

# Action

la lettre d'Act Up-Paris n° 107 Mai 2007



**NICOLAS SARKOZY**



20

**Ours**

**Directeurs de publication**

Emmanuel Chateau - Hugues Fischer.

**Rédactrice en chef**

Claire Vannier.

**Ont participé au numéro**

Jean-François Baecker - Grégory Braz - Jean Cazentre - Emmanuel Chateau - Frédéric Cohen - Marjolaine Degremont - Khalil Elhouarghichi - Hugues Fischer - Chloé Forette - Nicolas Hervé - Emilie Lebrun - Jérôme Martin - Léo Noletti - Patothe - Rachel Rebelle - Antonin Sopena - Claire Vannier - Rami Vannier.

Ce journal est réalisé par les militantEs d'Act Up-Paris. Il est tiré à 15.000 exemplaires et ne peut être vendu. La reproduction des articles est autorisée en condition de citer la source : Action, la lettre d'Act Up-Paris.

Imprimeur : Autographes II 10 bis rue bisson 75020 Paris. ISSN 1158-2197 - Digital publication.

Photo de couv : Jean-François Baecker

Mai 2007

**Sommaire**

dito - 3. Dossier International (DI) : L'après Doha - 4. DI : les bases pour comprendre - 5. DI : le prix des antirétroviraux - 7. DI : et la France ? - 8. DI : Abbott et Thalande - 11. DI : Brèves Brésil et Inde - 13. DI : l'annonce de Clinton - 14. sida, envie d'en faire ? - 15. Post-présidentielles - 18. Proposition ODSE - 20. Femmes et Ségolène Royal - 21. sida is disco - 22. Prisons : besoin de chiffres - 24. AAD et Rejoignez-nous - 26. VPC - 27 - Act Up en action - 28.

**Gardons le contact**

- Rejoignez-nous chaque mardi 19h15 à l'École des Beaux Arts, 14 rue Bonaparte, M<sup>o</sup> St Germain des Près.

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

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

- Consultez notre site internet : [www.actupparis.org](http://www.actupparis.org)

**Abonnement**

Action. 1 an : 8 €. Abonnement de soutien : 18 €

Nom ..... Prénom .....

Adresse .....

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

**Etre minoritaires ou savoir dire non**

Avec beaucoup d'autres, nous aurons essayé durant cette campagne de faire émerger un débat sur la politique de santé. Act Up-Paris aura au moins réussi à rencontrer deux des plus importantEs candidatEs à l'élection présidentielle, Ségolène Royal et François Bayrou, pour discuter de leurs engagements face à nos revendications. De son côté, Nicolas Sarkozy ne s'est tout simplement jamais intéressé ni à la lutte contre le sida ni aux associations de défense des malades.

Il suffit de lire le programme du candidat Sarkozy pour s'en convaincre. Pour le nouveau chef de l'Etat, la santé c'est l'instauration d'une franchise illimitée sur les soins, le déremboursement de médicaments, la remise en cause de la prise en charge à 100 % des séropositifVEs, la dérégulation du système hospitalier public, l'expulsion de malades étrangerEs dans des pays où ils et elles mourront faute de traitements, et pour finir l'absence d'engagement financier français pour lutter contre le sida dans le monde.

C'est parce que Nicolas Sarkozy et l'UMP nous promettaient une politique de santé encore plus inégalitaire et discriminatoire que nous en sommes arrivés à appeler à voter Ségolène Royal au second tour. Or chacunE sait que pour nous malades du sida, le Parti Socialiste cela commence par Laurent Fabius et du scandale du sang contaminé. Puis c'est le gouvernement Jospin et son absence de politique de lutte contre le sida.

Que dire de la faiblesse des engagements pris par le Parti Socialiste en faveur de la lutte contre le sida dans cette élection ? Comment se contenter de 5 % de revalorisation de l'Allocation Adulte Handicapé, quelles réelles avancées dans

la reconnaissance et la compensation du handicap des personnes atteintes de pathologies graves ? Comment se satisfaire de la seule consolidation des dispositifs actuels pour assurer l'accès aux soins des étrangerEs ? Quelles garanties pour que la France participe à la hauteur de sa position de cinquième puissance mondiale à la lutte contre le sida tant par le financement que par un plaidoyer et des positions politiques sans équivoque ?

Mais, entre le PS et l'UMP, il n'y avait pas à hésiter : nous savions que si Nicolas Sarkozy se retrouvait aux commandes, nous aurions à combattre un désengagement de l'Etat encore plus important que celui que nous avons connu depuis cinq ans. Que les personnes économiquement et socialement vulnérables auront encore plus à craindre la maladie. Que les étrangerEs, les usagerEs de drogue et les prostituéEs seront les cibles d'une idéologie qui n'a pour les malades que la considération affairiste si bien résumée par leur expression favorite pour nous désigner : les « *consommateurRICEs de soins* ».

Déjà on annonce que peu de temps après l'élection de Nicolas Sarkozy on révélera une nouvelle dérive du budget de l'assurance-maladie. Cette mauvaise « *surprise* » rendra obligatoire un nouveau plan de financement d'urgence et son cortège de réformes.

Avec la composition du nouveau gouvernement, on a envisagé le démantèlement du ministère de la Santé en séparant Sécurité sociale et politique de santé où la Sécurité sociale entre dans un ministère des Comptes qui a la tâche globale de gérer la dette, tandis que le reste

de Bercy est réuni au ministère du Travail. L'impôt et l'emploi d'un côté, la dette et la santé de l'autre : à chaque fois une même logique dite libérale doit l'emporter. L'affichage est clair, il s'agit d'éliminer les restes d'un système redistributif et solidaire qui n'assure aucun profit.

Déjà, on nous matraque l'argument qui nous sera sans cesse opposé dans les cinq années qui viennent : l'issue du scrutin est claire, Nicolas Sarkozy a été élu avec une majorité relativement nette des voix dans un scrutin marqué par une forte participation. D'avance, on rend ainsi illégitime toute opposition aux politiques qui vont se mettre en place, même les plus hostiles aux malades et aux minorités, même les plus xénophobes, même les plus inégalitaires.

En face, c'est bel et bien notre légitimité qu'il faut aujourd'hui mettre en avant pour s'opposer contre des logiques qui nous menacent dans nos vies. Car le bluf de Nicolas Sarkozy aura été d'avoir masqué par des discours publicitaires un projet ultra-libéral qui s'en prend à la santé : une société où l'obligation faite à l'Etat de garantir un égal accès aux soins et à la santé pour touTEs comme un droit démocratique élémentaire serait remise en cause. Il faudra lutter car le slogan que nous martelons depuis des mois, « *Nicolas Sarkozy 2007-2012, Nous n'y survivrons pas* », ne relève pas d'un quelconque alarmisme folklorique. C'est bien pour nos vies qu'il va falloir nous battre dans les prochains mois.

Hugues Fischer  
et Emmanuel Chateau  
Co-présidents

# L'après Doha

**Plus de cinq ans après, l'accord de l'OMC sur l'accès aux médicaments est un échec. Le nouveau président de la République doit s'engager.**

Le 14 novembre 2001, la conférence ministérielle de l'OMC, réunie à Doha (Qatar), adoptait une « Déclaration sur la propriété intellectuelle et la santé ». Selon les termes de cette déclaration, les pays en développement étaient autorisés à contourner les monopoles liés aux brevets, lorsque cela est nécessaire pour assurer l'accès aux médicaments pour l'ensemble de leurs populations.

Cinq ans après, selon des chiffres de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), **74 % des médicaments anti-sida sont sous monopole** et 77 % des AfricainNEs n'ont toujours pas accès aux traitements antirétroviraux. Aux Philippines, en Indonésie, au Niger, au Botswana et en Haïti, il n'y a toujours aucun générique disponible en 2006, alors même que plus de 8 molécules antirétrovirales différentes existent dans ces pays - uniquement des médicaments de marque.

L'article 5(b) de la Déclaration de Doha affirme que « *Chaque état membre de l'OMC a le droit d'accorder des licences obligatoires, et la liberté de déterminer les motifs pour lesquels de telles licences sont accordées* ». A la différence d'une licence volontaire (que le/la propriétaire du brevet octroie de lui/elle-même), la licence obligatoire est décidée par le gouvernement d'un Etat sans l'accord du/de la propriétaire. Force est de constater que le recours à ces licences est en pratique extrêmement rare.

« L'utilisation de la Déclaration de Doha est quasiment impossible, du fait des pressions politiques exercées par l'Administration Bush » affirme le Dr Pedro Chequer, qui dirigeait jusque fin 2005 le Programme national brésilien de lutte contre le sida. « *C'est exactement ce qui est arrivé au Brésil l'année dernière, quand nous avons tenté d'utiliser les licences obligatoires, disposition pourtant prévue dans la Déclaration de Doha* ».

« *Chez Cipla, jusqu'ici nous avons été en mesure de fabriquer des versions génériques des médicaments VIH datant d'avant l'OMC et la mondialisation des brevets* » rappelle le Dr Yussuf Hamied, PDG des laboratoires Cipla. « *Mais, si la Déclaration de Doha reste lettre morte, les génériqueurs comme Cipla seront incapables de proposer des versions bon marché des dernières innovations anti-VIH – par exemple les très prometteurs inhibiteurs d'intégrase – car ces médicaments récents sont brevetés partout dans le monde* ».

**Face à l'échec de la Déclaration de Doha, Act Up-Paris appelle Nicolas Sarkozy à ne plus se contenter de vagues déclarations mais à dénoncer explicitement les Etats-Unis pour les pressions qu'ils exercent contre les pays qui souhaitent mettre la Déclaration de Doha en application.**

**Act Up-Paris exige aussi du nouveau président qu'il s'engage à ce qu'en 2007 la France se prononce contre l'application des droits de propriété intellectuelle relatifs aux produits de santé pour les pays en développement.**

## Brevets et accès aux médicaments les bases pour comprendre

### 1. Qu'est-ce qu'un brevet ?

Un brevet est un titre de propriété qui porte non pas sur un terrain ou une entreprise, mais sur une invention. De même qu'un Etat étranger ne peut pas émettre un titre de propriété foncière pour un terrain en France, la France ne peut pas émettre un brevet pour l'exploitation d'une invention à l'étranger. Les brevets sont des titres de propriété strictement nationaux : il faut en déposer un dans chaque pays où l'on souhaite l'exercer.

### 2. Comment fonctionne un brevet ?

Un brevet sert à obtenir un monopole sur l'exploitation d'une invention. Le monopole conféré par un brevet se matérialise par le droit exclusif de fabriquer et de commercialiser l'invention brevetée. Ces droits exclusifs permettent au/à la propriétaire d'un brevet de poursuivre en justice toute personne ou entreprise qui aurait fabriqué ou commercialisé l'invention sans son accord. Dans ce cas, le/la contrefacteurRICE sera condamnéE à rembourser le/la propriétaire du brevet pour les pertes commerciales encourues.

Les brevets assurent des monopoles aux entreprises, les rétribuant ainsi de leurs investissements en Recherche et Développement (R&D). L'existence d'un monopole, parce qu'il protège de la concurrence, permet à l'entreprise qui le détient de déterminer le prix auquel elle vendra le produit, souvent à un prix élevé puisqu'elle ne peut pas perdre de parts de marché. L'entreprise peut ainsi engranger des recettes importantes et espérer maximiser ses profits.

### 3. Quels problèmes les brevets posent-ils dans l'accès aux médicaments ?

Les brevets ont pour objet de favoriser la fixation de prix particulièrement élevés, c'est à dire très éloignés du coût marginal de fabrication (qui correspond au coût de fabrication d'une unité supplémentaire). Ainsi, la lamivudine (le médicament anti-VIH le plus commun) coûte moins de 43 € à fabriquer (prix générique pour un an de traitement), mais est vendu par le laboratoire GlaxoSmithKline 1 730 € HT pour Epivir® (prix annuel en France). La marge réalisée par le laboratoire grâce à son monopole lui permet de rentabiliser ses investissements passés et d'investir pour des recherches à venir.

En France, une trithérapie typique (lamivudine + ténofovir + efavirenz) coûte 8 500 € par an. La France dispose toutefois d'un régime de protection sociale qui prend en charge à 100 % l'infection au VIH. Ainsi, en France, le prix exorbitant des antirétroviraux n'empêche pas les malades d'avoir accès aux traitements.

Mais dans les pays pauvres, ces systèmes de protection sociale n'existent pas. Et même s'il y en avait, ces pays ne disposeraient tout simplement pas des sommes suffisantes pour payer de tels prix (au Malawi, dont le PIB par habitant est inférieur à 400 €, 10 % de la population totale est séropositive). Ainsi, les laboratoires occidentaux réalisent une part infime de leurs ventes dans les pays pauvres : à ces prix, et sans assurance maladie, seule une infime minorité de la population est en mesure de se procurer les médicaments.

Dans les pays en développement, chaque euro ajouté au prix d'un antirétroviral prive une tranche supplémentaire de la population malade de la possibilité d'accéder au traitement. Grâce à la concurrence qui s'exerce dans certains pays où la lamivudine n'est pas sous brevet, le prix de son générique a pu être divisé par deux depuis 2001 (de 80 à 43 €).

Dans les pays pauvres, la concurrence sur les médicaments est indispensable pour assurer l'accès du plus grand nombre de médicaments dont ils et elles ont besoin.

#### 4. Qu'est-ce qu'une licence obligatoire ?

Une licence obligatoire est ce qui permet à une personne autre que le/la propriétaire du brevet de fabriquer ou commercialiser l'invention brevetée, en échange du paiement d'une redevance au/à la propriétaire (en général un pourcentage du prix du produit). Contrairement à une licence dite « volontaire » (c'est à dire concédée volontairement par le propriétaire), une licence obligatoire est un instrument juridique qui permet au gouvernement d'un pays de lever d'autorité le monopole qui existe sur un produit. Le/la bénéficiaire d'une licence obligatoire doit lui aussi payer une redevance au/à la propriétaire du brevet.

#### 5. Qu'est-ce que l'ADPIC ?

L'ADPIC est l'Accord sur les Droits de Propriété Intellectuelle liés au Commerce. C'est l'un des accords de l'OMC, signés à Marrakech en 1994 (les autres accords touchent, par exemple au commerce des produits agricoles, des produits manufacturés, des services, etc.). L'article 31 de l'ADPIC énonce les règles que les Etats Membres de l'OMC doivent suivre afin d'utiliser les licences obligatoires et de lever un brevet.

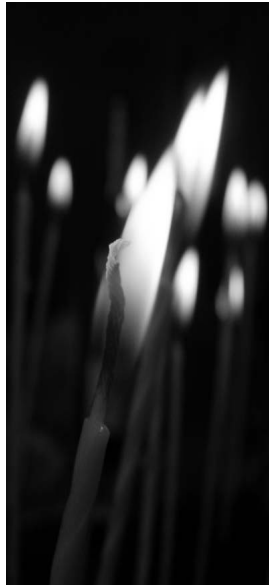
#### 6. Qu'est-ce que la Déclaration de Doha sur les ADPIC et la Santé ?

La Déclaration de Doha est une décision de la Conférence ministérielle de l'OMC (c'est-à-dire le plus haut niveau de décision possible à l'OMC) sur la propriété intellectuelle et l'accès aux produits de santé. Elle faisait suite au constat, par la communauté internationale, que les prix élevés des antirétroviraux de marque dans les pays en développement empêchaient toute possibilité d'accès aux soins pour les malades du sida, et qu'il était moralement inacceptable que les brevets privent les malades du Sud de versions génériques bon marché d'antirétroviraux.

L'article 4 de la Déclaration de Doha affirme la prééminence des enjeux sanitaires sur les enjeux purement commerciaux (« *l'ADPIC devrait être mis en œuvre d'une manière qui appuie le droit des Membres de l'OMC de protéger la santé publique et, en particulier, de promouvoir l'accès de tous aux médicaments* »).

L'article 5 (b) de la Déclaration de Doha rappelle que les Etats Membres ont toute latitude pour utiliser les licences obligatoires « *Chaque Membre a le droit d'accorder des licences obligatoires et la liberté de déterminer les motifs pour lesquels de telles licences sont accordées* ».

**Ainsi, la Déclaration de Doha invitait clairement les pays pauvres à recourir aux licences obligatoires lorsque cela s'avère nécessaire pour baisser les prix des médicaments.**



## 74 % des antirétroviraux sont toujours sous monopole

**Signé en 2001, l'accord de l'OMC à Doha sur les brevets pharmaceutiques était censé permettre de lever les monopoles qui s'opposent à la diffusion des médicaments génériques dans les pays pauvres. Or, cinq ans après, il apparaît que 74 % des antirétroviraux sont toujours sous monopole dans les pays pauvres.**

En effet, l'OMS publie désormais sur internet la liste des antirétroviraux brevetés et génériques disponibles dans chaque pays. A partir de cette liste, il est possible de déduire le nombre d'antirétroviraux soumis à la concurrence ou soumis à un monopole. Act Up-Paris a conduit une analyse de ces données.

Ainsi, au Niger, l'OMS compte 8 molécules antirétrovirales différentes disponibles. Mais sur ces 8 molécules, aucune n'est disponible en version générique - alors que des versions génériques moins chères et de qualité prouvée existent pour 7 de ces médicaments. Ainsi, les malades du sida les plus pauvres se retrouvent exclus de l'accès au traitement, et la facture pharmaceutique du Niger grève sans raison les réserves de devises.

Malheureusement, la base de données de l'OMS montre que la situation du Niger est loin d'être isolée :

Pays	Nombre d'antirétroviraux différents disponibles	Nombre d'antirétroviraux soumis à la concurrence	Taux de concurrence
Botswana	12	0	0 %
Pakistan	10	0	0 %
Rwanda	7	0	0 %
Togo	11	4	36 %
Vietnam	10	1	10 %

D'une manière générale, l'analyse des données de l'OMS montre la très grande prééminence des médicaments brevetés sur les génériques : sur l'ensemble de la base, seul 26,40 % des antirétroviraux sont exposés à la concurrence - soit à peine un produit sur quatre.

Ce chiffre est encore plus choquant encore quand on limite l'analyse aux 54 pays les plus pauvres (classification Banque mondiale). Le taux de concurrence dans ces pays est limité à 25,80 %, alors qu'il devrait approcher les 100 % si les accords de Doha avaient trouvé une application effective.

Ainsi, il apparaît que, malgré la Déclaration de Doha, les pays en développement ne réussissent toujours pas à accéder aux génériques d'antirétroviraux, ni à faire jouer la concurrence pour obtenir des baisses de prix supplémentaires. **La Déclaration de Doha n'a pas permis de générer l'accès aux médicaments promis : l'OMC doit revoir sa copie.**

## Accès aux médicaments : ce que la France peut faire

### I - L'émission de licences obligatoires : sortir de l'impasse

Les Etats-Unis font pression sur les gouvernements des pays en développement pour empêcher la mise en pratique des accords de l'OMC censés leur permettre d'avoir accès à des versions génériques de médicaments sous brevet.

Ces pressions s'exercent soit par le biais d'expressions verbales non-publiques de responsables officiels américains, soit par la signature avec des pays pauvres d'accords commerciaux bilatéraux qui incluent des clauses bloquant l'application de l'accord de Doha sur les licences obligatoires. Aucun gouvernement ne veut évidemment être le premier à braver Washington en émettant une licence obligatoire autorisant l'importation de génériques indiens ou brésiliens.

Entre les génériqueurs et les pays pauvres, la situation est tout aussi sclérosée. Les génériqueurs ne veulent pas investir dans le développement de versions génériques de produits déjà brevetés avant d'être sûrs que ces génériques pourront effectivement être commercialisés, c'est-à-dire pas avant que les Etats n'aient émis les licences obligatoires nécessaires. Mais de l'autre côté, aucun gouvernement ne veut émettre une licence obligatoire pour l'importation d'un produit tant que ce produit n'a pas encore été mis au point par les génériqueurs.

De plus, les génériqueurs, pour espérer rentabiliser leurs investissements, ont besoin de gros volumes et de larges marchés. Or, aucun pays pauvre ne représente, à lui seul, un marché suffisant pour justifier le développement d'un nouveau générique. C'est pourquoi les génériqueurs ont besoin que plusieurs pays émettent des licences obligatoires sur les mêmes médicaments avant de pouvoir rationnellement investir dans le développement de leurs versions génériques.



Concrètement, la France peut prendre l'initiative de réunir les ministres de l'Industrie et de la Santé des pays en développement déterminés à faire usage à court terme des licences obligatoires et autres flexibilités obtenues à l'OMC. Cette réunion devra s'achever par l'émission simultanée, par les pays présents, de licences obligatoires pour l'importation de médicaments génériques.

L'organisation de cette réunion internationale permettrait notamment de :

- renforcer la capacité des pays en développement à faire front commun contre Washington sur la question de l'application de l'Accord de Doha,
- ouvrir à la concurrence une part importante du marché international des antirétroviraux ce qui entrainera une baisse générale des prix des génériques,
- inciter les génériqueurs à s'engager sur un calendrier précis de développement de versions génériques des antirétroviraux les plus utiles et les moins abordables,
- crédibiliser les décisions prises au niveau de l'OMC en matière d'accès aux médicaments, en transformant les engagements sur le papier en de réelles avancées.

### II - La Déclaration de Doha : Une base minimale de négociations

La Déclaration de Doha se contente de préciser certaines « marges de manoeuvre » permises par l'ADPIC en matière de Droits de propriété intellectuelle en santé (DPIS) ; elle n'oblige évidemment pas les Etats à y recourir. Les Etats-Unis exploitent donc cette faille depuis 2001. C'est ainsi qu'ils imposent aux pays pauvres avec lesquels ils signent des accords commerciaux bilatéraux des restrictions de DPIS largement plus importantes que celles prévues par l'ADPIC (et donc dites « ADPIC + »).

Ces dispositions abusives sont principalement de deux ordres :

- a) elles instituent de nouvelles formes de DPIS non-prévues dans l'ADPIC – des formes de DPIS qui, à la différence des brevets, ne peuvent pas être levées en cas d'urgence sanitaire ;
- b) elles réduisent la capacité des Etats à émettre des licences obligatoires.

En imposant dans ces accords des clauses qui bloquent la Déclaration de Doha, les Etats-Unis envoient un signal politique fort à tous les gouvernements quant à leur opposition totale à ce qu'ils utilisent leur droit d'accéder aux médicaments génériques. Ce signal, couplé aux interventions directes des ambassadeurs américains auprès des gouvernements des pays pauvres, est extrêmement efficace pour stopper toute velléité d'appliquer la Déclaration de Doha.

Concrètement, la France peut déposer au Conseil européen des ministres du Commerce extérieur, puis à l'OMC, une proposition de Décision du Conseil Général de l'OMC par laquelle les Etats Membres s'engageraient à :

- Etendre aux accords commerciaux bilatéraux le principe selon lequel, en matière de DPIS, les pays en développement ne doivent en aucun être liés à des obligations supérieures à celles de l'ADPIC,
- Mettre fin à l'inclusion de toute disposition relative aux DPIS dans les accords commerciaux bilatéraux signés avec des Etats Membres ,
- Renoncer, au profit de l'OMC, à la résolution purement bilatérale de tout différend lié à une disposition DPIS d'un accord commercial bilatéral signé avec un Etat Membre dit «en développement».

Le dépôt de cette proposition de Décision du Conseil Général de l'OMC permettrait de :

- Créer un débat public sur la légitimité des dispositions DPIS-ADPIC+ des accords signés par les Etats-Unis depuis Doha,
- Renforcer la capacité des pays en développement qui négocient des accords avec les Etats-Unis pour leur permettre de refuser d'inclure les DPIS dans la négociation et pour les soutenir dans le recours aux flexibilités sanitaires de l'ADPIC,
- Corriger le signal politique négatif envoyé par la France et l'Union Européenne aux

pays pauvres, en octobre 2005, qui se sont opposées à la demande formulée par l'Union Africaine à l'OMC pour que les procédures d'exportation de génériques soient simplifiées, Lorsque la Décision sera adoptée par l'OMC, elle permettra d'assurer la pleine applicabilité de la Déclaration de Doha, si chèrement négociée en 2001, et qui est actuellement en voie de destruction par les accords de libre échange américains.



### III – Facilité l'exportation de médicaments génériques vers des pays en développement

Un règlement européen de 2005 institue une procédure par laquelle les fabricantEs européenNEs de médicaments génériques peuvent obtenir une autorisation pour fabriquer et exporter des versions génériques de médicaments sous brevet à des fins humanitaires, vers des pays en difficulté. Mais de l'avis même des industrielLEs européenNEs du générique, cette procédure est si contraignante et si juridiquement incertaine, qu'ils/elles n'exportent pas de génériques vers les pays pauvres en crise sanitaire. L'OMC a imposé la même procédure à l'Inde et aux pays qui fabriquent des génériques à bas prix, avec le même résultat : l'abandon par les industrielLEs des projets de production humanitaire.

Concrètement, la France peut amender l'article L613-5 du Code de la Propriété intellectuelle afin d'y intégrer la possibilité, pour des industrielLEs françaisES, d'exporter des médicaments génériques bon marché vers les pays qui en ont besoin. Il s'agirait d'ajouter comme suit la disposition d) à l'article sur les droits conférés par le brevet ne s'étendent pas :

- a) aux actes accomplis dans un cadre privé et à des fins non-commerciales ;
- b) aux actes accomplis à titre expérimental qui portent sur l'objet de l'invention brevetée ;
- c) a la préparation de médicaments faite extemporanément et par unité dans les officines de pharmacie, sur ordonnance médicale, ni aux actes concernant les médicaments ainsi préparés ;
- d) aux actes accomplis à titre humanitaire dans le cadre de l'exportation de médicaments vers un pays en développement, à l'invitation de celui-ci.

Cette nouvelle disposition offrirait aux industrielLEs françaisES la possibilité d'exporter des génériques vers l'Afrique et encouragerait l'Inde à adopter une disposition similaire dans son droit national (garantissant ainsi que les génériqueurSEs indienNEs continueront à fabriquer des versions génériques des médicaments anti-sida les plus récents et à les exporter vers l'Afrique).

#### **Déclaration de Pedro Chequer, Directeur national du programme national brésilien de lutte contre le sida en 2004-2005, à Act Up-Paris à l'occasion du 5<sup>ème</sup> anniversaire de la déclaration de Doha (OMC) sur les Accords Généraux sur le Commerce des Services et la Propriété Intellectuelle, en novembre 2006.**

*« La concurrence des trithérapies génériques de première génération a réduit le coût moyen d'un traitement annuel. Néanmoins, du fait de l'obsolescence de ces médicaments et de l'arrivée de traitements nouveaux et plus performants (tous brevetés), ce scénario se trouve modifié, et les prix ont augmenté significativement. Au Brésil, par exemple, le coût moyen est passé de 1 300 \$ en 2003 à 2 500 \$ en 2005. Ces augmentations des prix vont évidemment se produire dans un futur proche dans tous les pays qui commencent à utiliser des trithérapies. Cela peut mettre en danger la possibilité d'une couverture universelle.*

*En 2005, le Brésil était techniquement en mesure de produire des versions génériques bon marché de traitements antirétroviraux de deuxième génération brevetés, et la décision d'émettre une licence obligatoire était à un stade avancé. Cependant, à cause de pressions politiques et de menaces de représailles économiques par l'administration Bush, l'adoption d'une licence obligatoire fut abandonnée et remplacée par une négociation de prix.*

*En dépit de l'ADPIC et de la déclaration de Doha, l'adoption de licences obligatoires est quasiment impossible en pratique. Et ce du fait de plusieurs facteurs, tels que : l'absence de décision politique nationale, l'absence de capacités de production au niveau local dans de nombreux pays en développement, et les pressions politiques et les menaces de représailles économiques. »*

## Abbott en Thaïlande : les pressions au grand jour

En conformité avec les règles de l'OMC, le gouvernement thaïlandais a décidé en janvier dernier d'émettre des licences obligatoires sur plusieurs médicaments utilisés dans les trithérapies, dont le Kalétra<sup>®</sup>, produit phare du laboratoire Abbott. La réaction ne s'est pas fait attendre : Abbott a publiquement condamné cette mesure, et annoncé par voie de presse dans la foulée qu'il retirait ses demandes d'autorisation de mise sur le marché (AMM), présentes et à venir, pour tous ses produits. Sans AMM, impossible pour le pays de produire ou d'importer une version, même générique, du médicament, puisqu'il n'aura pas pu être évalué. Abbott prive donc les Thaïs de ses nouveaux médicaments, notamment, l'Aluvia<sup>®</sup>, une version thermo-stable du Kaletra<sup>®</sup>, résistante à chaleur, permettant de répondre aux besoins des populations vivant en zone tropicale.

Comme on pouvait s'y attendre, Abbott a dénoncé le non-respect des règles de la propriété intellectuelle dans un pays « qui n'est pas pauvre ». D'autres ont renchéri. Le monde des affaires s'est élevé contre le danger que constituerait le recours aux licences obligatoires, allant presque – le cas est suffisamment rare pour être mentionné – jusqu'à taxer l'OMC de laxisme réglementaire. Même l'OMS a critiqué à mots couverts la décision de la Thaïlande en appelant à des « négociations », avant d'en reconnaître la légitimité et apporter « son soutien sans équivoque à l'utilisation par les pays en développement des flexibilités de l'accord sur l'ADPIC ». Entre deux tergiversations, Margaret Chan, la nouvelle directrice de l'OMS, a finalement admis le droit du pays à simplement appliquer un règlement déjà peu favorable, et déploré que ses propos aient pu être mal interprétés. Mais à ce jour la menace pèse encore sur les malades.

### Vers une « jurisprudence Abbott » ?

Les réglementations de l'OMC relatives à la propriété intellectuelle ne s'appliquent en effet qu'aux Etats, et pour contestables que puissent être les décisions d'une entreprise, elles n'y sont pas soumises. D'où la colère des associations, qui se sont unanimement réunies pour contester la prise en otage des malades séropositifEs, n'ont pu que constater l'absence de recours possible. Au-delà des protestations publiques, aucune juridiction n'est compétente pour obliger un laboratoire à livrer un produit pourtant nécessaire à la santé d'une population, et aucune mesure ne peut être prise à quelque niveau que ce soit. En France, le ministre des Affaires Etrangères Philippe Douste-Blazy, s'il a exprimé son soutien aux autorités du pays, s'est gardé de critiquer ouvertement le laboratoire : outre le risque d'une querelle diplomatique avec les Etats-Unis, la Thaïlande a aussi émis une licence obligatoire sur le Plavix<sup>®</sup>, médicament qui sert dans le traitement des infarctus et que produit le groupe français Sanofi-Aventis.

La décision d'Abbott n'a pourtant aucune justification. Il est d'abord question de santé, de vie et de mort, alors que le laboratoire ne parle que de ses profits. La licence obligatoire thaïlandaise ne signifie pas la ruine du laboratoire ni la fin de la recherche fondamentale, spectre souvent agité. Les résultats semestriels annoncés le 18 avril (plus de 16,5 % d'augmentation des bénéfices au premier trimestre 2007 pour la branche pharmacie) montrent bien que le maintien des brevets dans les pays développés, seuls capables de payer le prix fort, suffisent à assurer la rentabilité de la recherche privée. Une dynamique de contestation s'est enclenchée, que le laboratoire semble ne pas pouvoir contrôler. Aux protestations des activistes thaïs, vite relayées par leurs homologues du monde entier, d'autres dénonciations ont fait suite : celles de 22 sénateurRICEs américains, celle de la fondation Clinton, mais aussi de fonds d'investissements privés, possédant des dizaines

de millions de dollars en actions du laboratoire, ou encore la fondation Gates (qui possède 169 millions de dollars d'actions Abbott). De même, plusieurs associations dont Act Up-Paris relaient un texte invitant les médecins et les séropositifs à ne plus recourir, dans la mesure du possible, aux produits du groupe en proposant des solutions alternatives.

Le 10 avril dernier, Abbott a accepté dans un accord important avec l'OMS de fournir aux pays en développement des trithérapies à un prix inférieur que ceux proposés par les producteurs de génériques, preuve supplémentaire qu'une baisse de prix était possible. Le laboratoire peut bien faire passer cette mesure pour un signe d'apaisement, ou envisager de revenir sur sa décision en Thaïlande, nul ne peut se permettre un quelconque triomphalisme. Le taux d'accès aux médicaments dans les pays pauvres témoigne à lui seul du chemin à parcourir et des entraves que rencontrent les Etats, y compris les plus volontaires. Mais ce pas en arrière du laboratoire pourrait en même temps être le signal et le vecteur d'une évolution fondamentale dans les pratiques commerciales des firmes pharmaceutiques : celles-ci pourraient désormais être dans l'impossibilité de recourir à des pratiques de chantage, hier acceptées. Et la « jurisprudence Abbott », au vu de l'importance que connaît le relais de l'appel au boycott et à la journée mondiale de protestation du 26 avril, pourrait s'avérer un modèle de régulation à minima qui interdirait l'exposition au grand jour du cynisme le plus voyant.

Fin mars 2007 : lors de la conférence des pays francophones sur le sida, à Paris, des dizaines d'activistes interrompent un symposium d'Abbott et occupent le stand du laboratoire. Nous relayons la pétition des malades thaïs, ainsi qu'un appel aux prescripteurs à boycotter Abbott.

26 avril 2007 : 10 heures, à l'appel des activistes de Thaïlande se tenait une journée internationale d'action contre Abbott. Des manifestations ont eu lieu un peu partout dans le monde. Act Up-Paris a organisé un *netstrike* : à travers le monde, des milliers de personnes ont sollicité le site internet d'Abbott, ralentissant son accès puis le rendant impossible. 17 heures, Abbott faisait envoyer par son cabinet d'avocats, Baker et McKenzie, un fax à Act Up-Paris, dans lequel le laboratoire nous menace d'une plainte pour « *Déni de Service* » (qui n'existe pas en droit français). Ce sera, à notre connaissance, la seule réaction d'Abbott à une des manifestations organisées dans la journée.

Au cours de ces quelques mois, les profits d'Abbott ont augmenté de 18,6 %.



Signez la pétition des activistes thaï : [www.petitiononline.com/bcottabb/petition.html](http://www.petitiononline.com/bcottabb/petition.html)

## Quand le Brésil utilise la déclaration de Doha

**Le 04 mai 2007 le Brésil décidait, comme le stipulent les accords ADPIC de l'OMC, de promulguer par décret une licence obligatoire sur l'efavirenz, antirétroviral produit par le laboratoire Merck.**

M. Temporoa, ministre de la Santé brésilien, a précisé que ce choix faisait suite à trois années de négociations infructueuses. Merck ayant tout d'abord proposé une baisse de 2 %, a fait une dernière « offre » de réduction de 30 % passant le prix du comprimé de 1,57 \$ à 1,10 \$, sauf que... le même comprimé est déjà commercialisé à 0,65 \$ en Thaïlande.

C'est justement le prix demandé par le gouvernement brésilien lors du dernier ultimatum lancé à Merck il y a dix jours. Le laboratoire ayant refusé, le Brésil importera désormais des copies de l'efavirenz (Sustiva®) produites par trois laboratoires Indiens au prix de 0,45 \$ le comprimé, soit une baisse de 70 %. Cela permettra au programme national de lutte contre le sida (200 000 malades du sida accèdent gratuitement aux trithérapies) d'économiser 30 millions de dollars par an sur les 45 millions de dollars qu'il déboursait pour l'efavirenz.

L'annonce faite par le président Lula Da Silva est d'autant plus historique que ce bras de fer entre les laboratoires et le Brésil dure depuis plusieurs années. En 2001, Brasilia annonçait son intention de ne plus respecter le brevet sur le nelfinavir (Viracept®) fabriqué par Roche. La firme suisse avait alors consenti une baisse de prix de 40 %. Le même scénario s'est reproduit en 2005, le Brésil entendant cette fois recourir à une licence obligatoire pour le lopinavir/r (Kalétra®) sous monopole d'Abbott. En ces deux occasions le pays avait finalement cédé aux pressions et accepté la baisse des prix proposée par les laboratoires, baisse toujours insuffisante face aux prix des génériques.

C'est avec beaucoup d'espoir qu'est accueillie la décision du gouvernement brésilien que le président Lula commente avec cet avertissement : « **Cette décision vaut pour ce médicament, et d'autres si nécessaires, car, entre le commerce et la santé, nous choisissons la santé** ».

## La vie des malades avant les brevets

**La compagnie pharmaceutique Novartis tente un procès à l'Inde. Si Novartis gagne ce procès, des millions de personnes dans le monde verront se tarir une source de médicaments à prix abordables.**

Novartis est l'une des 39 compagnies pharmaceutiques qui avait intenté un procès au gouvernement sud-africain il y a 5 ans, avec la volonté de faire annuler la loi sud-africaine sur le médicament destinée à diminuer le prix des médicaments. Aujourd'hui, Novartis se relance dans une action en justice sur le même sujet et cible cette fois le gouvernement indien. L'Inde produit des médicaments à un coût abordable qui sont vitaux pour un grand nombre de malades dans les pays pauvres. Plus de la moitié des médicaments utilisés pour le traitement du sida dans ces pays sont actuellement fabriqués en Inde. Ces médicaments sont utilisés par 80 % des 80 000 malades du sida suivis dans les programmes de MSF.

Si Novartis gagne son procès contre le gouvernement indien et sa loi sur les brevets, d'autres médicaments obtiendront un brevet en Inde, ce qui rendra plus difficile la production de versions génériques à un coût abordable. Cela aura des conséquences pour des millions de personnes dans le monde qui dépendent de médicaments produits en Inde. Dites à Novartis qu'il ne peut s'opposer au droit des malades d'accéder aux médicaments dont ils ont besoin.

Signez la pétition pour demander à Novartis d'abandonner son procès et de protéger l'accès aux médicaments à prix abordables : [www.msf.org/petition\\_india/france.html](http://www.msf.org/petition_india/france.html)

## Les antirétroviraux récents à prix abordable, un espoir ?

Mardi 8 mai, la fondation Clinton annonçait qu'un accord, en partenariat avec Unitaid, avait été trouvé avec des fabricants de génériques notamment sur des médicaments nouvelle génération. Cet accord concerne 66 pays où le prix des ARV serait réduit de 25 % dans les pays à bas revenus, et de 50 % dans les pays à revenus moyens comme la Thaïlande ou le Brésil.

Les prix des ARV de première intention ont baissé de 37 % à 53 % dans les pays pauvres de 2003 à 2006, ce qui a facilité l'accès au traitement, mais le coût élevé des thérapies de deuxième ligne, dix à trente fois plus chères, compromet la pérennité des programmes de traitements. D'ici 2010, près d'un demi-million de malades de ces pays auront besoin de ces traitements de deuxième ligne.

Il faut noter dans cet accord que le laboratoire Matrix copie déjà et propose l'atrilpa®, une association innovante de trois antirétroviraux (efavirenz / emtricitabine / ténofovir), approuvé par la FDA il y a moins d'un an et ce pour 1,07 \$ par comprimé. De même, le Kaletra® formule sèche sera vendu au prix de 0,48 \$ par comprimé.

Voir : [www.clintonfoundation.org/pdf/chai-arv-price-list-050807.pdf](http://www.clintonfoundation.org/pdf/chai-arv-price-list-050807.pdf)

## Envie d'en être ?

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

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

Je suis né en 1956 au Perreux-sur-Marne, d'une maman tchèque et de mon géniteur qui était suisse allemand, dans une banlieue ouvrière. J'ai eu une petite enfance très heureuse, très poétique avec ma maman et ma grande sœur. Puis j'ai vécu 7 ans plus pénible avec une belle-mère alcoolique, ancienne danseuse du Moulin-Rouge. En 1971, ma mère me récupère, je reviens à Paris, et c'est la renaissance. En 1974, je pars à l'armée, je signe « l'appel des 100 », un grand mouvement anti-militariste. 1976, mon premier mari, je vis dix ans avec lui. 1986, séropositivité. Et enfin 1988, je rencontre, Christaki la deuxième histoire de ma vie. En 2002, j'ai rejoins Act Up, avec la venue de Sarkozy, c'était trop grave je ne pouvais pas ne pas venir.

### Tu as eu une jeunesse alternative ?

Oui, très solitaire, et à partir de mon retour à Paris, très militante. J'ai participé à la création du FHAR en 1971. Et je rentre à la Fédération anarchiste en 1972. J'ai 15 ans. Comme toute ma génération, je vais à toutes les manifs lycéennes. Je fais aussi partie du MLAC (mouvement pour la libération de l'avortement et de la contraception).

### Quand et comment as-tu compris que tu étais homosexuel ?

À 7 ans, ma belle-mère, m'avait déjà auto persuadé que j'en étais, en me disant : « tu seras pédé ». Et surtout, j'ai toujours eu un rejet de l'hétérosexualité par rapport à mon père, qui a toujours été loin de moi et un vrai macho. Cela se concrétise à 14 ans, dans une cabine d'une piscine, c'est l'extase, une révélation, c'est moi.

### Peux-tu nous parler de l'annonce de ta séropositivité ?

Je vivais avec Jean-Pierre, mon premier mec, un toxicomane. Il est mort à présent. En 1986, il était en prison, pour un an pour usage de drogue, il y fait un test et apprend qu'il est séropo. Il me dit de courir faire un test. Le résultat est négatif. J'apprendrai 5 ans plus tard que j'étais un faux négatif. À l'époque les tests avaient une marge d'erreur\*. Je refais un test, 5 ans plus tard en 1991. C'est la directrice du laboratoire, qui n'avait pas le droit de me le dire, qui me l'annonce brut de pomme, « vous êtes séropo », sans ménagement. Juste après, j'ai rendez-vous avec le dermatologue qui m'avait prescrit le test car il trouvait que j'avais une drôle de maladie de peau. Il me le confirme. Je lui demande, « est-ce que je peux aller boire un double cognac ? », le verre du condamné, en quelque sorte. Il m'apprenait que j'étais séropo depuis 4 ans. Je pensais que j'allais mourir le lendemain. Ce soir-là, en rentrant à la maison, j'ai oté ma montre et n'en ai plus jamais porté de ma vie.

### À l'époque que savais-tu du sida, de ses modes de transmission ?

Comme j'étais militant, très activiste et informé, je savais qu'il n'y avait que l'AZT à cette époque. De ces modes de transmission pratiquement tout, mais moins qu'aujourd'hui, on n'était pas tellement informé sur la fellation, sur la salive, cela n'était pas clair comme aujourd'hui, où l'on sait que la fellation est à risque, et que la salive ne transmet pas le virus. J'allais avec le mouvement de la découverte.

### Parle-nous de ta vie au moment où tu as appris ta séropositivité ?

Je travaillais comme documentaliste dans une petite société, où il y avait beaucoup de gens sympathiques et décalés. Ce qui fait que j'y avais des amis, et que j'ai pu le dire sur mon lieu de travail, ce qui était exceptionnel à l'époque. Ces gens-là m'ont beaucoup aidé au quotidien surtout lors du début du traitement qui était très contraignant. Il fallait prendre le Videx® toutes les 4 heures

[NdR : ce problème n'existe plus aujourd'hui.]



et manger le moins possible entre deux prises. C'était très compliqué à gérer. Au niveau personnel, je le vis très bien, Christaki est séronégatif, nous nous mettons au safe sexe. De savoir que mon partenaire est séronégatif, qu'il ne s'est pas enfui en courant, ça me renforce devant la maladie. Cela faisait trois ans que nous étions ensemble, cela m'a beaucoup aidé de ne pas être seul, d'être en couple, d'être aimé.



### **Avant l'annonce de la séropositivité, comment te protégeais-tu ? Et après ?**

C'était l'après 68 et la libération sexuelle. Je n'ai eu aucune pratique de prévention, jusqu'en 1986 disons, comme la plupart des gays de l'époque. En 1986, prise de conscience, le sida existe, j'ai alors une sexualité contrôlée en fonction du risque. En 1991, rapport protégé, toujours et une sexualité plus douce, qui s'épanouit dans le safe sexe.

### **Ton premier entretien avec ton médecin traitant.**

Je m'en souviens bien, à Pasteur, Gustavo Gonzalez, un homme adorable. C'est toujours le même. Il m'écoute beaucoup d'abord. Il m'a donné très vite confiance en moi, et très vite on se tutoie, il m'a dit : « je sens que tu es un battant, et j'ai envie qu'on se batte ensemble ». Il sentait cette envie de vivre en moi. C'est tout con, mais ça m'a aidé. On était en phase, c'est déterminant, ce type de relation avec son médecin.

### **Comment se déroulent tes relations avec le monde médical ?**

J'ai plusieurs médecins, en raison de ma co-infection VIH/VHC. Au niveau du VHC, j'ai de très bonnes relations avec ma médecin. J'en suis quand même au 4<sup>ème</sup> traitement interféron en 10 ans. J'ai noué un quasi rapport d'amitié avec elle. Pour le VIH, je suis à Pompidou, c'est une équipe dédiée à l'inmuno, j'ai de très bons rapports avec les infirmières, qui sont formées au VIH. Ça c'est toujours bien passé.

### **Comment s'est passée l'annonce de ta séropositivité dans ton entourage ?**

Le jour même, je le dis à ma mère et à Christaki. Ils ne paniquent pas. Cela s'est fait sans cinéma, sans crise affective. Leur réaction m'a empêché de paniquer. Évidemment j'ai eu des cauchemars, des pensées suicidaires, mais le fait qu'ils ne soient pas hystériques m'a donné du courage. J'aurais eu une réaction sotte ou démesurée en premier, je crois que je me serais renfermé, que j'aurais été moins dans l'énergie. Pour le reste de mon entourage, aussi bien amical, que familial, je n'ai eu que des bonnes réactions, de soutien et de compréhension. Je ne veux pas être angélique, il y en a quand même eu d'autres, je m'en souviens d'une particulièrement mauvaise et méchante. C'est la première fois que j'ai perdu mes cheveux, avec le traitement interféron, il y a un petit con à mon travail qui s'est foutu de moi, devant tout le monde, c'était a priori quelqu'un d'intelligent et cela m'a choqué et blessé, c'était minable, cela m'a fait mal.

### **Au jour le jour, c'est quoi d'être séropositif ?**

Je me sens moins séropositif depuis que j'ai une meilleure hygiène de vie, que je n'ai pas toujours eue. Je fais beaucoup de sport, de la danse contemporaine. J'ai un bon boulot, j'ai un bon salaire, pour moi c'est facile d'avoir une bonne hygiène de vie. Cela me fait penser à ceux qui n'y ont pas accès. Au bout de quinze ans de traitement, de bi et trithérapie, le traitement, je l'ai intégré, je ne me vois plus comme un séropositif, je suis séropo.

### **Comment s'est passée ta première prise d'un traitement antiviral ?**

C'était le Videx®, première formulation, une poudre qu'il fallait mélanger avec de l'eau, et qui donnait envie de gerber, la chiasse, instantanément. C'était très pénible, très difficile. Il fallait mettre son réveil trois fois dans la nuit pour prendre ce médicament qui était dégeulasse. Dans la journée, c'était encore plus dur, il fallait se cacher, aux chiottes évidemment, pour que personne ne te voie faire ta mixture. Tu avais mal au ventre. 6 prises par jour, où il fallait faire avec les repas de façon ingérable puisqu'il fallait être le plus à jeun possible. Je n'avais pas le moral que j'ai aujourd'hui.

### **As-tu déjà souffert de discriminations ?**

Sur la séropositivité, pas du tout. Pour l'homosexualité, au lycée, comme tous les garçons efféminés, j'ai subi beaucoup de quolibet, on m'appelait chochotte. Pendant un an, avec mon meilleur ami, on a été harcelés au lycée, par un grand facho, physiquement il était violent. Cela n'a pas entamé nos convictions, on avait une conscience politique déjà affirmée, mais on en a souffert. Cela a été assez loin, comme la saisie d'avocats par nos parents respectifs. Il y a eu aussi l'agression par un facho dans une manif contre des anti-IVG, il y a 3 ans. Il m'avait pris pour cible, à cause de mon tee-shirt Act-Up et m'a traité de sale bolchévik... Je ne vois toujours pas le rapport ! Il voulait me crever l'œil et n'a réussi que 12 points de suture. Je m'en suis remis et ça n'a pas entamé mon esprit de lutte.

### **Tu annonces tout de suite la couleur/ta séropositivité lors de tes émois sexuels ?**

Absolument, alors là, en tant que militant, je me l'impose, c'est une évidence. Je ne veux pas être moraliste, c'est moi qui suis comme ça. Mais en même temps je ne suis pas vraiment confronté à ce problème puisque je ne couche pas beaucoup en dehors de mon couple.

### **Est-ce qu'être différent t'a posé des problèmes ?**

Absolument pas. Je ne me sens pas différent, ni d'une femme, ni d'unE bi, ni d'unE trans, ni d'unE hétéro. Whatever. Je ne crois pas au genre, au genre intrasèque, pas au genre social. En fait je n'ai pas l'impression d'être différente des copines.

### **Quelles drogues prends-tu ou as-tu prises ?**

Je fumailotte dans quelques rares occasions. J'ai arrêté définitivement l'héro en 1982. J'ai été héroïnomane, pendant 4 ans. J'ai pris beaucoup d'acides, champignons, LSD, buvard, opium. Ado, génération Woodstock, j'ai tout essayé. En 1982, c'est de voir mon mec aller jusqu'au bout de sa pulsion de mort avec l'héro, qui m'a fait décrocher, du jour au lendemain, en rentrant de Thaïlande, sans aucune aide. Enfin j'ai bu de l'alcool fort et ensuite j'ai arrêté l'alcool. J'avais envie de vivre. Je l'ai fait tout seul. J'en avais marre de ce milieu.

### **Comment vis-tu ?**

Je suis en arrêt maladie depuis 6 mois, pour la première fois de ma carrière. J'ai été con, de ne pas le faire avant, mais j'aime trop mon métier, je suis journaliste dans la recherche fondamentale. Cela m'a fait un bien fou, d'avoir du temps pour moi, j'ai pu écrire un livre, danser, aller à la piscine, et ne plus penser qu'à la « valeur » travail. Je me sens revivre.

### **Dans dix ans tu te vois comment ?**

Avec mon mari, on veut partir en Grèce, pour vivre sur une île (en locataires), peut-être que nos amants nous suivront ? Il faut dire que mon ami est grec. Je me vois sereinement. Je suis passé par une phase où je ne me voyais aucun avenir, la mort venait demain. Je suis passé tellement près d'elle, qu'avec Christaki, on a fait le tour de tous les organismes de voyage pour emprunter sur dix ans de quoi faire de beaux voyages. Et puis sont arrivées les trithérapies, et l'immense espoir, et l'aisance de vie que cela nous a donné, mon traitement qui me convient, cela fait basculer à nouveau dans l'optimisme, dans la vie.

### **Si tu devais changer quelque chose dans ta vie ce serait quoi ?**

Je ferais bien le challenge de découvrir de ce que c'est qu'être une femme. De refaire mon parcours mais au féminin. Cela m'intéresserait.

### **Qu'est ce que tu dirais à unE séroneg sur le fait d'être séropo ?**

C'est dur. J'aurais envie de dire aussi, venez à une RH d'Act Up, il y a des séropos, des séroneg, des hétéros, des homos, des trans. Venez voir ce que c'est que la lutte des séropos. Je pense que c'est cela que je dirais. C'est mon côté militant qui ressort toujours !



# Faire face

**Avec 18 983 138 voix, Nicolas Sarkozy a été élu Président de la République. Les discours du candidat et les débats de cette campagne nous ont fait clairement prendre position en faveur de sa rivale, pas tant pour ses propositions que nous estimions en retrait face à nos attentes mais plus parce que le programme annoncé de l'UMP est dangereux pour celles et ceux que nous représentons. Parmi les mesures les plus inquiétantes, la question des étrangers et la réforme de la santé.**

## Etrangers

Nicolas Sarkozy a choisi de mener une grande part de sa campagne contre le droit des étrangers. Si ses discours n'ont pas été toujours explicites en matière de modification législative, certains axes peuvent d'ores et déjà être identifiés et nous nous préparons à les combattre.

## Remise en cause de l'Aide Médicale d'Etat

La proposition récurrente de modifier l'Aide Médicale de l'Etat (AME) pour qu'elle ne bénéficie qu'aux seules personnes « *vraiment nécessiteuses* » est un non-sens juridique. Mais ce qui risque de se profiler à l'horizon est la fin de la prise en charge à 100 % des soins, par la promulgation de décrets jusqu'alors suspendus grâce à la mobilisation des associations et des acteurs de santé. Dans ce contexte la publication d'un rapport de l'IGAS et de l'IGF démontrant que l'AME ne fait pas l'objet de fraude, mais souffre avant tout des retards de paiement de l'Etat, constituera à n'en pas douter un appui certain dans le combat que nous devrons mener.

## Poursuite des attaques sur le droit au séjour des malades

Bien que menée de manière dissimulée et inassumée, la remise en cause du droit au séjour des malades étrangers a commencé par la diffusion d'instructions criminelles aux administrations (voir la pétition ci-après). Il ne s'agit probablement que d'une première étape qui sera suivie de nouvelles attaques directes ou indirectes dans les années à venir. C'est pourquoi il apparaît crucial de se mobiliser fortement contre ces premières mesures pour arrêter dès maintenant l'organisation d'expulsion de malades vers la mort.

## Nouvelles restrictions du regroupement familial

Cette procédure permettant aux étrangers résidant régulièrement en France de faire venir leur famille à leur côté a été l'objet de dures restrictions par les lois de 2003 et 2006 sur l'immigration. Il est aujourd'hui prévu de durcir les conditions de ressources et d'hébergement, d'instaurer un contrôle de la maîtrise de la langue française avant l'entrée sur le territoire français et de pratiquer des tests génétiques pour vérifier la concordance entre la filiation inscrite à l'état civil et celle biologique. Les malades étrangers souffrent déjà de l'isolement consécutif aux lois antérieures. La HALDE a d'ailleurs estimé qu'opposer une condition de ressources aux personnes handicapées constituait une discrimination et avait demandé le changement de la législation avant le 11 mars 2007. Nicolas Sarkozy s'en est moqué, nous saurons le lui rappeler.

## Développement de la politique du chiffre

Qu'il s'agisse d'instructions administratives ou de modifications législatives ou réglementaires la politique du chiffre en matière d'entrée, de séjour et d'expulsion des étrangers sera très certainement renforcée. Le principe de quotas qui suffirait pour fonder des décisions de refus risque de refaire surface, après avoir été enterré en 2006 du fait de leur anticonstitutionnalité. La phrase qui revient dans l'entourage du nouveau Président, sur ce sujet comme sur tant d'autres, est « *si la constitution ne le permet pas, nous la réviserons* ». Au delà de la bataille juridique à mener sur le sujet, il nous faudra plus que jamais soutenir la mobilisation des sans-papiers.

## Santé

Dans le domaine de la santé, le débat de la campagne que nous avons tenté d'animer, est resté très en retrait alors qu'il s'agit d'une des principales préoccupations des Français. Les annonces faites par le candidat de la droite ont pris le relais des positions déjà fortement exprimées par son parti, l'UMP. Il s'agit aujourd'hui d'avancer à marche forcée vers un démantèlement de la sécurité sociale afin de faire du système de santé une source de profits. Comme dans son modèle américain, cela se fera au détriment des plus pauvres. Le principe consiste donc à rendre le système actuel invivable pour les « *consommateurs de soins* » que nous sommes afin de nous pousser tout droit dans les bras accueillants du privé, tout au moins pour celles et ceux qui le pourront. Pour cela, les mesures envisagées auxquelles nous devons faire face ont été définies clairement.

## Mise en place d'un système de franchise et glissement vers l'assurance privée

Selon Nicolas Sarkozy, « *Nous devons réunir les conditions du rétablissement des grands équilibres économiques et financiers du système* ». C'est pourquoi, il propose la mise en place d'une « *franchise* » visant à « *mieux réguler les comportements de consommation de soins* ». Mais il déclare aussi que « *l'objectif ne doit pas être de dépenser moins, ce qui ne serait ni réaliste ni souhaitable* ». Où est donc la solution ? C'est simple : « *L'égalité d'accès aux soins est menacée par le manque de couverture complémentaire. Je propose de renforcer l'aide à l'acquisition d'une complémentaire et d'améliorer les remboursements des soins dentaires et optiques* ». Pour les malades du sida, c'est la certitude de devoir payer des soins indispensables ; pour les plus précaires, la disparition de l'accès aux soins.

## Pression sur le système hospitalier

Nicolas Sarkozy fustige les 35 heures, « *particulièrement déstabilisantes dans le secteur hospitalier* ». Il souhaite « *réintroduire davantage de souplesse dans l'organisation du temps de travail, dans l'évolution des rémunérations des personnels hospitaliers, en permettant plus largement à ceux qui veulent travailler plus de gagner davantage* ». Quelle « *chance* » pour les professionnels de santé des hôpitaux dont tout le monde connaît l'activité déjà totalement saturée et stressante, ils et elles vont pouvoir se consacrer encore plus à leur travail. En tant que « *consommateurs de soins* » nous nous inquiétons des conséquences que cela aura sur la qualité des soins.

## Remise en cause des 100 %

L'ancien ministre de l'Intérieur s'est clairement exprimé sur une remise en cause du régime des Affections Longue durée (ALD) dans une logique qui va à l'encontre même du principe traditionnel de la solidarité en dressant les assurés les uns contre les autres : « *Je souhaite qu'on procède à une évaluation approfondie, sur des bases médicales, du dispositif des ALD. Ils représentent un peu plus d'un assuré sur 10 mais sont aujourd'hui à l'origine de plus de la moitié des dépenses de santé. La question de la pertinence des règles encadrant le fonctionnement de ce dispositif doit être posée. D'autant que dans le même temps, on observe que près d'un million d'assurés hors ALD doivent, eux, supporter un reste à charge de plus de 1 000 € par an* ».

## La santé devient une marchandise.

Que vaut réellement notre santé pour le nouveau Président ? Il s'est exprimé clairement : « *la santé, ce n'est pas seulement une source de dépenses peu ou mal maîtrisées et l'un des principaux facteurs du «trou» de la Sécu. C'est aussi un secteur d'activité véritablement stratégique pour notre pays, son économie, ses emplois, sa recherche scientifique et son potentiel d'innovation. D'où l'importance de conserver et de développer des industries de santé puissantes et compétitives* ».

**Ces mesures censées répondre aux difficultés du système de santé sont présentées sous un angle qui les fait apparaître comme relevant du bon sens. Pourtant, elles ne répondent jamais aux besoins des malades. Surtout, quand on en fait une analyse globale, les solutions proposées dévoilent la perspective d'un changement radical de modèle de santé. Si nous voulons défendre notre système de soins, ne rentrons pas dans la logique proposée par Nicolas Sarkozy : ne devenons pas des « *consommateurs de soins* » à qui on en donnera pour notre argent mais défendons un système solidaire qui n'oublie personne et qui n'accepte aucune différence de traitement entre les malades.**

# Les malades désormais expulsables

Pour la première fois depuis 10 ans, le gouvernement Villepin a décidé le renvoi de malades étrangerEs dans des pays où ils et elles ne peuvent pas se soigner. L'Observatoire du droit à la santé des étrangerEs lance une pétition contre ces dernières instructions.

**MALADES  
EXPULSÉEs  
MALADES  
ASSASSINÉEs**

**L'ODSE demande : le respect absolu du secret médical ; la protection contre l'expulsion et la régularisation des étrangerEs ne pouvant se soigner effectivement dans leur pays d'origine ; le retrait immédiat des instructions telles qu'elles figurent aujourd'hui sur les sites intranet des ministères de l'Intérieur et de la santé.**

**MALADES  
EXPULSÉEs  
MALADES  
ASSASSINÉEs**

1997 : la France se dote d'une loi qui interdit l'expulsion des étrangerEs gravement malades qui ne peuvent avoir un accès effectif aux soins dans leur pays d'origine ;  
1998 : une loi prévoit l'obtention d'une carte de séjour pour la durée des soins afin que le ou la malade puisse affronter sa pathologie dans un environnement plus stable, favorable au combat contre la maladie.  
2007 : pour la première fois depuis 10 ans, le gouvernement décide le renvoi de malades étrangerEs dans des pays où ils et elles ne peuvent pas se soigner

Après avoir tenté de supprimer la protection des étrangerEs gravement malades par la loi (décembre 2005) puis par circulaire (novembre 2006), et avoir dû abandonner sous la pression des soignantEs et des associations, le gouvernement a choisit cette fois pour l'attaquer d'utiliser une voie détournée, inaccessible au public. Au nom du « contrôle de l'immigration », le gouvernement a mis en ligne en catimini, sur les intranets des ministères de l'Intérieur et de la Santé, des « *fiches-pays* » qui recensent « *l'existence de l'offre de soins* » et sa « *répartition géographique* » dans les pays d'origine. Selon les organisations médicales internationales, de telles données ne renseignent en rien sur les réalités de l'accès aux soins des malades et sur les difficultés auxquelles sont quotidiennement confrontées les équipes médicales sur place. Elles ne répondent pas non plus au critère retenu par la loi de l'accessibilité effective aux traitements dans le pays d'origine pour décider de l'attribution d'un titre de séjour et de la possibilité d'une expulsion. Ainsi, ces instructions laissent penser qu'il suffit qu'un médicament ou une unité d'hospitalisation existe dans un pays pour refuser qu'unE malade reste en France. Or, tout le monde sait qu'il y a un gouffre entre l'existence d'un équipement dans un pays et l'accès réel de la population aux soins.

En outre, les médecinEs inspecteurRICEs de santé publique sont invitéEs à violer le secret médical dans l'examen des demandes de titres de séjour en donnant aux services de police de l'immigration les éléments relatifs à « *la nature des traitements [que l'étrangerE] doit suivre* ».

Enfin, ces « *fiches pays* » sont assorties d'une jurisprudence du Conseil d'Etat selon laquelle l'administration n'est pas tenue de vérifier que le ou la malade étrangerE a les moyens économiques d'accéder aux traitements adéquats dans son pays d'origine. Le comité interministériel au contrôle de l'immigration (CICI) en fait une lecture abusive qui détourne l'esprit de la loi protégeant les étrangerEs gravement malades (esprit rappelé par les députés en été 2006) en considérant acceptable le renvoi de malades étrangerEs dans des pays où ils et elles n'auront pas d'accès effectif aux soins requis par leur état de santé.

Cette dernière attaque contre le droit au séjour pour raisons médicales condamne des malades à la clandestinité et à la peur permanente d'une expulsion qui sont autant d'obstacles à leur démarche de santé. Les conséquences sont évidemment dramatiques pour la santé individuelle des personnes concernées, mais sont également inconciliables avec les enjeux de santé publique de lutte contre les pathologies transmissibles.

**Elle constitue une considérable régression dans le positionnement éthique de la France. Car accepter de renvoyer des malades mourir dans leur pays pour la seule raison qu'ils ou elles n'ont pas de titre de séjour, c'est faire primer les logiques du contrôle de l'immigration sur celles de la protection de la santé ; c'est nier les droits fondamentaux attachés à la vie humaine. Les politiques de santé publique ne doivent pas être utilisées pour le contrôle de l'immigration.**

Observatoire du droit à la santé des étrangerEs est un collectif d'associations luttant contre les difficultés rencontrées par les étrangerEs dans les domaines de l'accès aux soins et du droit au séjour pour raison médicale. L'expertise de notre collectif provient de l'observation des associations de juristes, de santé, de lutte contre le sida et de défense des droits des

étrangerEs, qui le constituent : Act Up-Paris, Afvs, Aides, Arcat, Catred, Cimade, Coméde, Créteil Solidarité, Fasti, Ftcr, Gisti, Mrap, Médecins Du Monde, Pastt, Sida Info Service, Solidarité Sida.

# Ségolène, si tu étais séropo

Le Monde a publié le texte ci-dessous, écrit par une de nos militantes qui interpellait Ségolène Royal, la seule femme qui pouvait être présente au 2<sup>ème</sup> tour. Malheureusement nous savons que Ségolène Royal ne sera pas la Présidente et nous le regrettons, nous osions imaginer qu'une femme présidente aurait eu une écoute particulière à l'égard des femmes et du sida.

Chère Ségolène Royal, bien que touchée par ton geste de solidarité (sa participation à la campagne de Aides « *si j'étais séropositive, voteriez-vous pour moi ?* ») nous ne pouvons nous empêcher de voir là toute la démagogie du système politique, ou alors une grande naïveté de ta part et une totale méconnaissance du sida. Car si tu étais séropositive nous ne pensons pas que tu te présenterais à l'élection présidentielle.

**Si tu étais séropositive depuis 1980**, tu serais passée par tous les stades de la maladie : dans les années 90, tu aurais sans doute développé une, voire des maladies opportunistes tu serais sous multithérapies aujourd'hui avec un virus multi-résistant, donc un traitement très lourd qui entraîne des effets secondaires assez handicapants. Tu ne serais pas assez en forme pour faire des meetings, tu aurais peut-être des nausées ou des diarrhées fulgurantes, tu serais certainement amaigrie et fatiguée, tu aurais du mal à t'engager pour des voyages et des émissions de télévision. Ta santé te dicterait ton planning.

**Si tu étais séropositive depuis 1990**, cela voudrait dire que les campagnes de prévention sida des gouvernements Mitterand et Jospin n'ont vraiment pas fonctionné – ce qui par ailleurs est vrai. Tu serais néanmoins sous trithérapie, sans doute moins violente que précédemment, mais tu aurais du mal à échapper aux charmants effets secondaires...

De plus quand tu étais ministre de la famille, tu te serais engagée dans la lutte contre le sida au lieu de ne penser qu'à la contraception avec la pilule du lendemain.

**Si tu étais séropositive depuis 2000**, tu ne serais pas forcément sous traitement, tu aurais donc les capacités physiques d'assurer une campagne présidentielle. Mais sept ans c'est à peu près le temps qu'il faut pour digérer sa séropositivité et dans ce cas, ta carrière politique se serait légèrement enrayée entre 2000 et 2005. Tu serais allé plus souvent chez le psy que rue de Solferino, tu ne serais certainement pas au devant de la scène aujourd'hui.

**Si tu étais séropositive depuis un an**, tu commencerais à émerger du coup de massue reçue, tu n'aurais même pas envisagé de te présenter. Tu pourrais aussi faire l'autruche mais refouler une telle angoisse demande une énergie énorme qui te déconcentrerait de ta campagne et de tes discours. Difficile.

**Si tu étais séropositive depuis deux mois**, tu n'aurais qu'une obsession en tête « que cela ne se sache pas ». Tu aurais très peur de ne pas être élue présidente à cause de la suspicion quasiment inévitable qui en découlerait. Contaminée il y a deux mois, cela voudrait dire que tu as des amants – mais as-tu le temps d'avoir des amants en pleine

campagne électorale ? Dans tous les cas, cela remettrait en question ton image de femme de tête, capable d'imposer un préservatif à ses partenaires. Impossible. Reste François avec ses airs bien sage. Dans les deux cas : silence de rigueur.

Voilà un petit cours sur le sida qui te fera peut-être comprendre que la lutte contre le sida chez les femmes est une priorité aujourd'hui, qu'être séropositive cela peut nous arriver à toutes et que cela met en péril une partie de notre vie. Aujourd'hui en France environ sept femmes par jour sont contaminées par le virus du sida.



**Chaque mercredi une poignée de militantEs d'Act Up tient une permanence des droits sociaux (PDS) et accueillent les personnes embourbées dans des situations abérantes. Cette rubrique a pour but de présenter un florilège de ces cas et les actions menées.**

**L'urgence administrative**

X. est malade du sida et sous chimiothérapie pour un lymphome. Très diminué, il est régulièrement hospitalisé. Nous avons contacté, à la MDPH de Paris, le service des prestations de compensation (qui remplace l'allocation compensatrice tierce personne). Au téléphone, on nous informe que lors d'une demande de prestation de compensation additionnée à une demande d'AAH et/ou de carte d'invalidité, le tout est regroupé en une seule demande et instruit par la CDAPH.

Le délai actuel d'attente est de 6 mois minimum pour traiter la prestation de compensation, bloquant du même coup le dossier et l'accès à l'AAH, sans qu'un revenu de substitution soit prévu dans l'attente de l'instruction. Nous rappelons donc l'urgence du dossier et demandons un traitement rapide.

La MDPH de Paris nous répond : « tous nos dossiers sont urgents et actuellement l'urgence pour nous est de traiter les dossiers des personnes en soins palliatifs ».

Le malade que nous suivons est toujours en attente d'un rendez-vous pour évaluer ses besoins en matière de prestation de compensation. Devons-nous espérer qu'il entre vite dans les critères d'urgence de la MDPH ?

**Quand le sida est plus fort que l'amitié**

T. est âgé de 23 ans. Professionnel de la restauration il découvre sa séropositivité au VIH et au VHC il y a deux ans. Il traverse alors une période noire, le conduisant à deux tentatives de suicide. Hébergé chez sa meilleure amie pendant 3 ans, elle découvre par hasard qu'il est séropositif. Mis dehors « pour ne pas l'avoir informé au

préalable » il dort d'abord chez quelques amants. Il prend contact avec diverses associations afin de trouver aide et réconfort. A Arc en ciel, où il se rend pour avoir des informations, un logement, voire appuyer sa demande de logement en cours à la mairie, on lui répond qu'il n'y a plus de services sociaux, qu'il peut s'il le souhaite faire du yoga, de la peinture et des ateliers de loisirs.

Il contacte Arcat (membre de la PILS) pour prendre rendez-vous avec une assistante sociale, mais on lui conseille de contacter une assistante sociale à l'hôpital. Il obtient quand même une liste d'hôtels et comme il est désemparé ne sachant pas où dormir le soir même, Arcat l'oriente vers un psy qu'il verra trois jours après et qui lui expliquera qu'ils n'ont plus de logement.

Sos habitat et soins lui conseillera par téléphone de rencontrer une assistante sociale hospitalière.

Le DAL lui fait comprendre que les sans papiers et avec carte de séjour sont prioritaires. « *Vous pouvez déposer un dossier chez nous mais la procédure classique par la mairie sera la plus rapide* ». Son médecin traitant l'oriente vers nous. Il est finalement inscrit sur la liste PILS avec une urgence médicale réaffirmée par son médecin traitant qui ne veut démarrer le traitement lourd pour le VHC que quand T. aura un lieu pour se poser.

Actuellement T. dort sans traitement, de nuit en nuit chez des amis. Pourtant son dossier relèverait d'un ACT.

**Assistés, profiteurs et quoi encore ?!**

Madame M, en France depuis plusieurs années pour raison de santé est hébergée chez Maavar. A la suite de petits boulots elle se voit notifier une fin d'ACT motivée par le fait qu'elle ait un emploi et considérée comme pouvant se débrouiller toute seule désormais. On notera que la majorité des migrantEs que nous recevons obtiennent un travail d'auxiliaire de vie, d'agent d'entretien, ce qui est aberrant au regard de leur état de santé. Obligée de dormir chez des amis, fragilisée par la

maladie et l'éloignement de sa fille de 19 ans restée au pays pour n'avoir pu obtenir de visa « regroupement familial », elle vient d'apprendre que sa fille a été assassinée. Ne laissons pas les discours politiques faire croire que les « assistés » profitent de la France.

**Une lamentable histoire**

Ce cas remet en lumière les difficultés inextricables dont sont victimes les malades du sida atteints de pathologies de l'encéphale. Toutes structures confondues se renvoient la balle pour esquisser les obligations de prise en charge des soins.

L. est séropositif depuis 12 ans. En juin 2006 il arrête son traitement. Des troubles du comportement apparaissent rapidement et en janvier 2007, sa situation s'étant beaucoup dégradée malgré la reprise d'une multithérapie (perte d'équilibre, troubles d'élocution, perte de mémoire, il téléphone jour et nuit à des ambulances, à SOS médecins demandant de l'aide), il doit être hospitalisé en psychiatrie car il n'est plus gérable et est devenu dangereux pour lui et pour autrui. Les examens indiquent bientôt qu'il souffre d'une encéphalite à VIH. Il est hospitalisé en médecine interne mais il ne peut y rester plus de 11 jours, faute de place. Et c'est là que les problèmes commencent pour sa famille. Dans un premier temps il rentre chez lui, entouré de sa famille et de son ami, mais rapidement dépassé par son comportement, son infirmière fait appel aux services sociaux, sans réponse. La famille tente de tenir car les médecins, les établissements, les services adaptés leur répètent qu'ils n'ont pas de place et que donc la famille est responsable. Mais comment fait-on pour gérer ce genre de situation quand la médecine, la psychiatrie ou les autres établissements médicalisés ne peuvent pas le prendre en charge ? C'est complètement insensé.

Extrait du courrier que sa sœur nous a fait parvenir : « *...Il est donc parti en ambulance le 28 au matin, cependant*

*l'après-midi même, il était renvoyé car sa prise en charge était trop lourde et il venait de mettre le feu dans sa chambre. Donc, une ambulance l'a ramené à l'hôpital Bonnet, seulement ils ne l'ont pas accepté et les ambulanciers ont contacté son ami pour qu'il vienne le récupérer !! Comment trouver une solution par nos propres moyens, puisque l'hôpital ne voulait plus entendre parler de lui, le service m'a même conseillé de faire des démarches auprès du Ministère afin de trouver une solution. Je n'ai jamais vu ça de ma vie et pourtant, je travaille dans le milieu éducatif auprès de jeunes en grandes difficultés, je rencontre certaines barrières dans ce métier, mais alors là, il faut le vivre pour le croire... »*

Sur les conseils de la Mairie et du commissariat, une hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) est faite par la famille et une hospitalisation d'urgence sous contrainte, est demandée par son médecin traitant. Avec ces papiers, sa famille, son ami et L. arrivent aux urgences, mais les médecins refusent de le garder, après ne l'avoir vu que deux minutes avec comme arguments : « il ne présente pas de troubles psychiatrique, mais des troubles du comportement liés à sa maladie, on ne peut donc pas le garder en psychiatrie ». Laissés seuls, sans soins ni attentions, sans sédatif ni soignants, et après 8 heures sur place L. n'arrive plus à se maîtriser, agressif et épuisé il tombe de sa hauteur la tête la première sur le bitume. La chute ayant provoqué un hématome et une fracture (et non une bosse comme a pu le dire un des médecins sur place) il est envoyé au service réanimation faute de place ailleurs. 10 jours plus tard, il se fait opéré pour hémorragie interne cérébrale, non dépistée par le premier scanner. Placé en comas prolongé pour le repos de son cerveau, il se réveille quelques jours plus tard. Mais le 6 mai 2007, L. meurt des suites de sa chute. Faute professionnelle ou manque de moyens, rien ne justifie ce genre de situation. La famille compte porter plainte contre l'hôpital.



## Une journée ça ne suffit pas

**La connaissance de la situation épidémiologique dans les prisons françaises ne repose que sur les résultats d'une enquête menée dans les établissements pénitenciers un jour dans l'année. Ces données sont bien évidemment insuffisantes pour connaître la réalité des épidémies VIH et Hépatites dans les prisons, il est essentiel en termes de santé publique de mieux évaluer le nombre et le devenir des séropositifs en détention.**

**Peu d'études scientifiques sur le VIH et la prison ont été réalisées à ce jour :**

A l'heure actuelle, la France ne dispose toujours pas de recueil de données permettant de connaître la prévalence exacte du VIH/sida et des hépatites en milieu carcéral. Ces prévalences, bien que mal connues et simplement estimées par les enquêtes de la DGS dites « *un jour donné* », restent aujourd'hui largement supérieures à celles du milieu ouvert : 1,56 % de VIH en détention contre 0,5 % dans la population générale ; 4,4 % de VHC en détention contre 1 % dans la population générale (source : « *Rapport d'experts sur la prise en charge des personnes infectées par le VIH* », 2002).

Pareillement, il n'existe aucune étude scientifique de cohorte permettant de déterminer si le devenir des séropositifs incarcérés sous traitements est équivalent à celui des personnes à l'extérieur. Pourtant, ce genre d'enquête a déjà été réalisé en milieu libre (lien entre la qualité de vie et l'observance aux traitements étudié dans la cohorte ANRS C08 - Aproco/Copilote - ou l'évolution vers le sida des sujets ayant une date de contamination connue dans la « *Base de données Hospitalière Française sur l'infection à VIH* »).

Dans la même logique, aucune étude sur la transmission du VIH et des hépatites dans les prisons françaises n'a été conduite à ce jour alors que l'usage de drogue est avéré dans un contexte où l'accès des personnes incarcérées aux matériels de réductions des risques est inexistant. Par conséquent, les associations s'inquiètent du risque de séroconversion durant l'incarcération. Plusieurs enquêtes réalisées à l'étranger tendent à démontrer qu'un nombre important de séroconversions ont lieu durant l'incarcération. Il s'agit maintenant de mieux évaluer le nombre et le devenir des séropositifs au VIH et / ou aux hépatites en détention grâce à la mise en place d'études scientifiques.

**Mise en place d'une enquête sur la prévalence du VIH et des hépatites en prison :**

Notre objectif est d'obtenir la mise en place d'une enquête scientifiquement fiable sur cette question. En novembre 2006, la DGS présentait l'enquête « *un jour donné* » à Act Up-Paris. A cette occasion, nous leur faisons part de nos réticences en affirmant que la méthodologie utilisée tendaient à sous-estimer le nombre de personnes séropositives incarcérées. Depuis, la DGS en collaboration avec la DHOS a confié la méthodologie de cette enquête actuellement en cours d'élaboration à l'InVS ce qui est une première. Gageons que les résultats recueillis seront plus probants et correspondront au constat fait par les associations. Dans ce contexte, il semble primordial que les associations de lutte contre le sida ayant une action en détention s'empare de ces revendications pour leurs bonnes mises en œuvre. Une fois les résultats connus, il conviendra de s'assurer que ceux-ci soient « valorisés » par des publications dans des journaux scientifiques et des présentations dans des conférences de manière à ce qu'ils s'inscrivent dans un corpus scientifique afin de constituer les premières bases d'une réflexion scientifique sur le sujet en France.

**Mise en place d'un recueil de données cliniques et biologiques sur le devenir des séropositifs incarcérés :**

A la fin de l'année 2008, la Base Française de Données Hospitalière (BFDH) va se munir d'un nouveau logiciel, le DOMEVIH. Jusqu'à présent, ce recueil de données n'incluait pas les personnes séropositives incarcérées (sauf au Centre de Détention des Baumettes). La mise en place de ce nouveau logiciel, libre de droit, est une opportunité à saisir pour son introduction en prison.

En effet, la BFDH recueille déjà les données de plus de 40 000 personnes vivant avec le VIH suivies à l'hôpital. Il est important de réfléchir à la mise en place d'un tel recueil de données dans les UCSA (Unités de consultations et de soins ambulatoires). Cet outil permettrait d'évaluer l'évolution de la séropositivité durant l'incarcération et l'éventuel caractère délétère de celle-ci sur l'état de santé des personnes.

Il pourrait s'inscrire dans le cadre de la suspension de peine pour raison médicale, instituée par la loi du 4 mars 2002 et qui concerne les condamnés « *dont il est établi qu'ils sont atteints d'une pathologie engageant le pronostic vital ou que leur état de santé est durablement incompatible avec le maintien en détention* ». Il convient de souligner qu'en 2007, seules 269 personnes (soit à peu près la moitié des demandes faites) ont pu bénéficier d'une telle mesure alors que sur la même période, près de 400 personnes sont mortes de vieillesse ou de maladie en détention. Cette mesure semble aujourd'hui davantage bénéficier aux personnes dont le pronostic vital est engagé à court terme qu'à celles dont l'état de santé est durablement incompatible avec la détention, du fait notamment d'une définition floue de cette dernière notion. Il est aujourd'hui essentiel de lui donner un fondement scientifique.

**Mise en place d'une étude sur la dynamique du VIH et des hépatites en détention :**

Associations et médecins en milieu carcéral s'accordent à constater une hausse des contaminations au VIH et aux hépatites des détenus lors de leurs séjours en détention. Mais cette inquiétude ne se fonde que sur du cas par cas et faute de recueil de données, les pouvoirs publics font la sourde oreille quand il s'agit d'introduire en détention l'échange de seringues et la distribution du petit matériel nécessaire à l'injection.

L'enquête Coquelicot sur l'estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et du profil des usagers de drogue en France, publiée en 2004, a démontré que l'incarcération favorisait l'exposition au risque en l'absence de matériel d'injection stérile disponible en prison. Parmi les usagers de drogue ayant eu au moins un antécédent d'incarcération (soit 61 % des personnes interrogées), 12 % ont eu recours à l'injection en prison et 30 % ont partagé leur seringue au cours d'une période d'incarcération. A cela s'ajoute, les pratiques de scarification, de tatouage, de piercing ainsi que les rapports sexuels consentis ou pas dans un contexte où l'accès aux préservatifs reste difficile.

Ce constat est connu et partagé par l'ensemble des acteurs et actrices de la lutte contre le sida exerçant en détention alors qu'il est minoré du côté des pouvoirs publics qui continuent de nier l'usage de drogue en détention. La mise en place d'une étude sur la dynamique du VIH et des hépatites en détention permettrait, le cas échéant, de réévaluer les actuelles pratiques de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et de réduction des risques liés à l'usage de drogue. Ainsi que d'étudier les moyens qui leur sont alloués pour ensuite les améliorer et les renforcer.

Il nous semble essentiel que les chercheurs et les pouvoirs publics, plus particulièrement le ministère de la Santé et de la Justice constituent une littérature scientifique élaborée à partir d'enquêtes épidémiologiques afin d'améliorer la connaissance des infections par le VIH et les hépatites en détention. Ces données épidémiologiques seront autant d'outils mis à disposition des médecins et des associations pour faire valoir les droits et les besoins des séropositifs incarcérés et ne plus ignorer ce pan de la santé publique.



