégeant.

Pour Kamol Uppakaew, président du réseau des malades du sida, BMS a probablement examiné sa position, trouvé qu'elle ne pouvait pas gagner le procès et décidé de rendre le brevet à la Thaïlande. Les ONG se sont vu dire qu'elles devaient retirer leurs deux plaintes en échange de l'abandon du brevet.

Bien que la compagnie détienne encore le brevet pour le médicament, connu sous son appellation commerciale Videx®, n'importe quelle firme peut maintenant le fabriquer en Thaïlande. D'ailleurs le génériqueur national GPO entend commencer immédiatement la production de la ddl.

Pour Saree Aungsomwang, dirigeante de la Fondation pour les consommateurs, «les activistes d'autres pays devraient s'inspirer de l'expérience de la Thaïlande, la compagnie a rendu le brevet seulement à la Thaïlande, pas à d'autres pays».

Pour en savoir plus :

Aids access fondation : www.aidsaccess.com/sub_eng/index.htm

La ddl en Thaïlande : www.essentialdrugs.org/emed/archive/200210/msg00021.php

Le rôle de la société civile : www.aerzte-ohne-grenzen.de/_media/1627__msf

Vietnam : Boehringer = Killer

L'initiative Accelerating Access (lire Action n°80), lancée par l'Onusida en 2000, puis reprise par l'OMS par la suite, est un partenariat avec 7 gros laboratoires. Cette initiative était supposée permettre aux pays en développement un accès aux médicaments aux prix les plus bas. Année après année, elle s'est révélée surtout un formidable outil de communication pour les firmes pharmaceutiques, un formidable outil garant de leurs monopoles.

Boehringer-Ingelheim vient encore de

nous en donner la preuve. En

effet, dans le cadre de deux

projets de prise en charge

globale des malades du

sida, dans des hôpitaux

d'Hanoi et d'Ho Chi

Minh Ville, ces établis-

sements ont com-

mandé des stocks

de Névirapine à

Boehringer-Vietnam,

qui a accepté de les

céder au prix Access.

Après avoir reçu la com-

mande ferme, le laboratoi-

re Boehringer-Vietnam a

refusé de livrer les médica-

ments et a plutôt proposé

un prix 50% plus cher que

les engagements initiaux.

Cette attitude irresponsa-

ble bloque la mise sous

traitement des malades déjà

identifiés et qui meurent en

attendant la livraison des médi-

caments pour leurs traitements :

cette attitude est criminelle.

Une fois encore, on constate que la

mise sous traitement ARV des per-

sonnes ne fait pas partie des objectifs

prioritaires de certaines filiales pharmaceutiques,

et qu'il leur est possible d'aller jusqu'à la

rupture unilatérale de leurs propres


contrats commerciaux au

mépris des engagements

internationaux qu'elles

ont pris.

Un dimanche ensemble



Dans le cadre de la journée internationale des femmes, Act Up-Paris, Aides, Le Kiosque info sida, le Mouvement français pour le planning familial et Sida Info Service, ont organisé les premiers Etats généraux Femmes et sida. Nos associations souhaitaient pour la première fois offrir une tribune d'expression aux femmes séropositives et aux femmes concernées par le sida pour les remettre au cœur de la lutte contre le sida.

Il semble encore nécessaire de le rappeler : en France, 42 % des nouveaux cas de séropositivité sont des femmes, dans les pays d'Afrique sub-saharienne, on compte aujourd'hui deux fois plus de contaminations chez les filles de 15 - 24 ans que chez les garçons de la même tranche d'âge. Or pendant près de 20 ans, les femmes ont été les oubliées de la recherche comme de la prévention. Depuis quelques années, elles commencent à être un objet médical «à part» et un nouveau sujet de discours dans la lutte contre le sida. L'enjeu de cette journée était d'aller plus loin, d'offrir aux femmes séropositives l'occasion de partager leur vécu et surtout d'interpeller d'une même voix, professionnellEs de santé, responsables de santé publique et les laboratoires pharmaceutiques.

Près de 200 femmes étaient présentes le 7 mars. D'abord en ateliers thématiques : le vécu de la maladie, les traitements et effets indésirables ; vivre sa sexualité ; le désir d'enfant, puis en plénière sur le thème «Nord/Sud, Est/Ouest, les femmes, le sida, ici et là-bas». La journée s'est terminée par une synthèse, où les échanges ont été riches et fructueux. L'engagement des femmes est une vraie réalité dont les professionnellEs de santé et les pouvoirs publics doivent désormais, et enfin, prendre en compte. Les exigences des femmes malades sont des réalités à considérer pour faire progresser la lutte contre la maladie.

- Il est temps que la recherche publique et privée prenne en considération les spécificités féminines dans ses études.
- Il est temps que les médecins fassent preuve d'un vrai respect pour les femmes vivant avec le VIH : tant par le respect de la confidentialité, y compris vis-à-vis du mari présent lors de certaines consultations, que par le respect du libre choix des femmes, en dehors de leurs considérations parfois moralistes.
- Il est temps que la précarisation des minorités cesse car elle fait le jeu de l'épidémie dans notre pays.
- Il est temps que les pays du Nord prennent leurs responsabilités vis-à-vis du Sud car lutter contre le sida «c'est une bataille à faire ensemble».
- Il est temps que la Female Aids Compagny, producteur unique du préservatif féminin, prenne en compte les attentes des femmes et baisse ses prix.
- Il est temps, enfin, pour les hommes de nous rejoindre dans ces combats.

Le travail des associations a été salué et touTEs ont mis l'accent sur la nécessité de temps de parole tels que ces premiers Etats généraux et sur la nécessité de lieux de parole réservés aux femmes et à leur combat. La lutte contre l'épidémie passe avant tout par l'engagement des femmes séropositives, les premières concernées.

Extraits du discours d'ouverture des Etats Généraux «Femmes et sida».

«Depuis son apparition, le sida touche les femmes. Il y a dix ans, en France, on comptait 1 femme pour 7 hommes parmi les cas de sida, aujourd'hui on dénombre 1 femme pour 3 hommes. Sur les 5 000 à 6 000 nouvelles contaminations par an, la moitié concerne des femmes. Sur les 42 millions de personnes infectées dans le monde, la moitié sont des femmes. Alors que les femmes sont au cœur de cette épidémie, il apparaît trop souvent que tout se joue à notre insu, à côté de nous.

Les professionnellEs qui ont accepté de venir savent très bien que la lutte contre cette maladie n'a pu se

faire qu'avec les malades. TouTEs considèrent que cette participation des malades est unique dans l'histoire de la médecine et que cela a modifié d'une façon irréversible le rapport médecin-malade avec tous les bénéfices que l'on connaît. C'est donc, nous, les femmes séropositives qui pouvons leur permettre de mieux comprendre que cette maladie ne se vit pas de la même manière que pour les hommes. Physiologiquement et socialement, nous sommes différentes. Lorsque nous apprenons notre séropositivité, c'est notre féminité qui est bouleversée : faire l'amour, faire face aux problèmes gynécologiques qui se multiplient, avoir des enfants ; c'est le regard de la société sur nous, des hommes aussi, qui change ; c'est la stigmatisation sur notre mode de vie, notre couleur de peau, notre pays d'origine, cette stigmatisation qui permet aux gens de penser toujours à un éventuel passé plus ou moins obscur, à une faute. La société nous dit encore «coupables» de vagabondage sexuel, «victimes» de partenaires inconscients.

Il n'y a pas de raison que cela change si nous nous ne décidons pas de sortir de ce cercle vicieux. [...] Nous devons être les premières actrices de notre santé. C'est par la mobilisation des femmes africaines que l'accès aux médicaments dans leur pays deviendra une réalité et que cesseront les discours qui privilégient encore la prévention sur les soins et les traitements. En 2002, sur 28 millions de personnes qui vivent avec le VIH en Afrique, à peine 30 000 ont accès aux anti-rétroviraux. Toute la problématique de l'Afrique se résume à définir quand et comment traiter les femmes au moment de l'accouchement, et encore pour une minorité d'entre elles. Ces femmes n'auront que ça : le soulagement d'avoir unE enfant séronégatifVE peut-être, mais la certitude de mourir, ce

qui ne laissera que peu de chances de survie à leur enfant. Car pour nous toutes, il y a aussi toujours cette vieille histoire de la médecine, qui attribuera la plupart de nos maladies à une hystérie de femme. Les études commencent à nous donner raison, en démontrant qu'il s'agit bien de troubles physiologiques. C'est bien dans nos corps et non dans nos têtes que sont les spécificités de cette maladie. Notre situation changera enfin si nous parlons, si nous exigeons que nos spécificités de femmes soient entendues et prises en compte. L'avancée de la maladie ne peut se faire que par la prise de parole et la prise en considération de nos réalités de femmes face à la maladie.

Quiconque veut bien y réfléchir sait que les femmes, si majoritaires soient-elles en nombre, ont toujours été minoritaires en droit, et le sont encore aujourd'hui - dans des recoins plus obscurs peut-être - mais avec constance. Etre une femme séropositive, c'est souvent faire face à un médecin, à un laboratoire, à un employeur et éprouver cette infériorité dans notre propre corps.

N'oublions pas que le gouvernement est prêt à tout pour anéantir toutes ces années de lutte contre le sida. Beaucoup pensaient avoir réussi à les convaincre : la santé est incompatible avec la répression. Quelle curieuse angoisse devant la surenchère législative des mesures sécuritaires, qui prennent nos vies à rebours au lieu de les défendre. Le nouvel appareil législatif va nous ramener des années en arrière en matière de prévention et d'accès aux soins. En flattant tous les amalgames, entre immigration et insécurité, entre usage de drogues et toxico-délinquance, entre prostitution et trafic d'êtres humains, en niant, ensuite, nos existences minoritaires, nos discours et nos droits élémentaires. Lutter contre le sida en France, c'est exiger que les étrangerEs malades puissent avoir accès aux mêmes soins que les personnes en situation régulière. La santé est incompatible avec la répression.▶▶

PRENEZ LA PAROLE!
POSEZ VOS QUESTIONS!
OBTENEZ DES RÉPONSES SUR LE VIRUS!

FEMMES ET SIDA

Etats généraux

La vécu de la maladie, les traitements et les effets indésirables | Vivre sa sexualité | Le désir d'enfant | Nord/Sud, Est/Ouest, les femmes, le sida, ici et là-bas

DIMANCHE 7 MARS 2004 DE 9H30 À 18H
AGECA 177 RUE DE CHARONNE PARIS 11E

— maître Alexandre Dumaz —

ACTUP
PARIS

AIDES

Le Kiosque

Sida Info Service
0 800 840 800

AFPT

Egalité des droits : maintenant

Suite au drame de Sébastien Nouchet, nous avons appelé à une Assemblée générale contre l'homophobie le 17 février, à l'Ecole des Beaux Arts. Plus de 200 personnes ont participé aux débats afin d'exiger la mise en place d'un véritable plan de lutte contre l'homophobie et d'élaborer des revendications communes (lire le compte rendu sur notre site : <http://www.actupparis.org/article1595.html>).



En janvier 1999, des manifestantEs anti-pacs criaient : «les pédés au bûcher». Des paroles aux actes, le pas a été franchi. Pourtant, malgré les violences répétées, malgré les insultes que nous subissons chaque jour, nous n'arrivons pas à réagir collectivement. Quand nous le faisons, c'est de façon isolée et dispersée. De leur côté, les politiques, Jacques Chirac en tête, se contentent de paroles de compassion tardives, mais ne cessent de reporter à plus tard les mesures nécessaires pour combattre l'homophobie.

L'exemple tragique de Sébastien Nouchet n'est malheureusement pas isolé. Des dizaines d'attaques contre des homos et des trans ont eu lieu l'année dernière, au seul motif de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre. Face à cela, les seules réponses du gouvernement sont la mise en place d'une Autorité administrative indépen-

dante de lutte contre les discriminations et la proposition dans les mois qui viennent d'une loi pénalisant les propos homophobes – que réclament les associations depuis des années – dont le contenu est encore incertain.

Encore une fois, la seule réponse que l'on puisse obtenir pour lutter contre l'homophobie, c'est la répression. Mais qu'en est-il de la prévention ? Quand mettra-t-on en place une véritable éducation aux sexualités dans les collèges et lycées ? Quand les personnels éducatifs, sociaux, policiers seront-ils formés sur la question homophobe ? Les dernières déclarations du gouvernement ne peuvent pas nous convaincre. La principale mesure de lutte contre l'homophobie, c'est de mettre fin aux discriminations dont sont victimes les homos et les trans dans la législation. Tant que les lesbiennes, les gays, les bi et les trans resteront des citoyens de seconde zone selon la loi, ils et elles continueront à être insultés, stigmatisés et agressés. Nous attendons du gouvernement qu'il lutte sans tarder pour l'égalité des droits et contre les préjugés et l'ignorance relatifs à l'orientation sexuelle et l'identité de genre. Ces préjugés conduisent à la haine et à la non-acceptation des différences.

Le samedi 21 février, Act Up-Paris organisait et coordonnait un rassemblement contre l'homophobie dans le Marais. A cette occasion et suite à notre demande, de nombreux commerces gays ont fermé leur établissement. 1 500 personnes étaient présentes, venant d'associations (SOS homophobie, Aides Paris Ile-de-France, les Panthères roses, le Centre gay et lesbien de Paris, l'Inter-LGBT, Energay, les Verts, les Sœurs de la Perpétuelle Indulgence, l'Académie gay et lesbienne, Les Telles, HBO, Melo'Men, Femmes publiques, la Centrale gay, Lusogay, l'AGLA, le SNEG, L'Autre cercle, etc.) ou à titre individuel. C'est la première fois que ce quartier est le lieu d'une mobilisation de cette ampleur. A cette occasion, un texte d'appel unitaire a été diffusé et des revendications communes consignées. Nous les reproduisons ci-dessous.

Nous demandons : - l'inscription dans la Constitution de la lutte contre toutes les discriminations et donc contre l'homophobie, la lesbophobie et la transphobie ;

- la mise en place d'une politique efficace de prévention de l'homophobie, la lesbophobie et la transphobie, notamment en milieu scolaire et dans les organismes accueillant du public ;

- la condamnation des discriminations liées à l'orientation sexuelle et/ou à l'identité de genre, au même titre que le sont celles liées au racisme ou à l'antisémitisme ;

- la pénalisation de l'incitation à la haine homophobe, lesbophobe et transphobe ;

- l'adoption des lois nécessaires à la reconnaissance du couple homosexuel au même titre que peut l'être le couple hétérosexuel ;

- l'extension de l'ensemble des avantages sociaux et fiscaux dont bénéficient les couples hétérosexuels aux couples de même sexe ;

- l'accès à l'adoption et à l'assistance médicale à la procréation pour touTEs, quelles que soient l'orientation sexuelle et l'identité de genre du ou des demandeurSEs ;

- la simplification de la procédure de changement d'état civil des transgenres et l'accès à une prise en charge médicale choisie, rapide et efficace.





Contre-argumentaire (suite)

Dans Action n°92, un contre-argumentaire exposait brièvement les protections imaginaires largement véhiculées quand on parle de prévention. Ce texte était totalement pédé-centré car il s'agissait de revenir sur ce que nous observons dans la communauté pédé. Cette seconde partie nous permet de répondre plus largement aux mauvaises excuses qui légitiment les prises de risques sexuels. Voici donc une nouvelle liste d'idées reçues sur la prévention et le sida, accompagnée d'un contre-argumentaire.

«Le Fémidon®, ça a l'air ignoble.»

C'est faux ! C'est même mieux que la capote. Ce n'est pas compliqué à mettre, on fait un 8 avec l'anneau, on pousse et ça rentre tout seul. C'est plus agréable, et il y a moins de risques d'échauffement ou d'allergie que pour la capote en latex car le Fémidon® est en polyuréthane. On est moins dépendantE du mec car on n'a pas besoin d'attendre qu'il mette sa capote. Le Fémidon® peut s'installer même avant un rapport et peut se garder 8 heures. Le mec n'a plus l'excuse de se sentir serré dans la capote. On peut faire l'amour dans l'eau. L'anneau extérieur est situé de façon à pouvoir stimuler également le clitoris. Pour la sodomie, il suffit d'enlever l'anneau. Depuis le temps qu'on vous dit que le Fémidon® c'est bon...

«La capote me fait débander.»

Voilà une bonne excuse pour être passive, pas pour baiser sans capote ! Si vraiment ça vous serre trop, mettez vous un Fémidon® sur la bite à la place de la capote. Vous pouvez aussi essayer le Viagra®. Et au pire, il n'y a pas que la pénétration dans la vie...

«On baise entre séronégatifEs.»

Qu'est-ce que vous en savez d'abord ? Avez-vous fait un test avant de vous prétendre séronégatifE ? Et comme c'est triste de devoir limiter le nombre de ses partenaires sous prétexte qu'ils ont un statut sérologique différent. Et puis on peut être séronégatifE au VIH et positifE à d'autres IST.

«J'ai confiance.» ou «Il/Elle me le dirait s'il/elle l'était.»

La confiance ne protège pas. Il n'y a que le préservatif féminin et la capote avec du gel à base d'eau qui protègent d'une contamination. Vous pouvez faire confiance aux préservatifs, c'est grâce à eux que ceux/celles qui l'utilisent jusqu'à présent sont toujours séronégatifEs. Et puis, vous pensez qu'il est aisé de dire d'entrée de jeu que vous êtes séropositifE ? Mais, quel que soit le statut sérologique de votre partenaire, vous devez toujours vous protéger ! Il n'est pas question de se protéger des personnes vivant avec le VIH, mais du sida. L'infection par le VIH est transmissible, mais pas contagieuse. Vous pouvez baiser avec qui vous voulez, quel que soit son statut sérologique, tant que votre partenaire est consentantE et que vous êtes SAFE. Enfin, ce n'est pas parce qu'on vous dit être séronégatifE qu'on l'est réellement.

«Je l'ai déjà, je ne risque plus rien.»

C'est faux ! Ce n'est pas parce qu'on vit avec le VIH qu'on ne risque pas une surcontamination. De plus en plus de virus mutés circulent dans les pays du Nord, c'est-à-dire près de 10% de virus mutants en Europe. Ce qui signifie qu'ils sont plus résistants aux médicaments. Et puis, il y a les autres IST. La syphilis se soigne beaucoup moins bien quand on est séropositifE : ses conséquences sont aggravées, elle peut progresser vers une neurosyphilis et peut être résistante même aux antibiotiques.

«Une fois le risque pris, il n'y a plus rien à faire.»

C'est faux ! En cas de prise de risque, vous devez aller très rapidement aux urgences obtenir un traitement prophylactique ou TPE (Traitement post-exposition). Celui-ci peut réduire le risque de contamination de 70%. Le mieux est de prendre le traitement dans les 4 heures qui suivent la prise de risque, mais vous pouvez le prendre jusqu'à 48 heures après. Vous aurez alors à suivre ce traitement pendant un mois. N'hésitez pas à demander conseil aux associations pour le prendre et le supporter dans les meilleures conditions.

«Je suis gouine donc je ne suis pas concernée par le sida»

C'est faux ! S'il y a peu de cas recensés de contamination par voie sexuelle dans les rapports entre femmes, les lesbiennes sont tout de même un groupe menacé car elles peuvent avoir été contaminées lors d'antécédents hétérosexuels, ou lors d'échange de seringue ou d'insémination artisanale, et parce que leur suivi gynécologique est souvent irrégulier, voire inexistant.



Pour leurs soirées :

Le Rex, Le Nouveau casino, Jérôme Viger Kohler, Vincent Bergerat, le Bear's Den, l'Amnesia café, Romain Bno, Daniel Wang, Adamski, Pedro Winter, Patrick Vidal, A man called Adam, Thomas Bourdeau.

Pour avoir accueilli nos stands :

Tarmak, les Yeux noirs, Noir Désir, Manu Chao, les Têtes raides, La grande Sophie.

Pour leurs dons en nature :

Agnès b, Air France, Apple France, Xerox France, Carrefour Solidarité, Henkel France, CTI Informatique, Bruneau, OCE France, Colgate Palmolive.

Pour leur participation à la tombola d'Act Up :*Restaurants :*

Chez Jenny, Au pied de cochon, L'Amazonial, Aux trois petits cochons, OFF, Le loup blanc, Madame Sans Gêne, Homosapiens, La canaille, Le vagabond, La Coupole, L'arbuci, La Taverne, Le Wepler, Le charbon, L'Alcazar, Le carré, Le petit Keller, L'Arc en ciel, l'Européen, Micayito, Chez Max, l'Okawa.

Repas Spectacles :

Le Lido, Le Moulin rouge, Le Crazy Horse, Chez Michou, Le César Palace, Artishow, Le Paradis latin. Les Vins du domaine de Changarnier.

Théâtres, Parcs à thème :

Edouard VII, La Comédie française, l'Opéra comique, Théâtre Montparnasse, Théâtre de l'Oeuvre, Théâtre Tristan Bernard, Les Folies Bergères, Théâtre Marigny, Théâtre Mogador, Pépinière Opéra, Théâtre St Georges, Futuroscope.

Parfums, Coiffeurs, et Couturiers :

Central Parc, Interparfums, Carven, Versace, Ungaro, Barbara Bui, Givenchy, Calvin Klein, Torrente, Dim, Jean-Paul Gauthier, Pierre Balmain, Paul Smith, Thierry Mugler, Bowmen, Athéna, Eminence, Hom, L'habilleur, Sweetman, Sorotex.

Jean-Louis Aubert, Renaud, Tarmac, Les Yeux noirs, Rachid Taha, Faudel, Pascal Obispo, Manu Chao, Etienne Daho, Barbara, Miossec, Laurent Garnier.

Pour des Open-Bars :

Pernod Ricard, Coca-Cola, Champagne Ruinard, Champagne Mignon, Champagne Feuillate.

Pour leurs dons et subventions :

Ensemble Contre le Sida, Pierre Bergé et la Berly's Foundation, Direction Générale de la Santé, Agence Nationale de Recherche sur le Sida, Agnès b, La Fondation de France, la Mairie de Villers-St Paul, Gandi, Daniel Cadinot, le GISTI, ATTAC Toulousele KO social de Lyon, Boehringer-Ingelheim, Bristol-Myers-Squibb, Chiron, Gilead Sciences, GlaxoSmithKline, Merk Sharp & Dohme - Chibret, Schering-Plough, Tepmare.

Pour leurs pubs dans Action :

AGL, Connection, Europe Multimédia, French Art-Cadinot, 3 A gay, Atout coeur, le SNEG, Univers Gym.

Nous remercions touTEs ceux et celles qui, par leur soutien, leur don et leur engagement, ont soutenu la lutte contre le sida.


Magazines, Jeux et Vidéos :

Têtu, Infogrammes, Elle, French Art, JMB Productions, Warner Vision, Orchestre de Paris, Smaïn, Anne Roumanoff, Laurent Ruquier, l'Ultima Récital.

Musiques :

Polidor, Epic, Universal, Mercury, Virgin, Mute Label, Radio France, Sony Music, Noir Désir, Cheb Mami, Orchestre National de Barbès, Orlando productions, Doc Gynéco, Miro,





En pleine crise financière, Act Up-Paris a reçu un soutien sans faille de tous ses sympathisants. L'appel à dons que nous avons lancé fin novembre 2003 a été entendu par bon nombre d'entre vous. Chacun des gestes que vous avez pu faire est un soutien significatif à nos combats. Vos dons, la mobilisation exceptionnelle de certains financeurs, celle des militants d'Act Up prompts à mettre en place des actions et des soirées rémunératrices, ainsi que l'aide d'artistes qui ont organisé des concerts de soutien sont autant de ressources qui nous permettent de combler le déficit et d'assurer notre survie. Que chacunE d'entre vous en soit remerciéE.

Néanmoins, notre avenir est loin d'être assuré.

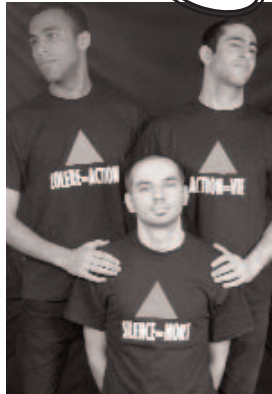
Parce que nous n'avons aucune certitude quant aux versements des subventions que nous avons prévues pour 2004. Le contexte politique rend incertain le maintien au même niveau des financements alloués par la Direction générale de la santé, et même du Département de Paris. L'argent des laboratoires, quant à lui, n'est jamais assuré. Les subventions de Ensemble contre le sida ne sont pas extensibles à l'infini et n'ont de toutes manières pas pour vocation de se substituer aux financements publics. Bref, à part le soutien toujours garanti de Pierre Bergé et nos fonds propres, nos perspectives d'entrée d'argent restent incertaines.

Et ce d'autant plus que les subventions, quand nos financeurs ont donné leur accord de principe, tardent à être versées effectivement sur notre compte. Retard de paiement subi par toutes les associations qui dépendent des fonds publics, creusant pendant de longs mois les découverts – ce qui grèvent les budgets des années à venir puisqu'il faudra payer les intérêts bancaires. Car il est impossible de cesser toute activité tant que la subvention n'est pas versée. Ces pratiques nous obligent donc toujours à courir derrière nos financeurs pour qu'ils allouent effectivement l'argent promis, et à faire la danse du ventre devant notre banquier pour qu'il continue à suivre l'association malgré son découvert.

Pour toutes ces raisons, nous devons rester extrêmement prudents, et nous continuons à en appeler à votre soutien.

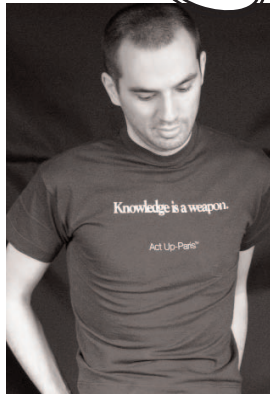
NB : le 27 mars 2004, Act Up-Paris tiendra une Assemblée générale extraordinaire, où les comptes de l'association, pour la période allant de juillet à décembre 2003, seront soumis à l'approbation des membres, et où une nouvelle équipe sera élue. Il s'agit de placer l'exercice budgétaire d'Act Up sur l'année civile, et non plus de juillet à juin comme c'était le cas auparavant.

15 €



Silence=Mort, Colère=Action, Action=Vie, T-shirt noir (S, M, L, XL).

15 €



Ignorance is your ennemy, bleu nuit, bleu ciel (S, M, L, XL), noir, rouge (XL) Knowledge is a weapon noir, bleu nuit (S, M, L, XL).

25 €



Coupe-vent, bleu marine, vert (L, M).

20 €



Africa is burning, T-shirt noir lettres rouges, manches longues, homme et femme (S, M, L, XL).

15 €



React Up, Isabel Marant, T-shirt noir, lettres roses (femme XS/S) et manches longues (homme (M/L).

5 €



O, personne sauvée du sida, T-shirt noir, lettres blanches (M).

15 €



Logo Act Up-Paris, T-shirt bleu clair (S, XL), blanc (S), vert, jaune (S, M, L, XL).

15 €



agnès b. avec Act Up, T-shirt blé, rose (homme et femme XS, S, M, L).

15 €



Les têtes raides, T-shirt blanc et photo (S, M, L, XL).



جان دانيال كادينوت
JEAN-DANIEL CADINOT
HAMA
سوق
ACT UP
French Act
ACT UP

EN AVANT PREMIÈRE
ET EN EXCLUSIVITÉ,
VISIONNEZ
CHEZ VIDEOVISION
LE NOUVEAU
GRAND FILM DE
JEAN-DANIEL CADINOT!

11 CABINES,
PROJECTION ET VENTE
DE VHS ET DVD

> WWW.CADINOT.FR

VIDEOVISION
62, rue de Rome 75008 PARIS
Du lundi au samedi de 11 heures à 19 heures
Téléphone : 01 42 93 66 04

Complétez et retournez ce talon accompagné du règlement à l'ordre d'Act Up à Act Up-Paris / VPC - BP 287 - 75525 Paris Cedex 11.
avec vos coordonnées : Prénom - NOM
Adresse complète
Référence de votre commande :
Vous pouvez nous joindre au mail : stands@actupparis.org

01 42 93 66 04

08 92 68 88 18
08 92 68 80 81
08 97 65 70 30
08 97 65 5678

N°1 EN FRANCE DES MESSAGERIES
TELEPHONIQUES
soutiennent

ACT UP

DEPUIS LE 04/04/2002, C24 France
Ces services sont réservés à des adultes de plus
de 18 ans qui s'engagent à ne pas en divulguer
l'existence à des tiers. Régulation N°04
0400.

**SAUNA HAMMAM
JACUZZI**



**"Le Sauna préféré
des Parisiens !"**

**SOUTIENT
ACT UP
PARIS !**

<http://www.univers.net>

Tél.: 01.42.61.24.83

Ouvert 7J/7 de 12 h à 2 h
20/22 rue des Bons Enfants - Paris 1^{er}

Métro:
Palais Royal-Musée du Louvre (lignes 1 & 7)
ou Station Les Halles (ligne 4 & R.E.R.)

**30 SOUTIEN
ACTUP PARIS**

ASSURANCE AUTOMOBILE

**En route,
en couple.**



L'ASSURANCE G&L

La 1^{ère} offre avantageuse
d'assurance automobile
pour les gais et les lesbiennes

En direct par téléphone
Appel gratuit depuis un poste fixe

0805 059 106

SAGAV

Code

89,4

RADIO

FM

Sommaire de l'émission du mois de mars
Prévention : les spots que l'INPES ne financera pas
Dossiers : Prison, AME, Retour de la CROI Agenda
passé/futur : Femmes et VIH
Flash infos : répression policière
et des surprises...

19H30

20H30

AM... 53 - 170 x10 kHz
FM... 88 - 108 MHz

Depuis
septembre 2003, Act Up
Paris a pris l'antenne pour une
émission de radio : sidablaba.
Ce nouveau média vous propose une
actualité sur l'épidémie de sida et la vie de
l'association. sidablaba a lieu en direct, tous
les 4^{ème} jeudi du mois sur Radio Libertaire : 89.4
FM (diffusion à Paris). Vous pouvez également
accéder à toutes les émissions et à nos sommaires
en passant par le site internet d'Act Up :
www.actupparis.org/rubrique65.html
La prochaine émission est prévue le
jeudi 25 mars. Pour nous écrire, une
seule adresse : sidablaba@actupparis.org

AM-FM
Radio Shack