

ACTES  
DES  
XV<sup>e</sup>  
ETATS  
GÉNÉRAUX  
DES  
ÉLUS  
LOCAUX  
CONTRE  
LE SIDA



RETROUVEZ  
LES CHIFFRES CLÉS DE L'ÉPIDÉMIE  
ET LES DOCUMENTS DÉDIÉS  
AUX ÉLUS LOCAUX



# QUINZIÈMES ÉTATS GÉNÉRAUX DES ÉLUS LOCAUX *contre le Sida*

*Sous le Haut Patronage de*  
**M. Nicolas Sarkozy**  
*Président de la République*

*Sénat*

*19 novembre 2011*







## REMERCIEMENTS

A Geoffroy KRYCH, Frédéric LATOUR, Christophe MICHEL,  
Michel MICHEL, Claire PECQUEUR, Stéphane TURLAND,  
Bastien VIBERT-VICHET,

*les dévoués collaborateurs et bénévoles d'ELCS*

à Joëlle CECCALDI-RAYNAUD, Bertrand DELANOË, Alain FOUCHÉ,  
Anne HIDALGO, Jean-Paul HUCHON, Alain JUPPÉ,

*pour leur constant soutien*

à Sheila,

*pour sa constante et efficace action sur le terrain, aux côtés des élus d'ELCS*

à Hubert,

*mort du sida le 9 mai 1994.*





*Le président, le trésorier, les membres du bureau,  
les adhérents d'Elus Locaux Contre le Sida*

*remercient leurs partenaires financiers pour leur soutien.*

*Les institutions :*

- Direction générale de la santé

*Les régions :*

- Ile-de-France
- Midi-Pyrénées
- Provence-Alpes-Côte d'Azur

*Les départements :*

- Essonne
- Paris
- Seine-Saint-Denis
- Val-de-Marne
- Val-d'Oise
- Vienne
- Yvelines

*Les villes :*

- Béthune
- Bobigny
- Bordeaux
- Carrières-sous-Poissy
- Le Havre
- Levallois-Perret
- Lille
- Livry-Gargan
- Lyon
- Marseille
- Nancy
- Nevers
- Pau
- Perpignan
- Puteaux
- Vigneux-sur-Seine
- Villepinte

*Les entreprises :*

- Abbott
- Banana Café
- Janssen-Cilag
- Pfizer
- Roche





## BUREAU D'ELCS

### PRÉSIDENT :

*Jean-Luc ROMERO*  
Conseiller régional d'Ile-de-France  
Président du CRIPS Ile-de-France

### TRÉSORIER :

*Philippe LOHÉAC*  
Délégué général de l'ADMD

### VICE-PRÉSIDENT(E)S :

*Eddie AÏT*  
Conseiller régional d'Ile-de-France  
Maire de Carrières-sous-Poissy

*Jean-Marc BORELLO*  
Délégué général du groupe SOS

*Alain CALMAT*  
Ancien Ministre  
Maire de Livry-Gargan

*Joëlle CECCALDI-RAYNAUD*  
Députée des Hauts-de-Seine  
Maire de Puteaux  
Présidente de l'EPAD

*Philippe DUCLOUX*  
Conseiller de Paris  
Conseiller du 11<sup>e</sup> arrondissement de Paris

*François QUESTE*  
Conseiller municipal de Béthune

*Fabien ROBERT*  
Adjoint au maire de Bordeaux  
Conseiller communautaire

*Richard TIBERINO*  
Adjoint au maire de Nîmes

*Michèle VOISIN*  
Adjointe au maire de Saint Laurent du Var

### SECRÉTAIRE GÉNÉRAL :

*Patrick TEISSERE*  
Conseiller municipal délégué du Havre

### SECRÉTAIRES GÉNÉRAUX ADJOINTS

*Gauthier CARON-THIBAUT*  
Adjoint au maire du 3<sup>e</sup> arrondissement de Paris  
Conseiller de Paris

*Françoise DUMEZ*  
Adjointe au maire du Val Saint Germain

*Annick MARGHIERI*  
Adjointe au maire de Saint-Mandé

*Nicolas NOGUIER*  
Conseiller municipal de Saint-Thibéry  
Président du Refuge

*Michèle PARION*  
Assistante parlementaire

*Elisabeth RAMEL*  
Conseillère municipale de Strasbourg

*André STAUT*  
Directeur d'agence d'événementiel





COMITE D'HONNEUR

M. Jean-Claude ABRIOUX, Dr. Bernard ACCOYER, M. Jean-Jacques ALLAGON, Mme Fadela AMARA, Mme Nicole AMELINE, M. Henri-Jean ARNAUD, M. Raymond-Max AUBERT, Mme Martine AUBRY, M. Dominique AUFFRET, M. Jean-Marc AYRAULT, Mme Roselyne BACHELOT-NARQUIN, M. Edouard BALLADUR, Mme Brigitte BALLOT-LENA, M. Jacques BARROT, M. Claude BARTOLONE, Mme Michèle BARZACH, M. Dominique BAUDIS, M. Pierre BEDIER, M. Jean-Michel BELORGEY, M. Pierre BERGE, M. Christian BERGELIN, M. Jean-Louis BERNARD, M. Michel BERSON, M. Xavier BERTRAND, M. Jean-Louis BIANCO, M. Jérôme BIGNON, M. Bernard BIRSINGER (+), M. Eric BLANC, M. Patrick BLOCHE, M. Jean de BOISHUE, Mme Marie-Thérèse BOISSEAU, M. Pierre BONTE, M. Georges BORDONOVE, M. Jean-Marc BORELLO, M. Jean-Louis BORLOO, M. Franck BOROTRA, M. Bernard BOSSON, Dr. Claire BOUGARAN, M. Didier BOULAUD, Mme Emmanuelle BOUQUILLON, M. Bruno BOURG-BROC, M. Malek BOUTIH, M. Jean-Pierre BRARD, M. Dominique BUSSEREAU, Pr. Christian CABAL, M. Henri CAILLAVET, Dr. Alain CALMAT, M. Robert CALMEJANE (+), M. Gilles CARREZ, M. Hervé de CHARRETTE, M. Jean-Pierre CHEVENEMENT, Mme Régine CHOUKROUN, M. Alain CLARY, M. Georges COLOMBIER, M. Yves CONTASSOT, M. Jean-François COPE, Mme Edith CRESSON, M. Alain DANAND (+), M. Xavier DARCOS, Pr. Bernard DEBRE, M. Jean-Louis DEBRE, M. Jean-François DEHECQ, M. Bertrand DELANOË, M. Michel DELEBARRE, M. Jean-Paul DELEVOYE, M. Christian DEMUYNCK, M. Léonce DEPREZ, M. Jacques DONNAY, M. François DOUBIN, Pr. Philippe DOUSTE-BLAZY, M. Guy DRUT, Mme Cécile DUFLLOT, Mme Elisabeth DUFOURCQ, M. Yves DUTEIL, M. Renaud DUTREIL, M. Frédéric EDELMANN, Dr. Xavier EMMANUELLI, M. Hubert FALCO, M. Alain FERRY, M. Luc FERRY, M. François FILLON, Pr. Françoise FORETTE, M. Jean-Louis FOULQUIER, M. Bernard FOURNIER, Pr. Jean-Albert GASTAUT, M. Jean de GAULLE, M. Hervé GAYMARD, Pr. Marc GENTILINI, Mme Dominique GILLOT, M. Michel GIRAUD, M. Jean GLAVANY, M. Claude GOASGUEN, Dr. Bernard GRANJON, Pr. Claude GRISCELLI, M. François GROSDIDIER, M. Jacques GUYARD, M. Edmond-Luc HENRY, Mme Anne HIDALGO, M. François HOLLANDE, Mme Françoise HOSTALIER, M. Pierre-Rémy HOUSSIN, M. Jean-Paul HUCHON, M. Robert HUE, M. Michel HUNAUT, M. Didier JAYLE, Mme Sylvie JOLY, M. Charles JOSSELINE, M. Alain JUPPE, Pr. Michel KAZATCHKINE, M. Bertrand KERN, M. Nacer KETTANE, Mme Florence KUNTZ, M. André LABARRERE (+), M. Brice LALONDE, M. Jack LANG, M. Gérard LARCHER, Mme Danielle LE ROUX, Dr. Jacques LEBAS, Dr. Philippe LEGRAS, M. Jacques LEGROS, M. François LEOTARD, Maître Corinne LEPAGE, M. Serge LEPELTIER, Mme Marie-Noëlle LIENEMANN, LJO, M. Antoine LION, M. Lionnel LUCA, M. Alain MADELIN, Mme Nicole MAESTRACCI, M. Martin MALVY, M. Noël MAMERE, Dr. Jacky MAMOU, M. Philippe MARCHAND, M. Thierry MARIANI, Maître Maud MARIN, M. Jean MARSAUDON, M. Patrice MARTIN, Mme Henriette MARTINEZ, Pr. Christiane MARTY-DOUBLE (+), M. Jacques MASDEU-ARUS, M. Marius MASSE, Pr. Jean-François MATTEÏ, M. Henri MAUREL, M. Pierre MAUROY, M. Roger MEÏ, M. Hamlaoui MEKACHERA, M. Jean-Luc MELENCHON, M. Jean-Pierre MICHEL, Pr. Max MICOUD, Dr. Claude MONCORGE, Mme Nana MOUSKOURI, Pr. Yves MOUTON, M. Roland NUNGESSER, M. Jean d'ORMESSON, Mme Christiania OWEN-JONES, Mme Françoise de PANAFIEU, M. Robert PANDRAUD, M. Michel PELCHAT, M. Jacques PELLETIER (+), M. Dominique PERBEN, M. Jean-Jacques de PERETTI, M. Pierre-André PERISSOL, Pr. Dominique PEYRAMOND, PIEM, M. Patrick POIVRE d'ARVOR, Pr. Alain POMPIDOU, M. Christian PONCELET, M. Henri PUJOL, M. Jean-Pierre RAFFARIN, M. Jean-Bernard RAIMOND, M. Eric RAOULT, Mme Line RENAUD, M. Jean-Jacques ROBERT (+), M. Gilles de ROBIEN, Pr. Willy ROZENBAUM, M. Yves SAINT LAURENT (+), M. André SANTINI, M. Christian SAOUT, M. Nicolas SARKOZY, M. Jean de SAVIGNY, M. Maurice SCHUMANN (+), M. Philippe SEGUIN (+), SHEILA, M. Jean-Pierre SOISSON, M. Bernard STASI (+), M. Alex TAYLOR, M. Guy TEISSIER, M. Pierre TESTAS, M. Jean TIBERI, M. Jacques TOUBON, Mme Catherine TRAUTMANN, M. Georges TRON, M. Daniel VAILLANT, M. Philippe VASSEUR, Mme Simone VEIL, Mme Dominique VERSINI, Mme Françoise de VEYRINAS, Mme Dominique VOYNET, M. Antoine WAECHTER, M. Pierre-André WILTZER, M. Eric WOERTH.





## SOMMAIRE

<i>Ouverture des quinzèmes états généraux par Marie-George Buffet, députée de Seine-Saint-Denis</i> .....	15
<i>Intervention de Laurent Jacqua, Act-Up Paris</i> .....	18
<i>Intervention de Jean-Marie Le Guen, député de Paris, adjoint au maire de Paris</i> .....	21

### TABLES RONDES

<b>Table ronde 1 : REPENSER LA PRÉVENTION</b> .....	24
<i>Interventions : Nicolas Derche, chef de service, Kiosque Infos Sida Toxicomanie</i>	
<i>Docteur Michel Ohayon, directeur du 190, Sida Info Service</i>	
<i>Animation : Françoise Dumez, adjointe au maire du Val Saint Germain</i>	

<b>Table ronde 2 : LA RÉDUCTION DES RISQUES, INNOVER COMME NÉCESSITÉ</b> .....	38
<i>Interventions :</i>	
<i>Pierre Chappard, Président d'Act-Up Paris, membre d'Asud</i>	
<i>et Alain Lhostis, conseiller de Paris</i>	
<i>Animation : Eddie Aït, conseiller régional Ile-de-France et maire de Carrières</i>	

<b>Table ronde 3 : NAISSANCE, VIEILLISSEMENT ET VIH/SIDA</b> .....	47
<i>Interventions :</i>	
<i>Grégory Bec, coordinateur de l'association « Les Petits Bonheurs »</i>	
<i>et Professeur Samir Hamamah, chef de service au CHU de Montpellier</i>	
<i>Animation : Elisabeth Ramel, conseillère municipale déléguée de Strasbourg</i>	

<i>Intervention de Jean-Paul Huchon, président du Conseil régional d'Ile-de-France</i> .....	53
<i>Message de Sheila</i> .....	56
<i>Intervention de PIEM</i> .....	57
<i>Intervention de Jean-Luc Romero, président d'Elus Locaux Contre le Sida</i> .....	58
<i>Clôture des XV<sup>e</sup> Etats généraux, par</i>	
<i>Dominique Versini, défenseure des enfants</i> .....	61





ANNEXES

• <i>Remerciements</i> .....	3
• <i>Bureau d'ELCS</i> .....	7
• <i>Comité d'Honneur</i> .....	9
• <i>Photographies</i> .....	35
• <i>Chiffres clés sur le VIH/sida</i> .....	65
• <i>Appel des élus pour l'expérimentation d'une salle de consommation à moindre risque</i> .....	67
• <i>Manifeste</i> .....	69
• <i>Bulletin d'adhésion</i> .....	71





## OUVERTURE DES XV<sup>e</sup> ETATS-GÉNÉRAUX D'ELCS

**Jean-Luc ROMERO**

*Président d'Elus Locaux Contre le Sida*

Bonjour à tous. Je vous remercie de vous être déplacés, même si le sida n'intéresse plus grand-monde, alors que le nombre de personnes vivant avec cette maladie n'a jamais été aussi important. Cette maladie est devenue invisible. Les patients ont peur de témoigner. Je reviendrai tout à l'heure sur le projet photographique que nous avons lancé avec ELCS et qui est très difficile à mettre en œuvre. Nous avons énormément de mal à convaincre des personnes séropositives de témoigner à visage découvert.

Je me déplace depuis maintenant quinze ans pour ELCS. J'ai vu les salles se vider, les associations disparaître, et je crains que la situation n'aille pas en s'améliorant. Pourtant, paradoxalement, près de 160.000 personnes vivent en France avec ce virus. ELCS a été créé au Sénat il y a quinze ans. Nous pensions alors qu'elle n'aurait bientôt plus besoin d'exister, et que ce bruit de fond auprès des élus serait bientôt inutile. Nous devons malheureusement admettre que quinze ans après, ce travail doit être poursuivi. Je cède la parole à Marie-George BUFFET, dont vous connaissez tous l'implication dans notre combat. Elle préside le Groupe d'études sur le sida à l'Assemblée nationale. Il est important que les parlementaires continuent de se mobiliser sur cette question. Je la remercie de sa présence.

### **Intervention de Marie-George BUFFET**

*Députée de Seine-Saint-Denis, ancienne ministre*

*Présidente du groupe d'études sur le sida à l'assemblée nationale*

Je vous remercie de m'avoir invitée. Je suis là à double titre : comme adhérente de l'association ELCS et comme présidente du groupe d'études sur le sida. Je suis ravie d'être parmi vous ce soir, car votre présence montre que nous sommes toujours mobilisés et que nous refusons la banalisation de cette maladie. Même si nous avons marqué des points, nous ne sommes pas venus à bout du sida, et dans certaines régions du monde, la maladie prend le dessus.



## Une première priorité : les femmes

Le groupe sida tente d'agir en conjuguant notre combat contre le sida au féminin. En effet, la maladie se propage par l'intermédiaire des femmes, et les rapports de domination à l'œuvre dans la société rendent difficile la lutte. Dans certaines régions du monde, il n'est pas toujours aisé pour les femmes de se protéger ou de se soigner.

Avec différentes associations comme le Planning Familial, nous avons tenu des réunions qui ont montré l'importance de travailler dans la recherche, notamment sur les conséquences des médicaments sur le corps des femmes. Nous avons reçu des témoignages bouleversants sur cette question. Ces réunions ont été organisées avec des chercheuses et des sociologues comme Françoise Héritier afin de proposer des solutions et des actions sur la thématique du visage du sida.

## Deuxième priorité : le volet international

En second lieu, le Groupe s'est mobilisé sur un engagement international. La maladie n'a pas de frontière. Elle peut se nourrir des inégalités territoriales, des injustices sociales, des phénomènes de domination patriarcale. Nous avons donc besoin d'une réponse mondiale à ce défi. Le groupe s'est mobilisé auprès de la présidence de la République pour que la France tienne ses engagements. La France a augmenté sa contribution de 1%. Nous avons pris acte de cette hausse, mais nous estimons, comme les associations, que cette contribution demeure insuffisante. Il faut absolument que la France double sa contribution au Fonds mondial. Il ne faut surtout pas considérer que les financements innovants peuvent remplacer les contributions des Etats.

## Troisième priorité : le respect du droit à la santé des étrangers

Nous essayons aussi de porter cette question à l'Assemblée Nationale en pesant sur les discussions relatives au budget. Vous avez vu dans quelles conditions il vient d'être adopté. L'Agence nationale de recherche sur le sida a ainsi été touchée par les restrictions budgétaires. La mobilisation des députés apparaît donc comme un impératif.

En troisième lieu, la solidarité internationale passe également par le respect des migrants en France. Les hommes et les femmes qui vivent sur notre territoire doivent avoir un égal accès aux soins. La défense de l'Aide Médicale d'Etat est une question de santé publique, qui concerne donc les parlementaires. Les restrictions récentes adoptées à l'Assemblée Nationale pour la délivrance des visas pour raisons médicales renvoient également à cet enjeu. Or les députés ont estimé que du moment qu'un traitement était disponible dans le pays d'origine, il était inutile de se préoccuper de la question de l'accès effectif à ce traitement.



## Quatrième priorité : la sécurité financière des acteurs de la lutte

Enfin, la bataille des parlementaires consiste aussi à faire en sorte que les déclarations politiques soient suivies d'actions concrètes, ce qui pose la question des moyens financiers. Je pense par exemple au dépistage systématique, ou à la défense de l'hôpital public et des services spécialisés, qui doivent être le plus à proximité possible des personnes concernées.

Je n'évoquerai pas la question des prisons, mais nous nous sommes aussi intéressés à la prévention, aux soins et à l'accompagnement des prisonniers. Laurent JAQUA reviendra sur ce thème tout à l'heure.

### Des clivages politiques dans le groupe d'études ?

Pour conclure, le groupe sida n'est pas facile à faire fonctionner. Dans la période récente, nous avons vu des parlementaires membres du Groupe sida voter des lois politiques portées par la majorité bien qu'elles aillent à l'encontre de leur engagement dans la bataille contre la maladie. Les associations nous ont d'ailleurs vertement rappelés à l'ordre. J'ai écrit à l'ensemble des membres du Groupe sida à l'Assemblée nationale pour leur poser cette question. Nous en débattons certainement lors de notre prochaine réunion.

Soyez certains que le Groupe sida de l'Assemblée nationale est à vos côtés et que nous sommes disponibles pour mener avec vous ce combat. Enfin, puisque nous sommes au Sénat, il serait très positif que les sénateurs créent eux aussi un Groupe sida.

**Jean-Luc ROMERO** - Merci Marie-George. Tu as abordé tous les thèmes dont nous débattons aujourd'hui, qu'il s'agisse de l'AME, de l'accès effectif au traitement, de l'hôpital public ou des prisons. Sur ce sujet, je laisse la parole à Laurent JAQUA, responsable de la Commission « prison » d'Act-Up. Nous avons déjà évoqué cette question il y a quelques années. Depuis, nous ne nous y sommes pas assez intéressés, même si ELCS cherche à travailler le plus régulièrement possible avec les associations qui viennent en aide aux prisonniers malades ou en fin de vie. En 2005, lorsque le sida était une grande cause nationale, j'avais réalisé un tour de France des prisons par rapport à cette question. Malheureusement, peu de progrès ont été effectués depuis.



## **Intervention de Laurent JAQUA**

*Responsable de la commission « prison » d'Act Up-Paris*

Comme chacun sait, les conditions de détention en France sont très dures, et d'autant plus pour les personnes séropositives.

### **Un combat individuel devenu collectif**

Pour ma part, j'ai rejoint Act Up afin d'agir contre cet état de fait. J'ai effectué 25 ans de détention avec la maladie, de 1984 à 2010. J'ai donc une assez lourde expérience de ce que signifie être séropositif en prison. Il y a deux mondes : le monde extérieur et celui de la prison. Les détenus sont parfois traités de manière inhumaine. D'ailleurs, il n'existe aucun chiffre sur le nombre de personnes décédées du sida en prison. Il est donc important de témoigner. C'est ce que je m'étais promis de faire si j'en réchappais.

### **VIH et VHC : des taux de contamination très élevés**

Le sida en prison représente un problème sanitaire catastrophique, pour des raisons inhérentes à la détention, en particulier dans les maisons d'arrêt, à savoir la sur-occupation (122 à 200 % de taux d'occupation), la promiscuité, les questions de drogue et d'autres facteurs contaminants. La prévalence de la maladie est estimée à 1,4 %, contre 0,23 % à l'extérieur. Les chances de contracter la maladie sont quatre à cinq fois supérieures, et de cinq à huit fois pour les VHC. Les conditions d'hygiène, la surpopulation, la malnutrition, les placements à l'isolement constituent autant de facteurs aggravants.

La prison est un lieu de répression et de souffrance. Une personne malade ne peut pas voir sa santé s'y améliorer. Jusqu'en 1996, avant l'arrivée des trithérapies, de nombreux détenus sont morts à l'hôpital de Fresnes. La loi sur la suspension de peine promulguée en 2002 ne fonctionne pas du tout.

### **La nécessaire information sur la vie concrète des détenus malades**

Il faut dénoncer cette situation, mais il est avant tout important d'informer pour faire comprendre ce que vivent les détenus malades. Ils sont confrontés à des problèmes d'hygiène, mais aussi à l'absence de secret médical en prison. Ainsi, même à l'hôpital, les détenus sont accompagnés par les policiers ou les surveillants, qui assistent à la consultation. Les dossiers médicaux dans les infirmeries peuvent être consultés par n'importe qui.



Il faut savoir aussi qu'un détenu malade ou séropositif peut être placé au mitard pendant une durée de trente jours, ce qui m'est déjà arrivé. En France, pays démocratique, les détenus séropositifs peuvent être placés en quartier d'isolement. J'y ai passé cinq ans. J'ai d'ailleurs failli y mourir. De même, la justice n'hésite pas à condamner à une peine de trente ans une personne malade du sida, ce qui ressemble à une condamnation à perpétuité.

## Renforcer la prévention

Le plus préoccupant est pour moi l'absence de prévention, qui est cause de contaminations. Il y a quelques temps, j'ai vu un reportage selon lequel grâce aux trithérapies, le sida est devenu une maladie comparable au diabète. C'est oublier la contamination. Si l'on ne donne pas aux détenus les moyens de s'informer et de se protéger, étant donné tous les risques inhérents à la prison, nous allons vers une catastrophe sanitaire.

La drogue rentre en prison. Le plan sanitaire détenu a récemment été rendu public. Parmi les modes de contamination, il évoque les piercings, le coiffeur, mais sans jamais mentionner l'échange de seringues, ce qui me paraît aberrant.

En 1991, la loi a offert aux toxicomanes la possibilité d'acheter des seringues en pharmacie. En 2010, les détenus n'ont toujours pas droit à cette protection. C'est nier l'évidence. De ce fait, les détenus recourent à des pratiques dangereuses. J'ai vu par exemple des seringues fabriquées avec des stylos.

La peine moyenne en France représente 9,4 mois. 86 % des détenus effectuent moins d'un an de détention. Souvent, ils ne déclarent pas leur maladie par peur d'être discriminés dans les maisons d'arrêt sur-occupées. Le partage des seringues entraînera alors des contaminations.

## Logique sanitaire contre logique sécuritaire ?

J'ai effectué 25 ans de détention, dont 19 ans de maison d'arrêt et six ans de centrale sécuritaire. Je sais ce qui se passe au cours des promenades et comment les détenus se shootent. Aujourd'hui, il s'agit d'un problème majeur. Nier l'existence de la drogue en prison me paraît aberrant. Ceux qui savent aujourd'hui doivent prendre leurs responsabilités. Il faut arrêter de se voiler la face.

Le plan sanitaire comporte certains éléments intéressants, mais je ne comprends pas qu'il n'aborde pas cette question de la prévention. Multirécidiviste ayant passé 25 ans en prison, je suis obligé d'aborder cette question alors qu'elle relève de la responsabilité des politiques, de la DAP, des Ministères de la santé et de la justice. Des milliers



de détenus sont en danger. Leur santé et leur vie sont aussi précieuses que celles de ceux qui sont à l'extérieur. C'est ce que signifie l'égalité des soins, et c'est ce qu'il faut instaurer. Les aspects sécuritaires ne doivent pas prendre le dessus lorsqu'il en va de la vie de ces personnes. J'appelle à témoigner les détenus qui ont été contaminés en prison par échange de seringue, pour pouvoir porter plainte contre l'administration pénitentiaire et le Ministère.

## 1 détenu meurt tous les trois jours

Voilà l'état des lieux de la maladie en prison. Actuellement, Eric PIEDOIE, détenu à la prison de Grasse, est en train de mourir, atteint du VIH et du VHC. La loi sur la suspension de peine existe pourtant. De plus, sa sortie est prévue en 2013. Mais comme il s'agit d'un faussaire, son cas n'intéresse pas. Nous essayons d'agir pour lui éviter ce sort atroce, avec Act Up et d'autres associations.

L'INSERM, le Conseil National du sida et d'autres organismes estiment que le comportement de la France par rapport à ces situations est totalement illégal. Pourtant, l'Etat reste immobile. Je vous invite à lire ces sources et à partager leur constat. Je remercie Jean-Luc ROMERO de me permettre de témoigner aujourd'hui, et j'espère que nous pourrons travailler ensemble et avancer avec les élus. Je n'agis pas pour moi, mais pour tous ceux, à l'intérieur, qui ne peuvent pas en parler et qui, au moment où je vous parle, sont peut-être en train de contracter la maladie, sans même parler des conditions de détention déplorables. En prison, un détenu meurt tous les trois jours. Dans une institution publique, ce chiffre est affolant.

**Un intervenant** - En quoi consiste le dépistage en prison ?

**Laurent JAQUA** - A son arrivée, il est proposé aux détenus d'être dépistés. Ils choisissent d'effectuer ou non le test. Bien souvent, ils sont mal informés sur la maladie. Quelquefois, certains cachent leur séropositivité. Il faudrait que notre association et d'autres puissent entrer en prison, être au contact des détenus, organiser des réunions pour leur faire comprendre l'importance d'effectuer un dépistage le plus régulièrement possible, tous les deux ou trois mois.

**Un intervenant** - L'administration l'autorise-t-elle ?

**Laurent JAQUA** - Pour ma part, j'ai obtenu l'autorisation de me rendre à la centrale de Poissy et à la maison d'arrêt de Versailles. Il ne faut pas oublier les 2 400 femmes abandonnées de tous car elles ne représentent que 4 % de la population carcérale. Personne n'en parle. Notre insistance nous a permis d'obtenir ces autorisations. Nous voulons essayer de sensibiliser les détenus aux modes de contamination, notamment



aux échanges de seringues. Vous savez qu'en prison, même l'eau de Javel est diluée pour des raisons de sécurité. Elle est totalement inefficace pour nettoyer les seringues, au cas où les détenus souhaiteraient le faire. Nous sommes dans le règne de l'absurde. Tout est affaire de détail. Par exemple, comment parler de secret médical pour une personne séropositive qui reçoit ses médicaments alors qu'elle partage sa cellule avec trois codétenus ?

**Jean-Luc ROMERO** - Merci Laurent. J'en profite pour vous préciser que je suis entouré de Patrick TESSEIRE et de François QUESTE, l'un élu du Havre, l'autre de Béthune, qui sont membres du bureau d'ELCS. Nicole BORVO, Présidente du groupe communiste et républicain au Sénat, nous a rejoints. Je salue notre ami PIEM, qui est de beaucoup de combats et que je remercie d'être fidèle à notre cause. Je laisse la parole à Jean-Marie LE GUEN.

## **Intervention de Jean-Marie LE GUEN**

*Adjoint au maire de Paris chargé des questions de santé*

Bonjour à tous. Mon intervention portera sur l'état d'avancement de la question des salles de consommation à moindre risque en matière de toxicomanie. Chacun comprend bien le rapport de cette thématique avec la lutte contre le sida.

### **L'engagement politique sur les salles de consommation à moindre risque**

Tout d'abord, je voulais vous dire combien nous avons été impressionnés par le témoignage et la force du discours de Laurent JAQUA. Si l'administration et certains politiques refusent qu'une politique de prévention digne de ce nom soit mise en œuvre dans les prisons, c'est parce qu'ils refusent de reconnaître que la drogue est présente partout dans la société. Ce refus est d'autant plus exacerbé dans le cas de la prison. Si les Français savaient ce que vous venez de dire, ils comprendraient que la drogue s'insinue partout et que l'approche prétendant séparer les toxicomanes du reste de la population est vaine. Il est très important d'être avec vous dans ce combat, et je propose de prendre des initiatives sur la question précise de l'échange des seringues dans les prisons. Elle concerne en effet des personnes qui ont le droit à la santé. En outre, il s'agit d'une mesure de santé publique permettant de lutter contre les contaminations. Enfin, elle permettra à la société de porter un regard juste sur elle-même. Je suis donc prêt à prendre les initiatives que Marie-George BUFFET jugera opportunes dans cette direction.



Nombre d'entre vous connaissent les initiatives des élus parisiens, de gauche comme de droite, en dépit des jeux politiques. Sur le fond, nous avons beaucoup progressé. A Paris, comme dans la plupart des métropoles, il existe des populations toxicomanes confirmées subissant des situations de précarisation, liées soit à leur toxicomanie, soit à d'autres facteurs médicaux, sociaux ou psychologiques. Ces personnes sont largement marginalisées, si bien que leur toxicomanie est aujourd'hui visible, mais non reconnue. En effet, la société nie le fait que certaines personnes se droguent dans la rue, tout comme elle refuse de regarder en face la question de la drogue en prison. Ce déni est facilité par le fait que cette toxicomanie se déroule dans des quartiers de relégation. Ce qu'on ne veut pas voir n'existe pas. Pourtant, la réalité est là : à Stalingrad ou ailleurs dans le XVIII<sup>e</sup>, il y aura ce soir des scènes ouvertes, c'est-à-dire des lieux où des toxicomanes, au vu et au su des habitants de ces quartiers et des pouvoirs publics, s'injectent des drogues ou fument du crack, dans des conditions sociales et sanitaires graves.

## Les avantages des SCMR

Il existe 37 centres installés dans le monde et en Europe, qui permettent de prendre en charge les toxicomanes qui ne se droguent pas à domicile, c'est-à-dire les plus fragiles, qui doivent se droguer dans la rue. Nous avons ainsi visité les centres de Genève et de Bilbao. Dans ces lieux, les personnes bénéficient de conditions sécurisées du point de vue sanitaire, notamment par rapport aux méthodes d'injection qui permettent d'éviter les maladies transmissibles et les autres pathologies. En outre, ces centres permettent une tranquillisation des abords pour les habitants et leurs enfants.

Nous avons donc estimé qu'il était possible d'avancer dans cette direction en réfléchissant à des formes adaptées. Le cadre juridique existe ; les décrets mis en place pour les politiques de réduction des risques devraient permettre de répondre à cette situation, à condition que les pouvoirs publics acceptent une lecture du décret dans ce sens.

Dans un premier temps, nous avons obtenu des réactions diverses. Madame BACHELOT s'est déclarée favorable à une expérimentation, puis le Premier Ministre a pris une position très négative, de même que Monsieur APAIRE, délégué interministériel. A l'Assemblée Nationale et au Sénat, des prises de positions variées ont été adoptées. Rendons grâces, d'ailleurs, à la droite sénatoriale, qui s'est avérée plus ouverte que la majorité de l'Assemblée Nationale, fortement mobilisée contre notre projet. Je ne vous décrirai pas le contexte politique de notre démarche. Vous connaissez l'ambiance sécuritaire qui règne actuellement, en particulier depuis cet été. Ces blocages ne correspondent donc pas forcément à une réflexion sur la bonne politique à tenir pour lutter contre la toxicomanie et ses effets.



## La nécessité d'un aval gouvernemental avant toute expérimentation légale

Le Conseil de Paris a l'intention d'avancer sur cette question afin de mettre en place les conditions d'une expérimentation. Cette démarche est d'ailleurs partagée par la Ville de Marseille, dont la couleur politique est différente. Ces expérimentations ne seront possibles qu'avec l'aval du gouvernement. Il n'est pas possible, ni juridiquement, ni financièrement, ni pratiquement de passer outre à une interdiction. Cela n'aurait pas de sens de créer des centres illégaux, en conflit avec la police et la justice.

J'ai récemment rencontré le Procureur de Paris. Il n'est pas très ouvert à cette question, mais il m'a semblé que la justice, même dans ses aspects les plus rigoureux, commençait à s'ouvrir à notre démarche. Il nous faudra être pédagogues. Nous avons su l'être vis-à-vis de l'opinion publique, apparemment hostile il y a quelques mois, qui semble désormais majoritairement favorable à une expérimentation.

### Au-delà du symbole, l'indispensable pragmatisme

En tant que Ville de Paris, nous voulons commencer à travailler concrètement sur cette question complexe du point de vue du protocole sanitaire et social. Parallèlement, nous allons nous battre pour une décision ouverte de l'Etat. Monsieur BERTRAND semble opposé à l'expérimentation et Monsieur FILLON est toujours en place. L'ouverture politique n'est donc pas considérable, mais nous allons continuer d'interpeller le gouvernement. Si des débats théoriques sans doute très intéressants se tiennent quant aux interdits et à la permissivité symbolique de ces centres, la majorité des élus locaux, quelle que soit leur couleur politique, sont favorables à l'expérimentation. En ce sens, le rôle de votre association et le soutien que vous pourriez nous apporter sont extrêmement positifs. Je vous remercie.

**Jean-Luc ROMERO** - Merci Jean-Marie. Les élus, quelle que soit leur étiquette politique, peuvent dépasser leurs querelles parfois stériles et s'engager. La pétition ELCS a ainsi réuni plusieurs centaines de signatures, dont de nombreux conseillers municipaux de droite comme de gauche, ce qui prouve bien qu'il faut savoir dépasser les clivages.



## TABLE RONDE 1

### Repenser la prévention

*Participent à la table ronde :*

*Nicolas DERCHE, chef de service, Kiosque Infos Sida Toxicomanie*  
*Docteur Michel OHAYON, directeur du 190, Sida Info Service*

*Les débats étaient animés par Françoise DUMEZ,*  
*adjointe au maire du Val Saint Germain.*

**Françoise DUMEZ** - Tout d'abord, je voudrais remercier Marie-George BUFFET d'avoir parlé des femmes. Depuis 1998, nous nous sommes beaucoup battus pour l'accompagnement des femmes séropositives, et je vois que nous avançons dans ce domaine.

Repenser la prévention est un vaste débat. Il s'avère nécessaire de repenser la prévention car le constat des résultats obtenus est assez catastrophique. Aujourd'hui, 50 000 personnes séropositives ignorent leur séropositivité et ne l'apprennent que lorsqu'elles développent le sida. Il y a longtemps que nous n'avions pas connu une situation d'une telle gravité, qui implique des changements de fonds. Nous devons réagir de manière vigoureuse. La prévention est souvent centrée autour de la promotion du préservatif. Il s'agit d'un message nécessaire, mais qui n'est pas toujours entendu, surtout chez les jeunes. L'éducation à la sexualité et les messages de prévention ne sont pas aisés à faire passer.

Par ailleurs, nous parlerons aussi de l'accès rapide au test de dépistage, mais également du traitement, qui constitue un aspect de la prévention, car plus la séropositivité est diagnostiquée tôt, plus l'espérance de vie est élevée. Ces politiques novatrices de prévention sont déjà appliquées sur le terrain. Plusieurs médecins, institutions et associations partagent ce message d'accélération du diagnostic pour amorcer le traitement plus rapidement. Le traitement présente un bénéfice sur le plan individuel, mais aussi collectif, car il permet de réduire la contamination.

La prévention est donc un élément primordial. Pourtant, nos budgets de prévention ont diminué de 64 % en deux ans. Pour ma part, je milite pour cette cause depuis 20 ans. Nous connaissons actuellement une situation dramatique et nous ne savons plus comment faire pour bénéficier de subventions.



**Nicolas DERCHE** - Bonjour à tous. Je suis chef de service du Kiosque Infos Sida et Toxicomanie, qui a mis en place depuis le 28 janvier 2010 une recherche biomédicale pour étudier la faisabilité d'un dispositif à la fois associatif et médicalisé de dépistage rapide du VIH à destination des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH).

Le Kiosque est une association de prévention du VIH, des IST et des addictions. Fondée en 1992, elle visait initialement à informer un public généraliste sur le VIH. Aujourd'hui, le Kiosque développe également des actions de proximité de prévention de du VIH et des IST à destination de différents publics : les HSH et plus largement la communauté LGBT, les étudiants, les hétérosexuels multipartenaires et le grand public.

## Des actions de proximité

Le Kiosque cherche aussi à favoriser la prévention par les pairs en formant des associations pour qu'elles s'emparent de ces thématiques et développent des actions de prévention auprès de leur communauté. Enfin, il apporte un soutien sexologique aux malades et à leurs proches.

Le projet Checkpoint est né du constat des animateurs de prévention auprès des HSH d'un relâchement de la prévention et d'une méconnaissance des risques de transmission, notamment chez les jeunes. Parallèlement sont apparus les tests rapides, déjà utilisés en Suisse, en Grande-Bretagne et aux Pays-Bas depuis plusieurs années. Ils ont démontré leur efficacité, puisqu'ils ont permis de développer des centres communautaires de dépistage.

## Le Checkpoint : outil complémentaire adapté aux réalités de l'épidémie

L'objectif du Kiosque consistait à proposer un lieu alternatif et complémentaire des structures existantes, à destination du public-cible des HSH. Le dispositif est gratuit et confidentiel. Le médecin ouvre un dossier médical, ce qui permet d'assurer une continuité dans le message de prévention lorsque les patients reviennent. Le Check-Point propose des consultations avec et sans rendez-vous, avec des horaires adaptés au public, c'est-à-dire une ouverture le soir, voire en nocturne le mercredi, et le samedi après-midi. L'utilisation des tests rapides permet d'obtenir un résultat en une demi-heure et de proposer au patient une orientation adaptée en fonction du diagnostic.

L'équipe médicale du Kiosque est particulièrement sensibilisée aux problématiques HSH et à leurs pratiques sexuelles. Elle dispose aussi d'une bonne connaissance des



réseaux pouvant les accueillir en vue d'un suivi médical ou d'une prise en charge sociale.

Le dispositif est financé pour deux ans pour le moment. Il fait l'objet d'une évaluation régulière et évolue grâce à un Comité scientifique réunissant des médecins infectiologues, un virologue, un généraliste, des biologistes, un sociologue, une socio-démographe et des experts associatifs qui proposent de nouvelles orientations pour le pérenniser.

L'objectif de la recherche consiste à proposer un dispositif de dépistage du VIH en complément des structures existantes qui soit attractif et adapté aux besoins et au mode de vie des HSH. Il vise également à réduire la proportion d'infections à VIH non diagnostiquées au sein de cette population, à assurer lors d'une même consultation un conseil pré- et post-test pour éviter les résultats non réclamés, et à offrir aux consultants confirmés séropositifs des services de soutien et de conseil en les orientant vers une démarche de suivi médical ou de soin.

La réussite du dispositif repose sur une équipe formée et investie auprès de la population HSH et sur des outils permettant de proposer un dépistage rapide. Un questionnaire auto-administré a également été élaboré. Il permet de mieux connaître les consultants, d'évaluer les risques qu'ils prennent et d'adapter les messages de prévention transmis lors des entretiens médicaux. Le Check Point dispose également d'une base de données biologiques qui permet d'indiquer aux personnes diagnostiquées positives à quel stade de leur contamination elles se situent.

## Des procédures simples

Le test rapide consiste en un simple prélèvement sur la pulpe du doigt. Le résultat est connu en une demi-heure. S'il est positif, le Check-Point peut réaliser une confirmation via un laboratoire partenaire qui valide le diagnostic en 24 à 48 heures. La personne est alors revue par le médecin, qui peut lui proposer une orientation adaptée.

Plus de 2100 dépistages ont été effectués. 1900 premières visites ont eu lieu. Les raisons de la venue au Checkpoint sont, pour 76 % des répondants, liées à la rapidité des résultats. 42 % d'entre eux préfèrent venir au Check Point car il s'agit d'un service proposé par une association et à destination des HSH. L'amplitude horaire est mentionnée par 35 % des répondants. 25 % souhaitent éviter la prise de sang.

Selon un bilan intermédiaire, le Checkpoint réussit à proposer aux personnes diagnostiquées positives des orientations adaptées vers des hôpitaux franciliens, des médecins sensibles aux problématiques HSH, le 190 ou l'Institut Alfred Fournier.



En effet, certains patients sont rassurés par le cadre hospitalier, alors que d'autres souhaitent rencontrer des médecins connaissant bien les questions HSH et à même de discuter avec eux à la fois de la maladie et de son influence sur leur vie quotidienne et leur sexualité. Les personnes séronégatives sont orientées vers le 190 et les médecins de ville pour bénéficier d'une prise en charge globale prenant en considération les pathologies, mais aussi la santé globale.

## De nouveaux centres dédiés à d'autres populations vulnérables ?

A partir de janvier 2011, l'ensemble des données sociologiques, cliniques et biologiques seront analysées pour produire le bilan définitif de l'étude. Un arrêté paru hier au Journal officiel autorise l'utilisation des tests rapides en dehors des circuits d'urgence. L'objectif du Checkpoint consiste à pérenniser son action, à favoriser l'émergence d'autres centres du même genre dédiés à d'autres populations comme les migrants ou les travailleurs du sexe, et à faire en sorte que l'utilisation du test rapide offre une possibilité supplémentaire en termes de dépistage et d'une prévention la mieux adaptée possible.

**De la salle** - Le Checkpoint accepte-t-il aussi les personnes hétérosexuelles ?

**Nicolas DERCHE** - Le Checkpoint se concentre sur la communauté HSH. Nous n'acceptons donc pas les personnes ne se définissant pas comme HSH, mais nous les orientons vers d'autres structures.

**De la salle** - Pourquoi utiliser le terme HSH plutôt que celui de gay ou d'homosexuel ?

**Nicolas DERCHE** - Le public que nous rencontrons comprend à la fois des personnes se définissant comme homosexuelles, des personnes bisexuelles, mais aussi des personnes se considérant comme hétérosexuelles ou refusant de se définir par rapport à leur sexualité. Ce terme nous permet ainsi de nous adresser à l'ensemble de cette population.

**De la salle** - Qui finance ces recherches ?

**Nicolas DERCHE** - Elles ont été financées en partie par Sidaction, par le GRSP, ainsi que par quelques laboratoires. Les frais structurels sont partiellement pris en charge par la mairie de Paris.

**Françoise DUMEZ** - Vous avez dit que les tests de dépistage rapide sont désormais autorisés ailleurs que dans les structures d'urgence. Les médecins généralistes peuvent-ils donc y recourir ?



**Nicolas DERCHE** - Tout à fait, de même que d'autres professionnels de santé, comme les infirmiers ou les pharmaciens.

**Docteur Michel OHAYON** - Pour le moment, il me semble que l'arrêté ouvre leur usage aux sages-femmes, mais pas aux pharmaciens.

**Nicolas DERCHE** - Vous avez peut-être raison. Surtout, des personnes du monde associatif sans diplôme médical pourraient les administrer après formation.

**Françoise DUMEZ** - Cette dimension me paraît très importante. Elle correspond à une demande, notamment dans les CCAS. Il ne faut pas oublier que le sida reste une maladie discriminante. Les médecins sont formés à annoncer la séropositivité, mais les patients ont néanmoins besoin d'un accompagnement sérieux. Pour les élus locaux, l'ouverture des tests rapides aux médecins généralistes est très importante en termes de prévention.

**Docteur Michel OHAYON** - J'ai rarement l'habitude de m'adresser à des élus locaux. Je suis ravi de cette opportunité de vous présenter le 190.

## Le traitement comme outil de prévention

Nous avons enclenché ce projet en 2006 suite, d'une part, au rapport du Conseil national du sida préconisant l'extension et la modification de la stratégie de dépistage du sida afin d'en améliorer la prévention, et d'autre part au Swiss Statement, c'est-à-dire l'avis de la commission fédérale suisse affirmant qu'une personne traitée efficacement ne transmet pas le VIH, ce qui a ouvert la voie au débat sur la prévention par le traitement. De là, nous avons réfléchi à plusieurs questions.

### Dépister et traiter

Faut-il dépister ou soigner ? Nous savions que beaucoup d'actions étaient lancées pour le dépistage. Nous impliquer dans ce domaine n'apparaissait donc pas forcément nécessaire. Par ailleurs, notre identité à Sida Info Services était davantage fondée sur l'expérience de la demande des usagers grâce aux centaines de milliers d'entretiens téléphoniques mettant en lumière les besoins non remplis. En outre, Sida Info Service intègre depuis 1996 une équipe médicale à l'intérieur de l'association et ne perçoit pas comme antithétique d'être à la fois professionnel de santé et militant.

En France, les lieux d'information et de dépistage sont placés sous l'égide de l'INPES et largement dévolus aux associations. Je n'ai pour ma part jamais croisé quiconque se rendant à des consultations de prévention. Les lieux de dépistage sont distincts des



lieux de soins, eux-mêmes différenciés selon qu'ils traitent les IST ou le VIH. Le dépistage des IST ne comprend pas le dépistage du cancer du col de l'utérus, qui est pourtant une IST, mais dépend du volet cancer, situé dans d'autres lieux.

J'ai l'air de railler ce système éparpillé, mais il fonctionne néanmoins de manière satisfaisante pour le VIH : la France n'est pas en situation d'épidémie généralisée. Nous faisons partie des pays les moins touchés au monde, et la situation s'améliore, puisque l'épidémie se concentre de nouveau sur certains groupes au sein desquels l'incidence est considérable : les HSH, les usagers de drogue injectable ou les personnes issues de région où la maladie est endémique.

Comment prendre en charge les 50 000 nouveaux patients VIH des dix ans à venir en Ile-de-France ? Il faut inventer de nouveaux dispositifs. Nous nous sommes inspirés de la clinique Actuel à Montréal, devenue en 25 ans le centre de référence sur le sida au Canada.

## Le 190 : lieu de prévention, d'information et de soin

Le 190 représente d'abord un projet de prévention par le soin, car il concerne les populations les plus exposées, à la limite du concept de prévention comme protection qui fonctionne pour la majorité de la population. La prévention pour les séropositifs est synonyme de préservation d'une qualité de santé et de vie. Ces personnes sont trop souvent exclues de la prévention du fait qu'elles sont déjà contaminées.

Nous nous sommes aussi intéressés à l'impact des IST dans les mécanismes de contamination. A partir du moment où nous sommes conscients que tout le monde ne se protège pas toujours, il faut trouver les moyens de réduire le risque de contracter une maladie grave lorsque l'on y est exposé.

## Le problème de la primo-infection

Pour nous, il était clair qu'il fallait participer au développement du traitement comme outil de protection et travailler sur l'impact de la primo-infection dans la diffusion épidémique. Selon certaines études, jusqu'à 50 % des contaminations proviennent de personnes qui viennent d'être contaminées et pensent être séronégatives. Enfin, le 190 souhaitait lutter contre la sérophobie.

Le 190 rassemble de manière informelle et transversale des activités d'information, de prévention, de dépistage, de diagnostic, de traitement et de suivi. Il est animé par une équipe plus polyvalente que pluridisciplinaire, c'est-à-dire que tous les intervenants partagent un corpus de connaissances non seulement médicales, mais



psychosociales, et peuvent se réunir physiquement autour du patient au lieu d'éclater celui-ci entre des membres dotés de compétences différentes. Par ailleurs, le 190 est caractérisé par la coexistence de professionnels de santé avec des conseillers communautaires expérimentés, connaissant tous les aspects de la maladie et capables de répondre à l'ensemble des questions que peuvent se poser les patients.

Nous travaillons avec des médecins généralistes orientés sur la sexualité, le VIH et les IST. En effet, les séropositifs ont parfois un état de santé inférieur à la moyenne, car bien qu'entrés très tôt dans le système de soins au travers de la prise en charge du VIH, ils n'ont pas forcément de généraliste. Nous travaillons aussi avec un dermatologue et une psychosexologue. Beaucoup de patients sont réticents face à une prise en charge psychologique. Souvent, l'entrée par la sexualité leur permet d'accéder à un accompagnement de qualité prenant en compte ces deux dimensions à la fois.

## Le 190 : un centre de santé

Nous avons choisi d'être un centre de santé malgré les difficultés que présente ce type de structure génératrice de déficit. Le centre pratique la confidentialité et le tiers payant sans avance de frais. Je le précise, car l'offre de soins VIH et IST à Paris relève très largement du secteur 2 et nombre de praticiens refusent les bénéficiaires de la CMU et de l'AME. Notre objectif très prétentieux consiste à participer à la réduction de l'épidémie et à faciliter la vie des séropositifs.

Deux publics prioritaires : les personnes touchées et les HSH

La prévention par le soin n'est pas adaptée à tous les publics. Nous visons d'abord les séropositifs, quel que soit leur sexe, leur mode de contamination ou leur orientation sexuelle. La deuxième population prioritaire est celle des HSH quel que soit leur statut sérologique. Cette population représente 50 % de l'épidémie en 2008. Un HSH sur cinq à Paris, en tout cas dans les lieux de rencontre, est séropositif. Le taux de contamination annuel dans la communauté s'élève à 7 %. C'est donc dans cette population que l'épidémie est la plus virulente, pour des raisons à la fois épidémiologiques et historiques, et que la prévention par le soin peut avoir une chance d'efficacité. Nous ciblons également les personnes à la sexualité déviante et scandaleuse : les échangistes, les trans, les prostitués occasionnels et le milieu du porno et tous ceux qui n'ont pas forcément la possibilité de s'adresser à leur médecin traitant sans susciter un jugement ou un malaise de sa part.

Nous souhaitons répondre à la demande impulsive, c'est-à-dire aux personnes qui, si elles n'obtiennent pas de réponse immédiate, vont perdre leur motivation. D'une part, les résultats peuvent être obtenus bien avant trois mois ; d'autre part, une personne qui se pose la question a intérêt à faire le test, car elle peut très bien être séropositive



depuis un an sans le savoir. De même, nous expliquons que lorsque des signes de ce qui ressemble à une IST apparaissent, il faut les traiter immédiatement, car ils risquent de disparaître, ce qui aura fait perdre une occasion de soigner les gens et de les empêcher d'attraper autre chose.

## Esprit d'ouverture et identité communautaire

Que faire avec les autres populations ? Bien sûr, nous les accueillons, puisque nous sommes un centre de santé. Cependant, nous leur expliquons qu'ils peuvent être traités dans de nombreux autres endroits de Paris. Le rôle d'une association engageant ses fonds et sa responsabilité consiste d'abord à répondre à des besoins non remplis.

Nous revendiquons une identité communautaire, même si elle n'est pas exclusive. Nous avons déjà été accusés d'avoir une orientation ghettoïsante, mais je pense qu'appartenir à une communauté où l'incidence du VIH est deux fois plus importante que dans la population générale est en soi-même enfermant. Lutter contre cette réalité par des moyens adaptés prenant en compte les spécificités des modes de vie permet justement de lutter contre ce ghetto. Nous assumons donc cette identité, d'autant plus qu'il s'agit d'un communautaire « soft » : nous n'avons jamais refusé de soigner qui que ce soit, mais nous nous intéressons avant tout à ceux auxquels aucune réponse n'est apportée.

## Le dépistage au 190

Notre offre comprend le dépistage du VIH, des IST, des troubles sexuels et des addictions. En effet, les conduites à risque sont souvent liées non pas à un manque d'information, mais à des prises d'alcool ou de drogues diverses.

Le dépistage du VIH est clairement orienté sur le diagnostic de la primo infection. Pour le moment, nous avons choisi de ne pas utiliser des tests rapides, mais des tests de dernière génération qui nous permettent de maximiser les chances de diagnostic. Les résultats sont connus en 24 heures, voire en quelques heures, grâce à la légèreté de notre structure.

Le dépistage des IST se fait par sérologie, examen clinique, voire prélèvements locaux selon les pratiques, permettant de diagnostiquer et de traiter un grand nombre de pathologies. Nous proposons ainsi un panier de tests dont nous adaptons la fréquence à la vie sexuelle des personnes multipartenaires. Pour moins de 20 partenaires par an, nous conseillons un test par an ; pour davantage, un test tous les six mois, voire plus fréquemment. Ces dépistages s'adressent aux séronégatifs et aux séropositifs, car ces derniers ont aussi une sexualité qui peut être exposante et entraîner des conséquences graves sur leur santé.



Enfin, nous avons mis sur pied une consultation pour les partenaires. J'ai été surpris d'apprendre qu'il s'agit de la première consultation au monde dédiée spécifiquement aux partenaires séronégatifs de personnes séropositives, leur permettant d'aborder leurs problématiques personnelles qui mettent en cause leur conjoint.

Les syphilis ou gonococcies font l'objet d'un traitement immédiat. Nous organisons le traitement des partenaires, plus efficace que leur dépistage étant donné l'existence d'une fenêtre pendant laquelle les personnes traitées peuvent contaminer leurs partenaires. Nous vaccinons contre les hépatites. L'absence d'anonymat nous permet d'inciter au soin et à la vaccination et de mettre en place un suivi dans le temps. Nous avons même inventé le carnet de santé du sexe, que nous avons dénommé contrôle technique. Nous pouvons ainsi connaître les résultats des tests et l'évolution de santé de nos patients, ce qui leur permet de mieux contrôler leurs problèmes de sexualité.

## Une prise en charge souple

Nous proposons aux séropositifs un suivi spécialisé ambulatoire. Comme les femmes séropositives subissent une discrimination dans l'accès aux gynécologues, nous offrons un suivi gynécologique et proctologique. Nous effectuons également le suivi des hépatites : 30 % des séropositifs sont co-infectés. Le 190 offre une prise en charge souple, médicopsychosociale, rapide et permettant un traitement précoce, en l'espace de quelques jours. J'ai beaucoup de respect pour l'hôpital, où je travaille également, mais l'évolution de l'épidémie génère un besoin de structures légères adaptées aux besoins des patients. Les patients peuvent être suivis en médecine générale, et les séropositifs peuvent avoir accès à un suivi strictement axé sur leur sexualité, leurs difficultés de vie ou les aspects relationnels.

Nous nous occupons également d'éducation à la santé, ce qui inclue l'éducation thérapeutique. Nous avons noué des partenariats avec le service des MIT de l'hôpital de Tenon, l'Espace pour la santé mentale, le centre biologique du Chemin-Vert, Sidaction, COREVIH et, de manière informelle, avec le Checkpoint, ainsi qu'avec la ville de Paris et diverses autres associations.

## Le volet recherche en devenir

Le volet recherche est beaucoup moins structuré qu'au Checkpoint. Néanmoins, nos partenariats hospitaliers nous permettent de donner accès aux patients aux protocoles et recherches thérapeutiques disponibles à l'hôpital. Nous avons entamé avec Sidaction un travail d'évaluation médicale et psychosociale de la qualité de vie sexuelle des personnes vivant avec le VIH et de ses liens avec la qualité des soins et les attitudes de prévention. Nous allons commencer une réflexion avec l'Institut de



veille sanitaire sur la création de cohortes, qui correspond à un besoin important en France pour suivre le devenir des personnes. Notre activité est suivie par l'observatoire de Sida Info Service pour mettre en évidence la spécificité de notre point de vue. Alors que nous nous interrogeons depuis longtemps sur l'opportunité de nouveaux modes de prise en charge, rien de tel que d'en expérimenter.

## Une structure ouverte en phase avec les nouvelles recommandations

Notre modeste plateau technique comprend six médecins, un dermatologue spécialiste du New Fill, offre unique en dehors de l'hôpital. Nous lançons aussi des consultations d'addictologie, car nous avons constaté que nous avons affaire à de nombreuses personnes confrontées à des problèmes d'addiction mélangeant alcool, drogues festives, médicaments ou Viagra. Nous parlons anglais, allemand, espagnol, arabe, portugais, italien, polonais, wolof. Nous espérons que nos nouveaux collègues augmenteront notre spectre linguistique.

Nous proposons des soins infirmiers sur place, ainsi que des consultations de sexologie médicale et de psychosexologie. Surtout, nous disposons d'une denrée très rare aujourd'hui : le temps. Nous faisons face à des situations si complexes que le temps est infiniment nécessaire pour pouvoir les appréhender. Evidemment, le temps n'est pas financé.

Comment s'articule le 190 avec les nouvelles politiques ? Je lis dans le plan récemment paru qu'il faut :

- mettre fin à la dissociation entre VIH et IST ;
- permettre un accès répété et facilité au dépistage ;
- développer une approche communautaire de la lutte contre le VIH ;
- créer des centres de santé sexuelle LGBT ;
- faire évoluer les CDAG ;
- faire de la prévention positive ;
- lutter contre la sérophobie, ce à quoi nous nous contribuons par l'accueil de patients à la fois séropositifs et séronégatifs et par la consultation des partenaires ;
- dépister et traiter la primo infection ;
- développer l'accès à un traitement précoce ;
- développer une charge ambulatoire et attirer de nouveaux médecins - pour notre part, nous en avons attiré deux ;
- travailler en réseau. Nous organisons des formations FMC et cherchons à attirer de nouveaux professionnels.

Notre projet, lancé il y a quatre ans, correspond donc point par point à ces préconisations.



## Quel bilan provisoire ?

Au bout de neuf mois, nous avons une file active de 200 personnes vivant avec le VIH. Pour vous donner une idée de ce que cela représente, au moment de la fermeture du service de Saint-Joseph, doté de moyens autres que les nôtres et fort de dix ans d'existence, la file active comptait 500 personnes. Nous ne pensions pas attirer autant de monde, mais nous répondons visiblement à un besoin.

52 % de nos usagers vivent avec le VIH. Nous avons effectué environ 2 000 actes. 10 % de nos usagers sont des femmes, dont les deux tiers sont séropositives. Nous accueillons 10 % d'usagers résidant hors d'Ile-de-France, voire à l'étranger. Les usagers ponctuels sont devenus récurrents. Nous avons accueillis 15 personnes en primo-infection, un chiffre supérieur à ceux des services hospitaliers, sans que nous puissions expliquer cette affluence. Les bienfaits de l'approche communautaire et du cocooning sont, à mon avis, assez net. Nous avons effectué une trentaine de mises sous traitement précoces en amont même du rapport Yeni.

Quels enseignements tirer de nos neuf mois d'existence ? Notre offre de dépistage n'est pas encore bien perçue et nous avons encore du mal à développer la consultation des partenaires. Nos perspectives d'extension du travail sont vastes. Simplement, malgré quatre ans de démarches, nous ne disposons d'aucun soutien d'aucune collectivité territoriale. Je vous remercie de votre attention.

**Françoise DUMEZ** - Tout ceci représente un énorme travail. A nous, élus, d'aller nous informer auprès du 190. Merci à tous de nous avoir écoutés. Je cède la parole à mon collègue et ami Eddie AÏT.



*Marie-George BUFFET*



*Laurent JAQUA*



*Jean-Marie LEGUEN*



*Françoise DUMEZ*



*Nicolas DERCHE*



*Michel OHAYON*



*Eddie AÏT*



*Pierre CHAPPARD*



*Alain LHOSTIS*



*Elisabeth RAMEL*



*Grégory BEC*



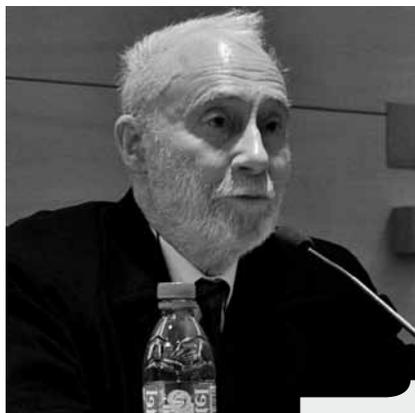
*Samir HAMAMAH*



*Jean-Paul HUCHON*



*Sheila*



*PIEM*



*Jean-Luc ROMERO*



*Dominique VERSINI*



## TABLE RONDE 2

### **La réduction des risques, innover comme nécessité**

*Participent à la table ronde :*

*Pierre CHAPPARD, Président de l'association Act-Up Paris,  
membre d'Asud*

*Alain LHOSTIS, conseiller de Paris*

*Les débats étaient animés par Eddie AÏT,  
maire de Carrières-sous-Poissy, conseiller régional d'Ile-de-France.*

**Eddie AÏT** - A mon tour de vous remercier, en tant que vice-président d'ELCS, pour votre présence aujourd'hui. Nous allons parler de ce que devrait être une véritable politique de santé, à savoir la réduction des risques à travers les salles de consommation à moindre risque. Il vous reviendra de préciser la terminologie étant donné la multiplicité des expressions employées. Je crois qu'utiliser le terme de « salles de shoot » passe mal dans l'opinion et porte un préjudice très fort à cette proposition alors qu'elle représente une véritable solution à certaines problématiques liées aux drogues. Sur cette question, les collectivités territoriales ont pris leurs responsabilités face à un Etat qui recule, puisque la région Ile-de-France a participé au financement d'une étude cette année. Des amendements devront être présentés à l'examen du budget en décembre pour permettre enfin une participation financière à l'établissement d'une salle de consommation à moindre risque. Le Conseil de Paris a voté un vœu qui pose clairement la question de la création d'une telle salle dans la capitale. En tant que maire, je suis très intéressé de savoir comment elle peut s'intégrer dans le tissu urbain. En effet, il est facile de trouver des excuses pour refuser une telle expérimentation compte-tenu des réticences importantes de l'électorat. ELCS a aussi pour vocation d'apporter des réponses à des élus qui acceptent de s'engager sur des problématiques polémiques.

**Pierre CHAPPARD** - Les premières salles de consommation ont vu le jour en Suisse à la fin des années 80.

## **Naissance et développement des SCMR**

Au départ, la Suisse a voulu adopter une démarche très progressive de lutte contre le sida. Pour aller à la rencontre des toxicomanes, elle a ouvert ses parcs et ses gares,



ce qui a entraîné une catastrophe sanitaire. Vous vous souvenez peut-être des scènes ouvertes du Platzspitz et du Letten à Zurich. L'affluence a débordé les pouvoirs publics et un grand nombre de personnes sont mortes d'overdose. Suite à cet échec, la Suisse a mis en place la politique des quatre piliers : soin, thérapie, réduction des risques et répression. Les salles de consommation et les programmes d'héroïne médicalisée s'inscrivent dans cette démarche. en fait partie.

D'autres pays ont suivi : l'Allemagne, les Pays-Bas, plus récemment le Luxembourg, l'Espagne, la Norvège, l'Australie et le Canada. Contrairement à ce qu'on entend, cette politique se développe donc. Aucune salle de consommation n'a jamais été fermée dans le monde. Tout au plus, elles ont été déplacées pour mieux répondre aux besoins du public concerné.

En France, l'association Asud a déjà essayé d'ouvrir une salle de consommation en 1994 à Montpellier. Des usagers avaient ouvert un lieu où d'autres personnes pouvaient consommer. Néanmoins, il ne correspondait pas vraiment à la définition couramment admise d'une salle de consommation à moindre risque. En l'occurrence, il s'agissait plutôt d'une salle de shoot. En effet, une salle de consommation se caractérise par deux éléments importants : la présence d'un personnel soignant d'une part, le soutien de l'Etat et des collectivités locales d'autre part, ce qui n'était pas le cas à Montpellier.

## Quelle terminologie ?

Il est difficile de trouver la bonne terminologie. L'expression de salle de shoot est utilisée par les opposants pour faire peur. Certains ont employé le terme de salle de consommation à moindre risque. Madame BACHELOT parlait de centres de consommation supervisée. Toutes ces appellations ne correspondent pas vraiment à la réalité d'une salle de consommation. Dans un tel lieu, les usagers peuvent consommer, mais ils sont surtout accueillis et accompagnés. Le terme le plus adéquat pourrait donc être celui de structure d'accueil avec possibilité de consommer à moindre risque.

## Overdoses, VHC : des défis à relever urgemment

La France a mis en place une politique de réduction des risques au début des années 90 avec Simone VEIL. Vingt ans après, les intervenants en réduction des risques voient les limites de la politique actuelle. En effet, le nombre d'overdoses augmente dramatiquement avec une hausse de 25 % en deux ans. Nous sommes l'un des seuls pays dans cette situation. L'hépatite C tue des milliers d'usagers de drogue par an. Des milliers sont contaminés chaque année. Nombre d'entre eux n'ont pas accès au système médicosocial. Les intervenants promeuvent donc cette idée de salle de



consommation. Pour interpeller les pouvoirs publics et les médias, un collectif a monté une fausse salle de consommation le 19 mai 2009 dans les locaux d'Asud. Il s'agissait en réalité d'une vraie salle, mais qui n'accueillait pas d'usagers, pour ne pas les mettre en danger vis-à-vis de la justice ni des intervenants français, qui ne sont pas formés à l'encadrement d'une telle salle.

Ce succès médiatique a permis d'interpeller les politiques, dont la ville de Paris et le Ministère. Le Conseil régional s'est ensuite saisi de cette question. Il y avait bien longtemps que le milieu de la réduction des risques n'avait pas travaillé avec les politiques. Les associations ont pu retrouver des liens avec eux.

## Une structure protéiforme

Comme je vous le disais, une salle de consommation est encadrée par des professionnels et permet aux usagers de consommer par injection, inhalation ou sniff, dans des conditions d'hygiène satisfaisantes et en préservant la tranquillité et sécurité des habitants d'un quartier. Il y a autant de modèles que de salles de consommation : elles peuvent être plus ou moins médicalisées, mobiles ou sédentaires. Les horaires d'ouverture sont variables. Certaines permettent un hébergement. Elles peuvent éduquer aux risques liés à l'injection, accueillir ou non les primo-injecteurs et les femmes enceintes.

Les intervenants comprennent des éducateurs, des assistants sociaux, des infirmiers, des médecins, parfois les usagers de drogue eux-mêmes, comme à Vancouver. Le coût d'ouverture d'une salle de consommation varie entre 500.000 et 800.000 euros. Cette somme peut paraître importante, mais en réalité, les économies générées sont supérieures à la dépense.

## L'exemple du Quai 9

Voici l'exemple architectural de la salle de Quai 9 à Genève. Elle comprend un espace accueil où les usagers peuvent venir au bar discuter avec les intervenants. La salle de consommation proprement dite, avec les postes de consommation, est supervisée par un intervenant. Il s'agit d'une salle d'injection et de sniff uniquement. La salle inclut également une infirmerie où les usagers peuvent rencontrer les infirmiers, les médecins, les psychiatres ou les psychologues.

Les salles de consommation obéissent à des règles très strictes. Le deal est formellement interdit, de même que toute forme de violence. Même pour simplement consommer, les usagers doivent respecter un parcours précis. Ainsi, à Genève, ils doivent



prendre un ticket, attendre leur tour avant d'entrer dans la salle de consommation, et informer obligatoirement les intervenants de ce qu'ils consomment afin que ces derniers sachent comment réagir en cas de problème. En effet, des overdoses de cocaïne, d'héroïne ou d'amphétamines appellent des interventions différentes.

**Alain LHOSTIS** - Le produit n'est pas contrôlé : les usagers doivent simplement indiquer aux intervenants de quoi il s'agit.

**De la salle** - Les intervenants en vérifient-ils la qualité ?

**Pierre CHAPPARD** - Certaines salles de consommation procèdent à des tests, mais les résultats ne sont connus qu'une semaine plus tard.

**De la salle** - Y a-t-il des limites de temps ou de quantités autorisées ?

**Pierre CHAPPARD** - Tout dépend des salles. A Genève, les usagers ont droit à une injection. La salle s'est également dotée d'un espace d'inhalation fermé pour éviter que les intervenants respirent les vapeurs de crack. Les usagers ont droit à trente minutes pour préparer leur inhalation. S'ils veulent consommer à nouveau, ils doivent recommencer le circuit et passer devant le personnel médical qui juge s'ils sont aptes à reconsumer. S'il y a un risque d'overdose, les usagers n'auront pas accès aux espaces de consommation : ils se reposeront dans l'espace d'accueil en attendant d'aller mieux.

**De la salle** - Combien faut-il de personnes pour faire fonctionner une telle salle ?

**Pierre CHAPPARD** - La salle de Genève emploie 12 équivalents – temps plein, mais elle fonctionne sept jours sur sept. Cela fait partie de l'intérêt de cette salle de consommation en termes de sécurité publique. Si les salles ne sont ouvertes que durant la semaine, les usagers consommeront sur la voie publique durant le week-end.

**De la salle** - Existe-t-il une limite d'âge ?

**Pierre CHAPPARD** - Généralement, la limite d'âge est fixée à 18 ans, pour des raisons légales. En effet, un adulte victime d'une overdose est responsable, alors que l'overdose d'un mineur relève de la responsabilité des intervenants. C'est pourquoi cette limite est instaurée, en tout cas en Suisse.

## SCMR : avantages individuels

Les salles de consommation présentent plusieurs avantages prouvés. Tout d'abord, elles ne visent pas à être implantées partout : elles viennent résoudre un problème



local de consommation de drogue par des usagers très précarisés sur la voie publique, dans les grandes, voire moyennes villes. C'est pourquoi les élus locaux se sont emparés du débat par l'intermédiaire de deux associations : Elus locaux contre le sida et Elus locaux santé publique et territoire.

Les salles de consommation permettent la réduction des risques liés aux overdoses. Grâce à la présence de personnel médical, les overdoses qui pourraient survenir ne seront pas mortelles. Elles réduisent aussi les risques d'infection par rapport au VIH, aux hépatites et à tous les autres types d'infection auxquelles les personnes qui s'injectent dans la rue sont exposées. Lorsque le sujet a été médiatisé au mois d'août, nous avons aussi beaucoup insisté sur le fait qu'elles permettent de toucher des usagers en situation de grande précarité, généralement exclus du système de soin, et auxquelles elles ouvrent une nouvelle porte d'accès aux soins. A Vancouver, lors de l'ouverture de la salle en 2001, la demande de sevrage et de substitution a augmenté de plus de 30 % dans la ville. D'après une étude parue au mois de septembre, les salles de consommation permettent également aux usagers d'arrêter durablement de se droguer.

## SCMR : avantages collectifs

Il a aussi été démontré que les salles de consommation réduisent les nuisances liées à la consommation de drogue sur la voie publique. A Paris, à Marseille ou dans d'autres villes, des usagers consomment des drogues dans les cages d'escaliers, dans les caves ou dans les parkings. Ces salles leur fournissent un endroit où consommer de manière hygiénique et digne et permettent aux habitants de ne plus les voir se droguer. Elles constituent un outil de médiation entre deux populations. Les études montrent qu'au départ, les habitants des quartiers sont toujours très réticents à l'idée de voir s'ouvrir une salle de consommation. En revanche, une fois installée, ils l'acceptent, puis la soutiennent.

Les salles de consommation sont aussi un outil de citoyenneté, ce à quoi Asud est très attaché. Les toxicomanes qui consomment dans la rue sont des personnes marginalisées, à l'écart de la société. Les salles de consommation leur redonnent une place dans la cité.

## Conditions de réussite de ce type de structure

Plusieurs questions se posent, notamment celle de savoir si les usagers viendront dans la salle de consommation. Dans les années 80, les mêmes questions se posaient sur les échanges de seringue. Un usager qui se shoote dans une cave, dans de mauvaises conditions d'hygiène, dans la hantise d'être surpris par la police, et auquel on offre un espace dans lequel il peut consommer dignement et à l'abri, n'hésitera généralement



pas à l'utiliser. La réduction des risques a montré que les usagers savent préserver leur santé si on leur en donne les moyens. Plusieurs études ont montré qu'à Mulhouse et à Montpellier, 70 % des usagers de rue utiliseraient une salle de consommation.

Cependant, un certain nombre de conditions doivent être réunies pour inciter les usagers à y venir. Il est important de choisir des horaires adaptés. Par exemple, la consommation de crack se passe plutôt la nuit. La salle de consommation doit être implantée près des scènes de consommation et de deal. Les usagers ne se déplaceront pas sur plus de 500 mètres. L'implantation doit être cohérente et complémentaire avec le reste du dispositif, y compris les forces de l'ordre. Si la police est à la porte de la salle, les usagers ne s'y rendront pas. La salle doit comporter suffisamment de places, et, surtout, offrir un accueil sans jugement. Si les usagers doivent subir une leçon de morale à chaque fois qu'ils viennent, ils cesseront de s'y rendre.

### Avant le sevrage : rester en vie...

Selon Etienne APAIRE, Président de la MILDT, ouvrir des salles de consommation revient à baisser les bras face aux drogues. Le même argument a été utilisé lorsque l'échange de seringue a été mis en place. Pourtant, il a été démontré qu'il venait en aide aux usagers. Les études ont prouvé que les salles de consommation n'entraînent pas une augmentation de la consommation dans la collectivité locale, ni ne créent de nouveaux consommateurs. En outre, comme je vous le disais tout à l'heure, ces salles offrent aux usagers exclus du dispositif médicosocial une autre chance de rentrer dans le système de soins. Nous souhaiterions tous que les usagers se sevrant, mais pour pouvoir l'envisager, encore faut-il qu'ils restent en vie. Les salles de consommation représentent un moyen pour cela.

### Un projet de santé, au-delà de tout clivage

Une autre critique est celle de l'adaptation à la France d'un tel dispositif. Nous avons entendu la même critique dans les années 80. Comme à cette époque, certains estiment toujours aujourd'hui que la France dispose du meilleur système au monde. Pourtant, il a fallu constater que les usagers préféreraient mourir dans la rue plutôt que de se rendre dans les structures médicosociales, car le seul service proposé était celui du sevrage. C'est l'ouverture des PES qui a fait découvrir aux intervenants l'importance du nombre d'usagers, dont une forte proportion de contaminés.

### Le nécessaire engagement du politique

Qui s'oppose à ce projet ? A gauche, les opposants ne s'expriment pas pour le moment. A droite, les opposants appartiennent surtout à la droite très réactionnaire, dont Etienne APAIRE fait partie, et aux tenants de la pensée unique du sevrage. Ils



n'ont pas compris que cette stratégie ne fonctionne pas et a entraîné la catastrophe sanitaire du sida dans les années 90, cause de milliers de victimes.

Après les prises de position de Madame BACHELOT, de Monsieur GAUDIN, de Madame MORANO, de Monsieur ROSSINOT, tous de droite, en faveur de l'ouverture de salles de consommation, François FILLON s'est opposé au projet. Cependant, Gérard LARCHER a souhaité prolonger la réflexion en créant un groupe sénatorial chargé de se pencher sur cette question. Il entamera ses travaux au mois de décembre.

Les élus locaux poursuivent leur réflexion. Le Conseil de Paris a voté pour être candidat à l'expérimentation. Beaucoup d'autres villes comme Marseille, Nancy ou Le Havre s'intéressent à cette possibilité. La bonne surprise pourrait venir du Québec, où les intervenants et la ville de Québec réfléchissent sérieusement à une possible ouverture. Une issue favorable aux salles de consommation ôterait aux opposants l'un de leurs arguments et changerait la donne en France.

Pour plus d'informations, vous pouvez vous rendre sur le site d'Asud : [www.asud.org](http://www.asud.org), ou sur le site spécial du collectif du 19 mai : [www.sallesdeconsommation.fr](http://www.sallesdeconsommation.fr), qui présente toutes les études réalisées sur les salles de consommation. Elles sont nombreuses, car les salles de consommation restent un objet politique un peu scandaleux, et Vancouver et Sydney ont dû en réaliser énormément pour asseoir leur légitimité. N'hésitez pas à nous contacter par mail si vous avez des questions.

**Eddie AÏT** - Merci beaucoup pour cette présentation. Je propose à Alain LHOSTIS de réagir en tant qu'élu sur la manière dont ces questions peuvent être portées sur le territoire.

**Alain LHOSTIS** - En ce qui me concerne, je me suis engagé dans cette démarche d'abord en tant qu'élu communiste. De 2001 à 2008, j'ai été adjoint de Bertrand DELANOË à la santé. J'ai été le président délégué de l'APHP. C'est moi qui ai mis en place en 2002 la mission de prévention des toxicomanies et la politique parisienne de prévention des risques. A l'époque, nous avons eu des échanges assez musclés avec Act Up et Anne HIDALGO avait été mise en cause, mais cela ne nous a pas empêchés de collaborer avec l'association dès cette époque. J'ai été brièvement membre de la direction nationale du Parti Communiste dans les années 90 ; j'étais chargé de la lutte contre le sida, ce qui constituait une première. Je suis adhérent d'ELCS presque depuis sa création.

## Une prise de position déjà ancienne

En 2004, Véronique DUBARRY, élue Verte de mon arrondissement aujourd'hui adjointe au Maire de Paris, m'a interpellé sur la question des salles de consommation.



Bien que n'en ayant pas le mandat, j'ai alors dit clairement que j'étais favorable à l'ouverture d'une telle salle. Il y a un an, nous avons décidé par une délibération de confier à l'ESPT une mission d'étude sur l'intérêt d'installer des salles de consommation à moindre risque. Nous avons choisi de créer un groupe de travail composé de tous les groupes de l'Assemblée et d'auditionner différents acteurs, dont la police, la justice, les associations. Nous nous sommes déplacés à Bilbao et à Genève avec des élus du Conseil de Paris, mais aussi de Marseille, du Havre, de Saint-Denis et d'autres villes, et nous avons visité les salles de consommation de ces salles.

## La continuité du dispositif de RDR

Ceux qui s'interrogeaient ont été convaincus par la démarche proposée, bien loin du cliché de la salle de shoot. J'insiste sur le fait qu'il s'agit d'un des éléments du dispositif de réduction des risques et de prévention. Il ne constitue pas la panacée, mais il permet d'agir en direction d'une population qui ne dispose d'aucun autre recours. A Paris, elle se concentre dans les X<sup>e</sup>, XVIII<sup>e</sup> et XIX<sup>e</sup> arrondissements. J'ai fait voter un vœu dans mon arrondissement pour qu'il examine si la salle de consommation pourrait s'y implanter. Nous travaillons sur cette question avec les XVIII<sup>e</sup> et XIX<sup>e</sup> arrondissements.

Je suis heureux que Pierre CHAPPARD ait rappelé que les usagers ne se déplacent pas sur de longues distances, car on nous a souvent opposé l'argument selon laquelle l'ouverture d'une salle de consommation attirerait des milliers de gens qui viendraient y festoyer. Pour croire à cela, il faut ne rien connaître de ces personnes ni des quartiers où elles se trouvent.

## SCMR : la dignité avant tout

Je vais vous raconter une anecdote qui me paraît symptomatique. Un soir, en rentrant chez moi Gare de l'Est, je vois une personne vivant à la rue – je n'aime pas le terme de SDF – entrer dans les toilettes publiques en chassant de son pied une seringue dans la rainure. Il craignait à la fois la seringue elle-même, et d'être pris pour celui qui l'avait utilisée. Quelques jours après, Le Monde titrait : « La salle de consommation, c'est les toilettes publiques ». C'est aussi leur dignité que nous voulons redonner aux usagers. Nous voulons rendre à ces citoyens la capacité d'être en contact avec d'autres. C'est pourquoi l'accès aux salles n'est pas limité. Il n'y a ni contrôle d'identité, ni contrôle du produit, et les intervenants en santé peuvent parler avec les usagers ou répondre à leurs sollicitations. Souvent, c'est la première fois depuis longtemps qu'un contact humain et personnel est établi. C'est à ce devoir d'humanité qu'il nous faut répondre.



Un élu de cette Assemblée, très opposé à l'ouverture des salles de consommation, a participé à celle de Genève. Il m'a pourtant expliqué qu'il avait voté pour l'installation des échangeurs de seringues. Où se place donc l'interdit moral, si tant est qu'il ne soit pas politique ? J'ai été désolé qu'au moment où le travail de la mission s'achevait, cette question devienne un problème d'actualité politique, ce qui a fait descendre le niveau du débat.

## L'information du public avant l'expérimentation

Pour conclure, il existe aujourd'hui un accord entre les groupes de la majorité municipale pour travailler comme si toutes les conditions étaient remplies. Certes, l'opinion publique est généralement favorable, mais nul ne souhaite généralement l'ouverture d'une salle de consommation dans sa rue. Dans les années 90, lorsque nous avons souhaité l'implantation d'une Boutique de bas-seuil rue Beaurepaire, nous avons dû délibérer à huis clos et nous avons fait face à des manifestations violentes de plusieurs centaines de personnes. Dans ces conditions, l'adhésion de la population sera décisive. C'est pourquoi nous allons d'abord communiquer de manière assez générale sur les bénéfices des salles de consommation et expliquer la démarche. Parallèlement, les services de la Ville auditionneront tous les intervenants pour étudier les conditions d'une réalisation, même si nous n'avons pas d'autorisation gouvernementale. Ainsi, dans les mois qui viennent, si les conditions légales sont réunies, nous serons en mesure d'installer ces salles.

**Eddie AÏT** - Merci pour ces interventions. Vous avez abordé les notions de santé publique et de citoyenneté. Il nous reste à convaincre l'opinion publique, ce qui n'est pas impossible, puisque les Suisses, lors d'un référendum populaire, ont voté massivement en faveur des salles de consommation. Peut-être nous faut-il nous appuyer davantage sur l'opinion publique pour aller de l'avant.



## TABLE RONDE 3

### **Naissance, vieillissement et VIH/sida**

*Participent à la table ronde :*

*Grégory BEC, coordinateur de l'association « Les Petits Bonheurs »  
Professeur Samir HAMAMAH,  
chef de service au CHU de Montpellier*

*Les débats étaient animés par Elisabeth RAMEL,  
conseillère municipale déléguée de Strasbourg*

**Elisabeth RAMEL** - Bonjour à tous. J'ai souhaité aborder cette thématique, car elle n'est que rarement évoquée. Il y a quelques années, le désir d'enfant ou le vieillissement avec le VIH n'étaient pas des préoccupations principales. L'arrivée des trithérapies et l'autorisation de l'assistance médicale à la procréation pour les personnes séropositives depuis 2001 ont changé la donne, de même que le Swiss Statement plus récemment.

Vieillir avec le VIH était impossible il y a quelques années. Le seul projet de vie des séropositifs était de tenir jusqu'au lendemain. L'arrivée des trithérapies a fait l'effet d'une bombe. Il était désormais possible de faire des projets et d'organiser sa vie en ayant pour compagnon le VIH. Mais comment organiser sa vie quand on est malade depuis vingt ans ? Il ne faut pas non plus oublier les nouveaux contaminés d'un certain âge.

**Grégory BEC** - Bonsoir. Je suis psychologue clinicien et militant associatif investi dans l'accompagnement des séropositifs depuis 1986. Je remercie Jean-Luc ROMERO qui parraine l'association Les Petits Bonheurs, ainsi que les élus présents ce soir. L'association Les Petits Bonheurs a été créée en 2008 pour aller à la rencontre des personnes concernées par le VIH et particulièrement isolées.

### **L'isolement comme conséquence du VIH**

La solitude et l'isolement font partie des effets secondaires de la vie avec le VIH. Certains de ceux que nous rencontrons ont été contaminés au début des années 80 et vivent avec le virus depuis près de trente ans. Ils ont d'abord pensé qu'ils mourraient bientôt, puis avec les traitements, cette échéance s'est éloignée. Pourtant, leur vie sociale, affective, quotidienne est souvent très vide. Leurs amours, leurs amis, leurs



compagnons de combat contre le sida sont majoritairement morts de l'épidémie. En outre, avec l'arrivée des trithérapies, certains malades ont réussi à se réinsérer et à reprendre une activité professionnelle. La solidarité entre les personnes atteintes a évolué. Ceux dont l'état ne s'est pas amélioré au point de pouvoir retravailler vivent un quotidien assez morne.

## Personnaliser la relation d'aide

L'association vise les personnes qui ne fréquentent pas les lieux associatifs, souvent pour des raisons d'anonymat. L'originalité des Petits Bonheurs est d'aller vers ces personnes de manière individuelle, personnalisée, à leur domicile ou dans les centres de soin. Les équipes médicales hospitalières font le lien. Nous leur demandons ce qu'elles souhaiteraient changer dans leur quotidien. Elles ne nous fournissent souvent que des embryons de réponse, car malgré l'importance de leurs besoins, elles sont souvent résignées et découragées. Nous essayons de construire un ensemble de petits projets de vie pour redynamiser le quotidien et resocialiser ces personnes.

## 400 personnes suivies en Ile-de-France

L'association a fonctionné pendant 18 mois sans financements publics. Depuis septembre 2009, nous sommes subventionnés, mais pas nécessairement de manière pérenne. En novembre 2010, nous avons accompagné 400 personnes en Ile-de-France. Parmi eux se trouvent des personnes vieillissantes, quel que soit leur âge. Conditionner sa vie en pensant que l'on a peu de temps à vivre met en œuvre des processus proches du vieillissement. Beaucoup de femmes ont renoncé à être mères, d'une part en raison du risque de contamination, d'autre part car elles avaient peur de mettre au monde un enfant qui deviendrait orphelin. Si elles avaient su qu'elles vivraient 20 ou 30 ans avec la maladie, elles n'y auraient pas renoncé.

## Trois exemples de personnes âgées touchées par la maladie

Nous rencontrons des gens qui ont arrêté leurs études supérieures lorsqu'ils ont appris leur séropositivité pour profiter des quelques années qu'ils pensaient avoir à vivre. Aujourd'hui, ils sont quinquagénaires et n'ont jamais travaillé. Il y a aussi les quadragénaires de l'époque, qui sont aujourd'hui des personnes âgées. L'association s'occupe de cinq octogénaires. Parmi elles, je citerai le cas d'un homme homosexuel, cadre supérieur en rupture familiale bien avant sa contamination, venu à Paris pour assumer une vie différente. Il a vécu une vie socialement et affectivement dense, puis a été contaminé au début des années 80. Son compagnon est mort, ses amis également. Seul survivant, il éprouve la culpabilité d'être encore en vie quand tous les



autres sont partis. A 87 ans, la place de cet homme serait peut-être dans une structure dédiée au troisième âge. Malheureusement, même à Paris, ces structures sont assez peu gay friendly. Le milieu gay n'est pas non plus très ouvert aux personnes âgées.

Le deuxième exemple est celui d'une femme d'origine subsaharienne, âgée de 82 ans. Elle a été contaminée il y a 7 ans par viol collectif dans son pays d'origine en guerre. Elle s'est réfugiée en France chez l'un de ses fils qui n'admet pas sa séropositivité. Elle vit recluse dans une chambre, car son fils a honte d'elle.

Enfin, nous accompagnons une femme de 82 ans, hétérosexuelle, mariée il y a une cinquantaine d'années à un homme auquel elle est restée fidèle toute sa vie. Il est décédé d'un arrêt cardiaque il y a huit ans. Elle ignorait qu'il était séropositif, et peut-être l'ignorait-il aussi. Elle a découvert qu'elle était porteuse du virus, ce qui signifie que son mari avait sans doute une double vie. Elle ne sait pas à qui parler de sa séropositivité : comment son entourage pourrait-il intégrer cette information ? Voici donc trois exemples d'octogénaires vivant avec le VIH à Paris et ne correspondant pas du tout à nos représentations habituelles des malades du sida.

## Inadaptation de la société

Vivre au quotidien avec la maladie s'avère très complexe. Ces personnes n'imaginaient pas qu'elles seraient un jour à la retraite. Elles n'ont pas cotisé car elles ont arrêté de travailler il y a longtemps. Elles se sentent inutiles socialement. Elles sont seules affectivement car le VIH a ravagé leur vie sociale. Les institutions ne peuvent pas accueillir ces personnes. Le personnel des maisons de retraite n'est pas formé. Les établissements ne souhaitent pas prendre en charge le coût des traitements. A l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, 10 % des patients ont plus de 60 ans. La société n'est pas organisée pour prendre en charge les patients vieillissants. Par ailleurs, ces personnes ont eu des modes de vie marginaux. Elles sont habituées à être prises en charge par des soignants sensibilisés aux questions d'homosexualité, de transsexualité, de toxicomanie, ce qui n'est pas le cas de la plupart des professionnels travaillant auprès des personnes âgées.

## Accompagnement à la fin de vie et bénévolat

On meurt moins du sida aujourd'hui. Pourtant, Les Petits Bonheurs ont accompagné en 2010 à Paris 21 personnes qui sont décédées. Le plus jeune avait 30 ans et est mort du sida. Les centaines de personnes qui meurent du sida chaque année ne sont plus visibles. Plus personne ne les accompagne. Les associations se sont recentrées sur le grand chantier de l'éducation thérapeutique et de la réinsertion professionnelle. Il est fondamental que des bénévoles se réinvestissent sur l'accompagnement de la fin de vie.



## Le nécessaire renforcement du lien social

Enfin, nous accompagnons aussi des jeunes qui sont nés avec le sida. François a eu 18 ans en février. Il est né avec le sida. Ses parents sont morts avant ses quatre ans. Il a perdu la vue à cause du sida quand il avait six ans. Il a longtemps été déscolarisé en raison de ses problèmes de santé et, sans doute, parce qu'on pensait qu'il ne vivrait pas. Aujourd'hui, il a un retard scolaire important, mais surtout une rage de vivre. Sa demande était d'aller en discothèque. Nous avons cherché parmi les enfants de nos bénévoles quelqu'un qui puisse l'accompagner. Au-delà de tous les progrès thérapeutiques, il faut absolument que la solidarité, la tolérance, le soutien se renforcent, car il ne vaut de vivre que si l'on est entouré et que l'on peut partager des choses. La caractéristique de ceux que nous rencontrons reste leur isolement et leur abandon. Notre devoir à tous est de nous remobiliser pour les accompagner.

Pour conclure, les Petits Bonheurs a besoin de bénévoles, à long terme ou de manière ponctuelle, par rapport à des compétences particulières, même peu disponibles en temps. Par ailleurs, je vous annonce qu'une comédie musicale a lieu demain soir 20 novembre à l'espace Cardin à 20 heures. Elle s'appelle Histoires de vie. Elle est interprétée par les comédiens bénévoles de l'association Peps&Co et raconte la vie quotidienne d'un centre de dépistage anonyme et gratuit. N'hésitez pas à venir partager ce beau moment avec nous.

**Professeur Samir HAMAMAH** - Bonsoir à tous, et merci de votre invitation. J'aimerais apporter une note d'espoir en vous présentant une manière de donner naissance pour les couples à risque viral dans le cadre de l'assistance médicale à la procréation. Il y a 32 ans, le premier bébé est né par fécondation in vitro. Nul n'imaginait alors que cette technique serait proposée à des couples fertiles, dans les circonstances particulières de personnes atteintes du VIH, du VHC ou du VHP.

## Années 90 : le règne de l'hypocrisie

Depuis les années 1990, nous savons préparer le sperme in vitro et le débarrasser de la présence du virus. Au départ, beaucoup n'y croyaient pas. Il a fallu insister pour que la réglementation française l'autorise. La première loi bioéthique de 1994, à l'article 665-15, dispose que le prélèvement d'éléments et la collecte de produits du corps humain à des fins thérapeutiques sont soumis à des règles de sécurité sanitaires. Le prélèvement de gamètes en vue d'une assistance médicale à la procréation sans procéder à des tests de dépistage d'une maladie transmissible est puni de deux ans de prison et de 200 000 francs d'amende. C'était le règne de l'hypocrisie : on expliquait aux futurs parents comment procéder à l'insémination une fois le prélèvement effectué par masturbation. En cas de contamination, l'enfant ou les grands-parents pouvaient porter plainte contre le médecin ayant aidé les parents à le mettre au monde.



## Le tournant de 1999

1999 marque une évolution avec le guide de bonnes pratiques fixant les tests de sécurité sanitaire à effectuer. Le test du VIH est autorisé uniquement dans le cadre d'un protocole de recherche clinique, lorsque l'homme et/ou la femme sont atteints du VIH.

Auparavant, la seule alternative pour ces couples était le don de sperme lorsque l'homme était infecté. La plupart des personnes concernées étaient fertiles et devaient faire le deuil de leur fertilité. Le don de sperme est en effet généralement proposé aux personnes atteintes d'azoospermie. Le jugement de valeur porté sur les personnes séropositives était souvent très négatif, ce qui est heureusement moins le cas aujourd'hui. Les patients étaient culpabilisés, taxés de vouloir mettre au monde des enfants condamnés à être orphelins.

## ARV et désir d'enfants

L'arrivée des traitements rétroviraux en 1996 a constitué un tournant extraordinaire. Couplée à la maîtrise de la technique de fécondation *in vitro*, elle nous a obligés éthiquement à cesser de singulariser ces populations déjà traumatisées par la maladie. Les couples concernés exprimaient de plus en plus le désir d'enfant. Le cadre familial représente une manière de s'accrocher à la vie et de se sentir comme les autres malgré la maladie.

Deux protocoles ont été mis en place, l'un à l'hôpital de Cochin, l'autre à Toulouse. Dans le cadre de l'ICSI (micro-injection intracytoplasmique), pour diminuer le risque au maximum, un spermatozoïde est injecté directement dans l'ovocyte. Pour les couples non infectés, cette technique n'est proposée que lorsque les spermatozoïdes sont malformés et incapables de franchir les différentes enveloppes qui entourent l'ovocyte. Pour le VHC, des protocoles ont été développés à Bichat et Créteil.

## 2001-2008 : simplification de la procédure

En 2001, l'arrêté Kouchner supprime la nécessité du protocole de recherche clinique. Les patients doivent faire l'objet d'une prise en charge particulière, soit dans le temps, soit dans l'espace. Autrement dit, les couples à risque viral sont reçus, soit à des périodes spécifiques, soit dans des locaux différenciés. La seule obligation des établissements consiste à déclarer cette activité à la Direction générale de la santé. Les couples sont pris en charge dans le cadre d'équipes pluridisciplinaires comprenant des spécialistes de la reproduction, des infectiologues, des virologues et autres.



Le guide de bonnes pratiques cliniques et biologiques de 2008 simplifie encore la procédure. La déclaration se fait désormais à l'Agence de la biomédecine, autorité régulatrice des activités relatives à l'embryologie, la fécondation in vitro, la génétique et la transplantation en France.

Dans le cas d'un couple où le conjoint est porteur du VIH, il effectue son prélèvement de sperme par masturbation. En laboratoire, le plasma séminal qui contient presque toute la charge virale est éliminé. Une partie du produit est congelée tandis que l'autre est envoyée en virologie pour s'assurer de l'absence de charge virale détectable. La patiente est ensuite programmée sur un cycle menstruel artificiel. Puis il est procédé à l'insémination artificielle, soit dans la cavité intra-utérine, soit en recourant à la fécondation in vitro conventionnelle, soit par micro-injection. Au départ, le seuil de charge virale acceptable était fixé à 10 000 copies/ml. Depuis, la barre a été fixée à 100 000 copies/ml. L'obligation de protocole de recherche de VIH 1 et 2, c'est-à-dire d'ARN viral, porte lorsque l'éjaculat ne comprend pas de spermatozoïdes et que ces derniers sont prélevés dans les testicules ou dans l'épididyme.

Ces techniques ont deux buts : d'une part, réduire au sein du couple les risques de contamination par le VIH et protéger l'enfant à naître, d'autre part réduire les problèmes d'infertilité. Peu de centres les mettent en œuvre sur le territoire, à Marseille, Bordeaux, Toulouse, Lyon et Paris. La capitale compte trois centres : Cochin, Bichat et la Pitié-Salpêtrière.

La fécondation in vitro consiste à administrer un traitement hormonal à la patiente pour collecter un maximum d'ovocytes. Un prélèvement de sperme est effectué et traité pour détecter la charge virale, puis les gamètes sont rapprochés. Ensuite, un ou deux embryons sont replacés dans la cavité intra-utérine au deuxième ou troisième jour.

## Quels résultats ?

En 2009, les résultats, plus qu'honorables, sont de 17 % de réussite par cycle en insémination artificielle. En fécondation in vitro, ils s'élèvent à 15 %, ce qui pourrait être amélioré. En ICSI, ils représentent 19 %.

Les études montrent que les traitements anti rétroviraux sur le sperme ont un effet sur le sperme : il affecte le volume d'éjaculat ainsi que le pourcentage de formes mobiles. En revanche, aucune étude ne relate une séroconversion de la mère ou de l'enfant à naître. Il faut rendre hommage aux équipes de recherche françaises, qui ont réalisé nombre de ces études.



## Une prise en charge pluridisciplinaire efficace

En conclusion, la prise en charge effective du risque viral apparaît bien encadrée en France. Il s'agit avant tout d'une prise en charge pluridisciplinaire afin de proposer aux patients la solution thérapeutique la plus adéquate. Il faut prendre en compte la situation spécifique de ces couples, pour lesquels la mise au monde d'un enfant revêt une importance particulière. Les anti-rétroviraux ont un impact inexplicé sur le taux d'insémination, mais ne retiennent pas sur le taux de grossesses. Enfin, aucune contamination par le VIH n'a été décrite. La prise en charge du risque viral dans le cadre d'une assistance médicale à la procréation semble donc tout à fait justifiée et adaptée pour ces couples.

### **Intervention de Jean-Luc ROMERO,**

*Président d'ELCS*

Suite au remaniement ministériel, Fadela AMARA ne pourra être parmi nous ce soir, mais elle m'a envoyé un message nous assurant de son plein soutien à la cause de la lutte contre le sida. Son engagement n'est pas nouveau, puisqu'elle avait participé à nombre de nos réunions avant de devenir ministre.

Maintenant que je fais partie de la majorité de Jean-Paul HUCHON, il m'est moins évident de lui faire des compliments. Permettez-moi cependant de vous rappeler qu'en bientôt treize ans de présidence du Conseil régional, Jean-Paul HUCHON a assisté à toutes nos réunions et nous a toujours soutenus, y compris en ces temps difficiles pour les associations confrontées à une baisse des crédits. Sans la région Ile-de-France, notre combat de sensibilisation ne pourrait être mené. Je remercie aussi Alain LHOSTIS qui nous a beaucoup aidés lorsqu'il était adjoint au Maire de Paris et continue à nous soutenir. Lorsque j'étais dans l'opposition, j'ai fait adopter un amendement sur l'international et j'ai suggéré à Jean-Paul HUCHON que nos accords de coopération comprennent un volet sida. Il a accepté immédiatement. Le sectarisme n'existe pas avec lui. Je le remercie encore de sa mobilisation à une époque où le sida n'intéresse malheureusement plus grand-monde.

### **Intervention de Jean-Paul HUCHON**

*Président du Conseil régional d'Ile-de-France*

Merci beaucoup pour cette introduction flatteuse. Je salue l'ensemble des élus, que je retrouve avec plaisir chaque année au sein de cette association qui joue un rôle



déterminant dans la prévention. L'action locale doit évidemment compléter l'action nationale et internationale. Je remercie surtout Jean-Luc ROMERO de faire chaque année de cette réunion un moment de mobilisation. Il est d'autant plus important aujourd'hui, alors que la sensibilité au problème du sida diminue tandis que ce dernier poursuit ses effets catastrophiques. Le rôle d'ELCS est essentiel pour lutter contre la banalisation du sida.

## Une détermination qui commence à payer

La conférence internationale de Vienne, en juillet, a montré que l'épidémie peut être endiguée. Beaucoup de progrès ont été effectués. L'épidémie connaît ainsi une décroissance dans certaines parties du monde, notamment en Afrique subsaharienne, qui paraissait à tout jamais condamnée. Ces bons résultats sont dus pour l'essentiel aux programmes de prévention. L'épidémie est en baisse chez les jeunes de 15 à 24 ans dans les pays les plus touchés. Nous savons aussi qu'il est possible d'éliminer la transmission de la maladie de la mère à l'enfant, et qu'une personne contaminée, bien soignée, ne meurt désormais plus du sida. La victoire contre le sida est possible à condition de rester mobilisés.

## VIH/sida et populations vulnérables

Or la crise économique toujours présente, bien que plus subreptice, fait peser des menaces sur les financements mondiaux de lutte contre le sida. Certains pays ont déjà annoncé qu'ils ont ou vont réduire leur contribution. Pourtant, malgré des progrès incontestables au niveau mondial, l'épidémie continue de progresser dans les pays d'Europe de l'Est, notamment parmi les usagers de drogues. Le nombre de personnes infectées en France évolue peu. Les raisons de cette stabilisation sont connues. Les plus vulnérables sont les personnes éprouvant des difficultés à accéder à l'information, notamment les personnes en situation irrégulière et les migrants.

Il est aussi vraisemblable que l'adoption par l'assemblée nationale d'une mesure visant à faire payer 30 euros aux étrangers pour leur accès à l'aide médicale d'état ne va pas arranger cette situation. On ne peut que regretter cette mesure démagogique. En Ile-de-France, la dernière étude de l'Observatoire Régional de Santé montre que le nombre de découvertes de séropositivité cesse de diminuer, rompant avec la tendance à l'œuvre depuis 2004. Le tiers des personnes ayant découvert leur séropositivité en 2009 ont été contaminées par voie homosexuelle. Cette proportion n'était que de 22 % en 2003. Les autres pays européens et les Etats-Unis partagent cette évolution. Il est donc important que la lutte contre le sida reste au cœur des politiques locales. Toutes les dimensions de la lutte comptent, des Nations-Unies aux associations et aux collectivités territoriales, dont l'échelle permet d'intervenir au plus près des citoyens.



## Le conseil régional Ile-de-France : un engagement extrêmement fort

Notre région a fait ce choix depuis plus de vingt ans. Dès 1987, mon prédécesseur a créé le CRIPS et en a fait un instrument majeur de prévention. La Région le finance à hauteur de 3,7 millions d'euros. En 2011, les actions seront renforcées, notamment sur la thématique du sida et des discriminations.

L'ORS mène des études sur l'état de santé des Franciliens, la sexualité, la contraception et la prévention, le suivi des infections, les usages de drogues. Depuis 2004, la Région a engagé 1,35 million d'euro en budget de fonctionnement pour la prévention et l'accompagnement des malades.

La Région recense la moitié des cas de séropositivité diagnostiqués en France. 8 sur 10 touchent des personnes d'origine étrangère. Nous nous engageons en soutenant ELCS, Solidays et d'autres associations et en nous impliquant sur nos zones de coopération. Jean-Luc a fait adopter à l'unanimité un amendement dans ce sens. Nous versons aussi chaque année plus de 120 000 euros au fonds de solidarité Sida Afrique, qui a développé plusieurs dizaines d'interventions. Par ailleurs, notre nouveau rapport cadre délibération pour les actions internationales marque la mobilisation de la Région dans la lutte contre le sida et contre les discriminations subies par les personnes séropositives : interdictions de circuler, de s'installer, pénalisation de la séropositivité.

## Le droit à la santé : un droit pour tous

La nouvelle mandature ira plus loin dans la prévention. En effet, c'est en matière de santé que se manifestent les inégalités sociales et territoriales, d'une manière inacceptable dans une région aussi riche et puissante que la nôtre. Nos concitoyens doivent pouvoir recevoir les mêmes soins partout quelle que soit leur situation ou leur origine sociale. La politique régionale cible particulièrement les urgences, les soins de proximité avec les centres de santé et la prévention des risques.

Cette priorité s'est traduite concrètement par le vote d'un d'un Pass contraception à destination des 471 000 lycéens et des 135 000 apprentis d'Ile-de-France qui sera mis en place en mars prochain dans les lycées et les CFA. C'est là que se joue la prévention. Ce pass a été mis en œuvre en accord total avec les rectorats et par l'intermédiaire de la corporation déterminante des infirmières scolaires.

Traiter, c'est soigner, mais aussi prévenir et dépister. La lutte contre la maladie est aussi une lutte pour la dignité humaine. Il ne peut y avoir de bonne prévention sans promotion des droits des personnes, notamment des femmes et des minorités.



Il ne faut pas oublier l'enjeu familial et celui de la natalité, dans la prise en compte desquels les établissements hospitaliers progressent significativement.

Les politiques locales sont parfois décisives, mais ne remplacent pas celles des Etats et des institutions internationales. Nous allons donc porter nos efforts sans relâche au plan international pour l'éducation au sens large, vers toutes les populations fragiles.

J'en viens à la question du monde de la nuit, qui fait l'objet de débats importants. Pour avancer, il faudra dégager des moyens – ceux d'ELCS, mais aussi du CRIPS.

## L'espoir se fabrique !

La lutte contre le sida a besoin de vous, de votre détermination et de celle des bénévoles sur le terrain. Le volontarisme représente la seule méthode d'action possible. Comme ELCS, je crois à la primauté de l'engagement public, mais aussi privé, contre le fatalisme. L'espoir se fabrique. Il mérite des moyens. C'est le sens de votre action et du combat de Jean-Luc ROMERO, que je suis avec un mélange de respect profond, d'enthousiasme et d'amitié. C'est à travers ces valeurs que nous parviendrons, avec votre appui, à réaliser des progrès significatifs.

**Jean-Luc ROMERO** - Sheila est en tournée, mais elle a tenu à s'associer à ces XV<sup>e</sup> Etats Généraux et nous a fait parvenir un message vidéo.

## Message vidéo de Sheila

*Présidente d'honneur d'ELCS*

**Jean-Luc ROMERO** - Nous avons créé ELCS il y a quinze ans. Pourquoi la cause du sida était-elle si importante pour toi ?

**Sheila** - A l'époque, tout le monde a perdu des proches dans des conditions épouvantables, puisqu'il n'existait aucun traitement. Je voulais m'investir et parler de ce sujet qui restait tabou.

**Jean-Luc ROMERO** - Pourquoi avoir choisi une association qui cherche à mobiliser des élus ?

**Sheila** - Pour moi, c'est sur le terrain qu'on peut parler aux gens, les informer et, surtout, déceler le caché. En province, le sida est longtemps resté tabou. A nos débuts, je me souviens que dans les réunions dans les mairies, évoquer les échanges de seringue ou les capotes choquait beaucoup de gens.



**Jean-Luc ROMERO** - En quinze ans, la situation a évolué, mais il est toujours aussi dur de vivre avec le sida. Tu reçois de nombreux témoignages sur ces difficultés, à la fois dans la vie privée et professionnelle.

**Sheila** - Faire partie d'ELCS me donne le sentiment d'être utile. Même si je suis peu souvent présente, je sers d'intermédiaire en amenant le reflet de ce qui se passe encore aujourd'hui. J'ai reçu cet été un témoignage bouleversant dont j'aimerais vous lire un extrait : « J'ai été licencié en début d'année. La cause : trop d'absentéisme et d'arrêts-maladie ces deux dernières années. Ces arrêts sont liés aux effets secondaires du VIH. Je l'ai contracté il y a 13 ans, avec beaucoup de changements de traitement pendant cette période. J'ai été obligé de justifier auprès de mon (ex) directeur mes arrêts médicaux en révélant ma séropositivité et ses conséquences. Après 18 ans de bons et loyaux services dans la même société en qualité d'ingénieur-concepteur informaticien, j'ai été remercié. J'ai immédiatement contacté un avocat et saisi les Prud'hommes. La procédure risque d'être très longue. Je me sens complètement abattu et victime d'une grande injustice. Le moral en a pris un sacré coup. Manifestement, cette maladie reste encore un sujet impopulaire ».

Cette personne habite à Paris XI<sup>e</sup>. Son témoignage montre qu'il ne faut surtout pas se relâcher. Bien sûr, la maladie est mieux soignée et les séropositifs peuvent travailler et vivre avec elle, mais ces traitements lourds impliquent des effets secondaires. Voilà comment sont traités ceux qui luttent avec courage contre la maladie et ses conséquences. Cette situation est inadmissible et incompréhensible.

**Jean-Luc ROMERO** - Une étude de 2005 indique que 50 % de ceux qui révèlent leur séropositivité perdent leur travail dans les six mois. Ce témoignage montre qu'en 2010, la discrimination reste encore une réalité quotidienne.

**Sheila** - Il reste encore beaucoup à faire. Aujourd'hui, la maladie se soigne et l'on peut vivre avec elle. Ces discriminations sont inquiétantes. Il faut les combattre de même que le virus. J'admire profondément tous ceux qui vivent avec le sida, leur amour de la vie et leur courage phénoménal, et je suis fière de participer à votre combat, même si je ne suis pas aussi présente que je le souhaiterais. Je ne pensais pas qu'au bout de quinze ans, l'association existerait toujours, mais nous devons garder espoir.

## Intervention de PIEM

Vous savez qu'un humoriste est un homme de bonne mauvaise humeur. Je me suis lancé dans cette aventure pour des raisons très personnelles. Nous avons eu sept



enfants. Nous avons perdu une fille en 1980 à la Pitié Salpêtrière. A l'époque, il fallait mettre un masque, par peur de la contagion. Six ans plus tard, un de nos fils est mort d'une rupture d'anévrisme.

J'ai 87 ans, ma femme 82, et nous sommes mariés depuis 62 ans. Nous avons partagé ces épreuves. Dans cette société tragiquement hypocrite, donner est plus agréable que recevoir. L'une de nos petites-filles s'est pendue à 20 ans. La vie est extraordinaire. Un Président de la République provisoire nous a expliqué qu'il avait une belle famille. Moi aussi ; seulement la mienne meurt, alors que la sienne est en vie, et c'est très désagréable.

Je suis donc en colère, ce qui est excellent à 87 ans. Je remercie Jean-Luc de m'accueillir dans cette bataille. Je participe aussi à la lutte pour les soins palliatifs. Il est très important de se rencontrer pour construire quelque chose. La solitude est monstrueuse. C'est le mal du siècle. Il faut donc agir ensemble, et merde à la vie.

## **Intervention de Jean-Luc ROMERO**

*Président d'Elus Locaux Contre le Sida*

Merci pour cette révolte permanente, saine et bonne. Il y a quinze ans se tenait la première réunion d'ELCS, dans ces mêmes locaux. Je ne pensais pas qu'elle existerait aussi longtemps. Lorsque nous avons créé ELCS avec Philippe LOHEAC, que je remercie de sa fidélité, il s'agissait d'informer et de mobiliser les élus locaux et de leur faire comprendre le caractère essentiel d'un bruit de fond autour d'une maladie honteuse pour une grande partie de la population. Quinze ans plus tard, les contaminations continuent avec 7000 nouveaux diagnostics par an et près de 160 000 personnes qui vivent avec le sida. ELCS joue un rôle essentiel pour que les élus n'oublient pas leur responsabilité dans la lutte, car le sida se soigne aussi par la politique.

### **Santé individuelle et sécurité publique**

La réunion d'aujourd'hui a abordé le thème primordial des salles de consommation. Nous sommes convaincus de l'utilité de ce type de structure pour compléter les dispositifs déjà existants et sans négliger les politiques de prévention et d'éducation. La politique de prévention des risques fait preuve d'une grande efficacité et ses résultats suffisent à la légitimer : aujourd'hui, les usagers de drogue représentent moins de 2 % des nouvelles contaminations VIH contre 10 à 15 fois plus il y a quinze ans.

La mise en place de ces structures innovantes représente un gain en termes de santé, de sécurité et d'ordre public, et permettrait de mettre fin à l'hypocrisie. J'invite tous



ceux qui en doutent à visiter les salles qui existent déjà chez six de nos voisins. Nos concitoyens sont d'ailleurs convaincus de leur utilité, puisque 53 % des Français y sont favorables.

## Pragmatisme contre idéologisme inefficace

Il faut bien sûr prendre en compte les craintes des riverains. Pour ma part, je me rends depuis dix ans à Genève, où les riverains souhaiteraient que les salles soient ouvertes en permanence. De nombreux élus de toutes obédiences ont compris qu'il faut arrêter les batailles idéologiques et faire preuve de pragmatisme sur cette question. C'est d'ailleurs le sens de l'appel lancé par ELCS aux élus favorables à l'expérimentation de salles de consommation à moindre risque, qui a recueilli plusieurs centaines de soutiens et que vous pouvez signer sur notre site. Plus nous serons nombreux, mieux nous pourrons avancer. C'est le sens des actions engagées par la Mairie de Paris, le Conseil Régional et la commission parlementaire lancée par le Président du Sénat.

## Élargissement de la proposition de dépistage

Le plan de lutte contre le sida 2010-2014 a certes été long à mettre en place, mais il comprend plusieurs propositions intéressantes, comme la proposition systématique du dépistage hors notion d'exposition. En effet, un grand nombre de personnes apprennent leur séropositivité au stade sida en raison d'un retard dans le dépistage. 50000 personnes sont infectées sans le savoir, ce qui est inacceptable pour elles comme pour leur entourage. Bien entendu, des crédits devront être débloqués, mais une vie n'a pas de prix.

La reconnaissance des offres alternatives de dépistage par tests rapides et dépistage communautaire est une autre bonne nouvelle. De même, nous ne pouvons que nous féliciter de la meilleure association des COREVIH, dont sont partie prenante médecins et associations.

## La gratuité des préservatifs en débat

La politique de prévention doit bien sûr évoluer. En tant que membre du CNS, je suis solidaire de toutes ses propositions. J'aimerais toutefois revenir sur la place du préservatif, qui selon moi devrait être gratuit, aussi bien masculin que féminin. Sur le plan de la santé publique, c'est une évidence, et sur le plan financier, cette initiative coûterait bien moins cher que les traitements et la perte de formations, d'expériences et de vies. Différents systèmes peuvent être imaginés : gratuité totale via des contrats passés entre l'Etat et les fabricants et mise à disposition dans les lieux publics, ou



remboursement via une prescription, notamment pour les séropositifs et pour tous ceux pour lesquels le coût représente un réel obstacle, comme les jeunes et les bénéficiaires des minima sociaux.

## AME : un dispositif indispensable... mais attaqué !

Des points noirs subsistent en matière de VIH : la situation des migrants et des usagers de drogues reste préoccupante. Sur la question des migrants, je ne peux ni ne veux passer sous silence la réforme de l'AME. Les parlementaires ont récemment instauré un droit d'entrée dans ce dispositif, qui permet à environ 215 000 personnes ayant des ressources inférieures à 634 euros par mois d'avoir accès à la Sécurité sociale. Depuis quelques années, ce dispositif est attaqué régulièrement par certains élus, les mêmes qui s'opposent à toute avancée sociétale. Ce dispositif coûterait trop cher, ne serait pas légitime et créerait un appel d'air pour les immigrés qui viendraient en masse se faire soigner en France. Nous savons tous à quel point ces arguments sont fallacieux.

## La peur du malade, plus importante que la peur de la maladie ?

J'aborde la situation des séropositifs dans leur globalité en France, qui ne m'inspire pas l'optimisme. Le sida reste une maladie obstinément mortelle. En outre, le sida est une affection sociale, qui discrimine et précarise. Aujourd'hui, le malade fait plus peur que la maladie. Il est vu comme un sous-citoyen, une charge pour la société et un criminel potentiel. La baisse du niveau général de connaissance sur la maladie fait que la peur augmente, de même que les discriminations, par exemple en matière d'accès aux assurances, à l'emploi ou au crédit. Alors que nous savons aujourd'hui que les personnes séropositives peuvent vivre très longtemps avec la maladie, ces discriminations les empêchent de s'insérer dans la société. Le monde du travail demeure très fermé aux séropositifs. 50 % des personnes qui rendent publique leur séropositivité sont licenciées dans les six mois. La moitié des séropositifs ne travaillent pas. Il faut agir dans ce domaine. Les mi-temps thérapeutiques sont une idée louable, mais on n'est pas systématiquement malade le matin et en forme l'après-midi. Cette problématique dépasse la question du sida. Alors qu'autant de gens vivent avec des pathologies de longue durée, nous devons réfléchir à la place du malade dans la cité, qui représente un véritable défi de société. Malheureusement, nous avons tendance à raisonner comme si nous devons tous être toujours en bonne santé, ce qui n'est pas le cas.

Les sept millions de personnes qui bénéficient des ALD 30 n'ont pas choisi d'être malades. Vouloir sans arrêt baisser les remboursements est à la fois contre-productif d'un point de vue économique et scandaleux d'un point de vue moral. Notre système de santé a pour vocation d'aider les plus fragiles.



## La visibilité des malades en question

Le cœur du problème aujourd'hui est de pouvoir dire sa maladie sans risque de discrimination. Comment inciter au dépistage si le statut de séropositif est source de rejet, de précarisation et d'une absence de vie affective et sexuelle ? Ceci n'est plus acceptable en 2010. Notre priorité à tous doit être de favoriser un cadre sociétal dans lequel les séropositifs peuvent dire leur maladie sans être montrés du doigt. Il s'agit pour moi d'une condition sine qua none de la politique de prévention et de dépistage. Aujourd'hui, il est plus difficile que jamais de dire sa séropositivité. J'en veux pour preuve le livre que souhaite publier ELCS, composé de portraits de personnalités politiques et de malades du sida. Nous rencontrons de grandes difficultés à trouver des personnes séropositives acceptant de témoigner à visage découvert. Je remercie les malades qui ont témoigné et les associations qui nous ont aidés. La visibilité des malades devrait être une évidence après trente ans d'épidémie. Ce n'est toujours pas le cas. L'arrivée des trithérapies a permis d'enfouir le débat, et la compassion a disparu pour faire place à une culpabilisation du malade. Il est primordial de lutter contre cette affirmation. Cela doit être notre priorité quotidienne. Avant de laisser la place à notre amie Dominique VERSINI, que je remercie de sa présence permanente à nos côtés, je cède la parole une dernière fois à Sheila.

### Message de Sheila *(suite)*

**Sheila** - Quinze ans après, avec ELCS, le sida se soigne toujours par la politique.

**Jean-Luc ROMERO** - Quinze ans après, avec ELCS, le sida se soigne encore par la politique.

### Intervention de Dominique VERSINI

*Défenseure des enfants, ancienne ministre*

Je suis très heureuse d'être parmi vous ce soir. En quinze ans d'existence, ELCS a accompli un long chemin. Jean-Luc ROMERO a contribué à faire évoluer de nombreuses personnes sur la question du sida. Nous sommes tous deux issus d'un courant politique assez peu sensible à ce type de problématique. Je crois que tu as su trouver ta place actuellement.



## Le lien social avant tout

Pour ma part, j'ai choisi de rester une femme de terrain. Je mène des combats de conviction pour les plus fragiles, les plus vulnérables, ceux qui intéressent le moins les politiques. Il faut toujours mettre la pression sur les politiques, sans aucun état d'âme, sinon ils n'avancent pas. C'est ce que je constate sur tous les sujets.

En tant que Défenseuse des enfants, j'ai été très sensible à la présentation des Petits Bonheurs. Mon activité actuelle et celle que j'ai menée auparavant au Samu Social concerne le lien social. Sans liens avec les autres, nous ne pouvons pas vivre, car nous vivons dans un monde très dur. J'ai aussi beaucoup apprécié l'intervention de PIEM et son immense talent d'artiste qui parvient à nous faire sourire malgré la détresse.

## Politique d'immigration : quelle place pour l'humain ?

Je voudrais partager avec vous un certain nombre d'interrogations. 8 personnes sur 10 contaminées en Ile-de-France sont d'origine étrangère. Je ne peux m'empêcher de faire un lien avec la politique d'immigration très restrictive du gouvernement. J'interviens en effet très souvent vers des familles en instance d'expulsion, avec des enfants ou des parents atteints de diverses pathologies, mais dont les préfectures estiment qu'ils pourront être soignés dans leur pays d'origine. Pour certaines maladies graves comme le sida, nous sommes littéralement obligés de supplier les préfets pour qu'ils reviennent sur leur décision.

Des enfants viennent d'Afrique ou d'Afghanistan à pied, parfois au péril de leur vie. Ils sont parfois violés ou prostitués en chemin. Ils viennent en France chercher une autre vie. Certains sont reconduits dès la plateforme aérienne. Bientôt, une loi sur l'immigration permettra de créer des zones d'attente ad hoc. Or c'est le seul endroit en France d'où un mineur peut être reconduit à la frontière sans ses parents. Il se produit parfois des situations invraisemblables. Par exemple, un enfant arrivé de Bamako via Moscou a été reconduit à Moscou. Cette réalité est très inquiétante.

## Une réforme dangereuse

La réforme de l'AME est très inquiétante pour les adultes. Le Conseil d'Etat a voté une décision selon laquelle, sur la base de la Convention Internationale des droits de l'enfant, aucune restriction ne peut être apportée à l'accès aux soins des enfants. Néanmoins, la vie d'un enfant dont les parents sont malades en est forcément bouleversée. La France compte 2 millions d'enfants pauvres, c'est-à-dire dont la famille vit de moins de 950 euros par mois. 1 million d'entre eux vit dans une famille qui dispose de moins de 773 euros par mois. Il s'agit vraiment de misère absolue.



## Nécessité d'une grande campagne de lutte contre les discriminations en direction des adolescents

J'interviens auprès des mineurs. J'ai donné la parole à 2 500 enfants et adolescents sur la question des discriminations. J'ai pris conscience de leur poids, notamment pour l'homosexualité. Certes, il n'est jamais facile d'évoquer la sexualité à l'adolescence, surtout avec les adultes. Cependant, les enfants sont avant tout le reflet de leur environnement familial et de notre société. Il est très difficile d'aborder la question de l'homosexualité ou de parler de sexualité ou de contraception. Les insultes liées à l'homosexualité, à la race ou à la religion sont les violences les plus importantes en milieu scolaire. Il faut une grande campagne contre les discriminations pour faire comprendre aux enfants l'importance de se respecter et d'accepter les autres. Sur ce point, les politiques publiques ne sont pas suffisantes. Il faut intervenir dès l'enfance et l'adolescence sous peine de voir ces jeunes devenir des adultes très intolérants.

J'ai aussi pu constater la méconnaissance abyssale de la contraception par les adolescents et leur difficulté à avoir accès à une contraception gratuite. L'idée de préservatifs gratuits m'apparaît comme une évidence absolue. Pour les jeunes filles, une contraception gratuite est également nécessaire, car dans les milieux les plus précaires, les grossesses adolescentes augmentent énormément et les enfants sont placés immédiatement à l'Aide sociale à l'enfance, ce qui représente un triste gâchis social.

### Ouverture, tolérance, solidarité : des valeurs à renforcer

En réunissant ces différentes dimensions, on s'aperçoit dans une société qui n'est pas si tolérante. Elle apparaît comme très défensive. Elle a peur de l'étranger et de la différence. Cette attitude est encouragée par les médias et les politiques. Faire peur aux populations les amène à reculer devant tout élément novateur ou capable d'apporter une richesse. Les mineurs non accompagnés qui arrivent en France sont souvent d'excellents élèves. Parfois, ils sont forcés de retourner dans leur pays d'origine à leur majorité. Je rêve d'un monde plus fraternel. Nous devons nous battre pied à pied avec les politiques, car malheureusement, seuls les rapports de force permettent des progrès. Le plan 2010-2014 permettra sans doute des avancées, mais les restrictions apportées à l'AME risquent d'aboutir à des situations très difficiles pour les immigrés contaminés. Je défends toujours avec passion les dossiers de ces personnes, car je sais que j'agirais sans doute de la même façon à leur place.

### La différence est une richesse

Nous devons continuer tous ces combats de front. Nous sommes des militants engagés sur tous les fronts. Ces combats usants durent depuis des années, mais nous



devons conserver notre énergie, car nous avons raison de croire que les êtres humains sont tous porteurs de valeurs exceptionnelles dans leur différence. Nous avons raison de le croire, même si ce n'est pas dans l'air du temps, et nous devons continuer de le dire, car nous déclenchons ainsi une lumière d'espoir. Les gens ont envie d'être bons, mais on les accule à être des fauves les uns pour les autres. Il faut continuer à se battre et croire qu'il y a des hommes politiques sincères, même si personnellement, je suis parfois en proie au doute. Je tiens à rendre hommage à Jean-Luc ROMERO et à Jean-Paul HUCHON, qui est un homme de parole et de respect.

**Jean-Luc ROMERO** - Merci à tous. Je vous invite à nous rejoindre autour d'un verre de l'amitié dans la salle René Coti.



## Les chiffres clés du VIH/sida

### Les chiffres du VIH/sida dans le monde

---

#### *Personnes vivant avec le VIH en 2009*

Total : 33,3 millions (26,2 millions en 1999)

Adultes : 30,8 millions • Femmes : 15,9 millions • Enfants de moins de 15 ans : 2,5 millions.

#### *Nouveaux cas d'infection à VIH en 2009*

Total : 2,6 millions (32,1 millions en 1999)

Adultes : 2,2 millions • Enfants de moins de 15 ans : 370 000

Plus de 7 000 nouvelles infections à VIH par jour en 2009 dont 97% environ dans des pays à revenu faible ou intermédiaire Touchant 1 000 enfants de moins de 15 ans.

#### *Décès dus au sida en 2009*

Total : 1,8 million

Adultes : 1,6 million • Enfants de moins de 15 ans : 280 000

5,2 millions de personnes séropositives ont accès aux traitements (700.000 en 2004)

10 millions de personnes ont besoin d'un traitement mais n'y ont pas accès.

Depuis le début de l'épidémie, plus de 60 millions de personnes ont été contaminées et près de 30 millions sont décédées à cause du virus.

### Les chiffres du VIH/sida en France

---

#### *Personnes découvrant leur séropositivité*

6 700 découvertes de séropositivité (6 400 en 2008)

67% sont des hommes, 33 % sont des femmes

53% sont de nationalité française, 47% sont de nationalité étrangère

60% ont été contaminées par rapports hétérosexuels, 37% par rapports homosexuels, 2% par usage de drogues injectables, 1% autres

*Âge moyen au diagnostic d'infection à VIH* : 38,2 ans

Plus d'une personne sur quatre (26%) découvre sa séropositivité à un stade avancé de l'immunodépression.

**Au 31 décembre 2009, le nombre total de personnes ayant développé un sida est estimé à 83 000.**





## Appel aux élus favorables à l'expérimentation des salles de consommation à moindre risque

Parce que, contrairement à ce que certains affirment de façon malhonnête, le débat sur l'expérimentation des salles de consommation à moindre risque (SCMR) n'a rien à voir avec une position idéologique sur la question de la dépénalisation de l'usage de drogues. L'expérimentation des SCMR est uniquement une question de santé publique !

Parce que nous savons que la réduction des risques est une des politiques de santé les plus efficaces qu'il soit. Elle a ainsi permis une baisse très importante du nombre de contaminations au VIH/sida des usagers de drogues : moins de 2 % aujourd'hui contre près de 30% dans les années 90. Dans ce cadre, les SCMR seront un outil complémentaire au panel déjà existant d'outils de réduction des risques, sans que les politiques d'éducation et de prévention soient négligées, au contraire !

Parce que les SCMR sont des lieux de prévention et d'accompagnement (et en aucun cas des lieux d'incitation !) où les usagers de drogues sont informés sur les pratiques sûres en matière d'injection. Grâce à la présence de personnels médicaux, les surdoses et les contaminations par le VIH ou le VHC pourront être évitées et une démarche vers le sevrage envisagée et concrètement mise en place,

Parce que les SCMR sont un outil de santé déjà adopté par 6 de nos voisins européens et que l'INSERM, organisme d'expertise reconnu, a conclu, après l'étude de plus de 700 publications nationales et internationales, à l'utilité et à l'efficacité de ces structures,

Parce que le coût de création et de fonctionnement d'une SCMR est bien moins important que les coûts engendrés par la prise en charge des traitements liés aux contaminations au VIH et au VHC, contaminations qui auraient pu être évitées.

Parce que nous sommes contre l'hypocrisie : on distribue des seringues aux usagers de drogues et ensuite on laisse les usagers s'injecter dans la rue, dans les parcs ou dans les cages d'escalier, faisant ainsi peser un risque sur les riverains à cause de la dissémination des seringues dans l'espace public,

Parce que, conscients des inquiétudes que peuvent provoquer les usagers de drogues, il est de notre devoir de réagir ; dans ce cadre, les salles de consommation à moindre risque apparaissent comme un outil de médiation sociale.

Parce qu'être élu, c'est prendre ses responsabilités, apporter des réponses concrètes et efficaces à un problème et agir avec comme but unique la satisfaction de l'intérêt général,

**Nous sommes favorables à l'ouverture, à titre expérimental et sous le contrôle d'un comité de suivi rendant régulièrement compte, d'une salle de consommation à moindre risque en France.**

Nom : ..... Prénom : .....

Mandat : .....

Signature :





**Elu(e) local(e), je m'engage à :**

1. *Sensibiliser mes citoyens sur la nécessité de la prévention contre le sida et sur la solidarité à l'égard des personnes séropositives ou ayant déclaré la maladie,*
2. *Mettre en œuvre une politique de lutte contre le sida planifiée sur la durée de mon mandat et dans la collectivité locale dont je suis élu(e). Cette politique sera définie en concertation avec les pouvoirs publics, les intervenants locaux, les associations nationales et locales de lutte contre le sida.*

Nom : ..... Prénom : .....

Mandat(s) électif(s) : .....

Collectivité locale : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Fax : .....

Courriel : .....

- Les coordonnées ci-dessus sont :
- personnelles (de préférence)
  - celles de ma collectivité locale d'élection
  - professionnelles

Fait à : ..... le : .....

Signature :

A retourner à : Jean-Luc ROMERO - ELCS - 84, rue Quincampoix - 75003 Paris  
 Téléphone : 01 42 72 36 46 - Télécopie : 01 42 72 37 57  
 E-Mail : info@elcs.fr - Web : http://www.elcs.fr





*Parce que le Sida n'est pas une fatalité,  
parce que le malade a besoin de soutien et de respect,  
les élus locaux doivent se mobiliser contre le Sida.*

**SHEILA**  
Présidente d'Honneur d'ELCS

**Jean-Luc ROMERO**  
Président d'ELCS

**BULLETIN DE COTISATION**

Mme

Mlle

M.

Nom : ..... Prénom : .....

Qualité (mandat, association, journal, société) : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Télécopie : .....

Courriel : ..... @ .....

**adhère à ELCS**

- Etudiants, chômeurs, non élus : 15 €
- Elus non indemnisés : 25 €
- Elus indemnisés : 31 €
- Soutien : 46 € et plus

Ci-joint un chèque de .....€, à l'ordre d'ELCS, à retourner à :

**Elus Locaux Contre le Sida**  
84, rue Quincampoix - 75003 Paris  
Téléphone : 01 42 72 36 46 - Télécopie : 01 42 72 37 57  
Courriel : info@elcs.fr

*Crédits photographiques :*  
*Franck LAGUILLIEZ*

*Dépôt légal : Juin 2011*

---

*Imprimerie ARLYS - Tél. 01.34.53.62.69*

# Le sida se soigne aussi par la politique...

En effet, lorsque la politique baisse la garde par manque de courage, la maladie regagne du terrain. Lorsque les femmes et les hommes politiques font preuve de frilosité, la maladie progresse. L' élu, parce qu'il est au contact chaque jour avec la population, parce qu'il est « en première ligne », parce qu'il a une vraie capacité d'écoute et d'action, a une véritable légitimité à intervenir dans ce combat pour la vie. L'engagement dans ce combat est, plus qu'une responsabilité, un vrai devoir !



**SHEILA**

*Présidente d'honneur d'ELCS*



**Jean-Luc ROMERO**

*Président d'ELCS*

Aujourd'hui, 14 000 élus ont rejoints ELCS dans ce combat pour la vie : c'est beaucoup et peu à la fois. Alors que près de 7 000 de nos concitoyens sont contaminées chaque année par ce virus, nous avons de plus en plus besoin du politique. En effet, au-delà du combat médical, le sida est devenu une maladie sociale, une maladie porteuse de discriminations.

Les Etats généraux dressent le bilan d'une année de réunions départementales et font, chaque année, le point sur les politiques locales et nationales de lutte contre le sida. Ces actes restituent le compte-rendu intégral des XV<sup>e</sup> Etats généraux d'Elus Locaux Contre le Sida, organisés le 19 novembre au Sénat.

