

Même si séropo, précaire, je m'endette en payant de plus en plus pour mes soins, parce que le gouvernement refuse d'augmenter les minima sociaux;

Même si les administrations ne tiennent pas compte de ma maladie, des effets secondaires de mes traitements, des contraintes de ma prise en charge et de mon handicap;

Même si je me soigne mal parce que je vis dans une chambre d'hôtel depuis des années, sans que la Mairie de Paris ou la Préfecture de police ne s'en soucient;

Même si, lorsque je drague et je dis que je suis séropo, on me tourne trop souvent le dos;

Même si, homo ou trans persécutéE dans mon pays, je me vois refuser l'asile en France ;

Même si la haine homophobe ou transphobe dans mon quartier, dans mon lycée ou sur mon lieu de travail m'inciterait à rester cachéE et honteuxSE;

Même si chez les gays et les trans, en France et dans le monde, le sida progresse continuellement ;

Même si la communauté ne se mobilise pas assez contre une pandémie qui nous a déciméEs et qui continue ses ravages...



**J'IRAI DANSER
QUAND MÊME**

Action

la lettre d'Act Up-Paris n°103 Juin 2006

Ours

Directeurs de publication

Emmanuel Chateau - Hugues Fischer.

Rédactrice en chef

Claire Vannier.

Ont participé au numéro

Richard Basterman - Mathieu Bruggeman - Jean Cazentre - Emmanuel Chateau - Frédéric Cohen - Eric Dagher - Khalil Elhouarghigi - Hugues Fischer - Sabrina Garnier - Hélène Hazera - Eric Labbé - Vincent de Lapomarde - Christophe Ledréan - Axel Léotard - Pauline Londeix - Jérôme Martin - Frédéric Navarro - Mikaël Quillou - Olivier Rouanet - Gérard Sanchez - Samuel Somen-Weller - Lucie Uzzeni.

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

Imprimeur : Autographes 2 10 bis rue bisson 75020 Paris. ISSN 1158-2197 - Dépôt légal à parution.

Juin 2006

Sommaire

Édito. 3 - Dossier porno & sida (DPS) intro. 4 - (DPS) responsabilités. 5 - (DPS) Relapse. 7 - (DPS) Marketing. 8 - (DPS) Fellation. 9 - (DPS) MortEs du sida. 10 - (DPS) Droit du travail. 12 - (DPS) Rencontre : Steve Paris. 15 - T&R : once a day. 16 - Norvir® réfrigéré. 19 - sida is disco. 20 - DS : logement. 22 - sida, envie d'en être ? 23 - D&U : Subutex® stupéfiant. 26 - NS : Unitaïd/Fiam. 28 - Religion. 30 - RéPI Trans. 31 - Comptes. 32 - AAD. 33 - VPC. 34 - Gaypride. 36

Gardons le contact

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

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

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

- Consultez notre site internet : www.actupparis.org

Abonnement

Action. 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

Rompre avec l'exceptionnalisme sida ?

Alors que plusieurs d'entre nous défilent pour leur droit à l'occasion de la Gay-Pride, la dernière avant les prochaines élections présidentielles, on n'entendra encore cette année peu parler de sida au sein du cortège parisien. Après plusieurs années de déni de l'ensemble du secteur associatif français tout le monde en convient pourtant aujourd'hui, les contaminations par le virus du sida ont dramatiquement augmenté en France ces dernières années notamment dans la population homosexuelle et chez les personnes d'origine étrangère.

L'Institut national de Veille Sanitaire (InVS) vient de publier les dernières données de la déclaration obligatoire de VIH/sida. Les chiffres sont tellement têtus que tout le monde semble s'y être habitué. En France comme dans le reste de l'Europe, l'épidémie est galopante et il n'y a jamais eu autant de personnes vivant avec le VIH/sida. Un homme sur deux chez qui l'on découvre une séropositivité est pédé. Dans la communauté gay, la prévalence atteint les 14%, c'est-à-dire que plus d'un homo sur dix est séropositif et le nombre de nouvelles contaminations augmente. Chez les hétérosexuels, la moitié des nouveaux diagnostics concernent des personnes originaires d'un pays d'Afrique subsaharienne ce qui ne signifie pas pour autant que les contaminations aient baissé chez les autres. On nous explique qu'il s'agit de pays où l'épidémie est fortement endémique, or tout montre que dans cette population d'origine étrangère l'épidémie est extrêmement active sur le territoire français. Alors qu'elle a moins souvent moins facilement accès aux soins, 10% des diagnostics de nouvelles séropositivités datent de moins de six mois. Surtout le fait que l'on relève une part très importante de contaminations par un sous-type viral relativement rare en Afrique montre bien que l'essentiel de ces contaminations a lieu sur le territoire national. Et l'InVS de découvrir qu'il y a de fortes interactions entre les ces différentes populations...

Ces statistiques pour être implacables n'en sont pas moins myopes car elles sont un miroir déformant qui ne permet pas véritablement de rendre compte de la complexité actuelle de l'épidémie. Comment expliquer que l'épidémie de sida continue de toucher massivement des populations qui restent marquées par les discriminations et la précarité alors même qu'elle concerne de plus en plus la société dans son ensemble, hommes et femmes, hétéros et homos quelque soit leur âge, qu'ils ou elles soient célibataires ou en couple ? On nous ressort aujourd'hui l'idée confortable des groupes à risque qui permet d'éviter à chacun de s'interroger sur ses propres pratiques et son comportement individuel dans un contexte épidémique : le sida ne vous concerne pas, le sida c'est toujours les autres.

Certains militent aujourd'hui pour la pénalisation de la transmission du VIH. Que doit-on alors comprendre du fait qu'il s'agit de la seule maladie pour laquelle on envisage le recours à la voie pénale ? Sur cette question, le Conseil National du Sida (CNS) vient de rendre un avis conforme aux représentations de la société à l'égard de l'épidémie. Parce que cet avis passe sous silence les présupposés moraux des jugements déjà rendus dans ce genre d'affaires, tout porte à croire qu'il ne sera d'aucune utilité pour encadrer les dérives qui ne tarderont pas à se renouveler. Il semble que la judiciarisation de la transmission du VIH serve surtout à exorciser la menace que le sida ferait peser sur notre vie sexuelle. Pour les biens pensant, il y aurait des gays irresponsables, des hommes ou des étrangers au comportement anormal et des séropositifs criminels. Cela permet d'abord de faire l'impasse sur les responsabilités collectives et politiques dans la propagation de l'épidémie de sida. La prévention est aujourd'hui un terrain déserté, les pédés se sont massivement désengagés, les acteurs associatifs exténués et les moyens mis à disposition de la prévention par l'état sont loin d'être à la hauteur de l'épidémie. Aujourd'hui lorsque quelqu'un découvre sa séropositivité on vous explique que ce n'est pas si grave, que l'on peut commencer à cotiser pour sa retraite. Pas besoin de se préoccuper, tout est rentré dans l'ordre, les médecins

s'occupent de tout. On se convint tellement que tout ira bien que c'est la panique dès lors qu'il s'agit d'envisager un traitement ou qu'il y a un problème. Et si par malheur un malade venait à exprimer un quelconque malaise, une difficulté face aux traitements ou dans sa vie sexuelle et affective, elle ou il ne trouve nulle part où résoudre son problème. De quoi se plaint-il, sa charge virale est indétectable, ses T4 sont bons, il est séropo depuis plus de 20 ans, etc. Au ministère de la santé, pour l'attribution de l'allocation adulte handicapé (AAH), des travailleurs sociaux même dans les associations de lutte contre le sida nous expliquent que le sida ce n'est plus si grave. Pourtant alors que la mortalité reste forte, au moins 5% des malades sont en échec immuno-virologique et 2% dans une situation d'impasse thérapeutique. 22% des séropositifEs déclarent avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie, 67% des malades sous traitement subissent des effets secondaires. Socialement la maladie a des effets désastreux sur nos vies. Un tiers des femmes séropositives n'ont plus d'activité sexuelle. Seule une personne sur deux est professionnellement active et la proportion de personnes en invalidité est particulièrement élevée. Le risque d'être sans emploi est environ cinq fois plus élevé parmi les personnes séropositives que dans la population générale. Il y a actuellement une banalisation paradoxale de l'épidémie. Ceux qui prétendent rompre avec l'exceptionnalisme sida se gardent bien de nous dire de quel exceptionnalisme il s'agit. Le sida serait donc devenu une maladie comme les autres. Pourtant aucune autre pathologie n'est associée à de telles conséquences sur le plan social et affectif. Parcequ'il s'agit d'une maladie sexuellement transmissible, le sida reste fortement marqué par le stigmat, la discrimination et le jugement moral. Aujourd'hui prétendre rompre avec un prétendu exceptionnalisme sida apparaît comme un dernier avatar du déni.

Emmanuel Chateau
Hugues Fischer

PORNO & SIDA

En 2005, alertés par des offres de rôles porno barebacks, nous ouvrons le dossier Porno et sida. L'industrie du X gay n'a rien appris de cette épidémie qui a décimé la communauté. Pire, le cynisme dont ils font preuve ne connaît comme seule limite que le bruit d'un tiroir-caisse plein. Ils se moquent de la portée désastreuse de leurs productions. Outre l'influence des films porno bareback sur la sexualité, il en va également du devenir des acteurs et actrices qui prennent des risques importants. On ne cessera de le répéter : le sexe non protégé entraîne un risque de transmission du VIH, des hépatites virales, de la syphilis, des gonorrhées (« chaude pisse »), des condylomes (« crêtes de coq ») et autres infections sexuellement transmissibles.

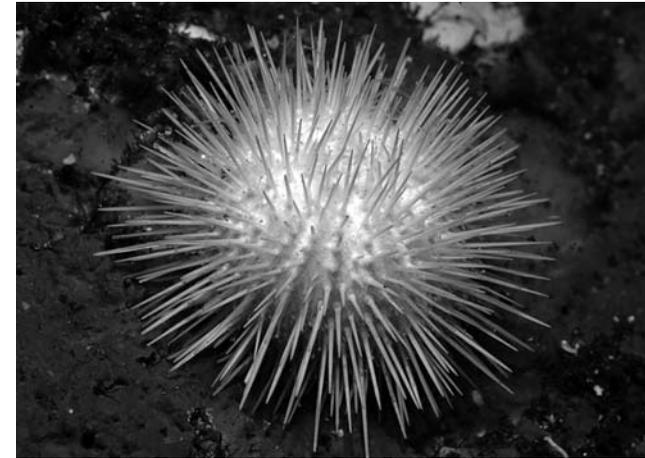
En février 2006, à notre demande, le CSA, par la voix de son président Dominique Baudis, adressait un courrier aux chaînes diffusant des programmes à caractère pornographique (dits de catégorie 5), leur demandant de ne diffuser que des films tournés avec préservatif. Notre objectif est d'obtenir à terme que seuls des films assurant une protection optimale des actrices et des acteurs soient autorisés à la diffusion. Act Up-Paris est une association prosexe, elle défend le plaisir sexuel, le droit à une sexualité épanouie et libérée. Mais libérée ne veut pas dire inconsciente. Il s'agit ici de mettre en relief l'enjeu de santé publique que représente la prévention dans la pornographie, premier vecteur d'imagerie sexuelle. Nous revenons dans ce dossier sur le phénomène bareback dont l'ampleur est croissante sur le marché du porno ; sur les droits des acteurs et des actrices et la discrimination dont certains sont victimes.

L'industrie de la pornographie doit prendre ses responsabilités.

Face à la réalité de la pandémie et à sa dynamique catastrophique, tant en France que dans le monde, nous diffusons aujourd'hui cette tribune signée par des acteurs et actrices du porno pour appeler l'ensemble de l'industrie du X à plus de responsabilité.

Les films X tournés sans préservatifs sont de plus en plus nombreux. Ils représentent aujourd'hui 35 % du marché gay et plus de la moitié des productions hétérosexuelles. Le bareback, qui valorise la baise sans capote, envahit internet et les rayons des sex-shops homos, alors même que la communauté gay a été historiquement exemplaire sur les questions de prévention. Le milieu hétéro, faute d'une véritable communauté luttant contre le sida, n'a jamais été massivement préoccupé par ces problèmes : on n'y trouve pas forcément d'apologie de la prise de risque, mais l'indifférence face au sida a les mêmes conséquences que la diffusion du bareback chez les gays.

Quelles que soient les différences entre le porno homo et hétéro, la présence massive dans les catalogues de films non safe met en danger les actrices et les acteurs, et témoignent d'un manque de respect flagrant vis-à-vis du public.



La mise en danger des actrices et des acteurs

Des rapports non protégés mettent en danger directement les actrices et les acteurs. Tourner une scène sans capotes, c'est filmer, potentiellement, une scène de transmission du VIH, ou d'une autre infection sexuellement transmissible. En conséquence, il est difficile de ne pas se sentir mal à l'aise à la vue de jaquettes estampillées « bareback », avec des accroches telles que « ces minets sont gourmands de foutre ». Gourmands de foutre... et du sida aussi peut-être ? Avec tout ce qui va avec, fatigue, effets indésirables des traitements et maladies opportunistes ?

Ce malaise, ni les distributeurs, ni les producteurs ne semblent le ressentir. L'efficacité financière est au cœur de leurs préoccupations, quitte à oublier la protection qu'ils doivent aux actrices et acteurs. Certes, on peut toujours avancer, comme le font certains défenseurs des vidéos non protégées, l'argument de la liberté individuelle des actrices et des acteurs, ou prétexter qu'après tout, ces derniers engagent leur seule responsabilité dans la prise de risque. C'est oublier un peu vite que les bases de la prévention ne sont pas connues également par toutes, et que bon nombre de personnes peuvent ne pas se sentir concernées par le risque du VIH/sida. C'est oublier aussi que la précarité peut pousser des personnes à accepter des conditions de travail très dangereuses.

De nombreux producteurs savent bien utiliser cette précarité pour faire prendre des risques à leurs modèles. Certains, dans le milieu gay notamment, paient pour des scènes non protégées des cachets jusqu'à 10 fois supérieurs à ceux d'un tournage safe. D'autres profitent de la délocalisation des productions dans les pays de l'Est ou du Maghreb. Le droit du travail y est moins regardant, le salaire proposé représente l'équivalent d'une petite fortune locale, les campagnes de prévention y sont insuffisantes et le sida encore souvent tabou. Tout cela se

conjugue pour pousser des actrices et des acteurs à tourner sans capotes. Ces personnes, si elles sont contaminées, ne bénéficieront pas de la même prise en charge qu'en France. Il est bien à craindre qu'elles paieront de leur vie la somme reçue. Nous ne l'acceptons pas.

Nous refusons enfin tout autant la pratique qui consiste à exiger un test de dépistage régulier aux actrices et acteurs. Il ne s'agit en aucun cas d'une mesure de prévention – tout juste d'une disposition pour couvrir les producteurs vis-à-vis de leur assurance en cas de test positif. Jamais le dépistage n'a protégé du sida. Utilisé ainsi par les producteurs, il est avant tout un outil d'exclusion et de stigmatisation des personnes séropositives, dont on ne voit pas pourquoi, pour peu que les scènes soient protégées, elles seraient exclues des tournages.

La mise en danger des actrices et des acteurs doit cesser. Si l'ensemble de l'industrie pornographique, en dehors des productions qui sont ou ont pu rester exemplaires, continue ainsi d'exposer ses employéEs à des risques mortels, elle devra en assumer la responsabilité : devant les médias, les tribunaux, comme cela s'est déjà produit aux Etats-Unis en 2004 et devant son public.



Le mépris pour le public

Les promoteurs des vidéos non protégées rejettent la responsabilité du marché sur la seule demande. Comme si l'offre ne déterminait pas les envies du public. Comme si à force de répéter sur les jaquettes que le sexe sans capote est plus naturel, plus désirable, plus excitant, le public n'était pas incité à acheter des vidéos non protégées.

Mais quand bien même la vision simpliste des partisanNEs du bareback serait justifiée, quand bien même ce serait la seule demande qui serait en cause, qu'est-ce qui empêche unE producteurRICE ou unE diffuseurE responsable de ne pas répondre à cette demande ?

Protéger les parts d'un marché qui repose sur la mise en danger de personnes et la banalisation de l'épidémie n'a rien de glorieux. Il est de la seule responsabilité des producteurs et des diffuseurEs de dire à leur public : « Le fantasme du sexe sans capote restera à l'état de fantasme, nous ne pouvons faire assumer un tel risque à nos acteurRICEs, la réalité du sida et les responsabilités que nous avons vis-à-vis de vous nous en empêchent ». C'est aussi simple que cela. La preuve en est que des producteurRICEs ont su dire non à ce marché et refusent de se soumettre à la soi-disant pression de la demande bareback. Si eux ont pu le faire, qu'attendent les autres pour agir de même ?

C'est pourquoi nous demandons : aux producteurs de vidéos non protégées d'en cesser la réalisation ; et aux diffuseurs de ne plus vendre des films barebacks. Une industrie du porno qui ne respecte ni ses modèles, ni son public, ne mérite pas d'être défendue. Elle doit s'attendre à voir ses responsabilités dénoncées. Nous, qui travaillons dans le porno, ou qui en sommes usagerEs, attendons de l'industrie du X qu'elle valorise le plaisir safe, qu'elle rappelle aux spectatrices et spectateurs que capote et jouissance vont ensemble et qu'elle se mobilise contre le sida. La maladie, le sida et la mort ne nous excitent pas. Nous aimons le sexe, nous aimons la vie.

Signataires : Brigitte Lahaie, Ovidie, Estelle Desanges, Helena Karel, Mathieu Mallet, Loïc Luke, Carla Nova. Avec le soutien d'Act Up-Paris et de Couples Contre le Sida.

Des studios Replay à Pink TV un relapse qui n'en finit pas de se généraliser

Les tout premiers films bareback français de la décennie 2000 sont à attribuer aux studios Replay, qui en proposent, dès 2001, plus ou moins sous le manteau, sous forme de vente par correspondance. Aujourd'hui c'est Pink TV qui diffuse des films X datant d'avant l'épidémie avec des acteurs morts du sida depuis. Triste histoire.

Les brochures étaient envoyées à une liste de clients et aucune publicité n'était réalisée au niveau communautaire. Le texte des brochures est explicite : « dans son nouveau film, le studio Replay ne propose plus de solos, seulement des scènes de baise prises sur le vif où



une salope suce et se fait tirer par des racailles hétéros. La salope avale le foutre et se fait niquer sans capote... ». Les studios Replay n'ont aucune existence juridique. Il s'agit d'une production-vitrine dont on n'arrive jamais à retrouver les coordonnées ni les données commerciales. Et pour cause : il n'y en a pas. Les personnes qui sont derrière souhaitent se protéger et ne pas apparaître en premier plan. Et qui se cache derrière les studios Replay ? Les films Lagrange, aujourd'hui décomplexé, vend en son propre nom du sans capote. Il en va de même pour le label Tiger prod : c'est la société New Deal, domiciliée à Bordeaux, qui en tire les ficelles. Des scènes sont tournées au Maghreb sans capote et sont ensuite récupérées par New Deal qui les maquette et les grave sur support DVD. La jaquette est estampillée « 100 % bareback » sous le label Tiger prod, une société inexistante juridiquement.

A l'heure actuelle, le marché du bareback gay n'est plus confidentiel. Il représente environ un tiers des ventes d'IEM (l'un des principaux vendeurs de porno gay), et est omniprésent sur

Internet. Il devient légion sur le marché américain, où des productions bareback sont rapidement apparues, comme HDK (*Hung Hotel, Making Gay Porn*), SX Video (*Cum eating with Allan Gregory, Locker Room Eater*) ou *Bareback Blue Picture*, productions dont les titres sont d'ailleurs en vente sur le site d'In'exes, la société de diffusion de New Deal Production (qui est la maison mère). Même Pink TV, censée avoir un minimum de responsabilité vis-à-vis de la communauté LGBT

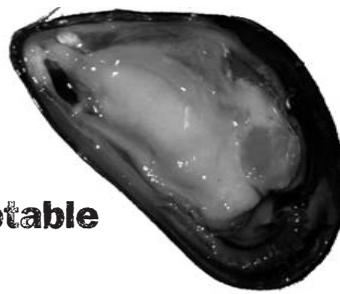
décimée par l'épidémie de sida, a déjà diffusé trois films tournés sans capotes, sous le prétexte du vintage (films d'époque, datant des années pré-sida) : *Giant splash shots, Jet striker classic et The other side of Aspen*. A noter que *Giant splash shots*, des studios Falcon, date de 1987, soit après l'identification du virus du sida en tant qu'infection sexuellement transmissible et la recommandation officielle du port du préservatif pour s'en prémunir.

ratif pour s'en prémunir.

« Vintage » signifie « d'époque » et donne un caractère historico-artistique au film. Comme si nous allions croire que l'aspect artistique et culturel de la rediffusion de films anciens, avec certes des acteurs aux cheveux longs, constituait le motif principal du choix de leur programmation. On sait que c'est en fait la réponse toute commerciale qui est faite à la forte demande pour un contenu porno sans capotes, que les films aient été réalisés hier ou il y a dix ans. Ainsi que le précise Ludovic Pelletier, gérant de la production Blue4x et de son site afférent, www.menoboy.com/ « un film gay avec les mêmes décors, le même scénario et les mêmes acteurs mais tourné sans capotes se vend quatre fois plus qu'une fiction avec préservatifs ». Et Richard Phal, PDG de Concorde Films, d'ajouter : « si [le sans-capote] est spécifié sur la couverture du DVD par exemple, les ventes augmentent de 30 % ». Voilà donc pourquoi, MM. Pelletier, Phal et Lagrange se sont penchés sur le bareback, avec une morale plutôt consternante.



Le marketing bareback, ou comment rendre acceptable l'innacceptable



Impossible de ne pas le remarquer : aujourd'hui le bareback ne se cache plus. Il fut un temps où les films sans capote se trouvaient en bas des rayonnages ou sur des sites dissidents. Maintenant, des collections entières de films au marketing très ciblé et très visible sont mises en vente de façon décomplexée par les principaux distributeurs.

Dans les sex-shops gays, comme dans ceux à dominante hétéro qui réservent un espace à la production homo, les films barebacks n'ont pas encore la majorité numérique, mais sont parmi les DVD les plus visibles, c'est-à-dire ceux qui sont présentés face apparente. Ils représentent une proportion de 1/10 à 1/3, selon les lieux visités (IEM les halles, IEM Saint Maur, IEM Saint Lazare, IEM Le Marais, Manstore, Boxxman, Concorde Place d'Italie, Projection vidéo rue des lombards, Vidéovision, et divers sex-shops rue Saint Denis). Cela tient à ce que le bareback n'est plus seulement une caractéristique parmi d'autres d'un film donné, mais le premier argument de vente, revendiqué comme tel. Certains studios déclinent ainsi plusieurs longs métrages, qui apparaissent au sein d'une collection dont l'unité est repérable à un mot (comme *BARE* ou *RAW*), qui apparaît en gros en haut de la jaquette.

Dans les mêmes séries de films, on trouve aussi en couverture un pictogramme représentant une capote barrée et entourée en rouge, accompagné de la mention «condom free». Un peu comme les yaourts 0% de matière grasse, dont la publicité se fonde plus sur cette absence de mauvais cholestérol que sur le goût ou la composition. On propose en quelque sorte au public gay des films allégés en latex.

Le bareback se présente ainsi sans complexe comme s'il était le «bio» du cul. Ce qui est déjà en germe dans le terme lui-même. «*Bareback* » c'est littéralement la montée à cru, l'évocation d'une vie rude et naturelle. Le terme est souvent utilisé directement, ou alors par l'abréviation *bare* (nu) dans les titres des productions. Le champ lexical décliné dans les slogans que l'on trouve sur les DVD sans capote se concentre ainsi la plupart du temps sur la nature, la pureté, la simplicité. Une collection s'appelle *raw* (brut), un film *Direct Deposit*, etc. Et on n'a pas échappé, bien entendu, à «*Bareback Mountain* ». Ces thèmes sont combinés parfois avec celui de la jeunesse (les producteurs apprécient particulièrement les jeunes d'Europe de l'Est) ou même de porno hard, comme si le bareback, au même titre que le fist ou le bondage, était un degré supplémentaire dans le fantasme.

Les distributeurs de films X, qui assurent se soucier de la santé de leur public et de celle des acteurs, en font leur principal argument pour ne pas «laisser de côté» la production bareback : ce n'est qu'un fantasme et il ne faut pas l'imiter. Ils ont raison si on reste en surface : on voit Superman voler dans les films mais il ne faut pas essayer de se lancer du haut de son balcon pour aller acheter un litre de lait à la supérette. Sauf que *Superman* est réalisé avec des trucages. De même, il n'est pas sûr qu'un autocollant «*le bareback tue*», que l'on rencontre parfois, avec la même typographie que le célèbre avertissement contre le tabac sur les paquets de cigarettes, soit vraiment une preuve de la prise en compte de l'étendue des contaminations et de la gravité des conséquences immédiates qu'elle entraîne.

Toute cette hypocrisie dissimule mal la véritable raison de la présence du bareback dans les magasins, catalogues et sites Internet d'IEM, Menstore, Concorde, etc. (mettre la liste complète) : le sans-capote est devenu une niche marketing très rentable, et souvent une rubrique dans les catalogues (mettre un exemple) lui est complètement consacrée. Assumons le procès d'intention : est-ce qu'on n'en viendra pas bientôt à nous expliquer que le risque c'est la vie, et que pour faire du business, il faut en prendre (des risques) dans le monde de concurrence dans lequel on se trouve, et autres arguments ressassés ? L'invisibilité de l'épidémie de sida est un corollaire du phénomène bareback dans le porno : qui se préoccupe de savoir si les vidéos avec capote deviendront peu à peu invendables, parce que le public ne voudrait pas d'un rappel même subliminal de l'existence de cette maladie ? Si des pédés continuent à bander en voyant des jeunes tchèques se contaminer sous leurs yeux, n'est-il pas de la responsabilité des diffuseurs - et de la communauté - de dénoncer ces vidéos ?

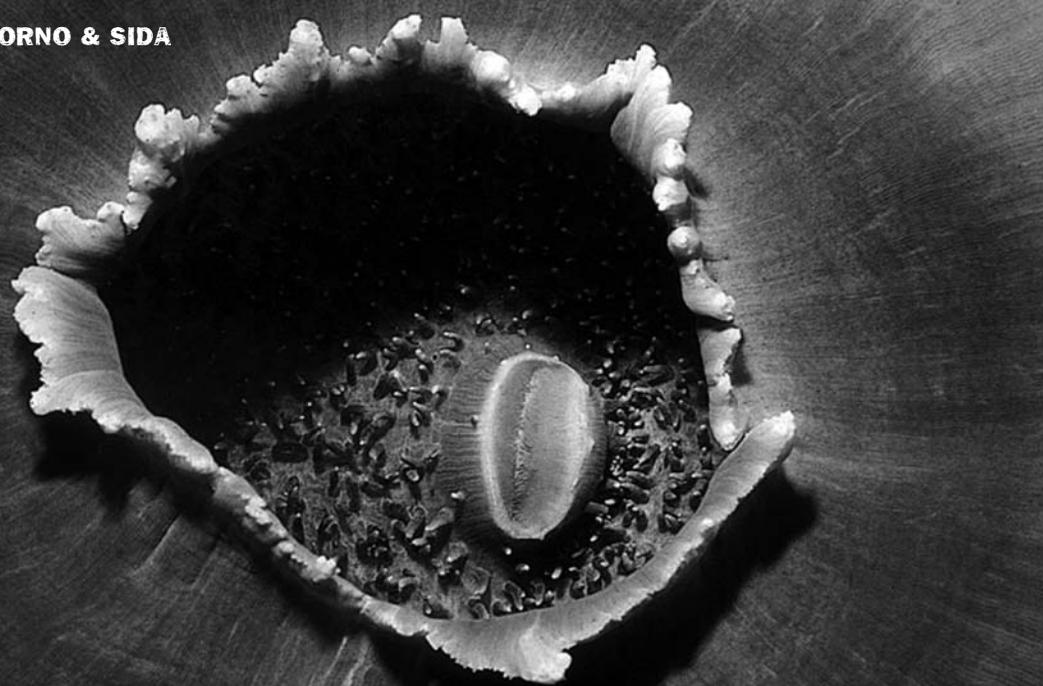
La question de la fellation

Il faudrait que non seulement les pénétrations anales et vaginales soient protégées, que les éjaculations buccales n'aient plus cours, tant dans le porno gay que dans le porno hétéro (où elles sont légions), mais aussi que la fellation soit pratiquée avec préservatif.

D'après le rapport 2003 de l'Agence de santé publique du Canada, la probabilité de transmission du VIH lors d'une fellation passive non-protégée entre hommes, avec éjaculation, est de 0,04 %, ce qui est, reconnaissons-le, une probabilité faible. Pour autant, chaque situation est particulière et le contexte de l'actorat peut créer des situations à risque comme en témoigne Karim, acteur porno : «*dans une scène bi, la partenaire féminine, prise dans le rôle de domination qu'on lui demandait, a si violemment agité ma tête sur le sexe du garçon que j'ai fini par me retrouver avec un peu de sang dans la bouche, ayant très légèrement, et par inadvertance, fini par écorcher le sexe du partenaire masculin* ». Or l'acteur actif dans la fellation a très bien pu, deux jours avant, pratiquer une sodomie non-protégée dans un établissement de consommation sexuelle avec un partenaire faisant partie des 15 à 20 % d'homosexuels séropositifs en France.

Le problème qui se pose est également celui de la suppression à la source des risques professionnels évitables. Le risque de 0,04 %, augmenté dans un contexte de surenchère du hard (ce que montre le témoignage précédent), est un risque réel pour les actrices et les acteurs, et évitable par le port du préservatif. En la matière, l'employeur a une obligation de résultat, comme le stipule la Convention du Bureau International du Travail de 1974, ratifiée par la France en 1994, ainsi que la directive européenne 89/391/EEC, transcrite en droit français par décret en 2002. Il s'agit d'une question de droit du travail et l'on ne voit pas pourquoi l'industrie du porno serait au-dessus des lois.





La trop longue liste des actrices et des acteurs porno mortEs du sida

Que ce soit dans le porno gay ou le porno hétéro, le sida est une réalité qui continue encore aujourd'hui à tuer des acteurs et actrices. Voici une liste établie à partir des données issues de plusieurs sites internet*, données vérifiées, recoupées et complétées.

Pink TV diffuse des films datant de la fin des années soixante-dix/ début des années quatre-vingt. Il s'agit de films pornos gays, tournés sans préservatifs et majoritairement américains. Les films français de l'époque sont à attribuer à Jean-Daniel Cadinot (*Tendres adolescents, Stop et Hommes de chantier* datent de 1980). L'épidémie de sida n'était alors pas officiellement déclarée comme maladie sexuellement transmissible.

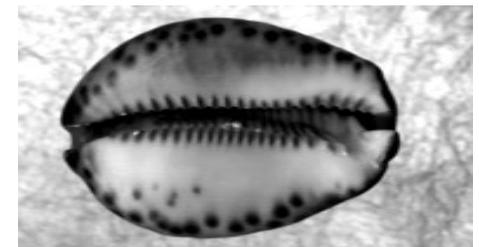
Dans l'ignorance de l'infection et de ses modes de transmission, des acteurs ont ainsi été contaminés sur leur lieu de travail et sont morts du sida quelques années plus tard, sur toute la décennie quatre-vingt et après. Act Up-Paris refuse aujourd'hui la rediffusion de ces films, qui remet au goût du jour des pratiques à risque et fait fi du parcours tragique des acteurs. A l'heure où nous écrivons ces lignes, nous apprenons que le 12 juin 2006, à 0h15, Pink TV programme *Cruisin' : Men on the Make*, réalisé sans capotes par les studios Falcon en... 1988, avec comme accroche de la chaîne : « à l'heure où le safe sex n'était pas encore de mise, les hommes de Falcon, très chauds et sensuels, étaient les héros de quatre histoires différentes ». Ce commentaire est non seulement mensonger, puisqu'en 1988 le sida était bien avéré et le port du préservatif déjà largement répandu pour s'en prémunir, mais il a ceci de pervers qu'il présente la période précédant la prévention comme un Eldorado.

Sauf qu'à propos d'Eldorado, comme le montre la liste ci-dessous, deux des acteurs du films sont morts du sida, Jim Moore, l'année même du tournage et Jake Corbin, quatre ans après.

www.rame.net/faq/deadporn/
<http://models.backpuppy.com/archive/charon.htm>
www.answers.com/topic/list-of-hiv-positive-people/



- Keith Anthoni (1952-1991)
- Tex Anthony (dates inconnues)
- Keith Ardent († 1992)
- Ben Barker (1951-1995)
- Scott Bond († 1993)
- Brad Braverman († 1996)
- Tony Bravo (1958-1990)
- Jeremy Brent († dans les années 1980)
- Arthur Bressan, Jr (1943-1987)
- Chris Burns (1958-1995)
- Luc Colton (1959-1993)
- Dave Connors (dates inconnues)
- Jake Corbin (1963-1992)
- Steven Craig (1958-1990)
- Pierce Daniels (1958-1995)
- Mike Davis († 1986)
- Johnny Dawes (1955-1989)
- Morelle DeKeigh († 1994)
- Lisa de Leeuw (1958-1993)
- Ken Diamond (dates inconnues)
- Melchor Diaz († 1995)
- Glenn Dime († 1992)
- Ed Dinakos (1954-1994)
- Geoffrey Karen Dior (1967-2004)
- Casey Donovan (1943-1987)
- Jim Ed Thompson (1946-1988)
- Nick Elliot (1942-1991)
- Lon Flexx (1965-1995)
- Mason Flynt († 2002)
- Brett Ford († 2001)
- Roy Garret (1955-1992)
- Harold Harris Gates († 1991)
- Gordon Grant († début des années 1990)
- Matt Gunther (1963-1997)
- Ryder Hansen (1957-1989)
- Rydar Hanson (dates inconnues)
- Bill Harrison (1947-1991)
- Kyle Hazzard († 1988)
- Bill Henson († 1990)
- Chuck Holmes (1945-2000)
- John Holmes (1944-1988)
- Kurt Houston (1964-1997)
- Thom Katt (dates inconnues)
- Steve Kennedy († 1997)
- Jim King (1955-1986)
- J.W. King (1963-1995)
- Jesse Koehler (1957-1988)
- Tim Kramer (1958-1992)
- Chris Ladd (1960-1990)
- Lance (1962-1991)
- Lei Lani († 1993)
- Robert Latourneaux († 1986)
- Jeff Lawrence (1950-1994)
- Richard Locke (1941-1996)
- Clint Lockner (1943-1993)
- Steve Loignon (dates inconnues)
- Luke (1959-1989)
- Luky Luc (1951-1992)
- Craig Markle († 1993)
- Val Martin (dates inconnues)
- Beau Matthews († 1986)
- Lisa Melendez († 1999)
- Jim Moore (1961-1988)
- Wade Nichols († 1985)
- Scott O'Hara (1961-1998)
- Sparky O'Toole (1967-1999)
- Al Parker (1952-1992)
- Ron Pearson (1959-2001)
- Paul Pellettieri († 1993)
- Jaap Penrat (dates inconnues)
- Brad Peters (1958-1994)
- Christopher Page (1948-1991)
- Tyler Regan († 1993)
- Johnny Rey († 2006)
- Lee Richards (1951-1985)
- David Rockmore († début des années 1990)
- Nick Rogers (dates inconnues)
- Zeff Ryan († 1992)
- Lee Ryder (1959-1991)
- Jeremy Scott († 1994)
- Joe Simmons (1959-1995)
- Bob Shane (1961-1987)
- Jason Steele (1950-1995)
- Glenn Steers (1958-1994)
- Marc Stevens († 1989)
- Eric Stone (1959-1996)
- Eric Stryker (1954-1988)
- Scott Taylor (1954-1994)
- Steve Taylor (dates inconnues)
- Chet Thomas (1959-1997)
- Kip Tyler († 1995)
- Marco Vassi (dates inconnues)
- Chuck Vincent († milieu des années 80)
- Frank Vickers (1948-1991)
- Darryl Weld (1965-1991)
- Chris Williams (1967-1991)
- Joey Yale (1949-1986)



Droits des actrices et des acteurs



La protection de la santé est un droit élémentaire auquel peut prétendre toutE employéE et qui incombe à l'employeurSE, eU égard au Code du travail. Les tournages réalisés sans préservatifS font prendre des risques considérables aux actrices et aux acteurs en termes de transmission des IST, dont le VIH/sida.

Deux arguments sont utilisés par les productions pour tenter de se dédouaner.

- Le premier est celui de la responsabilité individuelle. Les acteurRICES, conscientEs des risques pour leur santé, choisissent en toute liberté de les courir. Mais cette liberté est très relative : les cachets plus élevés proposés par les productions, la rareté des tournages et la faiblesse de l'offre maigre face à la demande des acteurs qui ont besoin de gagner leur vie peuvent pousser à accepter ces conditions. Face à la pression financière et à l'instabilité de son statut (« *il y en a dix qui attendent après toi* »), unE employéE est rarement en position de force devant unE employeurSE. De surcroît, les bases de la prévention et les risques associés à chaque pratique peuvent très bien ne pas être connus des acteurRICES, compte tenu notamment des budgets moribonds alloués à la prévention du VIH/sida.

- Le second est hautement discriminatoire et inefficace : il s'agit de sélectionner les actrices et les acteurs en fonction de leur statut sérologique en demandant un test VIH (sérotriage). C'est ce qu'assume Stéphane Moussu (Clair Production) dans le dossier du magazine Têtu du mois de novembre 2005 intitulé *Voyage au cœur du porno gay français* : « *j'ai refusé d'engager un modèle magnifique (il a fait deux jaquettes) le jour où je l'ai rencontré, car il n'avait pas son test. Il était hors de question pour moi de faire prendre un quelconque risque aux autres acteurs. Nous avons travaillé avec lui par la suite... et je peux toujours me regarder dans la glace.* » Sauf qu'entre l'instant de la contamination et sa détectabilité par les tests, une période (fenêtre) de séroconversion de plusieurs semaines existe. Il est probable que l'acteur dont parle M. Moussu ait présenté un test négatif tout en étant séropositif, parce que ce test a été effectué au début de sa séroconversion. Dans ce cas, tous ses partenaires risquent également d'être contaminés. S'ils sont tchèques ou lettons, comme c'est souvent le cas chez Clair Production, parviendront-ils à assurer le prix d'un traitement à vie avec le cachet reçu ? On peut légitimement en douter. Avec l'usage du préservatif, toutes les acteurRICES peuvent se porter candidat, séropositifEs comprisES.

La fenêtre de séroconversion n'est pas un concept médical désincarné, et concerne aussi la pornographie. Elle le fut hautement en 2004 aux Etats-Unis lors de la fameuse affaire californienne, où les deux sociétés de films pornos hétéros Evasive Angles et TTB Production ont été condamnées par le State Division of Occupational Safety and Health à verser 30 000 dollars d'amende.

Le magazine américain *Weekly* du 23 septembre 2005 rapporte que trois actrices et un acteur ayant eu des relations sexuelles non-protégées lors de tournages ont été diagnostiquéEs séropositifVES.

Les dates sont ici particulièrement importantes. On sait qu'aux Etats-Unis, les actrices et les acteurs sont très régulièrement soumis à des tests de dépistage. L'acteur en question, Darren James, a été diagnostiqué négatif le 12 février 2004 ainsi que le 17 mars 2004, puis positif le 9 avril. Entre le 12 février et le 17 mars, il s'est rendu au Brésil pour y tourner plusieurs films sans préservatifs. Sur place, il a eu des symptômes de la grippe, qui ont disparu autour du 10 mars 2004, avant son retour en Californie. A son retour, l'acteur a tourné avec treize actrices : il y a été autorisé car son dernier test, datant du 17 mars, était négatif. Par la suite, trois de ces actrices ont été diagnostiquées séropositives, respectivement les 13 et 25 avril et le 5 mai. Celles dépistées les 13 et 25 avril ont tournées sans préservatifs avec l'acteur le 24 mars, la troisième le 30 mars. En date du 20 mai, Darren James a indiqué ne pas avoir eu de relations sexuelles en dehors des tournages depuis le 12 février.

Ainsi, suite à sa propre contamination très certainement au Brésil, les symptômes de la grippe révélant en fait une primo-infection, l'acteur a contaminé trois de ses partenaires, parce qu'il était séropositif en période d'incubation, bien que diagnostiqué séronégatif par le dernier test précédant les tournages. La période de non-détectabilité de l'infection était d'au moins 8 jours et d'au plus 50 jours. Le dépistage comme prévention du sida auprès des acteurRICES est donc non seulement discriminatoire mais inefficace, pouvant conduire, comme sur l'exemple américain, à la contamination de trois actrices et d'un acteur, chiffre qui aurait pu inclure les 10 autres actrices avec lesquelles l'acteur, a tourné sans préservatifs durant la deuxième quinzaine du mois de mars. Sans compter les acteurs avec lesquels ces 10 actrices ont pu tourner durant leur propre période d'incubation, et/ou leurs partenaires privéEs éventuelLES.

Après cette affaire, les responsables de la santé du comté de Los Angeles ont écrit à 400 producteurRICES et réalisateurRICES pour demander que les actrices et acteurs utilisent systématiquement le préservatif. Mais l'industrie du X américaine n'a pas jugé bon de suivre ces recommandations. Elle a fait mieux : suite à l'annonce de la séropositivité de deux acteurs pornos, les 60 actrices ayant eu des rapports sexuels avec ces deux acteurs ont été mises en quarantaine et dépistées. Les résultats des tests ont révélés que trois actrices parmi les 60 étaient séropositives. Les cinq actrices et acteurs ont alors été congédiés et, le scandale retombé, les tournages, toujours sans préservatifs, ont repris comme si de rien n'était.

La situation en France

Pour que soit respecté le droit à la santé des actrices et des acteurs, l'idée d'imposer une visite médicale obligatoire semble particulièrement pertinente, si bien-sûr les impératifs élémentaires de prévention sont pris en considération lors de ces visites.

En effet, les intermittentEs du spectacle que sont les acteurRICES pornos sont salariéEs en contrat à durée déterminée et, de fait, devraient être soumisES à une visite annuelle auprès de la médecine du travail. Les producteurRICES/employeurSEs devraient donc, soit faire passer la visite sous leur contrat, soit s'assurer que les salariéEs l'ont passée peu avant (dans les 6 mois) chez unE autre employeurSE. Or, si l'employéE déclare travailler dans la pornographie au médecin du travail, celui-ci doit alors noter sur la fiche de visite la mention « *Apte avec port du préservatif* » et dès lors, si les producteurRICES imposent le non-port du préservatif comme condition de tournage, ils se placent dans une situation très dangereuse. En cas de contamination et en raison de la visite médicale, l'acteurRICE contaminéE peut les poursuivre devant le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale et devant le Conseil des Prud'hommes (jurisprudence récente qui l'autorise), soit deux indemnités à payer, qui s'ajoutent à l'indemnité de licenciement pour inaptitude. De quoi réfléchir à deux fois pour les productions avant de lorgner vers le bareback.

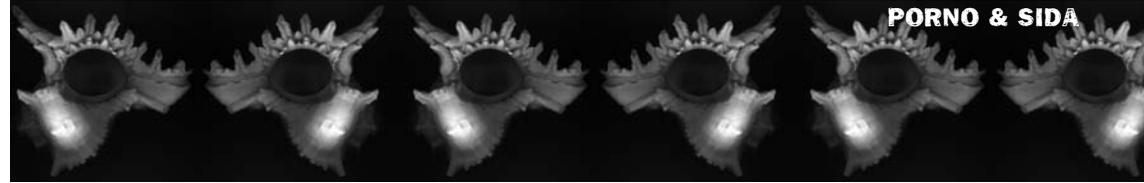
Outre le droit à la protection de leur santé et à la non-discrimination en fonction du statut sérologique, les acteurRICEs de la pornographie sont des intermittentEs du spectacle comme les autres et doivent bénéficier, de fait, des mêmes droits.

D'un point de vue administratif, il s'agit de signer un contrat de travail à durée déterminée en deux exemplaires, dont un leur est remis, de recevoir un certificat de travail, une attestation Assédic et le feuillet bleu (chèque) des Congés Spectacles, qui leur ouvre le droit à la perception d'une indemnité qui vient pallier le caractère aléatoire et ponctuel des tournages. De plus, l'employeurSE assujettie au régime de la Caisse des Congés Spectacles est « tenu de procéder à l'immatriculation du salarié qui n'y est pas encore inscrit », sachant que sont tenuEs d'adhérer à la Caisse « tous les entrepreneurs de spectacles, les sociétés de production cinématographique, de production et de communication audiovisuelles, qu'ils et elles exercent leur activité à titre principal ou accessoire et quelle que soit leur forme juridique » (Les Congés Spectacles, notice d'Information des Intermittents, juillet 2004). Les producteurRICEs pornos sont donc pleinement concernéEs par ce règlement. Pourtant, rares sont celles et ceux qui inscrivent les nouveauxELLES arrivantEs. Ceci alors que la rotation des acteurRICEs est importante, surtout dans les productions européennes qui, contrairement à leurs homologues américaines, privilégient les nouvelles têtes plutôt que le « star system ». De fait, nombreuSESx sont les acteurRICEs à ne tourner qu'une ou deux fois et à connaître leur première expérience cinématographique avec le porno et donc probablement à ne pas avoir été immatriculéEs. Globalement, le paiement au noir avec signature d'un contrat pour toute formalité est fréquent.

Précisons toutefois que cette pratique est surtout répandue lors des tournages de « gonzos » (films à petits budgets), diffusés sur Internet ou le câble sous forme de scénettes improbables, et bien moins dans les productions de DVD et les longs métrages pornos hétéros. Encore faut-il aussi que les actrices et les acteurs connaissent un minimum leurs droits ou disposent d'unE bonNE agentE, ce qui n'est hélas pas forcément le cas.

En France, les productions de gonzos sont des PME qui ont bien souvent des difficultés à joindre les deux bouts. Créer un site pornographique est souvent le miroir aux alouettes de bénéfices faciles pour des apprentiEs-entrepreneurSEs, ou une simple tentative d'échapper à une situation socio-économique misérable, notamment dans le cadre de la pornographie amateur. Mais les revenus restent faibles car l'offre est pléthorique et le marché français étroit ; l'échange gratuit de fichier accentue également les difficultés. La démocratisation de la pornographie gay dans l'hexagone s'est opérée il y a une dizaine d'années. Avant, un monopole était tenu par un certain Jean-Daniel Cadinet, qui demeure une référence. Ce boom du porno gay s'est traduit par une multiplication des productions qui ont resserré les marges bénéficiaires. Concrètement, un site Internet porno gay, par exemple, nouvellement créé, rapporte difficilement plus de 1 000 € par mois. Si un acteur est payé 100 € en étant déclaré, il revient à la production à quasiment 200 €. On voit qu'au bout de deux scènes, l'une tournée avec deux acteurs, l'autre avec trois, le chiffre d'affaire sert à payer uniquement leur salaire. Le producteur n'est pas rémunéré sur le mois et doit payer de sa poche l'hébergement du site et les éventuels décors. La solution pour la production consiste donc souvent à ne pas déclarer les acteurs ou à ne déclarer qu'une partie de leur cachet (45 € en général).

Ceux qui s'en sortent sur la toile ont des sites très étoffés à multiples rubriques et une grande offre de vidéos en stock, ou alors ce sont des sites sur un créneau porteur et très spécialisé (par exemple Cité Beur), ou ceux de stars de grandes productions qui ont créé leur site et fidélisent leurs clientEs-admirateurRICEs.



Rencontre avec Steve Paris

Steve Paris a débuté sa carrière en 2003 chez Stéphane Berry dans *Plaisirs Multiples* et a enchaîné les tournages, avec HPG, Cité Beur, Studio 8 et d'autres productions. Son regard bleu accrocheur et un fessier qui vaut le détour ont catalysé son ascension. Après 3 ans d'une activité diversifiée, il porte un regard lucide sur un milieu « pas toujours rose ».

Quelle a été ta motivation pour commencer ce métier ? Qu'est-ce qui t'a attiré ?

La motivation qui m'a poussé vers ce métier a été l'excitation d'une nouvelle expérience, et ce qui m'a attiré a été la curiosité de voir mon propre corps à l'écran.

Est-il arrivé qu'un producteur ne te paie pas une (ou plusieurs) scène(s) et t'es-tu déjà senti abusé par une production et, si oui, dans quelles circonstances ?

Il m'est bien arrivé une fois de ne pas me faire payer, non pas une, mais deux scènes, pour la simple et bonne raison que le producteur avait décidé après le tournage que ce moment n'était pour lui qu'un bout d'essai. Un peu gros quand même : je n'ai reçu que 100 € pour trois scènes au total. J'ai bien fait une réclamation mais la seule réponse que j'ai pu obtenir a été que le producteur avait le droit de faire ce que bon lui semble. Également dans la même production, en plus d'avoir été berné sur le cachet, ce même producteur m'a forcé à prendre du Viagra®, sous prétexte qu'il avait peur que je n'assure pas sur le plateau.

Que penses-tu aujourd'hui du statut d'acteur porno (leur situation administrative, le respect de leurs droits, le prix du cachet, etc.) ?

Aujourd'hui, notre statut se résume ainsi : nous nous faisons avoir au niveau de nos droits. Pour ma part je suis reconnu comme intermittent du spectacle. Niveau chèque, salaire, etc., les chiffres sont minces et de plus cela ne compte pas pour la retraite. Ne parlons pas des acteurs reconnus professionnellement : bien qu'ils aient tourné dans de nombreuses productions et acquis une certaine côte de popularité, tous n'ont pas la chance de voir leur cachet augmenté et d'être reconnu autrement qu'à l'écran (!), même en montrant la valeur de leurs talents artistiques.

Comment faire, selon toi, pour stopper le phénomène bareback ?

Très bonne question, je crois que sur Paris il existe déjà des soirées réservées à ce genre de pratiques sexuelles... Les producteurs devraient avoir un peu plus de sérieux en ce qui concerne les maladies sexuellement transmissibles.

Pour quelles raisons as-tu décidé d'annoncer à ton entourage que tu arrêtais le porno ?

Je n'ai pas arrêté le porno, mais il est vrai que j'en ai parlé une ou deux fois autour de moi car je suis dégoûté de constater les abus envers les actrices et les acteurs, que ce soit au niveau purement financier ou administratif. Il est nécessaire de reconnaître que ce métier n'est pas si facile. On peut bien rigoler en se disant que le sexe, ce n'est pas si difficile que ça, alors que cela peut demander énormément de concentration, rien que pour le fait de se mettre dans la peau du personnage. Ce genre de film, en effet, peut aussi comporter des textes et il faut faire abstraction de l'entourage pendant les scènes. Tout n'est pas toujours rose.

Quel a été ton meilleur souvenir de tournage ? Le pire ?

Mon meilleur souvenir a été en Normandie pour le tournage de Stéphane Berry (*pour le film Sex in Normandy*, ndr) et je dois dire que de tourner en plein air normand a accentué ma libido ! Mon pire souvenir, à part celui évoqué à la deuxième question, je cherche encore (rires) !

Je n'y pense plus qu'une fois par jour

Où en est-on des nouvelles molécules ? Que valent les nouvelles formulations et combinaisons ? Pour le moment quelques laboratoires se lancent dans la formulation « once-a-day » (une fois par jour), mais est-ce une voie intéressante pour les malades ? Les avis varient au sein même de la commission Traitements et Recherche d'Act Up. Voici les positions de deux vieux routards réunis pour évoquer ce sujet.

Nous considérerons ici qu'un traitement once-a-day est une combinaison de plusieurs molécules devant être ingérées en une prise unique quotidienne au même moment de la journée, défini comme étant le matin, le midi ou le soir, souvent au moment du repas. Un traitement once-a-day est composé le plus souvent d'une antiprotéase boostée associée à une ou plusieurs autres molécules.

Au tout début de l'arrivée des antirétroviraux, les prises étaient espacées de quelques heures, puis les traitements ont pu être pris en 3 fois par jour. La prise en deux fois par jour a vraiment amélioré la vie des malades. Aujourd'hui, alors qu'une bonne vingtaine d'antirétroviraux sont sur le marché, 8 se présentent en une prise quotidienne. Quatre formules existent, qui associent entre 2 et 3 molécules, dont 2 se présentent en une prise quotidienne. Mais la simplification des traitements, concept à la mode, a naturellement des limites. Certains traitements simplifiés se sont avérés moins efficaces que les thérapies classiques. Et l'oubli de la seule prise de la journée est probablement plus lourd de conséquences que dans d'autres schémas thérapeutiques à deux ou trois prises quotidiennes. Enfin, leur efficacité sur le long terme reste à évaluer... L'objectif donc, c'est l'efficacité pour la survie, pas seulement le confort.

Hugues : rien ne prouve que de réduire le nombre de prises par jour peut améliorer l'observance. Biensûr quand on doit prendre ses traitements 5, 6, 7 fois par jour, le respect des prescriptions ne peut pas être garanti. Ce qui est vrai et prouvé, notamment par les résultats d'études cliniques, c'est que réduire le nombre de prises jusqu'à deux fois par jour est intéressant pour l'observance, mais au-delà, c'est à dire passer de deux prises quotidiennes à une, on ne peut pas l'affirmer. Par ailleurs, quand on interroge les gens sur ce qu'ils veulent, on s'aperçoit que ce n'est pas leur première préoccupation.

Gérald : ça, c'est le discours typique de quelqu'un qui n'a pas de problème d'observance. Si on interroge des gens qui en ont, on a d'autres réponses et d'autres attentes. Une fois qu'on a mis de côté le sujet préoccupant des problèmes d'effets secondaires, on en trouve un autre super important aussi, la notion de culpabilité. Le fait de se sentir coupable de ne pas être observant peut réduire les efforts qu'on a fait pour être acteur de la maladie. En 2000, j'avais déjà choisi le Trizivir®

(zidovudine, lamivudine, abacavir) par facilité, pour un argument lié à l'observance parce que c'était un seul cachet à prendre. Jusqu'à aujourd'hui, à 2 prises par jour, j'étais observant à 85 à 90 %. Mais j'avais la chance de n'avoir qu'une à trois fois par an, une charge virale détectable. Je dis « la chance » parce qu'avec une observance ultra limite, je n'avais pas trop de pics de charge virale ; ces remontées ne dépassaient pas 500 ou 600 copies. Mais ces derniers temps, depuis 12 à 18 mois, ma charge virale est montée ponctuellement à 5 000 copies, de quoi provoquer des résistances. Il fallait donc résoudre ce problème d'observance. L'idée du once-a-day, ce n'est pas une règle, on n'en est encore qu'à la phase pilote, c'est une sorte de pari ; tenter de répondre à des personnes pour qui ce qui a été essayé jusqu'à ce jour n'est pas idéal. Ce qu'on a mis en place peut être efficace pour les deux tiers, le problème c'est que, sur le moyen ou le long terme, on est peut-être en train de fragiliser la pression sur le virus, même si à court terme c'est efficace. Dernier truc, les concentrations en principe actif des once-a-day sont telles qu'elles peuvent permettre l'éventualité d'un décalage, une souplesse horaire, à 2 ou 3 heures près.

Hugues : pour Gilles Peytavin (*Pharmacologue à l'hôpital Bichat, ndlr*), si on prend l'exemple de l'atazanavir (Reyataz®), en cas de surdosage il vaut mieux conserver le Norvir® et diminuer la dose de l'atazanavir plutôt que de supprimer le Norvir®, ça permet d'avoir plus de permissivité. Le problème éventuel du once-a-day se pose aussi de ce point de vue-là. Maintenant, ce n'est pas aussi simple que ça. Tout à l'heure je citais la littérature, mais mon avis c'est que c'est bien qu'on ait des once-a-day parce qu'en terme de mode de vie ça peut aller mieux, mais pour d'autres, ça correspondra moins bien. J'ai le même avis depuis qu'on a des trithérapies ; plus on a de variétés de réponses, plus on satisfait de personnes. Mais il ne faut pas imposer à tout prix des once-a-day à tout le monde. Pour moi, c'est ça l'important : le traitement proposé doit être confortable et correspondre au mode de vie des personnes. Il y a des gens qui ont des horaires de boulot très complexes. Tout le monde n'a pas une vie réglée comme du papier à musique. Le once-a-day pour quelqu'un qui, par exemple, ne dîne pas tous les jours à la même heure, ne conviendra pas. Le once-a-day n'est pas le seul paramètre d'une meilleure observance, même si c'est pourtant intéressant d'en avoir pour adapter le traitement à la personne.

Et puis, on peut aussi se retrouver avec des problèmes de toxicité et le rêve qu'on avait peut se transformer en cauchemar. Il faut arriver à faire des traitements qui correspondent à chaque cas individuel et non pas qui soient le même pour tout le monde.

Gérald : tu fais bien d'en parler parce que ce choix du once-a-day, on l'a depuis un an et demi. Avec la cirrhose, il y a un truc intéressant : les profils hépatotoxiques des formulations qu'on a aujourd'hui en once-a-day sont nettement plus favorables. Pour quelqu'un comme moi, qui étais sous Trizivir®, qui n'avais jamais pris d'antiprotéases mais toujours des nucléosidiques, les études semblaient dire que passer vers les antiprotéases pouvait aider le foie. En regardant parmi les combinaisons les moins contraignantes, il y avait les once-a-day. Mais c'était sans compter les effets secondaires. Entre octobre et mi-décembre, j'ai été gravement secoué par plusieurs effets secondaires dont un rash cutané dû à l'atazanavir. Je l'ai donc payé cher ce choix, mais malgré la claque, j'ai tenu et on a fini par trouver la formule qui a permis de me stabiliser : Telzir® boostée par Norvir® avec Truvada®. Ce qui est incroyable, c'est cette histoire d'hépatotoxicité : sous Trizivir®, j'avais les transaminases à 2 fois et demi la normale (*c'est-à-dire deux fois et demi la valeur normale haute indiquée obligatoirement par le laboratoire d'analyse médicales, ndlr*). J'ai fait une pause pendant 5 mois et, sans traitement, c'est passé à 2 fois la normale, ça a baissé un peu. Avec le once-a-day, c'est carrément revenu à la normale, c'était donc mieux que de ne rien prendre, on a vu ça sous l'angle hépato. Depuis décembre, je suis sous cette combinaison qui va bien. J'ai une prise le soir

et ça va bien le matin. Maintenant, je ne me réveille plus en me disant « qu'est-ce que j'ai oublié », je n'ai plus à me prendre la tête, mon traitement c'est quand la nuit tombe, au moment du repas. C'est à la portée de ce que je peux penser par rapport au traitement, c'est raisonnable. Selon mes épisodes de vie, c'est bien, parce que c'est simple. C'est le rash qui m'a mis dedans, mais il était sans doute dû à la cirrhose. Maintenant, il s'agit de stabiliser tout ça pendant 3 mois avant d'ajouter l'interféron pour calmer aussi la cirrhose.

Une chose encore, il ne faut pas confondre ceux qui ont des problèmes d'observance et ceux qui ont des problèmes d'irrégularité pour aller faire un bilan régulier. Durant la période de mise à l'essai, il est important d'être capable d'aller au labo faire ses analyses.

Hugues : mais c'est pareil pour tout changement de traitement. Le suivi doit être sérieux pour n'importe quel changement de traitement.

Gérald : mais souvent ces personnes qui ont des problèmes d'observance, sont les mêmes que celles qui oublient les examens à faire. Je dis ça comme ça, l'air de rien...

Hugues : pourquoi ? On s'adresse à des gens qui ont des problèmes d'observance ?

Gérald : ben oui ! Un peu, je veux.

Hugues : pour moi, les laboratoires ne s'adressent pas à des gens qui ont des problèmes d'observance. Les labos s'adressent à des médecins qui pourraient penser qu'un traitement en once-a-day va les tranquilliser sur la question de l'observance. Ça change tout.

Gérald : c'est vrai.

Hugues : et en réalité, c'est un excellent argumentaire marketing : les médecins prescrivent ces traitements parce qu'ils pensent qu'ils vont être tranquilles sur la question de l'observance. Et, du coup, ils le prescrivent à tout le monde sans se poser la question de ce que cela va régler. C'est pour ça que j'insistais sur le fait que le traitement doit être adapté aux personnes qui le prennent plutôt que d'être adapté aux inquiétudes des médecins. On voit bien comment les labos font leur communication auprès des médecins. Il suffit de se rendre à un congrès ou aux conférences internationales pour voir le déploiement de moyens des firmes pharmaceutiques. Leur communication est faite pour tranquilliser les médecins, pas leurs patients. Je ne sais plus à quelle conférence on a assisté où on a « bouffé » du once-a-day sur tous les murs et je me rappelle plus particulièrement du stand de BMS où c'était insupportable. Ils ont essayé de fabriquer le grand thème de la conférence avec des gadgets en tout genre.

Gérald : il y a une petite question pratique sur les dosages plasmatisques des once-a-day. Comment fait-on un dosage plasmatisque à 24 heures quand la prise a lieu à minuit.

Hugues : pour faire un dosage, ce qui est important, c'est d'être strict sur l'heure de prise, être rigoureux là-dessus. Il faut connaître exactement l'heure de prise pour qu'au moment du dosage le calcul du temps soit exact.

Gérald : ah bon ? Alors j'ai pas à réveiller le labo à minuit, cool pour eux et pour moi !

S'il est intéressant de se pencher sur la question des « once-a-day » et l'amélioration de la galénique, il semble plus important d'élargir à des constructions de stratégie négociées ensemble, entre le malade et les différents spécialistes, surtout quand il y a plusieurs pathologies concomitantes...

Voilà le genre de débat qu'on peut croiser dans les couloirs et les réunions d'Act Up et sûrement chez vous aussi. Alors, afin de ne pas paniquer dans ces périodes où l'on teste de nouvelles recettes, ne restez pas seuls et venez nous raconter vos prises de tête. Nos couloirs sont grands et nos réunions accueillantes.

Les mauvais comptes d'Abbott

La nouvelle formule de Kalétra® pourra être conservée hors du frigo, car le ritonavir a été modifié pour cette combinaison. Mais Abbott refuse d'appliquer la formule au Norvir® seul. La logique mise en avant est consternante.

Quand en 2003 le laboratoire Abbott a multiplié par 5 le prix de Norvir® (ritonavir) aux USA, leur équipe marketing donnait comme justification les coûts de développement d'une nouvelle galénique pour cette spécialité. Mais depuis, le laboratoire a trahi cette promesse de nouvelle galénique du Norvir®, ils sont revenus sur cet engagement, pour ne développer qu'une nouvelle formule du Kalétra® (une combinaison du lopinavir, un autre inhibiteur de protéase, avec du ritonavir à faible dose). Cette nouvelle galénique est appelée Kalétra® Meltrex, du nom du procédé employé pour sa production.

Le Norvir® est surtout utilisé en combinaison avec une autre antiprotéase afin d'en augmenter la disponibilité dans le corps (c'est l'effet booster). Ceci permet, soit de bénéficier d'un traitement antirétroviral suffisamment efficace, soit de réduire la dose prescrite de l'antiprotéase associée afin de mieux la tolérer. La forme actuelle du Norvir® doit être conservée dans un réfrigérateur. De plus, l'un des composants du produit nuit fortement à sa tolérance, provoquant nausées et diarrhées. Ces particularités réduisent l'accès au Norvir® et excluent des traitements boostés (hors Kalétra® Meltrex) les malades qui n'ont pas de frigo, chose courante pour les séropositifs à très faibles revenus, ceux de plus en plus nombreux qui ont un revenu mais pas de logement adéquat, un squat par exemple, ou ceux (séropositifs qui vivent avec leurs parents par exemple) qui ne peuvent pas, pour des raisons de confidentialité, mettre leurs antiviraux dans le frigo du logement. Ainsi le cas d'un militant d'Act Up qui a dû déménager car le Norvir® dans le frigo aurait révélé à sa famille sa séropositivité, nouvelle inenvisageable à l'époque. Cet effet secondaire n'apparaît pas dans la notice du Norvir®, mais découle pourtant de la nécessité de le maintenir au frais. L'intolérance au Norvir® peut donc être forte, même à faible dose. La nouvelle formule du Kalétra® n'a plus besoin d'être maintenue au froid et réduit fortement l'incidence des diarrhées. Ce qu'Abbott a réalisé pour le Kalétra®, n'est plus à l'ordre du jour pour le Norvir®.

Le statu quo des dirigeants d'Abbott sur le Norvir® est motivé par de bas calculs de rentabilité peu convaincants : d'une part, le monopole du Norvir® comme booster leur garantit des revenus obtenus sur cette indication ; d'autre part, ils ont l'ambition, naïve, d'imposer Kalétra® face aux autres antiprotéases, au vu des résultats obtenus sur la charge virale par Kalétra® comparé à ceux obtenus par un traitement boosté au Norvir® à faible dose.

Pour toutes ces raisons, nous demandons au laboratoire Abbott de mettre à disposition du Norvir® Meltrex ; aux médecins de définir le meilleur substitut possible au Norvir® « booster », en attendant la nouvelle galénique ; aux autorités sanitaires de faire pression (AMM, injonction, prix, etc.) sur le laboratoire s'il persiste dans son refus. Les responsables d'Abbott sont informés de tous ces faits. Ils doivent répondre à leurs responsabilités éthiques, financières et vitales envers les personnes à qui leurs produits sont destinés.

Appel à témoignage : nous avons recueilli déjà plusieurs témoignages, souvent édifiants, rendant compte des problèmes engendrés par l'obligation de réfrigération du Norvir®. Si vous avez rencontré des problèmes avec Norvir® contactez-nous. Vos témoignages nous servent pour porter notre demande. Ecrivez-nous : Act Up, BP 287, 75525 Paris Cedex 11 ou traitements@actupparis.org ou 01 48 06 13 89.



Brèves de PDS

Chaque mercredi nous tenons une permanence des droits sociaux (PDS) pour les personnes embourbées dans des situations aberrantes. Cette rubrique a pour but de présenter un florilège de ces cas et les actions menées pour améliorer les situations.



Invalité
95 % de sida
5 % de capacité
à l'emploi

DÉFENDS TES DROITS !

ACTUP PERMANENCE DROITS SOCIAUX
Tous les mercredis de 14h à 18h sans RDV
45 rue sedaine, Paris XI^{ème} (Fond de cour 2^{ème} étage) PARIS

Fenêtres ouvertes sur...

En mai, un usager connu de la permanence depuis plusieurs années, en attente d'un relogement depuis plus d'un an, reçoit enfin un bon de visite pour son nouveau lieu de «vie». G. est séropositif et co-infecté par le VHC, très fragilisé tant sur le plan psychologique que physique, il attend ce logement pour stabiliser sa vie et surtout commencer l'interféron. Ce traitement est particulièrement contraignant, nécessite une bonne observance et surtout, une parfaite gestion des effets secondaires. L'urgence du traitement et sa lourdeur particulière en l'espèce commande des conditions de vie favorables. Dommage, toutes les fenêtres de cet appartement, espoir de vie, donnent sur le cimetière de la porte de Gentilly. Déjà déprimé, par son état de santé et le fait de démarrer l'interféron, se lever tous les jours avec vue sur le cimetière, n'était pas envisageable pour lui. Il a donc refusé l'appartement en s'enfuyant. La personne avec qui nous sommes en contact à la Mairie de Paris nous a précisé que la commission allait sans nul doute considérer ce refus comme non valable, le dossier risque d'être classé sans suites. A suivre sans modération...



Mes droits régressent
Mon sida progresse

DÉFENDS TES DROITS !

PERMANENCE DROITS SOCIAUX ACTUP
Tous les mercredis de 14h à 18h sans RDV
45 rue sedaine, Paris XI^{ème} (Fond de cour 2^{ème} étage) PARIS

Les expulsions reviennent, tiens, voilà l'printemps !

A la PDS, nous suivons plusieurs personnes juridiquement expulsables à tout instant. C'est le cas notamment de B. depuis plus d'un an. Il perçoit uniquement l'AAH, à l'époque 610 €, pour un loyer dans le privé de 550 €. Son père l'aidait à faire face de son vivant. Mais B. a perdu son père en 2004, il se retrouve seul et s'enfoncé irrémédiablement. Il est venu nous voir pour une demande de logement et depuis notre première rencontre nous constatons qu'il glisse dans le surendettement. Il devrait être expulsé d'ici fin juin.

St Ouen (93)

Nous avons été saisis en mai du dossier d'un malade atteint d'un cancer en phase terminale suivi à l'hôpital Saint-Louis. Sa femme est séropositive sous traitements et leurs deux enfants de 3 et 7 ans n'ont aucun problème de santé. Ils vivent dans un studio de 20 m² à Saint-Ouen et sont en attente d'un logement F3 depuis 2000. Le malade souhaite finir ses jours en famille et à la maison. Une autre association peut assurer le bon déroulement du suivi et de l'HAD en cas d'attribution. Nous avons alerté Guy Schmaus, sénateur communiste, qui est intervenu auprès de la Mairesse de Saint-Ouen afin qu'un logement leur soit rapidement accordé. Suite à plusieurs interventions d'activistes de la Commission, de l'appel téléphonique de l'un de nos co-présidents, de la mobilisation soutenue d'élus reclus devant leur responsabilité, la famille est logée, avec un suivi social adéquat. Pour le moment la famille vit simplement la situation comme elle l'avait tant souhaité.



le sida mange à sa faim pas moi

DÉFENDS TES DROITS !

PERMANENCE DROITS SOCIAUX ACTUP
Tous les mercredis de 14h à 18h sans RDV
45 rue sedaine, Paris XI^{ème} (Fond de cour 2^{ème} étage) PARIS



Le sida a un toit pas moi

DÉFENDS TES DROITS !

Chaque mercredi de 14h à 18h sans RDV
45 rue sedaine, Paris XI^{ème} (Fond de cour 2^{ème} étage) PARIS

PERMANENCE DROITS SOCIAUX ACTUP
PARIS

C'est l'histoire d'un couple d'hommes, gays, pacsés, séropos.

Pacsés en décembre 1999, P. et G. signent un contrat devant le juge du Tribunal d'Instance qui stipule qu'en cas de décès de l'un, c'est l'autre qui héritera de tous ses biens. En janvier 2002, ils contractent une prévoyance complémentaire décès invalidité. En novembre 2004, G. décède. L'assurance refuse de verser à P. le montant du capital décès car le nom du bénéficiaire n'a pas été

mentionné à la signature du contrat. En cas d'absence d'indications, c'est la famille qui hérite de tout. La copie du contrat de PaCS signé en 1999 a été envoyée à Prado Prévoyance qui ne veut pas en tenir compte. C'est le contrat de l'assurance qui prime sur le PaCS. Quelle est donc la valeur du PaCS ? Rappelons que si le PaCS a été élaboré dès 1992, c'était avant tout pour tenter de résoudre les problèmes liés au sida et les conséquences que subissaient les couples homos séropos. Un des recours possibles de P. est de solliciter le juge qui les a pacsés afin de lui demander d'intervenir dans cette triste affaire.

LOGEMENT

sida sans toit je n'ai que toi

Le volet logement sida du programme électoral de Bertrand Delanoë, en 2000 estimait que l'attribution de 600 logements de droit commun et de 100 ACT (appartement de coordination thérapeutique) étaient tenables dans les deux premières années de mandat en cas de réussite aux élections municipales de 2001. Bertrand Delanoë élu, la PILS se formait aussitôt pour bénéficier de l'application de ces promesses.

La plateforme inter-associative logement sida (PILS) est un collectif parisien, de 17 associations qui se réunissent tous les mois et dont Act Up fait partie. Chaque association gère ses dossiers, avec ses propres critères. Les critères d'admission sont stricts et concernent uniquement l'accès à un premier logement à Paris.

Pour Act Up c'est bien maigre

Actuellement, notre Permanence Droits Sociaux recense 43 dossiers en attente d'attribution. La moyenne d'attente entre l'inscription à la PDS et l'attribution d'un logement était de 12 mois jusqu'en 2004. Avec l'explosion des demandes, ce délai ne cesse d'augmenter. Depuis 2001, nous constatons que nous n'avons reçu que 63 propositions de logement en rang 1 (6 en 2001, 14 en 2002, 16 en 2003, 14 en 2004, 8 en 2005 et 5 pour 2006), 18 ont été refusées (logements inadaptés, refus d'humeur ou multipositions). En clair cela représente un logement pour environ trois demandeurs. Les personnes ne cessent d'affluer à la Permanence, les délais d'attribution explosent, or pendant ce temps-là la précarité des malades augmente rendant difficile le fait de se soigner et certains décèdent avant même la signature de leur bail. Nous notons également de moins en moins de refus des appartements proposés, ceux-ci sont refusés lorsqu'ils sont réellement inadaptés aux besoins de la personne. C'est ce que signale, si justement, les résultats de l'enquête VESPA, qui stigmatise la précarité toute particulière à laquelle les malades du sida sont encore confrontés en 2006.

Pour la PILS c'est pas mieux

Toute comptabilité faite, la PILS n'a obtenu en 5 années aucun ACT alors que 100 nous avaient été promis sur deux ans et seulement 253 appartements de droit commun sur les 600 prévus. Jean-Yves Mano (maire adjoint au logement de la Ville de Paris), nous apprend en avril dernier, lors d'une RH organisée à ce sujet, que la PILS devra se contenter d'une cinquantaine d'appartements par an, chiffre surréaliste par rapport aux demandes de plus en plus nombreuses et urgentes. Ce chiffre est insuffisant, la Mairie se retranche derrière sa volonté de résorber l'habitat insalubre et se fiche de laisser les malades sans toit, pour qui l'accès aux soins est alors compromis. La Commission Droits Sociaux a avisé la Mairie de Paris des engagements non respectés concernant ce dossier, mais nous n'avons obtenu aucune réponse.

Aujourd'hui, à la PDS, 43 personnes sont toujours en attente de logement et nous n'obtenons que difficilement une dizaine d'appartements par an. Il faudra donc au minimum 5 ans d'attente pour enfin avoir accès à un logement. Nous ne resterons pas spectateurs impassibles devant la dégradation psychique, physique et sociale des nôtres.

sida, envie d'en être ?

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

Un bref aperçu de ta vie en quelques dates. Ma naissance, le 5 novembre 1960 à Bagnols-sur-Cèze, dans le Gard, à l'heure de la sieste. Après il y a la période 71-77, un accroc dans ma vie qui m'a perturbé pendant disons 10 ans. Une relation que je ne voulais pas et qu'on dira subie de la part de mon oncle. Ensuite, mon affirmation dans le monde en 79. À 19 ans, il était temps. Je savais qui j'étais et ce que je voulais. 21 juin 1993, l'homme de ma vie. 21 juin 1997, union clandestine à Lisboa. Et puis 2000, je développe le sida.

Si ton enfance était un arbre fruitier, ce serait ? Un châtaigner. Parce que piquant et nourrissant. C'est un arbre sous lequel j'ai grandi, me roulant dans ses feuilles mortes. On dévalait les pentes et on se piquait. C'est un arbre noble dans les Cévennes.

Ta famille, c'était un nid douillet ? Ma famille au sens propre du clan, mes frères et sœurs et mes parents, c'était, oui, un nid douillet. Qui me paraissait douillet. La famille au sens plus large c'était plutôt un nid d'oursins.

Tu as eu une jeunesse alternative ? J'ai eu une jeunesse militante, à travers mes parents. À 11 ans, par exemple, j'étais sur le camp du Larzac, le premier rassemblement.

Ton premier baiser, tu l'as échangé avec qui ? Avec un inconnu dans le noir, qui est resté inconnu. Vers 18 ans. J'ai toujours su que j'aimais les garçons.

Et cela posait problème ? Oui, par rapport à l'environnement social ; pour moi, ça ne me posait pas problème. C'est le dire qui était problématique, dans le clan dans lequel j'étais mis, avec un père macho au possible. Dès que j'ai eu une première émotion de mon fait, de mon cœur, je l'ai dit.

La réaction de ta famille ? Très dure de la part de mon père, plutôt tranquille pour ma mère et mes franginEs.

Quand la première fois as-tu entendu parler du sida ? J'étais au Portugal, aux alentours de 1987. J'ai entendu le mot sida, mais je ne me suis pas du tout posé la question si moi, je pouvais l'attraper, je n'étais pas du tout dans cette réalité-là. Je profitais de la vie, j'ai aimé.

Peux-tu nous parler de la découverte de la séropositivité ? J'avais fait un test dans un CDAG, mais je ne suis pas allé chercher le résultat. Xtian, mon mari, lui, était séropo depuis 1985. C'est la première chose qu'il m'a dite, en refusant une relation : « je ne peux rien promettre, je suis plombé, je vais mourir ». Moi, je lui ai dit qu'on pouvait quand même construire quelque chose. Il venait de sortir d'une visite médicale où sa toubibe lui avait dit qu'il en avait pour 4 mois de vie. On s'aimait, on faisait notre petit chemin en faisant attention. Mais c'était compliqué parce qu'à l'époque on se droguait, je n'étais pas très net tout le temps. Je n'ai pas cherché à savoir. Pour le sexe, j'étais très prudent, pour les aiguilles, j'ai essayé de l'être, mais je ne l'ai pas été à chaque fois. Des années après, en 2000, j'ai fait un zona. Je savais ce que c'était parce que Xtian en avait eu un, quelques années auparavant. Un zona irritant, désagréable au possible, très mal placé. Je suis hospitalisé. On me soigne le zona, on me met aussi, d'office, avant d'avoir le résultat du dépistage, sous traitement. Quand on me l'a annoncé, que cela est devenu réel, j'étais la tête dans le mur. Ou tu fais vite pour te soigner ou tu y passes. Je n'avais pas peur de cette maladie, puisque je la connaissais depuis 1993, quand j'ai croisé Xtian qui vivait avec depuis 1985, je me l'étais appropriée. Le fait d'avoir refusé de savoir, cela avait à voir avec ma putain d'éducation parce qu'il ne fallait pas être faible. Même la maladie devait être refusée, il ne fallait pas montrer ses douleurs si on en avait. Donc pas de médecin. J'avais une espèce de hantise du monde médical.



Comment s'est passée ta première prise d'un traitement antiviral ? Il y a eu énormément de pilules. Environ 8 par prise, entre les trithérapies, les médicaments pour le zona, des antifongiques pour des champignons dans la bouche. Tout est allé très vite. 65 T4.

Est-ce qu'on pourrait aborder cet état où tu ne veux pas savoir, mais où en même temps tu agis d'une certaine façon parce que tu sais ? Ce n'était pas un total déni, manifestement ? Non, c'est vrai. Quand j'avais des relations sexuelles, j'utilisais des préservatifs, quant à l'usage de drogues c'était beaucoup plus aléatoire au niveau de la prévention. J'y réfléchissais parce que je vivais avec quelqu'un qui était authentiquement et ouvertement séropositif. Il en parlait dans les bars. Donc nous en parlions, mais je ne voulais pas savoir pour ne pas avoir à le dire aux miens. Avec Xtian on en parlait quand j'avais des faiblesses, mais on était dans un tel délire de vie, qu'on en parlait, mais ça restait, comme

tout, à ce moment-là, où l'on ne travaillait ni l'un ni l'autre. Lui me demandait d'aller me faire dépister, moi je ne voulais pas. On avançait bon gré mal gré.

Donc tu as été dans cette période de flou pendant 7 ans ? On peut dire cela comme ça. On galérait vachement, lui avait l'AAH. Moi, je ne travaillais plus, j'étais au RMI avant de toucher les assedics auxquelles j'avais droit, alors que je ne le savais pas. J'ai eu 3 ans d'assedics, c'était plutôt confortable en comptant l'AAH. Donc on voyageait, on s'aimait, on vivait, on se droguait. On ne se souciait pas du lendemain. Et puis, si je ne voulais pas savoir, c'est peut-être aussi parce que j'ai perdu tant d'amis.

Comment se déroulent tes relations avec le monde médical ? Plutôt bien, parce que dès le départ j'ai voulu être le maître de la situation. C'était tard, mais j'ai voulu être maître. J'ai toujours interrogé les médecins pour savoir exactement ce qui se passait. Je leur demandais tout, je leur prenais la tête. En prenant en charge ma maladie, je me suis dit qu'il fallait se battre. Le D^r Derouineau m'a conseillé de rentrer dans un protocole sur les hormones de croissance à l'hôpital de Garches, auprès du P^r Melchior. Comme je considérais que j'avais joué au con, à ne pas vouloir me faire dépister plus tôt et que j'avais attendu d'être en stade sida pour l'apprendre, je me suis prêté à ce protocole, qui permettrait, peut-être, de faire des avancées sur la prévention des lipodystrophies. J'ai signé une décharge et je suis parti à l'aveugle sur des injections quotidiennes d'hormones synthétiques. Ça a duré trois mois et demi. C'était monstrueux, trois mois et demi de nuits douloureuses, à me prendre pour Hulk, des tiraillements partout, de la tête au pied.

Et tu es sorti du protocole à cause de ça ? Non, parce que je gagnais un petit peu en volume et en muscle.

Tu n'en parlais pas au médecin ? Si, mais pas plus que ça. On m'a toujours appris à ne pas me plaindre. Au bout de trois mois et demi, en sortant de la séance d'injection, je me ramollissais sur un trottoir de Montreuil. Je dis ramollir parce que je n'ai pas perdu connaissance, mais mes jambes ne me portaient plus. On a diagnostiqué une méningite. On m'a sorti du protocole immédiatement. Une fois retapé, j'ai dû passer trois ou quatre jours à l'hôpital. On m'a autorisé à sortir. Je pensais que quand on rentrait dans un essai sur ses deux jambes, on sortait avec les deux jambes. Ça ne s'est pas du tout passé comme ça. On m'a laissé tomber comme une vieille chaussette, et je ne sais toujours pas ce qu'il en est. J'ai toujours les papiers qui indiquent qu'on doit être tenu au courant des suites de l'essai. Après, j'ai changé d'hôpital, Saint-Louis. La méningite a duré 3 ans. Après être sorti de Garches, je me suis à nouveau senti mal, et je suis allé voir le D^r Derouineau, qui m'a dit, « Monsieur, arrêtez de dire que vous avez mal. Vous n'avez rien. Ce n'est pas une méningite. ». Alors que j'avais 40° de fièvre. Il me conseille de rentrer chez moi me reposer, que les douleurs et l'état dans lequel j'étais, c'était une invention de ma part. Je rentre chez moi, et en rentrant, je retombe. Je suis admis d'urgence à Saint-Louis, avec 41° de fièvre. J'ai été absent à moi-même pendant 2 ans et demi, physiquement et mentalement, parce que plus de mémoire, plus de coordination des membres, plus de marche, sinon avec cannes, et tout ce que cela engendre, l'incontinence. L'horreur.

Tu as des souvenirs ? Je m'en souviens, mais ce n'est pas moi qui ai eu le plus peur, c'est Xtian.

Tu as des séquelles ? J'ai bien récupéré, mais il y en a. Des problèmes de positionnement spatio-temporel. Je ne situe plus trop les événements. Des problèmes de mémoire. On s'en passerait. Avant, la mémoire immédiate je l'avais, quand je posais quelque chose, dix jours après je savais où c'était, aujourd'hui je ne sais plus.

Comment s'est passée l'annonce de ta séropositivité à ton entourage ? Je l'ai annoncée à ma mère, un an après être entré dans la maladie. Je l'ai annoncée parce que mon père avait eu un accident cardiaque, et je suis allé auprès de lui et ma mère s'est aperçue que cela n'allait pas du tout, elle m'a posé des questions. Je trouvais le moment déplacé, mais je lui ai dit ce qui se passait. C'est difficile d'annoncer à tes parents que tu as changé le sens du temps.

As-tu déjà souffert de discriminations ? Je crois que j'ai toujours souffert de discriminations parce que je n'ai jamais été à ma place, nulle part. Je me suis peut-être discriminé moi-même.

Tu annonces tout de suite la couleur/ta séropositivité lors de tes émois sexuels ? Oui. J'irais encore plus loin, c'est une des premières choses que je dis, même s'il n'y a pas de visée sexuelle.

Comment vois-tu l'avenir moléculaire ? Désagrégé. Est-ce qu'il y aura toujours suffisamment de finances pour continuer à chercher ? Je ne suis plus très sûr de l'espèce humaine.

Quelles drogues prends-tu ou as-tu prises ? J'ai tout essayé. Ce que j'ai préféré, ce sont les plus naturelles, champignons hallucinogènes, herbe. J'ai commencé par le LSD et l'herbe, ça c'était en Ardèche. Après, l'héroïne, qui ne m'a jamais plu, et pourtant je me droguais. Je n'en aimais pas les effets, l'envie de gerber qui vient forcément. Mais j'avais besoin de m'évader, donc.

Comment vis-tu ? Bien. Non. Je suis amoureux, donc ça va. Je vis difficilement, socialement parlant c'est compliqué. Mais je suis amoureux, donc tout va bien. C'est comme s'il n'y avait pas d'horizon. Heureusement que je me bats avec le groupe parce que sinon je ne vois pas ce que je pourrais faire de ma putain de vie. Le combat me permet de vivre.

Dans dix ans tu te vois comment ? J'aimerais être marié avec le même homme. Sinon avec d'autres.

Si tu devais changer quelque chose dans ta vie ce serait quoi ? Le sida. Le virer. Et peut-être me réformer, moi, ou me reformer. Je ne sais pas. Je ne me suis jamais aimé, en fait. Je me suis toujours donné des objectifs qui me paraissaient impossibles pour continuer, pour aimer. C'était toujours les plus beaux, les plus forts. Ceux qui me paraissaient le contraire de moi. Tant que je n'avais pas, je me battais. Et quand j'ai, je garde.

Qu'est-ce que tu dirais à unE séroneg sur le fait d'être séropo ? Fais tout pour ne pas devenir séropo. Le combat, c'est trop dur. Le sida ce n'est pas seulement une maladie, ça te prend la tête. Ça te bouffe de partout. Protège-toi, et ne crois pas en la sincérité des unions, ce n'est pas parce que tu es, vis avec, que l'amour te préserve. Les liens du mariage, je n'y crois pas. Ce n'est pas un préservatif, alors prudence. Si t'as envie d'avaler des tonnes de gélules et d'être sur les chiottes trois heures par jour, sois séropositif, gerbe et sois malade.



La lutte contre le mésusage est pavée de bonnes intentions

Didier Jayle, président de la MILD, a peu d'idées et encore moins de bonnes idées, mais il a une véritable force : sa pugnacité à défendre des mesures ineptes. Sa proposition de classer le Subutex® dans la catégorie des stupéfiants repose sur une logique simple : elle permettrait de réduire le trafic et « donc » le détournement et « donc » le mésusage, sans rien changer pour les usagerEs « normaux » de ce traitement. Tout le problème est bien entendu dans ces deux « donc » et dans « normaux »...

Une mesure policière avec des objectifs sanitaires, une solution simple pour des problèmes compliqués... ce n'est ni la première fois qu'on nous servira cette soupe à l'égard des usagerEs de drogues et des personnes substituées. Qu'importe qu'il ait été démontré mille fois que cela ne fonctionne jamais (le système de la prohibition en est le tout premier exemple), qu'une conférence de consensus* sur les traitements de substitution ait abouti à des dizaines de propositions beaucoup plus réalistes et que la quasi totalité des actrices et acteurs de la réduction des risques et du soin spécialisé se soient prononcés haut et fort contre cette proposition. Quand des centaines de médecins, professionnelLEs et usagerEs lui hurlent que ça ne peut pas fonctionner et que cela va nuire à l'efficacité des traitements, Didier Jayle n'entend que le murmure des juges et des douanierEs qui lui assurent qu'ils sont les mieux placés pour en décider.

Qui pourrait sérieusement et honnêtement prétendre que ce reclassement sera sans conséquence pour les usagerEs ? Une telle affirmation ne peut qu'être le fruit d'une méconnaissance du terrain ou de la volonté d'en livrer une lecture simpliste :

- une grande partie des usagerEs du marché noir sont des personnes qui n'utilisent pas le Subutex® (buprénorphine) comme un « stupéfiant » (rappelons que ses effets psychotropes sont minimes) mais bien comme un traitement de substitution « sauvage » puisqu'ils sont dépendants aux opiacés, si le marché noir ne peut évidemment pas être considéré comme satisfaisant, au moins faut-il s'interroger sur ce qui pousse ces usagerEs à se fournir dans la rue plutôt que d'aller voir unE médecin et d'avoir leur traitement gratuitement ;
- une grande partie des usagerEs du marché noir est constituée de personnes particulièrement marginalisées, sans la moindre couverture sociale, et qui n'ont donc pas la possibilité d'obtenir une prescription : seuls de rarissimes dispositifs d'accès bas-seuil à la substitution répondent à cette demande (en France, seuls deux bus délivrent de la méthadone anonymement, aucun ne délivre du Subutex®). Sans développement de ces dispositifs, l'assèchement du marché noir s'accompagnera d'un regain de tensions, de violences et possiblement d'un retour à l'héroïne ;
- une grande partie des usagerEs qui utilisent le marché noir ou qui se font prescrire d'importantes quantités en multipliant les médecins, sont des injecteurSEs (le produit est moins efficace lorsqu'il est injecté que lorsque qu'on le laisse fondre sous la langue d'où l'utilisation de quantités plus importantes), ils et elles sont souvent dans l'incapacité de mettre un terme à leurs pratiques d'injection. La conférence de consensus proposait, d'une part de développer l'accès à la méthadone (qui ne connaît pratiquement aucune forme de mésusage) et d'autre part, de développer des programmes spécifiques de traitements de substitution injectables sans lesquels, au risque encore une fois, d'assister au retour de l'héroïne dans la rue ;



* Les recommandations sont disponibles sur le site de l'ANAES : www.anaes.fr

- une très grande partie du Subutex® revendu au marché noir provient d'usagerEs-revendeurSEs qui écoulent quelques boîtes de Subutex® dans un système d'économie de survie, il n'est pas du tout évident que le classement les en dissuade, mais il est certain en revanche qu'ils et elles viendront grossir les rangs des milliers d'usagerEs de drogue emprisonnéEs ;
- assécher l'offre d'un marché noir sans se préoccuper de la demande qui est derrière c'est garantir le déplacement de tout ou partie de ce marché vers d'autres formes de criminalité plus

- organisées, plus puissantes et plus violentes ;
- cet assèchement du marché noir assorti du renforcement du cadre administratif de la délivrance (contrôles par les CPAM et, à terme, dossier médical électronique) ne laisseront plus le moindre droit à l'erreur pour l'usagerE : tant pis pour lui et elle s'il égare ou se fait voler son traitement (les usagerEs en grande précarité seront encore une fois les plus exposésEs) ;
- les désagréments et tracasseries que peuvent subir les usagerEs de ces traitements de la part des forces de l'ordre ne pourront qu'empirer, et là encore, plus spécifiquement auprès des plus marginalisésEs ;
- enfin, qu'on le veuille

ou non, la stigmatisation du Subutex® induite par le reclassement aura des conséquences sur la disponibilité du traitement, ne serait-ce que par la portée de cette mesure sur la perception qu'en auront certains généralistes et pharmacienNES peu informés sur sa pertinence.

Depuis le début de l'affaire, au mois de février dernier, l'immense majorité des acteurs et actrices intervenant dans le champ du sida et de la toxicomanie se sont prononcés contre ce reclassement, ils ont inlassablement répété ces analyses et rappelé que les recommandations de la conférence de consensus de 2004 doivent

d'urgence être mises en oeuvre. Le Conseil national du sida a émis un avis négatif d'une parfaite clarté au début du mois de mai. Celui-ci ne faisait que suivre les centaines de prises de position exprimées par les usagerEs, les associations et les professionnelLEs de santé depuis février : Act Up-Paris, ASUD, AIDES, Sidaction, Solidarité Sida, SOS-Hépatites, l'Association Française de Réduction des Risques, l'Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie, la Confédération des Syndicats de Médecins, plusieurs médecins hospitaliers

notamment Marc Valleur et Michel Hautefeuille de Mar-mottan, des chercheurSEs à l'INSERM et à l'InVS, etc. La liste est beaucoup trop longue.

A ces avis nationaux, il faut ajouter la position officielle de l'Organisation mondiale de la santé. L'OMS a refusé en mars dernier de reclasser la buprénorphine pour assurer l'accessibilité de ce traitement qu'elle reconnaît comme « médicalement essentiel ». Le dynamisme effrayant de l'épidémie de VIH en Europe de l'Est, en Russie et dans une grande partie de l'Asie repose d'abord sur des contaminations

par voie intraveineuse. Les usagerEs de drogues et les activistes de ces pays ont besoin d'un soutien franc pour espérer le développement de la substitution et ils et elles s'appuient souvent sur l'exemple du dispositif français. Dans un échange de mail avec Act Up-Paris à ce sujet, Michel Kazatchkine, ambassadeur de la France chargé de la lutte contre le VIH/SIDA et les maladies transmissibles, exprimait son inquiétude : « Je suis personnellement conscient de ce que ce message peut être mal compris à l'étranger où nous mettons tant d'énergie à plaider l'accès à la réduction des risques. »





Une bonne idée qui ne doit pas servir de cache-misère

La France s'apprête à lancer une nouvelle initiative internationale pour lutter contre le sida, la tuberculose et le paludisme : UNITAID. Cette initiative se concentre sur l'achat d'articles médicaux essentiels (médicaments, tests diagnostics) pour lutter contre ces trois maladies qui tuent plus de 6 millions de personnes par an. Elle sera financée par l'établissement dans plusieurs pays d'une taxe sur les billets d'avion.

UNITAID se présente aussi comme la Facilité Internationale d'Achats de Médicaments (FIAM). Act Up-Paris se réjouit du lancement de cette initiative. À en croire le gouvernement, le but de

1- Les catégories de produits sur lesquels la FIAM entend se concentrer financièrement semblent parfois absurdes. Ainsi, figurent au deuxième rang des catégories les traitements contre la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Or, les associations de femmes des pays en développement expliquent depuis des années que ce qui limite le succès des programmes PMTE, ce n'est pas le coût lié aux médicaments (le traitement dure un mois au maximum, et est généralement délivré gratuitement), mais la violente discrimination perpétrée à l'encontre des femmes en général, et des femmes séropositives en particulier. C'est cette violence qui prive les femmes découvrant leur séropositivité à l'occasion d'une grossesse des moyens d'aller dans les programmes de PMTE. Or, quasiment aucun financement international n'est disponible pour lutter contre les discriminations sexistes et sérophobes dans les pays en développement. La France, par exemple, choisit de se concentrer sur l'achat de médicaments. **Act Up-Paris exige que la FIAM sélectionne les produits qu'elle finance en se fondant sur des données scientifiques plutôt que sur des estimations.**

UNITAID est d'assurer la baisse des prix mondiaux des médicaments et autres produits essentiels contre le sida. Ces traitements restent toujours inabordable pour la plupart des personnes atteintes dans le monde, ainsi une trithérapie de troisième génération est vendue par les laboratoires près de 10 000 € par malade et par an. Tant que les prix ne baisseront pas, les firmes pharmaceutiques condamneront à mort des millions de malades du sida vivant dans des pays pauvres.

Toutefois, certaines des orientations envisagées pour UNITAID paraissent quelque peu absurdes au regard des besoins. Par exemple, la centralisation mondiale des commandes de médicaments, censée permettre de faire baisser les prix, engendre au contraire des erreurs et des ruptures d'approvisionnement conduisant alors logiquement à l'apparition de résistances virales et à terme au décès, lire les encadrés.

Mais UNITAID ne doit pas servir d'alibi et faire oublier que la France ne tient toujours pas ses engagements financiers internationaux en matière de lutte contre le sida. En 2001, à l'ONU, la France et les autres gouvernements du monde se sont engagés à financer un plan mondial de contrôle de la pandémie du sida, pour un montant de 10 milliards de dollars annuels. En 2006, on en est bien loin : entre 6 et 8 milliards. Pis, comme ces sommes n'ont pas été versées en 2002, 2003, 2004 et 2005, l'épidémie a continué son accélération, si bien que d'après le rapport Onusida en 2005, ce sont au final non plus 10 mais 15 milliards qui sont nécessaires pour 2006. Or, pour cette même année, sur ces 15 milliards, la France ne contribue qu'à hauteur de 200 millions de dollars, soit 1,3 % de la somme nécessaire. A titre de comparaison, la France concentre 6 % du PIB des pays riches. Même en anticipant le produit de la taxe UNITAID (250 millions de dollars en année pleine), la France restera loin derrière un pays équivalent comme la Grande-Bretagne, qui verse 900 millions de dollars à la lutte mondiale contre le sida.

2- La FIAM se propose de fonder son action sur les prix des achats de gros, grâce à la technique dite du «groupement international des commandes». Or le groupement international des commandes est connu pour ne pas fonctionner. Il est impossible de coordonner les achats en médicaments émanant de 5 000 programmes différents dans plus de 100 pays. Résultat, l'approvisionnement en médicaments au niveau de chaque hôpital s'en trouve considérablement ralenti et rigidifié, et les ruptures de stock se multiplient, entraînant résistance virale et surmortalité. Pourtant, il existe d'autres techniques, bien plus souples que le groupement mondial des commandes, qui permettent d'atteindre de bons résultats sur les prix. Ainsi, négocier les prix à l'avance sur la base de simples estimations, approximatives, du volume des futures commandes, a déjà permis de baisser les prix des antirétroviraux génériques de près de 50 %. **Act Up-Paris exige que la baisse des prix soit assurée par des négociations à l'avance sur les prix, plutôt que le groupement mondial des commandes.**

3- La FIAM envisage d'imposer aux pays bénéficiaires son propre système de financement et de rendu de compte. Alors qu'ils ont déjà à gérer des dizaines de systèmes parallèles (PEPFAR, Fonds Mondial, DFID, Banque mondiale, etc.), ces pays croulent sous le poids administratif de toutes ces exigences redondantes. L'idée que la FIAM vienne rajouter à cette escalade administrative est d'autant plus choquante que les pays promoteurs de la FIAM se sont engagés il y a un an à peine à coordonner leurs systèmes. Un simple jeu de critères automatiques serait plus simple à appliquer par opposition à la pratique courante de dépôt d'un dossier de demande de financement. **Act Up-Paris exige que les pays récipiendaires bénéficient des conditions administratives d'accès les plus simples et légères possibles.**

Pour être efficace, UNITAID doit réellement impliquer dans sa conception les programmes d'accès aux traitements des pays qui existent déjà et les malades des pays du Sud.

Act Up appelle l'UMP et le PS à se mettre d'accord dès aujourd'hui sur la nécessité pour la France de rattraper son retard en matière de contribution financière à la lutte mondiale contre l'hécatombe du sida.

PTME : Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PEPFAR : President Emergency Plan For Aids Relief
DFID : Département For International Development

Vous pouvez retrouver sur notre site la présentation officielle de ce que doit être Unitaid, c'est-à-dire la FIAM : www.actupparis.org/article2432.html

Et dieu dans tout ça ?

Sur proposition de Bertrand Delanoé, le conseil de Paris a voté l'addition du nom de Jean-Paul II à celui du Parvis de Notre Dame. Honneur est ainsi fait à un pape assassin qui a fait le jeu de l'épidémie.



Contrairement à la règle d'usage de ne pas baptiser un endroit du nom d'un personnage illustre moins de cinq ans après son décès, les membres PS, UMP et UDF de la Mairie de Paris ont voté l'adoption de la proposition du maire socialiste contrairement aux éluEs Verts, Radicaux de Gauche, Communistes, et ceux du MRC qui étaient contre.

Cette initiative nous est incompréhensible et nous met en colère. En 2002, le maire de Paris n'avait pas hésité à débaptiser la rue Alexis Carrel, en raison des thèses eugénistes qu'il défendait pendant l'Occupation. Aujourd'hui, cet hommage est fait à un homme qui, par ses positions sur le préservatif, sur la contraception, sur le droit des femmes à disposer de leur corps et sur l'homosexualité, a été le porte-parole d'un catholicisme réactionnaire, vecteur de discriminations, de souffrance et de mort. Nous tenons Jean-Paul II responsable de la contamination par le virus du sida et de la mort de millions de personnes dans le monde, catholiques ou non, attentives aux avis du Vatican. Jean-Paul II ne méritait pas que la Ville de Paris honore ainsi sa mémoire. Cet acte est incompréhensible, pire indécent, pour toutes celles et ceux qui luttent au quotidien contre le sida, les discriminations faites aux homosexuelLEs et aux femmes. La proposition des élus radicaux de gauche de baptiser le parvis Notre Dame - Esplanade des religions et de la conscience universelle aurait été autrement plus judicieuse, un siècle après le vote de la loi sur la laïcité. Heureusement que Bertrand Delanoé a expliqué avoir « toujours été en désaccord avec Jean Paul II sur les questions de société »...



Le D^r Dalil Boubakeur, recteur de la Grande Mosquée de Paris et Président du Conseil Français du Culte Musulman réprovoque les violences faites aux gays, lesbiennes, bisexuels et Trans en Iraq.

Suite à notre courrier demandant au Président du Conseil Français du Culte Musulman de s'exprimer sur les meurtres des LGBT en Irak, il nous a envoyé la lettre suivante. Il nous a permis de la diffuser, en y adjoignant le paragraphe suivant : « il faut rappeler que l'homosexualité est décrit dans le Coran comme

« Actes blâmables du peuple de Loth à Sodome » et de ce fait est rejetée par la Bible et le Coran. »

« Paris le 02 juin 2006

Madame, Monsieur,

Vous avez bien voulu attirer mon attention par une télécopie en date du 11 mai 2006 sur le sort réservé en Irak aux homosexuels, bisexuels et transsexuels depuis la Fatwa du chef spirituel Ali Al Sistani.

En tant que Président du Conseil Français du Culte Musulman, ne cessant de défendre et de promouvoir un islam de France résolument moderne et tolérant, je ne puis que vous dire ma tristesse devant des actes barbares et fanatiques si contraires à l'esprit même du Coran. Celui-ci parle en effet de l'islam comme d'une religion du « juste milieu ».

L'homme de foi, mais aussi le médecin que je suis, ne peut que regretter profondément la situation actuelle, avec son cortège de drames humains.

Vous me dites aussi que vous souhaitez bientôt aborder avec moi la question de la prévention du VIH/sida chez les Français musulmans. Je suis prêt à l'examiner avec vous. En vous remerciant de votre courrier, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Le recteur de l'Institut Musulman De la Mosquée de Paris
D^r Dalil Boubakeur»

Trans et VIH, après le silence

Durant les 25 dernières années, la communauté Trans a été oubliée de toutes les politiques de prévention, de toutes les recherches, de toutes les campagnes d'information, alors que le taux de prévalence dans cette population dépasse les 30 %. Silence = mortEs.

En France, le seul chiffre connu est celui des équipes officielles de l'AP-HP : en Ile-de-France depuis 1978, 700 trans ont été prisEs en charge pour changer de sexe. L'ensemble des associations françaises Trans s'accordent à penser qu'il y aurait aujourd'hui entre 50 000 et 60 000 personnes vivant dans un genre opposé à leur sexe biologique (transsexuelLEs et transgenres). Si l'on se base sur des études effectuées à l'étranger (Etats-Unis et Portugal) 30 % de cette communauté seraient infectéEs par le VIH. Le magazine POZ a publié d'autres données : une séroprévalence de 30 % chez les femmes trans et de 1 % pour les hommes trans. Le seul pays qui, à notre connaissance, a réalisé ce type d'étude en Europe est le Portugal qui a révélé que 35 à 45 % des femmes trans seraient séropositives.

Discrimination = contamination

A ce jour en France aucune recherche n'a été effectuée sur les interactions entre l'hormonothérapie, que suit à vie l'immense majorité des trans, et les thérapies VIH. Il n'existe aucune prise en charge spécifique. Outre les omissions volontaires du statut sérologique ou biologique, l'absence de coordination des spécialistes engendre des bidouillages médicamenteux dont on ignore les conséquences à plus ou moins long terme. La marginalisation, à commencer par celle des pys officielLEs et de l'Etat civil, nous pousse dans les bras de la maladie. La médecine et les autorités sanitaires et sociales ont laissé à des psychiatres le soin de définir notre communauté. Ces derniers en la réduisant à la demande d'une réassignation sexuelle (changement chirurgical de sexe) ont fait l'impasse sur 90 % d'entre nous qui vivons notre vie sociale dans un genre opposé à notre sexe biologique sans pour autant souhaiter subir une opération de réassignation sexuelle.

Que sait-on de la situation administrative, juridique et bien sûr médicale de cette communauté ? Que sait-on des interactions possibles entre hormonothérapie et trithérapie ? Existe-t-il une prise en charge médicale respectueuse des trans séropositifVEs ? Quels sont les risques et les précautions à prendre ?

Le D^r Nicolas Hasher, endocrinologue au centre Europe et le D^r Enrique Casalino, infectiologue au CHU du Kremlin Bicêtre qui suivent tous deux des patientEs trans seront les principaux intervenants de la Répi que nous organisons sur la question Trans et VIH, afin de nous exposer les problèmes rencontrés par leurs patientEs ou par eux-mêmes lors du suivi de la maladie. Certaines incompatibilités de traitement ont déjà causé des morts parmi nous. Nous ne laisserons pas notre communauté s'infecter et mourir dans le silence.

Le mercredi 28 juin 2006, de 19h à 22h, venez assister à notre 59^{ème} Réunion Publique d'Information au centre Wallonie-Bruxelles, 46 rue Quincampoix, Paris IV^{ème}. Cette rencontre sera l'occasion de venir échanger, débattre et s'informer sur la situation des trans touchéEs par le VIH ; une communauté qui veut sortir du silence.



Les comptes-rendus des Répis sont disponibles en PDF sur notre site : www.actupparis.org/rubrique53.html

Plaisir d'offrir, joie de recevoir

Ignorance

Taupe Taille unique



J'irai danser quand même

15 €



Knowledge

Modèle Homme noir, kaki, M, L, XL



Complétez et retournez ce talon accompagné du règlement à l'ordre d'Act Up-Paris

Act Up-Paris / VPC - BP 287 - 75525 Paris Cedex 11 - (pour nous joindre : stands@actupparis.org)

Prénom - Nom

Adresse

Téléphone Mail@.....

Votre commande :

Montant : Merci d'ajouter 3 € par article pour les frais de port.

Ylang-Ylang



Photo : François Roussseau - "Pas Pink / Tellement Pink" - 0,34 € TTC / minute depuis un poste fixe

NO PINK



SO PINK

Comment s'abonner :
08 92 69 00 22* ou www.pinktv.fr

pink^{tv}

LA LIBERTE ÇA SE REGARDE

J'IRAI DANSER QUAND MÊME

Parce que celles et ceux qui, par choix, haine ou indifférence, sont responsables de ma situation, veulent que je souffre dans la honte et le silence, et que je ne leur donnerai pas satisfaction ;

Parce que je veux rencontrer ma communauté, pour l'interpeller sur son indifférence face au sida, et sur son manque de solidarité vis-à-vis de bon nombre d'entre nous ;

Parce que je ne suis pas seulE à combattre, et que nous voulons être encore plus nombreuxSES ;

Parce que nous sommes pédés, gouines, bi ou trans, que nous luttons contre le sida et pour nos droits, et nous en sommes fiErEs.

// 24 JUIN 2006 //

// MARCHÉ DES FIERTÉS LGBT //

// DÉPART MONTPARNASSE 13H30 //

// REJOIGNEZ-NOUS //

**ACT UP
PARIS**