

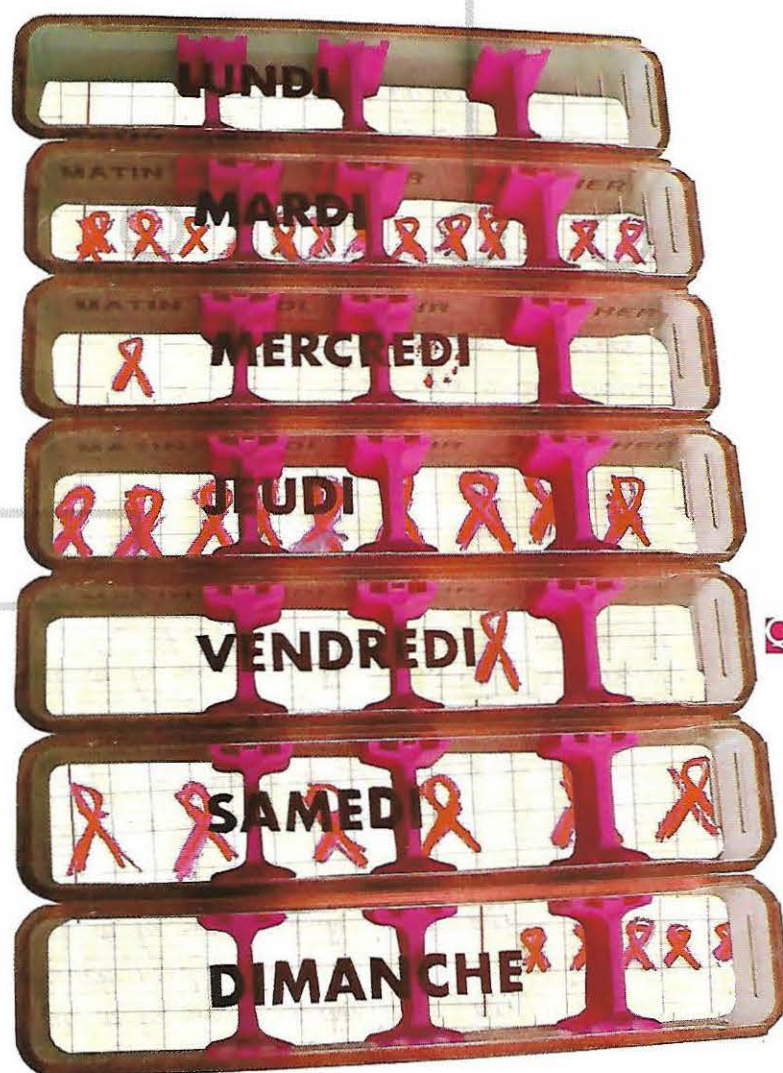
ALTER EGO

Le Journal de l'association Espoir Goutte d'Or

N°60 Hiver 2008-2009

Dossier

VIH-SIDA: quelles actualités?



:: SIDA ET
USAGES DE
DROGUES
Entretiens avec
des usagers

:: UNE ÉLUE
ENGAGÉE
CONTRE LE
SIDA:
Dominique
Demangel

♀ :: FEMMES
ET VIH SIDA
Catherine
Kapusta -
Palmer

Quartier de la Goutte d'Or :

:: La «Goutte Rouge»
:: Le Café Social Dejean

Réduction des Risques :

:: Limiter la casse
:: Intéraction antirétroviraux
et substitution : Dr Demoor



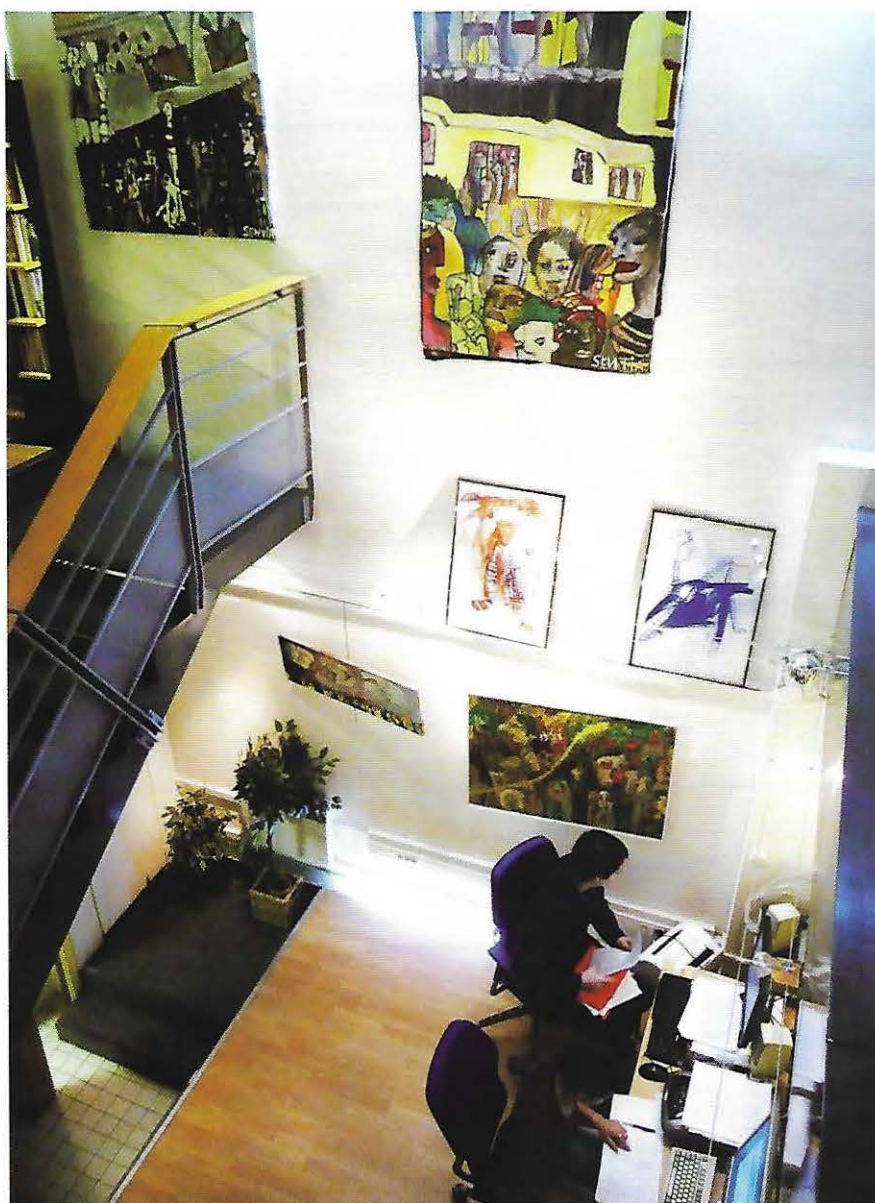


Exposition à STEP

Sentia

Sentia Renneveau, jeune artiste de 24 ans a déjà une longue carrière derrière elle : peintre depuis l'âge de 8 ans, sa pratique est maintenant pluridisciplinaire car elle travaille aussi la céramique et la sculpture. Préférant les lieux un peu marginaux à l'ambiance guindée d'une galerie, elle souhaite renouveler l'expérience de présenter ses oeuvres aux usagers par d'autres expositions à STEP. Contact : 06 07 10 85 55

■ M.A.



Sommaire

| | |
|--|------------------|
| Echos d'EGO | |
| Exposition Sentia | p.2 |
| Envie de lire | |
| « Démocratie participative » par M. Amaouche | p.4 |
| « Rapport du Pr Yeni » par C. Moynot | p.4 |
| « Recalibrating the regime » par M. A. | p.5 |
| Les gens en or de la Goutte d'Or | |
| Le «Café Social Dejean» : A. Lefebvre | p.6 |
| Escale à la Goutte d'Or | |
| La «Goutte Rouge» : Fil & Fred | p.7 |
| Chronique d'un habitant par M. Goldring | p.7 |
| RdR [Réduction des Risques] | |
| traitement | p.8-9 |
| Antirétroviraux et substitution : Dr P. Demoor | |
| historique | p.10-11 |
| « Limiter la casse » par O. Doubre | |
| DOSSIER | p. 12-23 |
| VIH Sida : Quelles actualités ? par M. A. | p.12 |
| 1er décembre : Programmes d'EGO | p.14-15 |
| Entretiens avec des usagers d'EGO | |
| par C. Noblet | p.13-17-20-21-23 |
| Femmes et V.I.H : C. Kapusta-Palmer | p.18-19 |
| Une élue engagée contre le sida : D. Demangel | p.16 |
| Réduction des Risques et sida : F. Olivet | p.22 |

Édito

Bien sûr que nous pouvons !

Au moment de boucler ce nouvel Alter AGO, il nous faut évoquer l'immense espoir que l'élection de Barak OBAMA, à la présidence des États-Unis d'Amérique, représente pour les minorités du monde entier. Les citoyens américains se sont déplacés en masse pour voter ; jeunes et moins jeunes, de toutes couleurs et de toutes origines, ont imposé leur choix sans ambiguïté.

Au-delà d'un événement historique, « pour la première fois au monde, un homme de couleur va diriger une grande démocratie occidentale », la personnalité de Barak OBAMA est symbolique. Né dans une famille modeste d'un père kenyan musulman et d'une mère américaine blanche, il est chrétien et après de brillantes études, il a choisi de débiter sa vie professionnelle comme travailleur social dans un quartier défavorisé de Chicago.

L'élection de Barak OBAMA nous promet aussi de nouveaux visages pour des représentations politiques qui refléteront un peu mieux nos sociétés faites de diversité culturelle et ethnique. Cette élection génère aussi de nouveaux espoirs et augure de nouvelles transformations : celle d'une citoyenneté à la fois nationale et universelle, qui a permis à des milliers de citoyens non américains de rêver collectivement à son élection.

Cette citoyenneté nouvelle a pris la forme d'un engagement dans la lutte contre le sida au-delà des frontières américaines. Nous avons ainsi pu voir Barak et Michelle Obama en visite en Afrique, au Kenya, se faire dépister pour le VIH, entraînant ainsi plus de 500 000 nouveaux dépistages de Kényans.

« Yes we can » : dépasser les frontières et les tabous pour construire ensemble un monde meilleur.

Si un battement d'aile de papillon au Brésil peut se ressentir à Paris, le choix historique des « étatsuniens » aura-t-il un effet à la Goutte d'Or ?

Lia Cavalcanti, directrice d'EGO

Claude Moynot, membre du Conseil d'Administration d'EGO

Alter-Ego, le journal

Directrice de publication :

Lia Cavalcanti

Coordination de la rédaction :

Malika Amaouche

Conception graphique et maquette :

Juliette Six

Comité de rédaction :

Malika Amaouche, Jean-François Bowen

Arlette Devouge, Olivier Doubre,

Philippe Férin, Maurice Goldring,

Claude Moynot, Khloé, Ramon Neira,

Emmanuelle Sené, Juliette Six

Secrétariat de rédaction :

Arlette Devouge, Claude Moynot,

Noëlle Savignat

Illustrations :

Cam08, Juliette Six

Imprimerie :

DEJAGLMC

Parc d'activités Les Doucettes

23, avenues des Morillons

95146 Garges-les-Gonnesse Cedex

Parution :

Trimestrielle - 2 000 exemplaires

Numéro ISSN : 1770-4715

Nous contacter :

EGO, 6 rue de Clignancourt,

75018 Paris

Tél : 01 53 09 99 49

Fax : 01 53 09 99 44

alterego@ego.asso.fr

http://www.asso-ego.org/

«Alter Ego le Journal» est la revue de l'association EGO

(ESPOIR GOUTTE D'OR).

Régie par la loi de 1901, l'association EGO a été créée en 1987 à partir d'une démarche de santé communautaire. Aujourd'hui, elle gère deux établissements médico-sociaux : un CAARUD (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues) qui comporte deux antennes (Le Centre d'Accueil et le Programme d'Echange de Seringues) et un CSST (Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes).

RAPPORTS YENI 2008



La France est le seul pays à produire de tels rapports portant sur le caractère global de la prise en charge. Ces rapports, publiés tous les deux ans par le Ministère de la Santé, sont élaborés par un groupe d'experts.

En 2006*, le professeur Yeni, remarquait que “ ce type de rapport n'existe pas pour d'autres pathologies ”. La périodicité de ces rapports permet de rendre compte des progrès en termes de médicaments anti-VIH et de stratégies thérapeutiques. Les experts ne se contentent pas d'aborder la prise en charge thérapeutique mais ils adoptent une approche transversale, multidisciplinaire et favorisant l'interprofessionnalité de la prise en charge.

L'autre particularité de ces rapports est d'associer divers acteurs engagés contre le sida dans sa rédaction, des médecins et des spécialistes mais aussi acteurs associatifs. Ainsi pour le rapport 2008, pas moins de 31 représentants de 11 associations ont participé aux groupes de rédaction de différents chapitres.

Le rapport 2008 fait le constat que l'épidémie reste active et qu'elle s'accompagne d'une recrudescence des IST, notamment la syphilis. Le dépistage plus précoce des personnes infectées est d'autant plus nécessaire qu'un tiers des patients n'accèdent à une prise en charge qu'au stade tardif du Sida ; l'utilisation de tests rapides de sérologie pourrait faciliter de nouvelles stratégies et permettrait d'atteindre plus facilement les populations les plus concernées.

Au total, si la mortalité et l'incidence des hospitalisations ont diminué, la morbidité s'est diversifiée. La réalité des risques cardiovasculaires, entre autres, et les effets indésirables des

thérapeutiques au long cours contribuent à la complexité de la prise en charge de l'infection par le VIH, qui associe, à côté du médecin référent VIH et du médecin généraliste, d'autres médecins spécialistes, des professionnels de santé en charge de l'éducation thérapeutique et des aspects sociaux, psychologiques, diététiques et les associations de patients. Parmi les recommandations du rapport Yeni figure la nécessité de prendre en compte, par les équipes soignantes, les conditions de vie des personnes séropositives sachant que 50 % des personnes vivant avec le VIH sont en dessous du seuil de pauvreté**. Est également promue la prise en compte de situations relevant de spécificités méritant une attention particulière, comme celles des femmes, des personnes détenues ou des personnes transgenres. La problématique du vieillissement des personnes vivant avec le VIH a également fait l'objet d'attention.

■ Malika Amaouche

* Entretien de Sida Info Service et du Professeur Yeni sur le site de l'association : <http://www.sida-info-service.org>

** www.trt-5.org/

Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH, Rapport 2008, Recommandations du groupe d'experts, sous la direction du professeur Patrick Yeni, Réalisé avec le soutien du Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, Flammarion, Paris, 2008.

DÉMOCRATIE PARTICIPANTE ET TRANSFORMATION SOCIALE

Démocratie participative et transformation sociale



La démocratie participative ne peut être jugée qu'aux résultats qu'elle produit. Ce livre issu d'un séminaire de l'association "Espaces Marx" examine les pratiques et les expériences auxquelles elle a donné lieu depuis une vingtaine d'années maintenant. Les nombreux intervenants issus de domaines différents (politiques, associatifs, universitaires, journalistes...) répondent, chacun selon ses compétences, à la question : la démocratie participative est-elle un instrument de gouvernance, un vecteur de modernisation de l'État et/ou un nouveau pouvoir ? Un des intérêts de cet ouvrage réside aussi dans sa réflexion sur les lieux où l'accès à la démocratie et l'égalité sont encore rendus difficiles : pour les femmes ou en ce qui concerne l'accès à Internet. Il présente aussi des pratiques de démocratie participative dans d'autres pays les entreprises récupérées en Argentine, les conseils communaux au Venezuela ou encore le budget participatif de Porto Alegre.

■ M.A.

Démocratie participative et transformation sociale, ouvrage coordonné par Patrick Coulon, édition Syllepse et Espaces Marx, 2008.

"RECALIBRATING THE REGIME The Need for a Human Rights-Based Approach to International Drug Policy**"

Ce rapport dénonce les effets pervers sur les Droits de l'Homme des politiques de lutte contre la drogue des Nations-Unies.

Le Programme Politique des Drogues de la Fondation Beckley (PPDFB) a pour but de promouvoir un débat objectif sur l'efficacité, la direction et le contenu des politiques au sujet des drogues aux niveaux national et international.

Cette initiative non gouvernementale rassemble d'éminents décideurs politiques, des scientifiques et des professionnels connus pour analyser les faits les plus récents sur l'efficacité des politiques concernant les drogues dans le cadre d'un débat ouvert et objectif.

Le dernier rapport de la BFDPP prône une approche de la gestion internationale des politiques de lutte contre les drogues basée sur la notion des Droits de l'Homme. Il constate que ces politiques sont en général moralistes et stigmatisent les usagers de drogues en les présentant comme des "démons sociaux" menaçant la santé et les valeurs des citoyens et de leurs États. Souvent décrits comme des êtres inférieurs, les usagers de drogues sont volontiers exclus du domaine des droits de l'homme du fait de mesures politiques discriminatoires. Marginalisés et stigmatisés, ces personnes sont dès lors vulnérables et subissent des atteintes à leurs droits les plus élémentaires, comme des incarcérations abusives, des exécutions ou des refus de soins.

Ce rapport critique les Nations Unies qui en dépit de leur Charte qui statue sur l'importance du respect universel des droits fondamentaux, sont loin d'intégrer cette dimension dans leurs programmes de lutte contre la drogue.

Ce rapport fait une analyse critique des relations entre le système de contrôle du trafic de drogues de l'ONU et les droits de l'homme. Il souligne l'importance que doivent y prendre les droits de l'homme.

Il démontre comment les diverses formes de renforcement de la prohibition et du contrôle de la drogue de l'ONU conduisent à une augmentation des violations des droits de l'homme.

Il fait des recommandations visant à réorienter les politiques de façon à empêcher que la protection des droits de l'homme soit assujettie aux politiques de lutte contre la drogue.

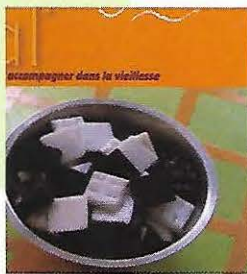
■ Maud Verdier

*Traduction : nécessité de réajuster les politiques internationales concernant les drogues, sur la notion de Droits de l'Homme.

Pour en savoir plus

Beckley Foundation Drug Policy Programme (BFDPP) and International Harm Reduction Association (IHRA) : www.internationaldrugpolicy.net
International Drug Policy Consortium (IDPC) : www.idpc.info

Le «Café Social Dejean» : une pause café contre la solitude



À la suite d'une étude nationale préconisant l'implantation dans les quartiers défavorisés et à forte population immigrée, de structures spécifiques d'aide et d'accompagnement de personnes migrantes déjà âgées, le café Dejean, a été ouvert, au coeur du marché Dejean, dans le 18^e.

Rencontre avec André Lefebvre, coordinateur :

André Lefebvre :

Les trois quarts du public sont constitués d'hommes arrivés en France il y a 30, 40 ou 50 ans, pour trouver les moyens de faire vivre leur famille restée au pays d'origine. Au départ, en 2000, le projet de l'association « Ayyem Zamen » était d'aider au retour ces personnes. Mais une expertise de terrain et de faisabilité, qui a duré deux ans, a mis en évidence l'errance et la précarisation croissante de ces migrants qui n'allaient vraisemblablement pas retourner dans leur pays d'origine. Nous nous sommes alors préoccupés des réponses possibles des institutions à ce problème particulier et nous avons ouvert ce lieu au cours de l'été 2008.

Pourquoi ne prennent-ils pas leur retraite « au pays » ?

On notera qu'on se pose cette question à propos des immigrés mais pas pour les paysans qui ont quitté leur campagne. L'investissement au retour se concrétise, dès le départ, par la construction d'une maison au pays, des projets micro-économiques comme monter une boucherie à Marrakech. L'idée de retour existe mais c'est la mort qui généralement révélera cet état de fait. Il y a trois raisons à cela : c'est une immigration composée de pères de famille qui, quand ils reviennent, n'ont plus leur place dans la famille, ont des rapports difficiles avec femme et enfants qui défient leur autorité parentale et leur reprochent abandon et vie en France. Ensuite, il n'est pas évident de se réinscrire dans un tissu social après

40 ans d'exil. Il se crée un énorme décalage qui ravive les rivalités avec les copains d'antan qui sont restés au pays à planter des tomates ou à ramasser des olives. Et puis ces Chibanis* arrivent au pays comme des seigneurs, se payent des aides pour le ménage ou la cuisine alors qu'en France, ils vivaient souvent avec 800 euros par mois.

Devant ces difficultés, ils reviennent en France et le moment de la retraite annonce une autre vie : celle d'une personne âgée, avec les conséquences que cela comporte ici. Il faut savoir que 55% des personnes résidant en foyer de travailleurs immigrés en France ont plus de 55 ans.

Que leur propose le café Dejean ?

Nos missions sont de trois ordres : liquidation de retraite, logement et accès aux droits. Nous faisons régulièrement des campagnes spécialisées sur les problèmes de santé, par exemple sur le diabète très fréquent, dans cette population, ou sur la vaccination contre la grippe. Nous veillons aussi à ce qu'ils ne perdent pas leurs droits au séjour ; ce qui n'arrive qu'à ceux qui ont des problèmes psychologiques, se mettent à errer et ne renouvellent pas leurs papiers, ce qui est rare dans cette population. Leurs revenus oscillent entre 700 et 900 euros et ils continuent à envoyer de l'argent au pays, fragilisant encore plus leur situation en France ; nous les accompagnons dans des résidences de retraite pour les sortir d'hôtels miteux à 300 euros le mois. Nous les amenons à s'intéresser au cinéma, à la lecture, et au jardinage.

Cette dernière activité a beaucoup de succès car, issus d'un milieu rural, ils ont un rapport particulier à la terre. Cela permet de renverser un peu le rapport que nous avons avec eux car c'est un domaine où ils peuvent faire preuve de leurs compétences.

Vous accueillez aussi des femmes ?

Sur 2000 adhérents, nous avons 8 à 9 % de femmes et, comme toutes les associations, nous avons du mal à mettre en place une véritable mixité. Néanmoins, pour que les gens se rencontrent, nous proposons de nombreuses activités autour de la culture, de la santé... Nous avons aussi, pour les femmes, des ateliers spécifiques de couture ou de composition florale. Nous organisons des repas préparés par les hommes : leur vie de célibataire en a fait d'excellents cuisiniers. Le fait de côtoyer en France d'autres modèles familiaux a changé aussi leurs propres représentations. Ces personnes souffrent beaucoup de solitude dans une société où la précarité a chassé la solidarité d'autrefois. Les stratégies de survie sont plus individuelles que collectives et c'est ce que nous combattons ici.

Entretien réalisé par
■ Malika Amaouche

Chibanis* : nom donné aux maghrébins âgés, cheveux blancs en arabe dialectal.

Association Ayyem Zamen
7 rue Pali Kao
75020 Paris
01 40 33 25 25 – 01 40 33 28 28
contact@cafesocial.org
www.cafesocial.org



La Goutte Rouge, un surprenant petit bar d'antan !

Philippe Ferin, habitant le quartier depuis longtemps, se souvient :

Prenez un café ordinaire, avec ses habitués et leurs brèves de comptoir, ses joueurs de domino, les illusions d'un jour. Il est bien placé avec si possible, un espace vert, avec des enfants acrobates, des "chibanis" qui jouent aux dames... Rencontrez un patron du cru, Momo, un peu ancien bandit, ancien "twister" et qui s'ennuie un peu... Mettez-vous dans la peau de "Babarama", un habitant du quartier depuis des lustres, peintre curieux, "amalgameur" de céramiques cassées, mosaïques non conformes et objets divers... 5 kilos de joint ciment, des amis musiciens et allumés de toutes sortes. Secouez, mélangez et laissez mijoter. Sortez, voilà la Goutte Rouge. Momo nous a quittés en 2003. Babarama et Fredo continuent sur sa lancée. Cette page lui est dédiée.

Chronique d'un riverain

« S'en sortir »

Est-ce que tu t'en es sorti ? Sorti de quoi ? Sortir, c'est quitter un état, un lieu, quitter des gens. Sortir, c'est aussi trahir. Les enfants qui font des études et viennent de milieux modestes en font tous les jours l'expérience. Ils s'en sont sortis. Mais ils se sont éloignés. Dans la Goutte d'Or, où arrivent des populations migrantes qui font l'expérience des misères de l'exil, s'en sortir, c'est quitter le quartier où elles ont connu la misère, mais aussi la solidarité, la fraternité, une forme de chaleur qu'elles ne retrouveront plus ailleurs. Et certains usagers disent à EGO j'ai peur d'arrêter, parce que pour moi arrêter ce sera quitter tout ça, vous, mes amis, les rues, où il n'y pas que violence et galère, mais aussi de l'amitié.

Il en est ainsi dans tous les domaines. L'exil, c'est quitter le pays, la famille, l'affection, la chaleur, mais c'est aussi grandir, se transformer. Grandir, c'est quitter la famille. Avoir des papiers, c'est quitter le monde des sans papiers.

Il faut donner le maximum de possibilités pour que les gens décident eux-mêmes. Ne pas emprisonner les gens dans leur milieu familial qui est à la fois chaleur et prison. Ne pas considérer comme traîtres ou repentis ceux qui s'en vont.

■ Maurice Goldring

Fred, 33 ans, un enfant du quartier, est, depuis 4 ans, le patron de la Goutte Rouge, un petit bar près du square Léon.

Peux-tu nous présenter la Goutte Rouge ?

La Goutte Rouge est un petit bar situé, depuis 25 ans, au cœur de la Goutte d'Or, près du square Léon. Comme c'est le cas pour la décoration, on essaie d'évoluer et d'innover.

Qui a réalisé la décoration ?

C'est avec Babarama, un artiste du quartier, que nous avons réalisé toute cette mosaïque.

Vous organisez des concerts ?

Tous les mercredis soirs : actuellement ces soirées sont consacrées au Jazz Manouche, les musiciens peuvent venir y faire un bœuf. C'est ouvert à tous les musiciens et à tous les chanteurs mais le fil conducteur est le Jazz Manouche.

Tous les samedis soirs :

il y a des concerts variés : musique brésilienne, française, etc., par des gens du quartier mais aussi par d'autres. Samedi dernier, 6 septembre, par exemple, c'étaient mes « chouchous » : *Valentin et les 3 cool Cats*. J'espère que ça va marcher pour eux parce que c'est vraiment bien ce qu'ils font.

Le chanteur est un mec qui touche à tout, il sait jouer de toutes sortes d'instruments ; leur musique est un mélange de Ska, de Reggae, c'est vraiment très bien.

Pour un petit groupe, la Goutte Rouge peut-elle être un tremplin vers le succès ?

Eh bien figure toi que certains ont fini dans les bacs de la FNAC, Padame ou La Vache, par exemple, ont fait leur petit bonhomme de chemin et ça va plutôt bien pour eux maintenant.

Quel type de publics vient à la Goutte Rouge ?

Des écrivains, des chômeurs, des personnes âgées, des familles, c'est vraiment mélangé. Venez donc nombreux pour vous rendre compte ! La Goutte Rouge est l'un des bars les moins chers de Paris, convivial, dans une ambiance d'antan ; on y écoute de la bonne musique. Et puis, si tu es musicien ou chanteur et si tu veux finir dans les bacs, passe à la Goutte Rouge !

■ Entretien réalisé par M. A.

Traitements Antirétroviraux et Produits de Substitution

Après avoir constaté la complexité d'évoquer en détail les nombreuses thérapies associées (antirétroviraux, produits de substitution...), le docteur Demoor a replacé la question dans un contexte plus général des interactions médicamenteuses celles-ci pouvant même survenir lors d'absorptions conjointes avec certains aliments.

Quelques explications :

Antirétroviraux, un mot bien mystérieux, désigne les médicaments qui luttent contre les « rétrovirus » un terme qui ne signifie pas virus d'autrefois. Un tel virus, appelé aussi virus ARN, fonctionne « à l'envers » du processus commun à tous les êtres vivants c'est-à-dire la transformation de l'ADN des cellules en ARN avec production de protéines. Au contraire un rétrovirus, à l'aide d'enzymes (retrotranscriptase), transforme son ARN en un ADN qui se fixe sur l'ADN de la cellule qu'il infecte puis se reproduit avec la division des cellules de la personne infectée. Les premiers rétrovirus ont été découverts dans les années cinquante. Le VIH et le VHC sont des rétrovirus.

Historique :

Dans les premières années de l'épidémie, la médecine française distinguait les séropositifs (encore peu immunodéficients) des malades pour lesquels on ne disposait d'aucun traitement anti VIH. En l'absence de traitement efficace, le sida (Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise) conduisait à la mort à plus ou moins brève échéance. Aujourd'hui on ne fait plus de distinction, toute personne détectée infectée par le VIH est un patient malade. Même si aucun vaccin n'a encore été mis au point, les médecins disposent de traitements capables de freiner l'évolution de la maladie.

De nombreux patients traités pour le VIH continuent à travailler et mènent une vie pratiquement normale.

Nombre d'usagers (ou anciens usagers) de drogues, qui pour de multiples raisons n'ont pas pu bénéficier de dispositifs de réduction des risques, sont infectés par le VIH et peuvent être traités. Les médecins et soignants qui les aident à se libérer de leur consommation se préoccupent de savoir si les traitements antirétroviraux sont compatibles avec la co-prescription de produits de substitution.

Objectif de cet article :

Il n'est pas possible d'envisager en détail les interactions positives ou négatives de toutes les associations de médicaments susceptibles d'être prescrits. La compétence professionnelle du médecin spécialiste lui permettra, grâce à la qualité de la relation avec le patient et la connaissance de ses pathologies, de proposer la meilleure thérapeutique (association de médicaments, dosages, périodicité des prises).

Comment les médicaments agissent-ils ?

Chacun a un but précis : combattre une infection (grippe, tuberculose), corriger le mauvais fonctionnement d'un organe (tachycardie). Pour être efficace le médicament doit :
- parvenir rapidement en quantité suffisante et non toxique là où il doit agir,

- agir avec efficacité;
- être éliminé suffisamment rapidement pour éviter de devenir toxique.

Lorsque l'on associe deux médicaments il arrive que l'un d'eux « booste » ou, au contraire, gêne l'une des trois phases de l'action de l'autre. Bien évidemment lorsqu'il s'agit de trithérapie, voire de multi-thérapie ; seule l'expérience permet d'apprécier l'intérêt ou les inconvénients des diverses associations médicamenteuses. Chaque produit a une durée de vie spécifique qui conditionne le nombre de prises (une fois ou deux fois voire trois fois par jour)

Ce qu'on connaît et ce qu'on ne connaît pas.

Ces interactions entre médicaments préoccupent depuis longtemps médecins et pharmaciens. Les résultats de nombreuses recherches et expérimentations sur le sujet ont été publiés, les médecins traitants peuvent s'y référer. On sait, par exemple, que le Norvir, souvent associé à d'autres antirétroviraux, diminue l'effet de la pilule contraceptive mais qu'il amplifie beaucoup l'action du Viagra jusqu'à devenir toxique. La méthadone est le seul produit de substitution dont l'interaction avec les antirétroviraux a été bien étudiée. Associée à certains de ces antirétroviraux la méthadone est moins active, il convient donc d'en augmenter les doses pour éviter le risque de syndrome de sevrage. Cependant face à un patient bien équilibré sous Subutex, dont les interactions sont moins connues, le médecin ne passera pas nécessairement à la méthadone. Le problème à résoudre aujourd'hui devient plus complexe ; le médecin se trouve face à des malades du

sida qui ont contracté une hépatite C et/ou d'autres pathologies : hypertension artérielle, diabète, cholestérol, cancer, ... Il ne s'agit plus seulement d'interactions entre deux classes de médicaments. En liaison avec ses confrères, le médecin spécialiste du VIH devra adapter au mieux les spécialités prescrites en fonction non seulement des symptômes à traiter, mais de l'âge du patient, de son poids, son mode d'alimentation, son contexte de vie.

Tout ce que nous ingérons, y compris des produits dits naturels, peut influencer l'action de médicaments. On peut citer l'exemple du jus de pamplemousse qu'il est conseillé de boire lors de la prise de certains médicaments mais qu'il faut éviter de consommer dans d'autres cas. On sait également que les préparations à base de millepertuis ne doivent pas être utilisées avec le Norvir

Enfin dans le cas assez fréquent d'un patient traité pour le sida qui contracte une hépatite C, il pourra être nécessaire de modifier son traitement anti VIH pour éviter d'augmenter la toxicité des médicaments prescrits pour lutter contre le VHC (AZT et Interféron, par exemple).

En conclusion :

Les antirétroviraux sont susceptibles d'interactions sur tout autre type de médicament. Les maîtriser devient de plus en plus complexe au fur et à mesure qu'augmente le nombre de spécialités prescrites à un patient. De manière générale chacun de nous, s'il veut vivre dans les meilleures conditions quelles que soient les patholo-

gies dont il souffre, doit se sentir en confiance avec son ou ses médecin(s), ne rien cacher des médicaments voire des drogues, licites ou illicites, qu'il consomme ou a consommés. On ne pourra pas toujours éviter les effets secondaires mais il faut équilibrer le « bénéfique/risque » des traitements.

Entretien avec le Docteur
Pierre DEMOOR
Praticien spécialiste
en hépatologie
Attaché à l'hôpital
BICHAT- CLAUDE BERNARD

Bibliographie :

Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH, Rapport 2008, sous la direction du Pr Patrick Yeni. », Médecine-Sciences, Flammarion, 2008.

Infection VIH : Mémento thérapeutique 2007
J-M.DARIOSECQ ; A-M.TABURET ;
P-M.GIRARD, Editeur : Doin, 2007.

Site internet :
www.hiv-druginteraction.org

■ Réalisé par Claude Moynot

Le prix Nobel de Médecine 2008 attribué à deux chercheurs français pour la découverte du VIH

Luc Montagnier (76 ans, professeur émérite à l'Institut Pasteur) et Françoise Barré-Sinoussi (61 ans, directrice de recherches à l'INSERM) viennent de recevoir le prix Nobel de Médecine pour la découverte, en 1983, du virus du sida. Ils partagent cette récompense avec l'Allemand Harald zur Hausen qui, la même année, a identifié le virus du papillome humain, responsable de la majorité des cancers de l'utérus.

L'Académie du Nobel salue ainsi deux avancées majeures dans la lutte

contre les maladies sexuellement transmissibles.

La renommée des deux chercheurs français et de leurs équipes, n'a pas attendu l'attribution de ce prix prestigieux. En isolant le VIH identifié comme le virus responsable du sida, ils ont ouvert la voie à la recherche de moyens de lutter contre cette maladie.

Si, pour de multiples raisons, l'épidémie de sida est loin d'être jugulée à travers le monde, des traitements de plus en plus performants ont été mis au point. Les malades qui ont la chance d'y avoir accès mènent une vie pratiquement normale.

Faisons le souhait que cette haute distinction suscite un grand mouvement de solidarité national et international pour le développement d'actions de prévention, la mise à disposition de traitements et de vaccins, partout dans le monde.

■ Claude Moynot

1993, Limiter la casse : le tournant de la lutte contre le sida vers les usagers de drogues

C'est une époque qui peut sembler lointaine. Une époque où les traitements de substitution n'existaient pas pour le plus grand nombre. Une époque où les usagers de drogues par voie intraveineuse étaient

parmi les plus touchés par le VIH et où les trithérapies efficaces contre le virus n'existaient pas non plus. Une époque où les morts par overdoses dans l'Hexagone se comptaient pas centaines, quand on voulait bien les

compter comme tels, ce qui était loin d'être toujours le cas. Une époque où, se souvient la sociologue Anne Coppel qui travaillait alors à la Clinique Liberté de Bagneux, « pas mal de gens depuis les années 1980 faisaient de la réduction des risques, mais tous un peu sans le savoir... »

Les premiers groupes français d'auto-support commençaient seulement à se former, des premiers programmes d'échange de seringues n'avaient vu le jour que quelques années plus tôt, la prévention sur le terrain en direction des usagers s'était menée dans la plus prudente discrétion et, heureusement, quelques rares et courageux médecins acceptaient de prescrire (non sans risques judiciaires) certains médicaments – qui n'avaient ni le nom, ni surtout le statut officiel de traitements de substitution – généralement, du Temgesic® (de la buprénorphine comme le Subutex®, mais moins fortement dosée). Et pourtant, cette époque « lointaine » ne date que d'une quinzaine d'années...

Anne Coppel, aujourd'hui présidente d'honneur de l'Association Française de Réduction des Risques (AFR), connaissait déjà, pour avoir travaillé avec nombre d'entre eux, beaucoup de ces acteurs de la RdR qui s'ignoraient encore. Elle reconnaît avec modestie avoir eu le « petit rôle de les contacter et d'organiser les premières rencontres entre ces gens qui se côtoyaient rarement et travaillaient chacun dans leur petit coin » (1). Au cours de l'été 1992, à Amsterdam, s'est tenue une conférence internationale sur le sida à laquelle ont participé, pour la première fois, une trentaine de Français investis dans le champ des drogues. Ils découvrent là les multiples actions en direction des usagers menées, depuis longtemps déjà, dans les autres pays.

LIMITER LA CASSE

Des toxicomanes meurent chaque jour du sida, d'hépatite B et C, de septicémie, par suicide ou par overdose. Ces morts peuvent être évitées. C'est ce qu'on appelle "la réduction des risques".

Limiter la Casse, voilà l'urgence. Ces mesures sont applicables sans délai:

- Accès aux seringues stériles sans menace de poursuite: échange de seringues et distributeurs.
- Soins assurés aux malades sans chantage à la désintoxication.
- Traitements de substitution pour ceux qui en ont besoin.
- Reconnaissance du rôle essentiel des usagers de drogues dans la prévention.

Partout en Europe les gouvernements se sont ralliés aux politiques de réduction des risques; quelles que soient leurs orientations, initialement en Grande-Bretagne, aux Pays-Bas et en Suisse, aujourd'hui en Allemagne, en Italie, en Autriche, en Espagne et en Belgique. Les résultats sont indéniables.

Les toxicomanes réduisent les risques dès qu'on leur en donne les moyens: il y a moins de morts, moins de personnes contaminées, moins de maladies, moins de violence.

La France fait exception. Les actions de prévention sont

découragées, les toxicomanes sont harcelés, les malades incarcérés, les rapports se dégradent entre la société et les toxicomanes.

Plus la répression des usagers s'accroît, plus les mafias s'organisent, plus les usages de drogue sont violents. La France détient le record des cas de sida en Europe. Désormais, les toxicomanes sont les premiers touchés: ils sont 32,4% des séropositifs recensés (31,7% pour les homosexuels).

La politique actuelle, en prétendant éradiquer la toxicomanie, aggrave les risques.

L'alternative entre incarcération ou obligation de désintoxication est une impasse.

La responsabilité des pouvoirs publics est aujourd'hui engagée, comme elle le fut dans l'affaire du sang contaminé.

Parce que une seule injection suffit pour devenir séropositif.

Parce que les toxicomanes sont nos enfants, nos conjoints, nos amis, nos voisins.

Parce qu'on ne gagnera pas contre le sida en oubliant les toxicomanes.

Limitons la casse!

Limiter la casse est un collectif soutenu par Act Up - Aides - Aparts - Apothicom - Arcades - Arcat-Sida Association pour l'Aide Humanitaire - ASUD - ASUD Montpellier - Banlieuescopes - CCFEL - Charonne - La Cimade - CREMSS (la revue Agora) - Drogue et Société - EGO - Espas - FIRST - IFSAS - GIRAST - Médecins du Monde - REPSUD Réseau Vitry - Rétrovirus - SOL EN SI - SOS Détresse - SOS racisme - La terrasse - Le bus des Femmes etc...

SIGNEZ POUR LIMITER LA CASSE

Nom: _____ Signature: _____

Organisme: _____

PHOTOCOPIEZ, FAITES CIRCULER ET FAXEZ AU: 42 57 04 83

LIMITER LA CASSE: 247 RUE DE BELLEVILLE 75019 PARIS TÉL.44 52 02 60 & 42 55 16 49

« *A Amsterdam, on se rencontre pour la première fois, et on voit que les autres pays ont des programmes de méthadone, quelquefois depuis des décennies, et font plein de choses sur le terrain. Et en France, quasiment rien... On est tous rentrés en se disant : il faut faire quelque chose !* »

Mais, en raison d'une longue histoire, les traitements de substitution avaient alors en France de nombreux adversaires. Ceux-ci, en particulier le docteur Curtet, sont eux aussi très actifs durant l'été 1992, et ont obtenu que le Temgesic® ne puisse plus être prescrit que sur carnet à souches. Dans ces conditions, les médecins acceptant d'en prescrire malgré tout, se comptent désormais sur les doigts d'une main et leurs cabinets sont envahis par des usagers, souvent affolés suite à ce changement de réglementation. Face à cette situation, Jean Carpentier, médecin généraliste (dont le cabinet rue de Charonne, l'un des rares à continuer la délivrance, ne désemplit plus) et Anne Coppel co-signent un appel dans *Le Monde* du 9 septembre 1992, pour demander un débat public sur cette question ; ils interpellent le ministre de la Santé, Bernard Kouchner. En outre, les overdoses et les morts d'usagers dues au sida augmentent rapidement, à un tel point que la presse publie les résultats d'une enquête sanitaire montrant que ces décès représentent la première cause de mortalité des 19-44 ans en Île-de-France. Impossible désormais pour les pouvoirs publics d'ignorer le fait qu'il y a là un problème majeur de santé publique !

La mobilisation va alors croître fortement. Ainsi, en avril 1993, Anne Coppel et le docteur Bertrand Lebeau décident de réunir autour d'une table tous ceux qui sont prêts à s'engager face à cette urgence. Ils conviennent à une première réunion des acteurs de

santé, des usagers (d'ASUD) et des militants, notamment ceux d'Act Up-Paris, de Aides, d'APARTS, de Charonne, de SOS Racisme, de Médecins du Monde, d'EGO, du Bus des Femmes, de FIRST... L'association *Limiter la casse* voit officiellement le jour en mai 1993 (cf. ci-contre son premier tract). Ce que propose ce collectif de militants rompt franchement avec la culture dominante de l'époque vis-à-vis des usagers de drogues. Act Up-Paris joue un rôle non négligeable sur ce point puisque cette association de malades du sida met l'accent sur le lien entre sida et usage de drogues, alors qu'on craignait jusqu'ici que rapprocher les deux sujets augmente la stigmatisation des séropositifs...

Désormais, on crie haut et fort que les usagers sont massivement parmi les premières victimes du sida, et on exige des réponses spécifiques pour stopper l'hécatombe. Ces revendications seront reprises dans un appel, publié conjointement dans *Le Monde* et *Libération*, le 19 octobre 1993, avec les signatures de personnalités, comme Michel Piccoli, Mgr Gaillot, Madeleine Rebérioux (historienne, Ligue des droits de l'Homme), Harlem Désir, Bernard Kouchner, Pierre Bergé, Dominique Voynet, etc...

Cette première mobilisation commune va désormais peser sur le débat public en faisant entendre une voix qui n'avait auparavant pas droit au chapitre. Et, les pouvoirs publics devront en tenir compte. Après de nombreuses réunions et l'organisation par *Limiter la casse* d'États généraux « Drogues et sida », la nouvelle ministre de la Santé, Simone Veil annonce, finalement, de nouvelles mesures développant les programmes d'échanges de seringues et, surtout,

autorisant les traitements de substitution. Méthadone et buprénorphine (Subutex®) deviennent des traitements à part entière à partir de janvier 1995. *Limiter la casse* a donc eu un rôle décisif : le ministère et le corps médical, conscients de l'urgence sanitaire et de la nécessité d'agir rapidement, ont fini par écouter ce collectif.

On connaît depuis les effets positifs de ces décisions prises en 1994-1995, premières mesures d'une véritable politique de réduction des risques en France : outre la réduction de près de 80% des overdoses en quelques années, les contaminations par le VIH d'usagers de drogues ont chuté à moins de 3% du total des contaminations dans l'Hexagone (contre 32% en 1993 !). De même, la délinquance liée aux dépendances a considérablement diminué et, d'une façon générale, l'état de santé des usagers s'est largement amélioré. Depuis 2004, la politique de réduction des risques a été officiellement inscrite dans la loi de santé publique, lui garantissant ainsi un caractère pérenne. Toutes les personnes qui en bénéficient aujourd'hui le doivent pour une bonne part à la mobilisation déterminante des militants de *Limiter la casse*.

■ Olivier Doubre

(1) Sur ce point, et plus généralement, sur l'histoire de la naissance de la RdR en France, cf. le récit qu'elle en fait dans son ouvrage *Peut-on civiliser les drogues ? De la guerre à la drogue à la réduction des risques*, Anne Coppel, La Découverte, 2002

VIH-SIDA :

Quelles actualités?

Faire de la réduction des risques, c'est partir de la réalité.

Le taux de contamination chez les usagers de drogue ne cessent de baisser mais pour ceux qui sont en grande précarité le VIH reste encore un sujet tabou. Ainsi, même si les gestes de prévention ont été intégrés pour la plupart d'entre eux, ils ne vont pas aller se faire dépister. Leurs difficultés pour survivre au quotidien sont telles que la santé n'est pas leur principale préoccupation. Une usagère* nous interpelle sur ce fait quand elle nous demande de faire aussi de la prévention dans les "zones rouges" (p. 21).

Le président du Conseil de la Vie Sociale d'EGO (p. 13) attire également notre attention sur l'importance de prendre en compte les pratiques des usagers pour adapter les discours de réductions des risques dont le pragmatisme a permis de sauver des vies.

Par ailleurs, le temps de l'usager n'est pas celui du personnel soignant ou des travailleurs sociaux. Ainsi entre l'annonce de la découverte de la séropositivité, le suivi médical et la mise sous traitement des jours et parfois des mois s'amoncellent tandis que croît le risque d'éloigner l'usager d'un parcours de soin. Ce dernier, est, de plus, semé d'embûches qu'il est bien difficile de surmonter pour des personnes en grande fragilité. Un accompagnement personnalisé s'impose donc avant la mise sous traitement pour les usagers pour toutes les raisons évoquées précédemment mais aussi afin d'adapter les suivis médicaux avec tous les produits consommés par l'usager (p. 8-9).

L'exemple de la mobilisation des femmes séropositives (p. 18-19) pour faire entendre leur spécificité en ce qui concerne cette infection montre les dégâts que peut causer une approche uniforme de la maladie. Mais c'est aussi un espoir que le masque de la honte puisse tomber et que s'exprime, à visage découvert, la parole des personnes stigmatisées.

■ **Malika Amaouche**

*Claire Noblet, infirmière au CSST a réalisé, pour ce dossier, la plupart des entretiens.



Cam.08
ikuno_no@hotmail.fr



Quels impératifs pour la prévention chez les usagers aujourd'hui ?

La parole est donnée à Jean Paul Edwiges, président du Conseil de la Vie Sociale d'EGO.



J.P Edwiges

Est-ce que la prévention a toujours compté pour toi ?

La prévention ? Moi, la chance que j'ai eue, c'est d'être entouré du milieu médical car je suis aide soignant en gériatrie de formation. Et puis, je n'ai pas connu d'échange sans préservatifs. Là, où vraiment je peux dire que je n'ai pas fait gaffe, c'était dérisoire pour moi peut-être, c'était vers la fin des années 80 : c'est que quand je faisais un shoot pour quelqu'un, je n'essuyais pas avec un coton, je prenais à la bouche carrément. Une fois que j'avais enlevé la seringue, je faisais : « Slupsss ! » Comme ça ! Je pense que c'est de là qu'est venue mon infection. Je ne me suis pas dit : « je m'en fout ! ». Au contraire, j'avais très peur, je faisais attention à tout.

À l'époque, il n'y avait pas de seringues en vente libre...

Non, il n'y avait pas de seringues en vente libre mais je prenais les seringues de diabétiques. Les petites seringues à insuline que je piquais à l'hôpital. À l'époque, ce n'était pas réservé seulement aux infirmières de piquer les malades. Donc on avait accès aux seringues, moi j'en piquais des fois des boîtes complètes, c'étaient des boîtes de 100. J'en prenais, j'en prenais, et puis voilà. À l'époque, on ne parlait pas de ça, si j'étais pris à faire ça, c'était du vol. Cela m'aurait coûté cher.

Qu'en est-il de la prévention aujourd'hui chez les usagers de drogue ?

Si vous entrez dans une de leurs salles de shoot improvisées, vous verrez que chacun donne un conseil à l'autre, rappelle un vice de forme qui se passe sous ses yeux même s'ils sont en train de s'envoyer du liquide ou de fumer. C'est vraiment divers les conseils des uns aux autres, c'est au moment que ça vient, que ça sort. Même au niveau de l'achat du produit, on peut entendre ça quoi ! Tout dépend d'où tu rencontres la personne, à quel moment tu y penses, si tu le sais ou pas, si tu sais que la personne est plus vulnérable qu'une autre.

Là où je suis inquiet aujourd'hui, c'est quand je vois des gens faire le tapin. Ce qui se passe, c'est que des gens

qu'on a connu au niveau rabatteurs, vendeurs occasionnels, on les voit, un jour, en train de faire des passes pour un Kif. C'est aberrant, et il y a de plus en plus de gens qui basculent là dedans. Alors ce qui me fait peur, c'est la prévention pour ces gens-là parce que pour eux, oui, ils iront chercher le préservatif mais ils auront honte de dire que c'est pour eux. Il faudrait arriver à avoir une confiance qui s'installe pour que les gens puissent en parler. Quitte à les envoyer vers un éducateur pour échanger ou vers un psychologue, je ne sais pas moi, mais que cela ne fasse pas : « je te montre du doigt » mais plus pour les aider... Et beaucoup de discrétion, parce que le milieu de la toxicomanie, même si chacun a honte, si ça vient à se savoir, ça peut mener au suicide. Du coup, c'est difficile de discuter de cela avec eux parce qu'il peut y avoir beaucoup de honte. C'est pour cela que j'ai peur que ça aille jusqu'au suicide. Des fois, on entend qu'untel s'est pendu en prison, parfois ça n'a aucun rapport avec son délit, mais pour avoir une substance, il est devenu faible devant le produit et il a cédé à une relation homosexuelle et le lendemain matin, il ne pouvait pas regarder la personne. Donc, ça l'a conduit au suicide.

Pour eux, c'est difficile de parler de ça, ce sont des gens sans revenus, pas de RMI, pas de chose comme ça. On peut dire qu'ils sont homosexuels mais homosexuels pas pour durer mais pour obtenir quelque chose. Heureusement, quand même, que le monde change, et la jeunesse aussi.

**Propos recueillis par
Malika Amaouche**

STEP, le Centre d'Accueil et le centre de Soins (CSST) fêtent le 1er décembre !

Pour fêter ensemble et promouvoir la lutte contre le VIH-sida, tous les services d'EGO sont mobilisés pour proposer aux usagers plusieurs actions et manifestations autour de la journée du 1er décembre.

PROGRAMME DE **STEP** :

Un intervenant de step et nicolas bonnet, pharmacologue, animeront un atelier de réduction des risques

« **COMMENT SE SHOOTER PROPRE?** ».

Un cahier sera mis à disposition des usagers afin de leur permettre de témoigner sur le **VIH-SIDA**. Ils seront aidés par une série de questions et de thèmes. Les témoignages permettront de créer un « **JOURNAL DE TÉMOIGNAGES** »

Une **FRESQUE** sera réalisée par les usagers

Une **EXPOSITION D'AFFICHES** sur la lutte contre le vih-sida

Une distribution de **RUBANS ROUGES**

DES CARTES POSTALES DE PRÉVENTION sur le vih-sida seront mises à disposition des usagers afin de les envoyer aux personnes qu'ils souhaitent sensibiliser à ce propos (timbres offerts par step).

Pendant toute la semaine, des « kits-beauté » composés d'un **FÉMIDON**, et de divers produits de beauté, seront distribués aux femmes.



PROGRAMME DU CENTRE D'ACCUEIL :

AU CENTRE D'ACCUEIL D'EGO, 13 RUE ST LUC

14h00

Intervention de **SOLIDARITÉ SIDA** :
Stand de prévention/information.



15H00 :

Projection du film « **DE RAGE ET D'ESPOIR, PAROLES DE TOXICOS** », un film de Jean Schmidt.

16H30 :

«un jeu de l'oie» ayant pour thème :
LA RÉDUCTION DES RISQUES sera proposé aux usagers.



LA SOIRÉE, À LA SALLE ST BRUNO :

19H00 :

ACCUEIL DES INVITÉS.

19H30-20H00 :

« **VOILÀ DE QUOI NOUS VOULONS VOUS PARLER** » pièce de théâtre
montée par des usagers de drogue d'EGO dans le cadre de l'atelier de
la troupe " Gaby sourire " animée par Sylvie Haggai.

A PARTIR DE 21H00 :

soirée cabaret avec un concert des « **BOLCHEVIKS ANONYMES** »
groupe de musiciens.



LE CSST SE MOBILISE CONTRE LE SIDA

Au mois de novembre, les intervenants du CSST ont organisé, en coordination avec le Centre d'Accueil, deux débats avec les usagers sur « Les avancées des traitements VIH et un autre débat sur le VHC ». Des intervenants du CSST et du Centre d'Accueil ont fait une démonstration sur « Comment se shooter propre? ». De plus, des affiches réalisées sur le thème du VIH à partir des paroles d'usagers, avec les usagers, « Les Communards » et des intervenants du CSST, seront exposées à l'Accueil et au CSST.



Dominique Demangel, une élue engagée contre le sida

La journée de lutte contre le sida aura lieu pour la mairie du 18^e, non pas le 1^{er} mais le 3 décembre, à 14 h à la Salle des Fêtes.



Mme Demangel, élue à la mairie du 18^e

Que compte organiser la mairie du 18^e le 1^{er} Décembre, journée mondiale de lutte contre le sida ?

Depuis maintenant 6 ou 7 ans, nous organisons différentes manifestations pour célébrer cette journée. Nous avons été les premiers, à Paris, à mettre en place, une opération associant les cafés du 18^e et l'association Aides. qui s'appelle "les cafés capotes". Sous une forme un peu ludique et aussi en association avec des acteurs de la vie courante, nous rappelons les messages habituels de prévention concernant le VIH sida. Cela a très bien marché car le nombre des cafés associés n'a cessé de croître : la première année, nous en avons une vingtaine, tandis que l'année dernière, nous en comptons 70. Cette année encore nous relançons l'opération avec Aides. Dans ces cafés, nous affichons aussi l'annonce d'opération de dépistage à la mairie

que nous organisons avec la consultation de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) de l'hôpital Bichat pour la journée du 1^{er} décembre.

Nous avons choisi la mairie pour lancer des actions de dépistage, en raison de sa neutralité par rapport à un milieu hospitalier. Cela permet de faire venir un certain nombre de personnes qui ne feraient pas la démarche d'aller à l'hôpital. Nous menons cette opération environ deux fois par an.

Pour rendre ce dépistage encore plus accessible à un large public, nous avons organisé une opération à l'espace social Torcy. Cette opération a eu beaucoup de succès.

Cette année, nous avons voulu avoir une approche culturelle pour cette journée de mobilisation : il y aura donc du théâtre, du cinéma, des expositions.

à 14h 30 : c'est tout d'abord une pièce de théâtre montée par des usagers de drogue d'EGO dans le cadre de l'atelier de la troupe "Gaby Sourire" animée par Sylvie Haggai.

Il s'agit en les invitant à la mairie du 18^e de leur offrir un autre espace et faire connaître leur travail.

à 15h : le "Parallèle Théâtre" présentera : "On n'est pas sérieux quand on a dix-sept ans" d'après le document de Barbara Samson adapté par Helgo Fraunholz. Une adolescente de dix-sept ans raconte sa propre contamination lors d'une première relation amoureuse.

Vers 16 h : "les Îles Usion contaminées" est un spectacle interprété par des adultes et des enfants de l'association « Paris Macadam ». Il s'agit d'une satire qui dénonce les discriminations dont sont l'objet les personnes séropositives.

Tout au long de la journée, une exposition d'affiches de prévention du CRIPS présentera différentes époques sur le thème non seulement du sida mais aussi sur la tolérance.

Seront également montrés, des films réalisés par des jeunes qui ont participé au concours organisé par le CRIPS : "3000 scénarios contre un virus" ainsi que des films réalisés et tournés par 30 réalisateurs dont Cédric Klapisch, Richard Berry ou Jane Birkin.

Le 10 décembre sera organisé à la Mairie du 18^e un dépistage du VIH.

■ Propos recueillis par M.A.



Les gens ne croient plus au sida

Cet usager déplore le relâchement des gestes élémentaires de prévention parmi les usagers qu'il fréquente. Ses propos montrent aussi que les préjugés persistent dans la communauté des usagers envers les personnes séropositives.

Est-ce que pour toi le sida est un sujet très présent autour de toi et dans le milieu des usagers ?

J'en entends parler de plus en plus, surtout en ce moment parce que le crack, ils le piquent et parfois ils se partagent les pompes, surtout la nuit quand STEP est fermé. Oui, c'est comme s'ils avaient oublié, aujourd'hui, il y a des gens qui ne croient plus au sida.

Et d'après toi comment on peut contrer cette tendance ?

Ce qu'il faut faire ? Il faut parler aux gens comme quoi ils ont des pratiques à risques. Comme par exemple, je connais quelqu'un, il est en bonne santé et je sais qu'il fréquente celui là et celui là, et je sais que l'un des deux est séropositif donc il va lui passer...

Et tu connais beaucoup de gens qui ont le sida et qui ne sont pas suivis ?

Oui il y en a beaucoup qui ne se font pas suivre.

Tu as connu la période où il y avait beaucoup de contaminations parmi les usagers ?

Oui, maintenant il y a STEP, ils peuvent aller

chercher des pompes, avant non, on se mettait à quatre ou à cinq. Moi, je ne me suis jamais shooté. Ils achetaient leur dose d'héroïne et comme ils n'avaient pas beaucoup d'argent, ils allaient en pharmacie acheter une seule pompe, une seule pompe pour tout le monde.

Ça c'était avant 94, avant la vente libre des seringues et STEP

Mais moi aujourd'hui, je connais des gens qui préfèrent ne pas aller à STEP et qui partagent une seule pompe et ils sont quatre ou cinq dessus.

Pourquoi ?

Il y en a même qui sont malades et ils partagent leur seringue mais sans le dire aux autres.

C'est inquiétant parce que les chiffres montrent que le message est bien passé et toi, tu vois des gens faire n'importe quoi ?

Tu leur parles ça rentre là et ça sort là.

Alors à ton avis, il faut faire des campagnes d'information et des débats pour les re-sensibiliser ?

Oui, je crois, il le faut.

Et d'après toi, est-ce que les gens font bien la différence entre l'hépatite C et le VIH ?

Non, ils croient que c'est pareil.

Tu penses que les gens sont bien informés sur les traitements qui ont moins d'effets secondaires qu'auparavant et surtout qu'on vit plus longtemps qu'avant ?

Non les gens ne sont pas bien informés, c'est pour ça que je te dis de faire ton possible pour essayer d'organiser des réunions d'informations. Ça peut sauver beaucoup de monde.

Les gens disent qu'ils ont le sida ?

Non, la plupart, cachent qu'ils ont le sida.

Mais ils savent qu'il y a des dépistages ?

Oui. Ils connaissent mais ils n'ont jamais été faire une prise de sang pour savoir s'ils ont le sida, s'ils ont ça... ils s'en foutent.

Et puis moi, je me dis aussi qu'il y a plein d'usagers qui sont dans le quartier et qui ne viennent jamais ici.

Mais moi, je les connais je peux leur en parler.

Et bien le 1er décembre à l'accueil, on parlera du sida, tu pourras leur dire.

D'accord.

Pour l'avenir, comment tu vois ça ?

Moi je pense qu'il y en a encore pour longtemps, il y a plein de gens qui vont encore mourir, ça ne va pas s'arrêter. Parce là on parle de la France, mais si on parle du Maroc, de l'Afrique en général : là bas, il y a des gens qui ont le sida, ils ne savent même pas ce que c'est. Surtout chez nous, il y a beaucoup de filles de 14, 15 ans qui commencent à se prostituer, elles ne prennent pas de capotes, elles vont avec un vieux qui a attrapé le sida.

Dans les pays du Maghreb, c'est difficile de communiquer là-dessus.

Oui, ils ont des moyens, le roi Mohamed VI a fait des centres de dépistage et d'information. Mais les marocains ne suivent pas le mouvement. Il y a même des dépistages qui sont organisés dans des campagnes où on envoie des ambulances et il n'y a que trente personnes qui y vont, les autres se cachent.

VIH-sida : une épidémie au féminin-pluriel



Entretien avec Catherine Kapusta-Palmer Membre du Conseil National du Sida et membre du bureau Coordinatrice régionale Paris Ile de France du Planning Familial sur les questions du VIH et des IST. Membre du groupe inter-associatif « Traitements et Recherche Thérapeutique » (TRT-5) Co-responsable de la commission Traitements-Recherche d'Act Up-Paris Coordinatrice de l'interassociatif « Femmes et VIH » Présidente de l'association « Marie Madeleine »

Qu'en est-il aujourd'hui de l'épidémie du VIH sida chez les femmes ?

De plus en plus de femmes sont contaminées (voir encadré à la fin). C'est une réalité qui a du mal à être acceptée, même en France. Quand on dit que l'épidémie se féminise, on parle des femmes d'origine subsaharienne, qui, dans les chiffres sont, effectivement les plus contaminées, mais les femmes « blanches » se font sans doute moins dépister. Il était pourtant évident que l'épidémie

allait se féminiser à partir du moment où elle était devenue hétérosexuelle.

Peux-tu nous raconter l'histoire de la mobilisation des associations autour de cette question ?

Nous étions quelques femmes de différentes associations (Aides, Sida Info Service, le Kiosque et Act Up-Paris) à nous intéresser au sujet des femmes séropositives. Un jour de 2004, à l'initiative de Carine Favier du Planning Familial, nous nous sommes réunies et avons organisé, la veille de la journée des femmes du 8 mars, les premiers états généraux « Femmes et Sida » qui ont rassemblé 200 participantEs. Dès ces premiers états généraux, nous avons voulu donner la parole à des femmes séropositives. Ce n'était pas évident mais quelques-unes d'entre elles sont montées sur l'estrade et nous avons parlé de notre maladie.

Il était important que ces femmes prennent la parole ?

Oui, parce qu'en 1997, le premier colloque organisé par la Direction Générale de la Santé, le Centre Épidémiologique du sida et Sida Info Service « Femmes et VIH en Europe » ne comptait que des scientifiques, des médecins, des associatifs. L'une de leurs préoccupations était alors la transmission materno-fœtale. Je me suis toujours battue pour que l'on prenne en compte nos différences physiologiques, pour que les traitements, la recherche, les essais thérapeutiques et le suivi médical soient adaptés aux femmes. Or pour savoir quels en étaient précisément les effets, il fallait que des femmes racontent comment elles vivaient leurs traitements.

Depuis, des femmes viennent à toutes les rencontres. D'autres Etats généraux ont eu lieu... un peu partout en province. Ce qui nous a conduites à organiser en 2007 le colloque « Femmes et VIH, 10 ans après » avec Act Up, Sida Info Service et le Planning Familial et 16 autres associations invitées. Une grande partie du budget a été consacrée à la prise en charge des femmes qui voulaient venir de toute la France, de Martinique et de Guadeloupe, du Maroc, d'autres pays d'Afrique et de Lituanie. Sur les 500 personnes inscrites au colloque, la moitié était des femmes séropositives.

Il fallait sortir de ce cercle vicieux : plus tu es invisible, moins tu peux revendiquer, plus tu as honte et plus tu connais la discrimination. Aujourd'hui encore, beaucoup de femmes séropositives ne se montrent pas. Ce sont les revendications émergées des ateliers du colloque « Où en sommes-nous 10 ans après ? » que nous voulons transmettre au niveau politique et dans le monde de la recherche.

Quels sont les sujets que vous abordez lors de ces rencontres ?

Lors des premiers états généraux, les discussions étaient organisées sous forme d'ateliers sur la question de la transmission mère-enfant, sur la recherche et sur la sexualité. L'atelier mère-enfant est celui qui a recueilli, le moins de participantes. Cela s'explique par le fait que les recherches se sont concentrées pour ce sujet sur lequel on a donc énormément avancé mais on manque de données sur les autres aspects de la question. Les femmes avaient plus besoin de

connaissances, de parler de sexualité, de leur vie quotidienne et des effets indésirables des traitements. Un fait remarquable : j'avais insisté pour qu'une femme co-infectée VIH-VHC et ex-usagère de drogue intervienne dans l'atelier « traitement et effets indésirables ». Elle a précisé alors les difficultés avec lesquelles les femmes co-infectées doivent gérer les deux traitements avec tout ce que cela entraîne comme complications et dérèglements hormonaux.

Il y avait aussi un atelier intitulé : « Nord Sud, Est-Ouest » auquel avaient été invitées des femmes du Sud et des femmes de Pologne ; quelques femmes sont venues, malheureusement pas suffisamment. Lors du colloque « 10 ans après », nous avons tenu à ce que la question des femmes étrangères soit traitée en transversale ; en revanche, il y a eu une table ronde spécifique sur les femmes migrantes qui cumulent de nombreux problèmes comme par exemple celui d'être éloignées de leurs enfants quand elles sont en France. C'est ainsi que Janine Rochefort et Marie Dominique Pauti de Médecins du Monde et des femmes séropositives participant à cet atelier ont eu l'idée de revendiquer un droit d'asile sanitaire.

On se rend compte qu'il y a un cumul de problèmes auxquels s'ajoutent souvent des problèmes sociaux. Les personnes transgenres peuvent associer des traitements contre l'hépatite contre le VIH et une prise d'hormones. C'est parce qu'il y a autant de spécificités que la recherche doit en tenir

compte et se pencher sur ces différences. Nous militons, par exemple, pour que des essais thérapeutiques incluent plus de femmes.

Quelles sont les spécificités de l'infection au VIH pour les femmes ?

Nous sommes sujettes à des lipodystrophies (mauvaises répartitions des graisses) qui masculinisent notre corps et font qu'on ne se reconnaît plus. Ce sont des sujets difficiles à aborder avec certains médecins qui ne considèrent que l'état de la charge virale alors que psychologiquement, c'est très dur. Pourtant si on est déprimée, on se défend moins bien contre la maladie. Nous avons aussi des problèmes gynécologiques qui peuvent entraîner des cancers de l'utérus : papillomavirus (HPV), herpes vaginaux. Aujourd'hui encore de nombreux médecins infectiologues spécialisés dans le VIH ne se posent même pas la question de savoir si leurs patientes ont vu un gynécologue alors que c'est une recommandation du rapport Delfraissy (2004). Quand son frottis est anormal, une femme séropositive doit consulter un gynécologue tous les six mois.

Pourtant très peu de services hospitaliers disposent d'un gynécologue. Les femmes ont aussi des problèmes cardio-vasculaires. Moi-même, par exemple, j'avais des douleurs dans la poitrine et mon médecin me disait que c'était de l'angoisse, résultat : j'ai fait un infarctus. J'aurais été un homme de 40 ans, on se serait douté que c'était un problème cardio-vasculaire. Il y a aussi des problèmes hormonaux. C'est tout le cycle hormonal qui est perturbé. Il y a aussi des problèmes qui surviennent à la ménopause. Se pose une autre question : pour la deuxième génération de jeunes femmes infectées : quelles sont les conséquences sur la puberté ? Trop de questions restent encore obscures dans le domaine de la recherche et surtout pour les premières concernées.

Propos recueillis par
Malika Amaouche

Références :

Les actes du colloque « Femmes et VIH, où en sommes-nous 10 ans après ? » sont disponibles en téléchargement sur le site :

<http://actupparis.org>

Contact :

Catherine Kapusta – Palmer

catherine.kapusta@club-internet.fr

En décembre 2002, l'OMS estime que dans le monde, la moitié des adultes séropositifs sont des femmes. En Afrique subsaharienne, le nombre de femmes infectées est même supérieur à celui des hommes : elles représentent 58% des adultes séropositifs. En France, au 31 mars 2002, 26% des nouveaux cas de sida sont des femmes. En 1998, sur l'ensemble des cas de sida, on comptait 1 femme touchée pour 2,8 hommes, contre 1 femme pour 5 hommes au début des années 90. Au 1er semestre 2001, parmi les 15/29 ans ayant découvert leur séropositivité, 62% étaient des femmes.

« Les femmes d'abord », Protocoles Hors Série Recherche », janvier 2002.

On ne l'affiche pas et on ne s'affiche pas.

Cette femme de 46 ans, a connu l'époque du sida sans traitements. De plus jugée par sa famille pour sa toxicomanie et sa séropositivité, elle déplore aujourd'hui que la honte liée à cette maladie soit toujours présente dans la société.

Je me dis que c'est un peu banalisé parce qu'à l'époque, il n'y avait pas de traitement, il n'y avait pas de trithérapies, de bithérapies, on en mourrait alors qu'aujourd'hui c'est nouveau avec les trithérapies mais je ne le vois pas pareil, moi, je le vois comme quelque chose plutôt : on peut vivre toute sa vie avec quoi. Je ne le vois pas grave, comme dans les années 80 où les gens en mourraient. C'est vrai qu'ils en mourraient, ils faisaient des « phases terminales », ils faisaient des maladies opportunistes. C'est vrai qu'avec les trithérapies, il y en a de moins en moins. C'est moins considéré comme une maladie dont on meurt avec les trithérapies. Mais moi, j'ai vu des gens à l'époque avec des

maladies opportunistes... fallait voir comment ils se décomposaient, ils devenaient tout maigres... avec des diarrhées, à la fin des années 80, j'en ai connu pas mal qui sont morts de cela. Au lieu de les emmener à l'hôpital, on les emmenait en prison parce qu'ils avaient fait tel ou tel délit et quand tu allais les voir à l'hôpital, cela faisait peur, cela paniquait. Mais une maladie honteuse, c'est vrai que ça reste une maladie un peu honteuse. C'était la maladie des années 80 : prostitués, camés et homosexuels.

Comme si c'était dédramatisé en fait.

Oui voilà mais il ne faut peut être pas dédramatiser non plus parce que le virus est là. Mais avec tout ce que l'on fait maintenant les gens ont tendance à banaliser plus le virus du sida. Alors que moi, à l'époque, on n'osait même pas prononcer le mot sida quoi. On se disait ho, la la ! C'est quoi ce truc là ? On pensait qu'il n'y avait que les homosexuels qui attrapaient ce genre de... et les homosexuels, ils en mourraient. Tout le monde en mourrait. Maintenant non, j'en vois moins et en fait oui, je dédramatise.

Et autour de toi, est-ce que tu as l'impression que cela a une connota-

tion honteuse, que cela fait peur à des gens ?

Oui, quand même. Je ne dirais pas à tout le monde : j'ai le virus du sida. Même avec des gens qui l'ont on ne l'affiche pas et on ne s'affiche pas. Je te le dis franchement. Je ne sais pas si c'est une maladie honteuse. Excuse moi, mais avec ce que l'on entend : les drogués, prostitués, les homosexuels, y'a qu'eux qui l'attrapaient à l'époque, donc à l'époque c'étaient les drogués, les prostitués et les homosexuels donc c'était une maladie honteuse. Et c'est peut-être resté ancré dans les esprits. Donc oui, je ne dirais pas : j'ai le sida même à des gens qui me connaissent, à part ma famille qui sait maintenant que je l'ai mais même c'était compliqué de leur dire aussi : « voilà, j'ai attrapé le sida... »

Et est-ce que tu le vis comme un handicap au quotidien ?

Moins maintenant mais je l'ai vécu comme un handicap : quand j'ai eu ma fille, quand il y avait des examens à faire, il fallait attendre ses dix-huit mois pour savoir si elle resterait séropositive ou pas. Donc la première question c'est : voilà, j'ai donné une maladie honteuse à ma fille, elle peut en mourir, il n'y avait

pas encore de trithérapies pour les enfants. Je n'étais pas informée du tout.

Les dépistages, nous on a tendance à vouloir banaliser le dépistage pour que les gens n'aient pas peur de se confronter à un diagnostic.

Oui mais la peur, elle est toujours là quand même. Même si on dédramatise, c'est quand même une maladie... On en a tellement parlé : « ... et c'est la honte et tatati »

Et la mort qui venait très tôt alors que maintenant les gens vivent plus longtemps.

Tout à fait mais il faut s'informer comme tu dis, c'est l'information qui a fait que les gens connaissent mieux la maladie.

Et selon toi qu'est ce qu'il faudrait faire dans l'avenir ?

Un vaccin, pour que les autres évitent de le choper. Il y a quand même d'autres générations à venir, il faut qu'il le trouve, cela fait quand même plus de trente ans que ça existe et il n'y a toujours pas de vaccin. C'est terrible comme truc. C'est vrai qu'on a beau dire du sida qu'il change d'apparence : « dans ton organisme, on n'arrive pas vraiment à capter... » Trou-



Faire de la prévention dans les « zones rouges »

ver un vaccin pour les générations à venir. Pour pas que ce soit les trithérapies, vivre avec ça, ce n'est pas marrant. Maintenant moi, je l'ai... mais pour se faire vacciner comme l'hépatite B ou d'autres virus.

Oui, on peut imaginer que dans dix ans cela fasse partie du calendrier vaccinal...

Oui et qu'on passe à autre chose et qu'on dise : à l'époque c'était comme ci, c'est comme le vaccin contre la grippe, un truc comme ça et tout le monde aimerait cela, j'en suis sûr. Pour nos enfants, pour les enfants de nos enfants, mais je garde espoir. Et un vaccin ça nous permettrait de dédramatiser comme tu disais, tu vois. Bon là, on peut vivre avec ça mais il y a le côté contrainte : prendre ses médicaments, tous les midis, tous les soirs, mais un vaccin ce serait mieux. Peut être pas pour ceux qui l'ont mais pour ceux qui ne l'ont pas du tout, pour éviter de l'attraper et avoir des rapports normaux. Ne plus avoir à se dire : « tiens, il faut mettre le préservatif » : des contraintes. En fait le sida c'est comme un puzzle.

Salut à toi !

Toute l'équipe d'EGO passe un grand bonjour à : Diene, Harouna, Gladys, Lucie, Nadia, Alberto, Mansour, les 2 Thierry, Rodrigue, Fax, Karim, Biton On pense à vous!

Pour toi en 2008, où on en est avec le VIH et les UD de drogues ?

C'est vrai que si l'usager ne vient pas vers l'information, ce n'est pas vraiment l'information qui vient à lui. Je pense qu'il y a un manque de... il faudrait faire comme l' [association X] qui va vers les zones rouges, il faudrait aussi qu'ils emmènent aussi, pas seulement de l'eau et à bouffer mais il faudrait aussi qu'ils fassent de la prévention sur place. Parce que si les usagers ne viennent pas dans les associations, il y a plein de gens qui ne savent rien. Ils s'en foutent quoi, je veux dire.

Selon toi, il y a encore des zones qui ne sont pas atteintes par les messages de prévention ?

D'ailleurs, l'autre fois, je discutais avec quelqu'un qui me posait la question : « c'est quoi la différence entre séropositif et sidaïque ? » moi-même à chaque fois, je me plante sidaïque, sidéen...

On dit plutôt séropositif ou sidéen.

Mais moi, ça fait des années que je m'intéresse mais je

remarque qu'il y a ce que j'appelle des zones rouges, des gens qui ne sont pas au courant et qui ne cherchent pas à l'être. Mais il n'y a pas grand chose qui tourne dans leur tête. Ils se voilent la face. C'est comme l'histoire du squat de [endroit X], tu avais beau dire aux gens que le squat était quasiment mis en quarantaine, par rapport à la tuberculose, par rapport à la gale, par rapport à plein de choses : « - oui, oui, oui. » Et puis voilà, du moment qu'il y a de la came, ils y vont quitte à se choper je ne sais quel virus. C'est l'histoire de la déshinhibition et de la non protection avec le préservatif.

Tu crois qu'il y a des usagers infectés qui ne font pas attention ?

Oui, il y en a pas beaucoup qui se disent : « j'ai le sida et je fais attention ». Il y en a beaucoup qui se voilent la face. Pour faire attention aux autres, il faut déjà l'avoir admis pour soi. Et il y en a plein... bon, c'est un microcosme et ne pas le divulguer, ne pas le dire aux gens, c'est se le cacher aussi à soi-même. A cause de l'histoire de « réputation », ils n'ont pas envie de le dire aux gens parce qu'après, ils ont peur d'être montrés du doigt.

Pour toi, est-ce que la mise sous traitement c'est quelque chose qui te fait peur ?

Non.

Parce qu'aujourd'hui on peut être sous traitements, il y a quelques mois de stabilisation où on cherche la bonne combinaison et cela se passe bien.

Oui mais aujourd'hui, le mode de vie du patient, si la personne a consommé est-ce que ça perturbe ?

D'après moi, la seule chose qui perturbe, c'est le fait d'oublier une prise de médicaments. Par contre pour la méthadone, il faut augmenter un peu les doses car il y a une interaction.

Sinon comment tu vois l'avenir ?

Je vois ça d'une manière positive : les recherches d'un vaccin mais sinon j'ai une question qu'est-ce que cela veut dire quand on dit que la charge devient indétectable?

Ça c'est l'objectif du traitement, en fait, qu'à la prise de sang, on ne puisse plus détecter le virus. Il ne disparaît pas mais il devient indétectable. Donc cela veut dire que le traitement marche bien.

LA RÉDUCTION DES RISQUES NE SE LIMITE PAS À LUTTE CONTRE LE SIDA

Entretien avec Fabrice Olivet, secrétaire de l'association ASUD et rédacteur en chef de la revue ASUD-Journal.

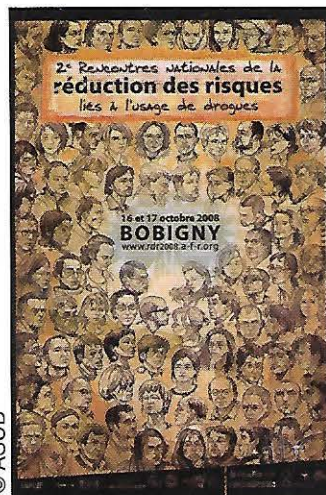
Peux tu nous présenter ASUD ?

L'idée d'ASUD vient des conférences internationales de réduction des risques. On existe depuis 1992 et moi, j'ai rejoint l'association un an après. On est une association de patients reconnue par la Direction Générale de la Santé. Dans nos premiers statuts, il était écrit : " auto support et prévention du VIH parmi les usagers de drogue". Le sida était notre raison légale, sans cette mention, une association comme la nôtre, c'est-à-dire d'auto-support d'usagers de drogue, n'aurait pas été possible. Aujourd'hui, nos activités ne sont pas directement liées au sida mais à la réduction des risques et à l'auto-support.

Pourquoi ce changement ?

Parce qu'il ne faut pas limiter la réduction des risques à la lutte contre le sida. Pour deux raisons : d'abord parce que justement aujourd'hui en France, les chiffres sont bons concernant l'épidémie chez les usagers. Ensuite parce que certains aimeraient bien que la réduction ne concerne que le sida de manière à ce que ses principes ne s'appliquent qu'à ceux qui ont déjà des pratiques à risques et qui sont marginalisés. Derrière cette position, il y a l'idée que la drogue est un fléau qu'il faut combattre par tous les moyens et que la réduction des risques ne vaut que pour les marginaux qui sont dans la destruction. Ce discours promeut uniquement la prévention

et la lutte contre les drogues et a, en fait, pour conséquence, l'absence d'information sur elles : leurs effets et leurs différences. C'est vrai que le discours de la réduction est difficile à faire passer, il est à la fois pragmatique et nécessaire, en même temps, un peu de réflexion. Pour la plupart des gens, cela ne veut rien dire alors il faut l'expliquer par étapes. J'en ai repéré quatre : d'abord dire que si les gens se défoncent, alors autant que cela soit fait sans risques (1ère étape) donc qu'il faut les accompagner dans leur consommation (2ème). À ce moment souvent, on nous oppose qu'ils doivent " s'en sortir " alors je



réponds : " oui, mais c'est à eux de le décider " (3ème) et donc on arrive à la conclusion que les personnes concernées doivent se mobiliser et là, c'est la promotion de l'auto-support (4ème).

Souvent, on nous reproche de faire du prosélytisme mais c'est ne rien comprendre à notre démarche. Si nous critiquons la loi de 70 ce n'est pas pour voir l'héroïne ou le cannabis en vente dans les supermarchés; c'est au contraire pour informer des adultes éclairés et conscients de ce qu'ils font. La plupart des gens ne sont pas pour la répression du simple

usage donc on a peut-être raté ce combat.

Maintenant vous êtes une association de patients, c'est un tournant pour ASSUD ?

Non pas sur le fond de notre démarche. En fait, au départ, j'étais assez provoc, mais c'était normal, les gens mourraient autour de nous, mais je me suis rendu compte au fil du temps que cela ne servait à rien d'être agressif. Le meilleur exemple, ce sont les réunions des syndicalistes avec les patrons au 19ème siècle ; ils discutaient sur la journée de 15 heures, cela ne veut pas dire qu'ils étaient pour, mais que c'était la seule base de discussion possible à l'époque. Et c'était plus efficace que de poser des bombes. Pour nous, c'est pareil, ce statut de patients nous permet de participer à toutes sortes de commissions car on bénéficie de la législation sur la représentation des patients de 2002. Les droits des malades, c'est en partie grâce au sida que ça existe. Dès notre création, on avait pris comme modèle " Aides " qui est une association de patients. D'ailleurs, la plupart des usagers suivis sous substitution ont un rapport avec le médical. Cela ne veut pas dire qu'on considère qu'être usager de drogue est une maladie, au contraire. Je suis convaincu que ce qui est intéressant avec les drogues, ce sont les effets qu'elles procurent dans la tête et pas uniquement sur le corps, sur le physiologique. Pour conclure, je trouve que malheureusement, les discours sur les drogues sont de plus en plus normatifs, et ce n'est pas comme cela que l'on fait avancer les choses.

■ Propos recueillis par M.A



Par le shoot / Par le sexe

F., un homme de 48 ans.

Pendant des années, la vie de F. était en suspens du fait de sa séropositivité et de problèmes psychiatriques, depuis qu'il prend ses traitements, F. peut enfin envisager la vie sereinement.

Que représente pour toi le VIH dans ton quotidien et dans la société en général ?

Disons que ça m'a foutu un drôle de coup d'apprendre que j'étais positif VIH à 25 ans, c'est la moitié de ma vie qui est fichue. Mais maintenant ça c'est arrangé avec les trithérapies que je prends depuis 95. Donc ça fait 13 ans. Aujourd'hui au quotidien, j'ai éclipsé le fait que j'étais séropositif. J'essaie de vivre comme si je n'étais pas malade. J'oublie que je suis séropositif, je m'en rappelle quand je

couche avec une fille, je mets un préservatif. En ce qui concerne le suivi, je suis suivi tous les trois mois par un spécialiste qui me donne une prescription pour les trois mois suivants, je fais aussi une prise de sang, et un rappel du dosage de CD4 et un contrôle de la charge virale et c'est bon.

Et en France est-ce que tu penses qu'on est bien ou pas assez informé ?

Il faudrait informer davantage parce que les contaminations continuent. C'est triste. Maintenant il continue à y avoir des contaminations par le shoot ou par

le sexe. Et les jeunes pensent que ce n'est pas une maladie qui les concerne alors que cela touche tout le monde. Mais je ne parle pas du sida avec mes amis. Je pense que c'est toujours un sujet tabou. Je n'en parle pas normalement, je le dis à quelques copains et c'est tout. Aujourd'hui je rencontre encore des gens avec qui ce n'est pas possible d'en parler.

Tu te tiens informé des recherches actuelles ?

Oui, je lis « Remaides ». Et pour l'avenir, il y a des recherches sur un vaccin mais si un vaccin est découvert,

ce ne sera pas pour nous, ce sera pour les seronégatifs.

Et toi comment tu vois l'avenir maintenant ?

J'ai le projet de retravailler mais je ne sais pas si c'est pour bientôt.

Tu connais la situation en Afrique, qu'est-ce que tu peux en dire ?

Là-bas, les médicaments sont trop chers. Ils n'arrivent pas à en avoir à bon marché. Là je me rends compte que je vis en Europe. Mais il faut leur donner un coup de main à tous ces pays d'Afrique.

J'en parle mais sans plus...

J., homme de 37 ans. Séropositif depuis la fin des années 80, J. n'osait pas faire le dépistage. C'est lors d'une hospitalisation qu'il a pu être réellement pris en charge médicalement et socialement. Ses droits réouverts et un suivi médical approprié lui permettent enfin de profiter de la vie sans angoisse.

Il faut se mobiliser pour trouver un traitement efficace, tant qu'il n'y aura pas de traitements il faut continuer la lutte. Ils sont efficaces mais bon, il faut les prendre à vie. Ça nous bloque. Mais avec les traitements, on peut avoir une vie normale aujourd'hui.

C'est quelque chose dont tu parles facilement aujourd'hui ?

J'en parle mais sans plus. Si on me le demande, je le dis c'est tout. On commence quand même à en parler un peu plus. Oui, chez les gens, c'est entré un peu entré dans les moeurs.

Mais moi, je pense que c'est aussi la façon dont tu as été pris en charge, si les équipes t'ont mis en confiance...

Oui, voilà, c'est ça et puis comment on le prend par rapport à soi déjà, si on l'accepte ou si on ne l'accepte pas. Ça peut prendre du temps de l'accepter, pour moi, au début, j'avais des doutes, je ne voulais pas savoir mais bon quand j'ai fait le test, j'ai su. Ça a été en fait un soulagement. Et maintenant, je suis confiant même si je sais que cela va être long. Maintenant l'espoir ce serait qu'on puisse...l'éradiquer.

Et toi tu serais prêt à faire profiter de ton expérience aux autres ? Ou alors, toi tu le vis bien mais tu n'as pas d'envie militante ?

Non.

Un grand merci à tous ceux qui ont contribué à ce numéro :

Babarama,
Anne Coppel,
Dominique Demangel,
Pierre Demoor,
Jean-Paul Edwiges,
Fred,
Sylvie Haggai,
Bastien,
Catherine Kapusta-Palmer,
André Lefebvre,
Claire Noblet,
Fabrice Olivet,
Maud Verdier,
Sentia,

Les usagers et toute l'équipe d'EGO !

CLAT 5

Conférence Latine sur la Réduction des Risques

• Du 1 au 4 Juillet de 2009 •

la ville de Porto va recevoir la CLAT5

— Cinquième Conférence Latine sur la Réduction des Risques —

Ces conférences sont le résultat du travail en réseau de cinq pays : Portugal, Espagne, France, Italie et Suisse.

Cette 5ème édition de la CLAT, organisée par le Portugal, est prise en charge par l' APDES (Agence Piaget pour le Développement dont le siège est à la Vila Nova de Gaia,) en collaboration avec le Grup Igia, de Barcelone.

La principale raison de la mobilisation à Porto de plus de 1000 participants en provenance de quatre continents, techniquement ou professionnellement liés à la thématique de la réduction des risques, est de repenser, au niveau transnational, l'avenir de la réduction des risques et la question du consensus entre les politiques et les interventions. Cet événement, dont l'influence et la dimension sont multinationales, va permettre de réfléchir sur les concepts et les pratiques associés à la réduction

des risques, les relations inégales en matière de droits de l'homme entre le Nord et le Sud mais aussi entre l'Est et l'Ouest et sur le dialogue social entre les différents acteurs impliqués.

Une fois de plus, et dans le respect de la caractéristique internationale de la CLAT, l'événement sera traduit simultanément dans les quatre langues officielles: Portugais, Espagnol, Français et Italien et peut être aussi en Russe et en Anglais.

CLAT 5

Les organisateurs ont prévu plusieurs axes de travail :

1. Proposer un forum de débats sur la réduction des risques considérée comme un ensemble complexe de politiques qui vise, non seulement, à lutter contre les risques associés à l'usage de substances psychoactives, mais traite également du travail sexuel, ainsi que des questions ayant un lien avec la réduction des risques telles que l'exclusion sociale et les inégalités nord-sud et est-ouest.
2. Créer les conditions d'un débat critique sur la réduction des risques, les principaux concepts et les pratiques qui s'y rattachent.
3. Partager les expériences basées sur des évidences scientifiques sur la définition des meilleures pratiques de réduction des risques. Il s'agit de la promotion des interventions appuyées sur la rigueur, (conceptuelle et scientifique).
4. Stimuler l'adoption de projets de réduction des risques dont l'axe

fondamental de la pratique soit basé sur le respect des Droits de l'Homme.

5. Questionner la conception dominante des Droits de l'Homme par la remise en place de l'équilibre entre les dimensions politique, économique, sociale, écologique et culturelle.
6. Renforcer l'engagement de la Communauté Européenne pour un le droit à la santé, comme un droit humain pour tous, indépendamment de leurs statuts.
7. Contribuer à l'évaluation de la mise en œuvre des politiques de réduction de risques dans les pays participants à la conférence.
8. Aborder le problème de la nécessaire articulation des besoins sanitaires des populations en situation de vulnérabilité, avec leurs besoins sociaux.
9. Promouvoir le dialogue entre les différents acteurs de la réduction des risques, dans l'objectif de développer des stratégies intégrées et dans la perspective de considérer les populations cibles comme de véritables

agents de changement social.

10. Sensibiliser à la politique de réduction des risques les acteurs sociaux : élus, travailleurs de la santé et agents du travail social, qui ne sont pas directement impliqués dans sa mise en œuvre.

11. Evaluer les résultats de la stratégie d'actions définie par la CLAT 4, appelée " Alliance de Milan " et planifier son avenir.

