

Action

la lettre d'Act Up-Paris, n°87



Dossier
Accès aux
soins :
Suivi
Médecins
Pharmacies
Europe
Exclus

Avril 2003



Action, la lettre d'Act Up-Paris

Directrice de Publication :
Victoire Patouillard.

Rédactrice en chef :
Claire Vannier.

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

Ont participé au numéro :
Nicolas Auzeil - Anne Baudouin - François Berdougou -
Jean Cazentre - Sylvain Dambrine - Elodie Dorfiac -
Khalil Elouardighi - Hugues Fischer - Chloé Forette -
Olivier Jablonski - Gaëlle Krikorian - Aude Lalande -
Valérie Laurent Pavlovsky - Jérôme Martin - Alice Meier
Oehlke - Guy Molinier - Fabrice Pilorgé - Médéric
Pouyé - Mickaël Quilliou - Michel Raduget - Anne
Sophie Rousset - Isabelle Saint Saens - Régis Samba
Kounzi - Gérald Sanchez - Thierry Schaffauser - Safia
Soltani - Thierry Tchalikian - Charo Urtéaga - Claire
Vannier - Guillaume Vergne.

Icono :
Julien Devémy - Denis Salamagne - Claire Vannier.
Dossier : Web - "La Loi du ring" Découvertes Gallimard

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

9.000 exemplaires
Date : avril 2003.

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

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

Pour garder le contact

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

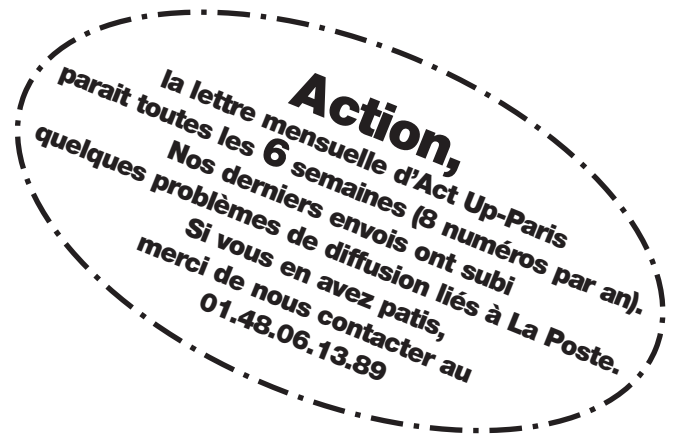
Nom Prénom

Adresse

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

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

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



Sommaire :

page 3 - Edito
page 4 - Act Up en actions
page 5 - Dossier Accès aux soins
page 6 - Dossier : Relapse des médecins
page 7 - Dossier : Dents
page 8 - Dossier : Interviews
page 10 - Dossier : Pharmacies et horaires
page 11 - Dossier : Europe
page 12 - Dossier : Brèves tox et AME
page 13 - Prisons : Suspension de peine
page 14 - N/S : Avenir des génériques
page 15 - N/S : Mobilisation de TAC
page 16 - N/S : Campagne G8
page 17 - Femmes : Le 8 mars en images
page 18 - Connaissez vos ennemis
page 20 - Etrangers : Expulsions
page 21 - Homophobie : Droit d'asile
page 22 - Médias : La plume du mois
page 23 - Vente par correspondance

Mails

Pour nous contacter
par mail, faites pré-
céder

@actupparis.org
du nom lié au sujet
de votre envoi parmi
la liste ci-dessous :

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

Act Up est du côté de la vie. Quand je suis venue en réunion hebdomadaire (RH) pour la première fois, en avril, il y a neuf ans, c'est cette vitalité qui m'avait impressionnée. Animé d'urgences vitales, le groupe dégageait par ses actions, ses réunions, ses manifestations une force qui allait à l'encontre des représentations traditionnelles de la maladie. En ce sens, le premier coup de force d'Act Up dans la lutte contre le sida a sans doute été d'inventer une image héroïque et combattive des séropositifs quand on voulait les contraindre dans de grands élans romantiques à un destin de souffrance et de mort. Nous savions les conséquences politiques de telles représentations : il est facile pour un homme politique de ne rien faire ou de prétendre qu' " il n'y a pas que le sida " quand le sida est une " fatalité ". De la même façon, l'image fantasmagorique du séropositif meurtrier – agitée par le Front National mais pas seulement lui – pouvait justifier une politique de santé publique fondée sur le contrôle social et l'ostracisme.

La politique en matière de lutte contre le sida peut aujourd'hui se lire à travers les représentations qui sont données des malades ou de la maladie : fatalité au Sud, fraude et pouvoir de mort en France. Ainsi, au niveau international, contre la " fatalité " d'une épidémie hors de contrôle, nous nous battons pour un accès aux traitements pour tous les malades et mettons les Etats du G8 devant leurs responsabilités en termes d'engagement financier. En France, la dénonciation du " fraudeur " devient un lieu commun du discours politique qu'il s'agisse des intermittents du spectacle ou des étrangers malades du sida. Il s'agit bien de faire peser le soupçon sur toute une catégorie de la population afin de remettre en cause leurs droits (ici, pour les étrangers atteints de pathologie grave, l'autorisation de séjour pour soins). Plus insidieux, le fantasme du séropositif meurtrier fait son grand retour. On avait pu trouver dans la littérature du bareback – discours qui valorise les pratiques à risques – de quoi nourrir cette image fantasmagorique ; cette métaphore prend aujourd'hui une nouvelle ampleur dans les discours politiques et sanitaires. L'instauration d'un dépistage obligatoire en cas de viol peut être interprété comme un premier signe. Les déclarations du Professeur Henrion de l'Académie de médecine appelant à une criminalisation de la transmission consciente du VIH ne suscitant aucune réaction de la part du corps médical en sont un second signe.

L'image du séropositif animé d'un prétendu pouvoir de mort alimente un discours d'exclusion et souvent d'homophobie. Elle permet aux politiques et aux médecins de se dédouaner de leur responsabilité en matière de prévention en déplaçant la question du côté de l'imaginaire social. Enfin certains médecins, portés par ce fantasme, se sentent alors tous les droits y compris celui d'enfreindre leur propre déontologie en constituant des bases de données nominatives à partir des informations recueillies au centre de dépistage ; le but étant d'identifier un homme présumé responsable de contaminations afin de livrer son nom à la population. Cela se passe au CHU de Reims.

S'attaquer à ces représentations et aux politiques qui les sous-tendent est une urgence vitale et notre programme pour les mois à venir.

Victoire Patouillard.



Le 8 mars, en fin de la manifestation pour la journée internationale des femmes, Act Up-Paris a ceint la statue de la Nation d'une écharpe «SEROPOSITIVE».

Aujourd'hui, en France, plus d'une personne sur deux contaminée par le virus du sida est une femme. L'épidémie se féminise dans le silence.

Act Up-Paris exige :

- la mise en place de vraies campagnes de prévention en direction des femmes, ainsi qu'une annonce massive pour présenter et diffuser le préservatif féminin,
- la prise en compte réelle des femmes dans la recherche, autrement que comme vecteur de transmission à l'enfant,
- le déblocage de vrais moyens pour adapter les traitements aux spécificités féminines.



L'accès aux soins est un sujet transversal à Act Up. Toutes les commissions de travail sont confrontées aux problèmes qui en découlent (Traitements & Recherche, Etrangers, Droits Sociaux, Drogues & Usages, Nord/Sud, Prostitution, etc.). Quand on fait de l'inter-associatif, il est flagrant de voir les différences qui existent entre pathologies. Beaucoup d'associations se mobilisent, mais peu sont composées de malades, beaucoup ont été créées, ou sont gérées par des médecins (cancer, diabète), par des proches (amiante, pédiatrie), et la parole à la première personne y est rarement entendue. Ces associations évitent de se positionner dans le champ politique et de s'ériger en contre-pouvoir, et l'accès à l'information peut s'en trouver plus balisé.

Accéder aux soins, c'est d'abord connaître sa maladie. En ce sens les associations de lutte contre le sida diffusent massivement une documentation variée liée à tous les aspects de cette pathologie. Grâce à cette information, le malade qui y a accès peut entamer un véritable dialogue avec son médecin. L'épidémie de sida a profondément changé le rapport médecin / patient, mais cette relation particulière a évolué et tend aujourd'hui vers un rapport plus conventionnel, où le médecin reprend tout pouvoir. Tant que tout va bien, certains pourraient s'en contenter, mais avec les échappements, les effets intolérables des traitements, les interrogations qui ne trouvent pas de réponses, l'incompréhension fait place à l'irritation et la relation se dégrade. Nous recevons de plus en plus de témoignages en ce sens : nouveaux malades mal accueillis, « habitués plus écoutés », mésententes, etc., qui nourrissent notre dossier « relapse des médecins ». Si le sida est souvent défini comme n'étant pas une maladie comme les autres, c'est parce qu'il prend une dimension catastrophique à partir du moment où il touche des personnes précaires ou en situation d'exclusion, manquant de connaissances, de moyens, n'ayant pas accès à l'information, à des interlocuteurs valables et qui n'ont souvent pas la capacité ou la volonté de se prendre en charge. En principe, en France, toute personne séropositive au VIH doit pouvoir bénéficier d'une prise en charge à 100% des soins qu'elle reçoit dans le cadre de cette pathologie. Les soins considérés comme ne découlant pas du VIH sont la source de nombreux problèmes pour les malades qui n'ont pas de couverture sociale suffisante. L'interprétation du 100% est différente selon que les médecins appliquent plus ou moins strictement les instructions. Mais de plus en plus souvent, dans un souci de « gestion » des dépenses de santé, la Sécurité sociale a tendance à prendre cette notion de façon restrictive, en particulier pour le remboursement des compléments de vitamines, d'oligo-éléments, d'acides gras, etc. Ainsi, l'accès aux soins dentaires, cardiologiques, de kinésithérapie ou d'ostéopathie n'est réservé qu'aux patients ayant des revenus suffisants. La distinction est « simple » : soit on se situe au-dessous du plafond de ressources et dans ce cas la CMU prend en charge ces soins, soit on est au-dessus du seuil réglementaire (c'est le cas des personnes touchant l'AAH) et dans ce cas, il faut payer. Souvent, seule la cotisation à une mutuelle privée peut permettre d'avoir véritablement accès à ces soins qui coûtent cher (voir Action = Vie n°47 comparatif de 8 mutuelles). Mais qui peut se permettre de déboursier entre 20 et 77 € par mois ? Contrairement à ce que croient trop de représentants politiques, l'accès aux soins reste encore un problème pour beaucoup. C'est pour cela que nous resterons mobilisés, tant sur la question de la réforme du médicament au niveau européen, que sur les risques qui pèsent sur l'AME, ou encore sur les conséquences des 35 heures dans l'organisation des pharmacies hospitalières.

Axé aux soins



Médecin – Malade

Dans la relation qui existe entre soigné et soignant, l'expertise est souvent aux mains du soignant. Le VIH a pu modifier un temps ce rapport qui, aujourd'hui, a tendance à se simplifier dans un relation spécialiste - novice. Le médecin serait-il l'expert de notre maladie ?

Lors de votre dernière visite chez votre médecin, un truc vous a chagriné : pourquoi insiste-t-il tant à vous faire prendre cette molécule toute nouvelle alors que votre traitement marche assez bien, pourquoi balaye-t-il si vite les remarques sur vos problèmes digestifs par un discours un peu fumeux sur le respect des prises, pourquoi vous parle-t-il sans cesse du risque du tabac, lui qui fume comme un pompier, comment aborder avec lui la baisse de libido qui vous inquiète ? Plus vous y pensez, plus il y a de questions. Mais vous l'avez tout de même laissé coiTE tandis qu'il vous parlait de la remontée insuffisante de vos T4, en proposant négligemment : " et les cures d'interleukine 2, ce n'est pas une solution ? ". Hé, c'est bien utile, le glossaire d'Act Up quand on va chez son médecin. Et la dernière réunion publique d'information sur les immuno-lipo-machins, un peu compliqué mais passionnant. On se serait cru en pleine science fiction. " Dire qu'il y a des gens qui ont la chance d'être soignés comme ça. Pourquoi mon médecin n'en parle pas, il faudrait que je lui demande ".

Dans une situation comme celle-là, on est en droit de se demander où est l'expert. La relation entre malade et médecin a ceci de particulier qu'elle est bien, au départ, une recherche d'expertise de la part du malade. Mais quelle expertise le malade a-t-il de sa propre maladie ?

Il est certain que le début de l'épidémie de sida a été marqué par un bouleversement de cette relation entre malade et médecin. Au moins deux raisons sont à l'origine de ce bouleversement. D'abord, la médecine se trouvant, au départ dépourvue de son habituel pouvoir de guérison, l'aura disparaît. L'impuissance médicale se ressent même si le médecin reste un peu le personnage providence. Ensuite, une maladie nouvelle demande des efforts de recherche pour comprendre et tenter de soigner. Ainsi le patient devient " utile " et sa collaboration est précieuse. Il devient expert de sa propre maladie, en cela qu'il en sait plus long que celui qui le soigne. Par ailleurs, au départ de l'épidémie, les personnes atteintes ont eu affaire la plupart du temps aux premiers spécialistes, essentiellement des cliniciens et des chercheurs de haut niveau. Mais il ne faut pas oublier que ces débuts ont aussi été l'époque de tous les excès : tel médecin de ville prenant peur de voir sa clientèle disparaître si l'on apprenait qu'il soignait un séropositif, ségrégation dans les lieux d'accueil, transfert des cliniques vers les hôpitaux dès le diagnostic. Il est clair que c'est principalement grâce à l'apparition des traitements efficaces que la situation a évolué. Ce changement s'est opéré aussi grâce à une meilleure maîtrise médicale de la maladie, grâce à des initiatives comme le rapport du Pr. Dormont remplacé par la suite par le Pr. Delfraissy sur la prise en charge des personnes infectées par le VIH, le savoir a été communiqué au-delà du sérail des spécialistes. L'image du malade du sida a aussi évolué probablement grâce à certaines médiatisations. Paradoxalement, il est permis de se demander si l'évolution s'est faite au profit des malades. En effet, l'accueil et les soins dans les centres spécialisés sont aujourd'hui



basés sur une nomenclature de méthodes standardisées. La place de l'improvisation mettant le patient au centre de tous les intérêts est aujourd'hui en régression car la médecine omnipotente dispose de réponses, de schémas de fonctionnement et, paradoxalement, alors qu'il est possible de prendre en charge tous les aspects de la maladie, les problèmes individuels sont de plus en plus laissés pour compte. Pourtant, très tôt, il nous est apparu que le sida n'était pas une maladie comme les autres et ne le serait sans doute jamais ; la prise en charge individualisée de chaque malade est plus que jamais nécessaire car personne ne réagit à l'infection comme son voisin. Le contexte des débuts de l'épidémie nous a parfois laissé croire que la relation médecin malade évoluait. Ce que certains prennent aujourd'hui pour une régression de cette relation n'est en fait qu'une normalisation du fonctionnement médical qui, ayant posé les bases de l'attitude à adopter, retrouve ses vieux réflexes. Cette attitude est particulièrement remarquable depuis que le passage de la prise en charge vers les généralistes s'accroît. L'expert cède la place au technicien. Ce qui nous avait semblé être une nouvelle ère du rapport entre les médecins et les malades, rapport de partenariat et de collaboration entre deux experts, celui de sa maladie et celui de la maladie en général, ne ressemblera-t-il bientôt plus qu'à ce qu'on a tant critiqué : un technicien prenant en charge un sida comme d'autres réparent un moteur ou conduisent un train ?

Que faire face à cette attitude ? Principalement, dans notre propre intérêt de malades, il faut un peu plus faire nôtre notre bon vieux slogan : information = pouvoir. L'attitude passive du malade ne suffit pas dans le cas du sida. Il nous faut comprendre et apprendre pour être un peu plus les acteurs de notre maladie, mais aussi les experts, sans que cette place qui nous revient ne soit conquise au détriment de la médecine : l'efficacité s'obtient dans la collaboration, pas dans l'affrontement. Tout malade cherche avant tout à se comprendre en tant que malade et pour cela il a inévitablement besoin des larges connaissances de son médecin. Il lui faut donc trouver un terrain de communication commun. Mais dans cette recherche, chacun doit faire un pas vers l'autre. Il y va de l'intérêt de la médecine autant que de celui du malade que la compréhension soit totale. L'un est mieux soigné et l'autre renforce ses connaissances. Le tout au détriment du troisième partenaire de l'affaire, bien sûr : le virus.



Les Hôpitaux de Paris ont-ils une dent contre nous ?

Au mois de novembre 2002, François se présente au centre dentaire situé rue du Maroc (Paris 19^{ème}). Il souffre d'un abcès dentaire. Ancien usager de drogue, François est coinfesté VIH/VHC depuis 15 ans. Asymptomatique, il n'a jamais déclaré aucune des deux maladies. Depuis 2 ans, il est en CES et pris en charge socialement dans le cadre d'un dispositif d'insertion par le logement. S'étant déjà présenté dans ce centre pendant ses années de galère, l'établissement possède un dossier médical le concernant. Après consultation, le dentiste l'informe qu'il n'est pas en capacité de le soigner : « nous sommes un centre dentaire d'urgence ; à ce titre, nous devons effectuer un soin toutes les 15 minutes. Or, vous êtes séropositif et les protocoles de désinfection du matériel sont plus longs dans ce genre de cas (NdR ce qui est faux). Nous ne pouvons plus garantir le rythme des soins. De plus, c'est un problème de stomatologie que vous avez, pas un problème dentaire. Je vais donc vous orienter vers l'hôpital Saint-Louis. » Nous sommes retournés sur place avec François, nous avons eu exactement la même réponse. Arrivé à l'hôpital Saint-Louis, François, un peu désespéré, fait mention de son statut sérologique et de l'importance d'un soin rapide, compte tenu du fait que les infections dentaires sont un vecteur massif de déclaration de la maladie. Le service « comprend bien, mais il y a eu une erreur d'orientation : à Saint-Louis, c'est un service de stomatologie classique et pas du tout un service d'urgence en stomatologie ». C'est bien dommage. François est orienté vers l'hôpital Lariboisière qui traite ce type d'urgence. Arrivé à Lariboisière, une brosse à dent et du dentifrice lui sont remis, et François a un rendez-vous pour début janvier 2003. « Ici on soigne tout le monde, alors vous comprenez, il y a forcément un délai. » Un délai de deux mois, logique pour un service d'urgence !

Impardonnable

Angoissé, François n'est pas allé au rendez-vous. Lorsque, avec l'aide d'un service social, il a repris contact pour un nouveau rendez-vous, on lui a bien fait comprendre qu'avec une telle liste d'attente, rater un rendez-vous était impardonnable. Nous étions mi-février et rendez-vous a donc été pris pour le 2 avril 2003. Six mois après, le soin n'est toujours pas réalisé et François a des ordonnances pour calmer la douleur. Mais pourquoi n'est-il pas allé chez un dentiste de ville ? Parce que François, à 38 ans, ne connaît que les hôpitaux ; il n'a jamais consulté en cabinet privé. De plus, un CES rapporte environ 530 € par mois et quand on sait que la Sécurité sociale ne rembourse que 70% des frais dentaires des cabinets conventionnés, on comprend l'hésitation. Nous savions que la santé à deux vitesses existait. Nous découvrons ici l'administration de ce second tour. Le véritable problème est l'accès aux soins des personnes les plus précarisées. Avec ou sans CMU, les règles du jeu n'ont qu'un but : dégager le malade gênant des circuits de soins, sachant qu'un refus de soins conduit le plus souvent le malade à l'abandon de sa demande. C'est seulement après une évolution catastrophique de sa pathologie que le malade sera pris en charge. Et on soignera alors les conséquences avant la cause qui, elle, devra attendre une remise en forme générale du malade. Comment un circuit de santé peut-il mépriser à ce point ses usagers ? Quelle utilisation est faite de nos dossiers médicaux (CNIL) ? Le centre dentaire de la rue du Maroc (derrière Stalingrad) est sans doute le centre le plus exposé au VIH : environnement très précaire, nombreux migrants et toxicomanes. Ce refus de soins, en plus d'être illégal, est choquant de par les populations qui sont amenées à fréquenter ce centre. Les personnes qui viennent se faire soigner pour la première fois et qui ne font pas état de leur statut sérologique, courent-elles un risque ou font-elles courir un risque aux patients suivants ? A la rue du Maroc, comme dans de nombreuses structures hospitalières ou de soins, il semble qu'on n'en ait cure.

Paroles de médecins

Dans la prise en charge d'une personne vivant avec le VIH, la relation avec le médecin est cruciale, mais pas toujours évidente, y compris pour le personnel médical. Pour «Action», six médecins témoignent.

Nous recevons beaucoup d'appels de malades nous racontant les difficultés qu'ils rencontrent avec leurs médecins.

Nous avons donc interrogé : Firouze Bani-Sadr (Hôpital Saint Louis), François Boué (Hôpital Antoine Bécclère), Philippe Clevenbergh (Hôpital Saint Antoine, Hôpital Lariboisière, Hôpital Bichat), Cécile Goujard (Hôpital Bicêtre), Christine Katlama (Hôpital la Pitié Salpêtrière), Bruno Marchou (Hôpital Purpan de Toulouse).

À votre avis, comment est effectué le choix du médecin traitant par le patient ?

Firouze Bani-Sadr La plupart du temps les patients arrivent au premier rendez-vous sans choisir le médecin qui va les recevoir. Une majorité sont des personnes migrantes, dont les conditions matérielles ne leur permettent pas de se poser la question et de faire un choix.

Cécile Goujard Si le patient découvre sa séropositivité à l'hôpital celui-ci reste le plus souvent dans l'établissement dans lequel il a été dépisté. Parfois pour des raisons géographiques, ils peuvent être suivis ailleurs, mais c'est relativement rare. La particularité de Bicêtre c'est que des patients nous sont adressés par le COMEDE (comité médical pour les exilés).

Comment se déroule la première visite ?

FBS À la première consultation, je rassure les patients. J'aborde avec les migrants les modes de transmission parce qu'ils doivent prendre des mesures vis-à-vis de leur famille. J'explique également ce qu'entraîne la maladie, la chute des CD4 mais aussi les indications pour commencer un traitement. Je commence toujours un traitement à moins de 200 CD4. J'explique aussi que l'on va faire un bilan biologique complet et en quoi il consiste. Je les revois dix ou quinze jours après. Je leur explique ce qu'est une infection opportuniste. Je ne fais que très rarement de prescription à la première consultation. Pour les populations migrantes, la prise en charge est globale : la consultation s'accompagne souvent de la délivrance du certificat qui devrait permettre l'obtention des papiers ainsi que d'une visite à l'assistante sociale. Je m'informe toujours au cours des consultations suivantes de l'état d'avancement de la prise en charge psycho-sociale.

François Boué Les gens sont comme sonnés la plupart du temps, il faut beaucoup expliquer et répéter. J'essaie de voir comment ils vont gérer l'information parce qu'il peut être dangereux pour eux d'en parler à tort et à travers. Il est important aussi de savoir s'ils sont soutenus. On parle des traitements possibles, de l'espoir, de l'état actuel des connaissances. Ce qui a évolué c'est qu'on place les gens sur le long terme, on leur explique que ça va durer longtemps, qu'ils vont vivre.

CG On ne met jamais les patients directement sous traitement, y compris quand ils ont trois CD4. Il y a une première consultation après laquelle, le jour même ou dans les jours qui suivent, selon le degré d'urgence apparent, on fait un nouveau bilan. Nous suivons les indications de traitement établies par les recommandations du groupe d'experts dirigé par le Pr. Delfraissy.

Bruno Marchou La première consultation, a pour but d'expliquer au patient sa situation clinique en explicitant et en commentant ses résultats biologiques, en particulier la charge virale est le nombre de CD4. J'organise alors avec lui son suivi médical. Je ne mets jamais de patient sous traitement à l'issue de la première consultation, je propose au plus dans certains cas la prise de Bactrim® afin de prévenir la survenue éventuelle d'une infection opportuniste.

Comment présentez-vous à votre patient la séropositivité ?

Philippe Clevenbergh C'est toujours un mauvais moment. Nous avons souvent des gens effondrés et nous essayons de les rassurer. Je traite aussi des patients pour des accidents d'exposition au VIH et des dépistages : parfois nous avons des gens qui ne sont pas très effrayés, ils savent qu'il existe des traitements. Alors nous avons un discours effrayant pour les séronégatifs et un message peu effrayant voire rassurant pour les personnes nouvellement contaminées.

Christine Katlama Je n'ai plus trop le problème de l'annonce de la séropositivité au patient : le plus souvent je vois des gens qui ont été dépistés avant de venir à ma consultation. Avant, quand on apprenait à quelqu'un sa séropositivité, on lui annonçait un verdict de mort. Aujourd'hui, on est beaucoup plus positif et optimiste, sans pour autant minimiser la gravité de l'infection à VIH. Il y a moins d'opprobre social, de peur de la stigmatisation ; il s'agit plus d'une histoire intime. Aujourd'hui les patients sont beaucoup plus confiants, tout du moins ceux qui n'ont pas de problème d'accès aux antirétroviraux.

Comment expliquez vous la mise ou non sous traitement ?

FB Ça demande de faire connaissance avec eux : il faut connaître le rythme et le mode de vie pour conseiller. Je ne mets pas sous Sustiva® les chauffeurs de bus qui commencent à conduire à 5 heures du matin. Après, je leur fais choisir leurs effets secondaires. Je les noircis un peu pour qu'ils ne soient pas déçus. Mais je précise bien que le choix du traitement n'est pas définitif. Il faut revenir sur l'idée d'un traitement au long cours, parce que les gens vont avoir à en changer.

PC Des gens sont réticents à la mise sous traitement et d'autres les acceptent très bien. Il y a un vrai pouvoir, une grande autorité des médecins sur les patients, qui peuvent les manipuler facilement, en sélectionnant l'information. Très souvent les gens ne sont pas vraiment informés. Beaucoup de gens arrêtent les antirétroviraux pour passer à la médecine parallèle. Les traitements n'ont pas très bonne réputation et c'est dommage. On insiste beaucoup sur les effets secondaires, mais pas assez sur les bénéfices des médicaments. Sustiva® ou Ziagen® sont de très bons médicaments, parmi les plus efficaces, malgré leurs effets indésirables.

CK J'essaie tout d'abord de savoir ce qu'ils savent du virus, parce qu'aujourd'hui l'information sur ce sujet est très répandue. Ensuite, je leur explique un peu de physiopathologie, en précisant qu'il faut être attentif à deux choses : la charge virale et le compte des CD4. Je leur explique aussi que c'est en fonction du nombre de CD4 que l'on décide ou non de la mise sous traitement : je réalise devant eux le graphique qui montre la courbe descendante des CD4 et l'élévation progressive de la charge virale. Pour expliquer la nécessité de bien suivre le traitement, d'une part je décris la rapidité du cycle de réplication du virus, entre 1 et 10 milliards par jour, et le fait que celle-ci reparte dès que l'on relâche la pression (le traitement) qui appuie dessus. D'autre part, j'explique qu'il faut une certaine quantité de médicaments pour stopper la réplication du virus et que, par conséquent, si on n'en prend que la moitié, le tiers de la population des virus va se développer et devenir résistant.

Avez-vous l'impression que votre façon d'aborder ces ques-

tions a évolué au cours des années et de quelle manière ?

FB L'élargissement des traitements donne plus de possibilités. La tendance est quand même de les impliquer dans les choix, les responsabiliser : ce sont les patients qui encourent les risques. Les gens sont souvent étonnés qu'on discute autant.

PC Ça évolue en permanence : la connaissance sur les nouvelles molécules, les inhibiteurs de fusion, les vaccins, les interruptions de traitements, etc. On peut être de plus en plus optimiste. Même si le discours se complexifie : on a une meilleure compréhension des mécanismes des lipodystrophies, on connaît aussi le risque grandissant de maladies cardio-vasculaires. Il faut mettre les gens dans le bain et leur montrer que c'est un problème complexe et que tout va évoluer.

L'augmentation des honoraires des spécialistes devrait en principe modifier les relations malade/médecin dans la mesure où elle permettra de passer à des consultations de 3/4 d'heure. Ces nouvelles consultations pourraient-elles améliorer ou modifier vos rapports avec les patients ?

FBS Pouvoir passer du temps avec un patient est très important. Toutefois la durée d'une consultation sera très variable selon les cas. Avec certains, en dix minutes, la question est réglée. À l'opposé, certains autres ont des problèmes psychologiques ou sociaux et auront besoin de parler. En principe j'ai 20 minutes par patient, mais la durée de la consultation doit s'adapter aux diverses situations : une première visite sera en principe plus longue que les suivantes.

PC Soit on fait bien son travail et on reste plus ou moins une heure avec ses patients et on perd de l'argent, soit on fait de l'abattage à 4 clients par heure. Le problème est de savoir quelle va être cette augmentation d'honoraires. Quelle somme serait raisonnable ? 60 € pour près d'une heure ? Ça ne sera jamais accepté. Les médecins aussi à l'hôpital gagnent mal leur vie et ça crée des tensions.

CG J'ai des créneaux horaires de 20 minutes, mais en réalité mes consultations durent entre 20 et 30 minutes. Mais tout dépend des motifs de la consultation. Les patients qui viennent régulièrement et qui n'ont pas de gros problèmes, les vingt minutes sont tout à fait suffisantes. En revanche, s'il faut changer les traitements et que par conséquent il y a des choses supplémentaires à faire, ça peut durer 40 minutes.

BM D'une manière générale, il me semble juste qu'une consultation qui dure plus longtemps qu'une autre soit mieux rémunérée. Actuellement ce n'est pas le cas, puisque ce qui est pris en compte n'est pas le temps passé mais l'acte accompli. Ce qu'il faudrait valoriser, c'est non seulement le temps passé mais également la qualification du médecin qui réalise l'acte.

Comment faites-vous face aux limites des stratégies thérapeutiques ?

FBS Le plus souvent l'échappement n'indique pas l'insuccès d'un traitement mais l'échec de l'observance du patient. Quand cela arrive, on prend le temps en consultation d'expliquer à nouveau les raisons pour lesquelles il faut prendre régulièrement les traitements. J'ai une relation très affective avec mes patients et je comprends leur difficulté d'observance. Mais c'est précisément pour cela que je ne voudrais pas qu'ils aient des problèmes, etc. Si l'état immunologique le permet, je propose même des vacances thérapeutiques. Quand les molécules sont grillées les unes après les autres, ce n'est pas facile pour le patient, mais ça ne l'est pas non plus pour le médecin. Finalement, une des limites est qu'on ne peut pas prendre les traitements à la place des patients. Une autre limite est constituée par les problèmes psychiatriques de certains, même quand ces troubles font l'objet d'une prise en charge particulière.

FB Quand on a des perspectives parce qu'on a des médicaments en réserve, on fait un génotype et on décide. Mais si on n'a rien, le plus difficile est de convaincre les gens d'attendre que plusieurs médicaments nouveaux soient disponibles : je ne prescris jamais un nouveau médicament seul, parce qu'ils ne sont pas efficaces longtemps.

PC On essaie ce qui a été testé ailleurs, les interruptions de traitements, des mégathérapies, etc. Rien n'est anodin dans les décisions qu'on prend. Malheureusement des gens meurent parce qu'on n'a pas de solution. Aujourd'hui les gens meurent principalement de cirrhose.

CK Le multi-échec m'interpelle, et au-delà de moi, toute mon équipe. Au-delà des traitements antirétroviraux, nous avons repris à l'hôpital de jour les bilans que l'on faisait avant l'arrivée des trithérapies en 96, « le bilan de moins de 50 CD4 » qui permet d'assurer le suivi des infections opportunistes, toutes les six semaines. Aujourd'hui les traitements se sont considérablement simplifiés, par conséquent les problèmes d'observance des patients ne sont plus liés aux traitements eux-mêmes mais plutôt à la façon d'accepter la séropositivité. L'expression « adhérer au traitement » me paraît problématique : en effet adhérer à quelque chose, à un parti par exemple, suppose de faire un choix. Or on ne choisit pas d'avoir un traitement, parce que l'on ne choisit pas d'être malade. Ce qui est important pour le patient, c'est d'avoir accepté d'être séropositif et de se battre contre.

Quelles sont les limites de votre service concernant la prise en charge des patients VIH ?

FB Essentiallyment les problèmes sont dans la prise en charge des migrants, les personnes en situation irrégulière, avec beaucoup de problèmes sociaux. C'était déjà difficile avant, mais depuis le changement de gouvernement, les gens ont peur, il y a un vrai problème de confiance, ils n'osent même plus se confier à nous. Soit on veut soigner et il faut régulariser, soit on veut expulser. Mais je suis médecin, je suis là pour soigner.

PC La souplesse des prélèvements : les gens doivent prendre rendez-vous, et dépendent de la bienveillance des infirmières... Les 35 heures ne simplifient pas les choses. À Saint Antoine, l'hôpital de jour est fermé le vendredi après-midi. Ça ne laisse que peu de temps pour voir tout le monde et faire les prélèvements.

CG En premier, la disponibilité des médecins : il faut du temps et de l'écoute par rapport à des problèmes de procréation, de sexualité, des effets indésirables des médicaments, de l'état psychologique des patients. Il y a aussi l'appréhension des médicaments pour certains malades, liée à la culture. Les thérapeutiques parallèles, de support (oligoéléments, plantes médicinales, etc.) posent un problème : comment intégrer ces thérapeutiques traditionnelles à la prise en charge des patients, sans formation spécifique sur des thérapeutiques considérées comme « inefficaces » ? Une autre limite est liée au fonctionnement de l'institution, comme à notre propre fonctionnement : les horaires d'ouverture des services, le manque de lits, la surcharge de travail, la difficulté à intégrer de nouveaux malades. Lorsqu'une relation avec un malade se dégrade, je conseille à ce dernier de voir quelqu'un d'autre.

BM L'échec thérapeutique appelle trois questions : le patient prend-il convenablement son médicament ? La dose prescrite est-elle efficace ? Est-il porteur d'un virus résistant ? La réponse à ces questions doit permettre une réévaluation du traitement. Concernant la bonne observance de celui-ci et en cas de doute sur la sincérité du patient, elle peut être vérifiée par dosage sanguin du principe actif. Mais il faut savoir que cette capacité d'observance peut varier considérablement au cours du temps. L'efficacité d'un traitement est un problème complexe qui doit être traité au cas par cas. Au moment de l'histoire du sida auquel nous sommes arrivés, il faut s'attendre à voir certains patients aller moins bien, voire mal. Nous n'y sommes plus habitués, d'autant que nous ne disposons pas forcément de réponses thérapeutiques à leur proposer, ni de solutions miracles.

Quelles limites personnelles vous donnez vous dans la prise en charge de vos patients ?

FBS Ma limite personnelle, c'est mon angoisse quand je vois un patient qui échappe au traitement : je peux même devenir agressive. Évidemment, cette angoisse se répercute dans ma relation avec lui.

FB Je fais très attention à ne jamais avoir de relations personnelles ou affectives : c'est comme ça que l'on fait des erreurs. Je ne soigne jamais des gens qu'on connaît. Il est difficile parfois de rester sans s'impliquer, mais cela permet de rester pro et on garde le contrôle de la situation.

PC J'évite toute situation d'agressivité. Il faut être en phase avec ses patients. Parfois aussi, on ne peut pas cautionner ce que font certains malades : ils changent les doses, refusent des examens. Alors je les envoie voir un autre médecin qui pourra peut-être les convaincre, parce qu'il faut quand même que le patient soit suivi.

Comment épouser un millionnaire ?



Les pharmacies hospitalières ne vont pas bien. Dans un système hospitalier au bord de la crise de nerf, les pharmacies d'hôpital manquent particulièrement de moyens humains.

L'été dernier, les manques d'effectifs ont mené les pharmacies hospitalières à fermer plusieurs demi-journées supplémentaires par semaine. Certains pharmaciens hospitaliers ont mis un mouchoir sur leur éthique et refoulé des malades de leur salle d'attente, sous prétexte que leurs ordonnances ne provenaient pas du même hôpital. Un vrai scandale, et une vraie instrumentalisation des malades : pour obtenir des postes supplémentaires, ces pharmaciens chefs entendaient se servir de la voix des malades en les poussant à la révolte. C'est le cas du P. Leverage de l'hôpital Lariboisière à Paris, président d'honneur d'un des principaux syndicats de pharmaciens de CHU (SNPHPU). Du haut de sa position «honorifique», il a même encouragé ses confrères à suivre son exemple. Arroser arrosé, le 1^{er} octobre 2002, le P. Leverage a essayé un zap d'Act Up dans son hôpital, au moment même où nous investissions le siège de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) pour réclamer une enquête, des sanctions contre ces pratiques dangereuses, et des conditions décentes d'accès aux traitements.

Mais voilà, nous n'avons toujours pas de résultats : l'enquête sur les modalités de prise en charge des malades ambulatoires en pharmacie d'hôpital semble au point mort. La seule amélioration se situe à Paris : deux postes ont été pourvus à la pharmacie de Lariboisière. Les autres pharmacies hospitalières manquent toujours autant d'effectifs et de moyens.

En réalité, les moyens financiers ont été trouvés puisqu'une jurisprudence de juillet 2002 a obligé la CPAM du Lot à verser les 15% demandés par le CHU de Montpellier. Désormais les pharmacies hospitalières peuvent donc facturer à la Sécurité sociale la rétrocession* des médicaments délivrés aux malades ambulatoires, dans une marge de 15%. 15% sur des médicaments aussi chers que les antirétroviraux, c'est une véritable manne financière que les hôpitaux se sont empressés de ramasser. Mais si les pharmacies, en manque de moyens, dégagent de nouvelles ressources, cet argent ne leur revient toujours pas.

Depuis plusieurs mois, la direction de l'AP-HP reçoit ainsi des sommes importantes dégagées par la rétrocession hospitalière de médicaments, mais les pharmacies n'en voient toujours pas les premiers euros, car le décret d'application de la loi de 1992 devant, entre autres, fixer le pourcentage de marge pour cette rétrocession hospitalière, n'est toujours pas publié. Les hôpitaux considèrent donc les pharmacies hospitalières, ainsi que les autres services hospitaliers, comme indépendantes de la gestion de leur établissement. En attendant que l'État statue, par décret, sur le taux à reverser aux pharmacies, les hôpitaux s'arrogent les 15% pour leur gestion hospitalière, privant du même coup toute amélioration des pharmacies. 10 ans d'attente, 10 ans de vide juridique, 10 ans de dégradation des conditions en pharmacie d'hôpital.

Nous sommes en avril et à part quelques cache-misère ici ou là, rien n'a changé : l'été verra encore des pharmacies fermées, des malades en difficulté pour suivre leur traitement et des conditions d'accès aux soins dégradées. Ce qui était un problème d'argent est devenu un problème de gestion. Il serait temps que les pouvoirs publics prennent leurs responsabilités : 10 ans pour sortir un décret alors qu'il y a urgence, c'est inadmissible.

* On appelle «rétrocession» la délivrance dans les pharmacies hospitalières de médicaments destinés à soigner des malades non hospitalisés. Les médicaments ainsi rétrocédés ne sont plus réglés par le financement global de fonctionnement versé aux établissements de santé. Ils sont au contraire pris en charge et remboursés directement par l'assurance maladie.



Horaires, guide pratique

Les 35 heures ont entraîné la modification des horaires d'ouverture de nombreuses pharmacies hospitalières. Voici une partie des horaires pratiqués, consultez la liste complète sur le web [www.actupparis.org/article1086.html]

Angers	CHU	LV : 8h30-17h S : FERME
Besançon	Hôpital Jean Mageot	LV : 8h-18h S : 8h-16h
Bondy	Hôpital Jean Verdier	LV : 8h30-18h S : 10h-13h
Brest	Hôpital Morvan	LV : 9h-17h S : URGENCE
Caen	CHU	LV : 8h-17h S : 8h30-12h30
Créteil	Hôpital Henri Mondor	LV : 9h-17h30 S : 10h-12h
Dijon	CHU du Bocage	LV : 8h-17h S : 8h-13h
Grenoble	CHU	LS : 8h-12h 14h-18h
Lille	CHRU	LV : 9h-17h S : 9h-12h
Limoges	CHU Dupuytren	LV : 8-19h S : 8h-13h
Lyon 4 ^{ème}	Hôpital Croix Rousse	LV : 8h-18h30 S : 8h-12h30
Marseille	Hôpital la Conception	LV : 8h-18h30 S : 9h-13h
Nancy	Hôpital Central	LV : 8h-19h S : 8h-19h
Nantes	Hôpital Hotel Dieu	LV : 9h-17h30 S : FERME
Nice	CHU	LV : 9h-17h S : 9h-16h
Paris 4 ^{ème}	Hôpital Hôtel Dieu	LV : 9h-17h
Paris 10 ^{ème}	Hôpital Saint Louis	LV : 8h-18h30
Paris 19 ^{ème}	Hôpital Robert Debré	LV : 8h30-18h S : 9h-16h30
Pessac	CHU de Bordeaux	LV : 8h-18h S : 8h-12h
Rennes	CHU Pontchaillou	LV : 9h-18h30 S : 9h-13h
Rouen	CHU	LV : 8h-17h S : URGENCE
Strasbourg	Hôpital Civil	LV : 8h30-17h S : 8h30-12h
Toulouse	Hôpital Purpan	LV : 8h-18h S : FERME

Accès aux traitements en Europe

Le conseil européen des ministres de la Santé se prononcera les 2 et 3 juin prochains sur le Règlement et la Directive concernant le médicament en Europe. Ces décisions valables pour dix ans vont changer nos vies. La présidence grecque de l'Union veut terminer l'examen des textes avant l'élargissement de l'Union en 2004.

Les articles présentés dans ce texte ont été élaborés par le Collectif Europe et médicaments et reprennent ceux du Règlement et de la Directive. Ils seront examinés par le Conseil des ministres de la Santé des 2 et 3 juin 2003, et seront également présentés aux commissaires européens en charge de l'Industrie et de la Santé. Le Collectif défend auprès des différents ministres européens et des CoRePer (Comité des Représentants Permanents des Etats membres) une position très simple : le médicament n'est pas un produit de consommation comme les autres, la logique marketing ne doit donc pas prendre le pas sur sa fonction première, c'est-à-dire thérapeutique.

Au début de l'élaboration de ces textes, il y a plus d'un an, la direction du Commerce, dont émanent le Règlement et la Directive, voulait libéraliser la publicité en direction du grand public pour trois pathologies : le diabète, l'asthme et le sida. La justification en était alors de permettre un « meilleur accès de l'information ». Cette proposition, rejetée par le Parlement européen et par le Conseil des ministres de la Santé, ne devrait plus revenir hanter ce texte. L'idée de mieux nous informer n'est cependant pas idiote. C'est pourquoi le Collectif demande que l'ensemble des documents de l'Agence européenne du médicament (EMA) soient accessibles dans des registres, conformément au règlement européen sur l'accès aux documents, et propose même un accès de ses données sur Internet, comme le fait l'AFSSaPS [<http://agmed.sante.gouv.fr>].

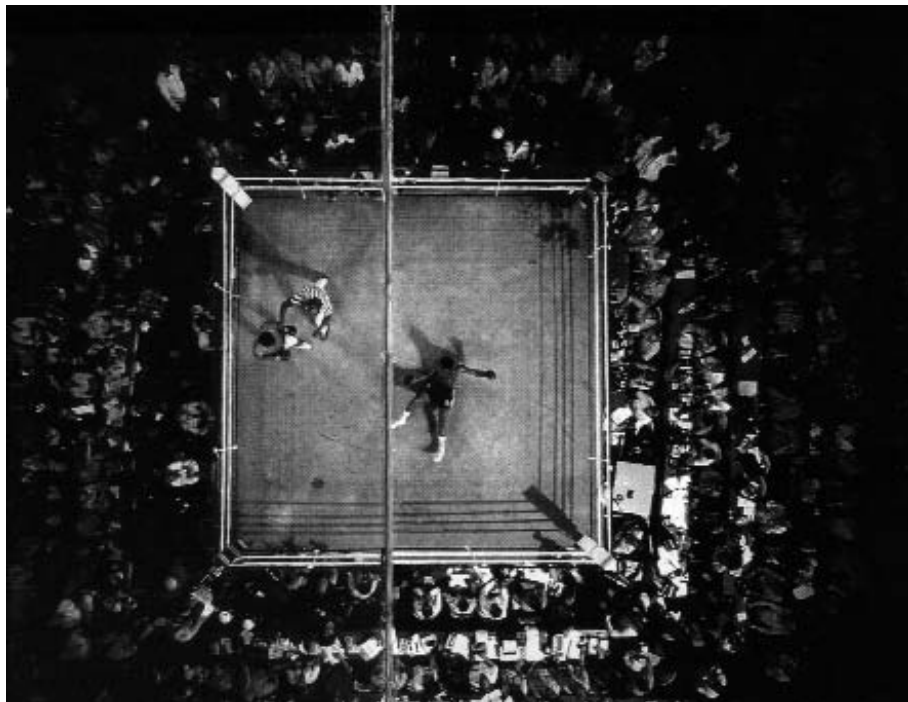
L'une des autres propositions du Collectif concerne les autorisations de mise sur le marché (AMM). Toute nouvelle substance médicamenteuse doit passer par la procédure centralisée, c'est-à-dire que les décisions de l'EMA sont applicables à toutes les agences nationales. Or, le principe de reconnaissance mutuelle par les États membres est aujourd'hui relativement opaque ; après l'élargissement de l'Union, il concernera aussi des pays qui, à l'heure actuelle, n'ont pas d'agence du médicament. La fiabilité des essais et leur rigueur scientifique s'en retrouveraient tout simplement remises en cause, et derrière ces critères d'évaluation, on trouve les malades. Lorsque, déjà,

des essais « rigoureux » montrent un certain nombre d'effets secondaires difficiles à supporter, qu'advient-il avec une molécule mal testée ?

Actuellement, il n'existe aucun cadre européen réglementant l'usage des médicaments en cours de développement, mais de nombreux pays de l'Union ont une législation propre en la matière, en particulier pour une mise à disposition des molécules avant l'AMM (appelé accès compassionnel), laquelle dépend de la volonté des laboratoires. Or, aucun cadre ne les y contraint : c'est selon leur bon-vouloir. Nous souhaitons introduire dans le Règlement des moyens plus fermes d'application, afin de garantir aux malades en impasse thérapeutique l'accès à des médicaments prometteurs dans leur situation.

Réévaluation quinquennale

Parmi les autres propositions du Collectif, il est un point qui nous paraît primordial à défendre et que nous soutenons très activement : la réévaluation quinquennale de l'AMM. Ce renouvellement ne doit pas être une simple formalité, elle doit prendre en compte toutes les données disponibles et pas seulement celles présentées par les laboratoires. Ce point est à rapprocher



de l'article qui devrait permettre le signalement des effets indésirables par les malades auprès des agences responsables de la pharmacovigilance. Cela signifierait que les malades aient la possibilité de réclamer aux laboratoires la correction des effets

indésirables de leurs molécules, et que leurs demandes soient prises en compte pour décider de la poursuite de la commercialisation des médicaments. Nous réclamons enfin la présence de membres de la société civile au Conseil d'administration de l'EMA et la présence dans la commission d'AMM de deux représentants par Etat membre, s'exprimant d'une seule voix, comme cela se fait dans d'autres commissions. Nous pensons que cette pluralité entre politiques/représentants administratifs des agences ou experts scientifiques devrait permettre de réduire un tant soit peu l'influence du lobby des firmes pharmaceutiques.

Le collectif défend trois principes simples : des garanties de sécurité pour les citoyens, la transparence des institutions et l'accès à une information fiable. Pour notre part, nous défendons un aspect primordial : l'intérêt des malades.



Et les usagers de drogues ?

En 1998, avec la nomination de Nicole Maestracci à la présidence de la MILDT, la reconnaissance des politiques de réduction des risques a permis de grands espoirs quant à l'évolution de l'accès aux soins des usagers de drogues. Aujourd'hui, nous constatons avec le retour de la droite, un désir manifeste de tout faire pour rendre la vie impossible aux usagers, quitte à les rendre malades à force de détruire, un à un, tous les avantages sociaux innovants qui avaient été mis en place par les gouvernements précédents.

Concernant les aides sociales de prise en charge médicale (CMU, AME), les débats à propos de la loi de finances rectificative pour 2002 ont rapidement servi de prétexte, depuis mars, à de nombreux pharmaciens de ville, en Ile-de-France, pour refuser d'honorer des prescriptions de traitement de substitution, arguant qu'ils n'étaient pas sûrs de pouvoir être remboursés rapidement. Au dernier moment, de nombreux usagers de drogues se sont alors rabattus vers des centres de prise en charge spécialisés ou des hôpitaux pouvant assurer cette prescription. Pendant combien de temps ces centres vont-ils pouvoir assurer le défaitisme des pharmaciens de ville ? Car il s'agit là d'usagers autonomes, ne nécessitant pas a priori de suivi en centre.

Depuis la rentrée de septembre, nous avons vu réapparaître, de manière courante, des pratiques qu'on croyait révolues, comme par exemple les voitures de police stationnant aux abords des distributeurs - échangeurs de seringues, espérant pouvoir facilement arrondir leurs statistiques de fin de mois qu'exige, de manière primaire, leur ministre de tutelle. Les arrestations arbitraires ont donc repris. Se servant d'un a priori que, pourtant, une circulaire de juin 1999 conseille d'éviter, la police a déjà arrêté plusieurs personnes sur le seul motif qu'elles avaient sur elles une seringue. Et non contents d'interpeller ces personnes, ils détruisent le matériel de prévention, l'abandonnant sur la voie publique. Ainsi, depuis mai 2002, le renforcement des effectifs répressifs a obligé les usagers à changer de quartier. Aujourd'hui de nouvelles « scènes » d'usage de drogues s'installent, par force, dans des quartiers ne bénéficiant d'aucun distributeur - échangeur de seringues sur la voie publique.

Par ailleurs, les budgets d'État fléchés sur le poste sida-toxicomanie ont déjà fait l'objet, comme à l'approche de chaque élection présidentielle, d'un premier gel républicain, de mai à novembre 2002, fragilisant au passage un certain nombre de petites structures. Prétendant prévenir une récession économique due à la guerre en Irak, la DGS et la DDASS devraient annoncer un deuxième gel républicain à compter du 1^{er} avril. Il s'agit désormais clairement d'une stratégie d'étranglement visant à faire fermer ces structures de réduction des risques, situées en première ligne.

AME : la vigilance reste de mise

En décembre 2002, un article du nouveau projet de loi de finances rectificative pour 2002, préconisait la réduction de l'Aide Médicale d'Etat qui permet aux étrangers sans-papiers d'avoir accès gratuitement à des soins. La forte mobilisation des associations a permis un arrêt provisoire de ce processus.

Jeudi 19 décembre 2002, une quinzaine de militants d'Act Up-Paris occupent le ministère de la Santé pour protester contre l'inertie de Jean-François Mattéi face à cette régression de l'AME.

Lundi 23 décembre 2002, par voie de communiqué de presse, Act Up-Paris interpelle les députés et sénateurs socialistes, afin de leur rappeler les délais permettant la saisine du Conseil constitutionnel en vue de l'abrogation de cet article de loi.

Mercredi 31 décembre 2002, une quinzaine de militants investissent le siège du PS, autour d'une banderole « Trahison Socialiste », pour manifester le dégoût et la colère que leur inspirent les élus PS, n'ayant pas été capables de saisir le Conseil Constitutionnel.

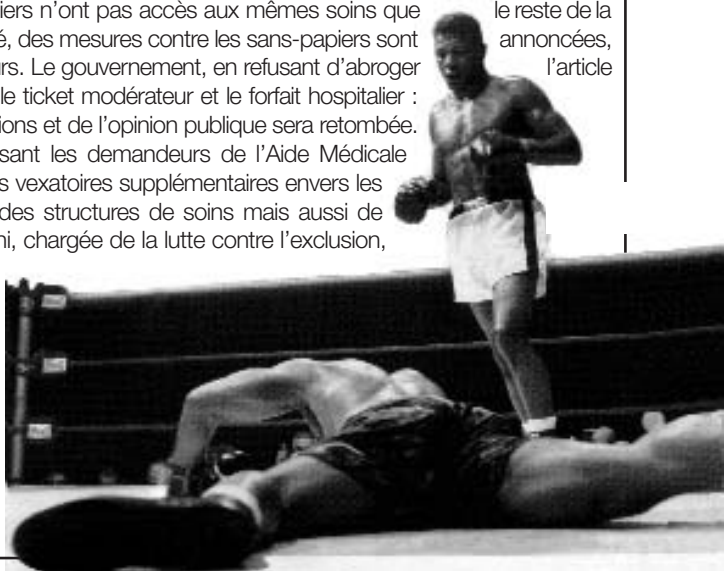
Février, les associations se mobilisent activement contre cet article : l'ODSE diffuse massivement un communiqué de presse, MdM et MSF lancent une pétition à grande échelle.

Jeudi 13 mars, Dominique Versini annonce officiellement que le gouvernement renonce provisoirement à appliquer l'article de loi remettant en cause l'AME et la gratuité des soins pour les étrangers sans-papiers. Ce recul est une victoire pour tous ceux qui se sont mobilisés contre l'article 31-A de la loi de finances rectificative pour 2002.

Victoire incomplète

Cette victoire est pourtant loin d'être complète. Le gouvernement a reculé devant les associations, mais n'a pas renoncé à appliquer une politique de santé fondée sur la préférence nationale, selon laquelle les sans-papiers n'ont pas accès aux mêmes soins que la population : l'article de loi de décembre 2002 réformant l'AME n'est pas abrogé, des mesures contre les sans-papiers sont les bénéficiaires de l'AME sont toujours présentés comme d'éventuels fraudeurs. Le gouvernement, en refusant d'abroger l'article de loi, peut à tout moment publier des décrets d'application pour faire payer le ticket modérateur et le forfait hospitalier : dans quelques mois, dans un an ou plus, bref, quand la vigilance des associations et de l'opinion publique sera retombée. Le gouvernement a annoncé des mesures de contrôle supplémentaires visant les demandeurs de l'Aide Médicale d'État. Il faut donc s'attendre, dans les semaines qui viennent, à des pratiques vexatoires supplémentaires envers les sans-papiers, qui auront pour conséquence de les détourner un peu plus des structures de soins mais aussi de prévention et de dépistage. Le gouvernement, en particulier Dominique Versini, chargée de la lutte contre l'exclusion, continue de parler du « surcoût » de l'AME, de ses « dérives » et de ses « abus ».

Or, les bénéficiaires de l'AME touchent moins de 562 euros par mois. Ils n'ont pas accès à la médecine de ville. Ils ne viennent consulter en hôpital qu'en cas de maladie grave, une situation qui aurait pu être prévenue ou prise en charge plus tôt s'ils avaient été intégrés à un dispositif de droit commun, comme la CMU. Parler d'abus, de dérives ou de fraudes est donc obscène. Là où les associations luttent contre la précarité, les inégalités et la détresse, le gouvernement continue de vouloir lutter contre des « fraudeurs » et pointe les sans-papiers comme responsables des déficits publics. Ce dossier n'est pas clos, nous resterons vigilants sur la réforme de l'AME.





Urgence pour les détenus gravement malades, le CNS confirme

Dans une note émise le 14 mars 2003, le Conseil national du sida souhaite une «application efficace et égalitaire de la loi».

Il y a un an était voté l'article 10 de la loi sur le droit des malades. Le texte stipule que toute personne détenue, dont le pronostic vital est en jeu ou dont l'état de santé est durablement incompatible avec la détention, peut lancer une procédure de suspension de peine auprès du juge d'application des peines. Le dispositif entérine ouvertement l'incompatibilité de la détention avec le vécu quotidien d'une pathologie grave ; avec la fin de vie aussi. En janvier 2003, seules 21 personnes en avaient bénéficié ; alors que les prisons françaises ne cessent de se remplir : 1 500 détenus supplémentaires par mois en moyenne ; 57 600 personnes emprisonnées à ce jour ; 47 000 places.

Les pouvoirs

publics, Justice comme Santé, doivent désormais réagir. C'est le sens de la note sur la suspension de peine que le Conseil national du sida (CNS) a émise le 14 mars 2003. Le CNS attend des pouvoirs publics qu'ils «prennent des mesures» pour «l'application efficace et égalitaire de la loi». Mesures d'information tout d'abord, notamment en direction du personnel soignant des UCSA, donc de la part du ministère de la Santé. Mesures pour une réactivité directe aussi, c'est la demande du CNS pour une mise en place d'un «droit d'alerte» auprès des juges, pour et par les proches des détenus concernés et les personnes qui les voient quotidiennement, qui soit accompagné d'un caractère «véritablement contraignant». Par ailleurs, le CNS souligne que la durée des expertises médicales qui doivent juger de l'état de santé des détenus avant la décision du juge ne doit pas excéder quinze jours, et doit même être diminuée dans les cas excessivement urgents. Aujourd'hui, les délais des expertises sont nettement supérieurs ; l'information de la part des pouvoirs publics en direction du personnel soignant, mais surtout des détenus, est encore inexistante.

L'idée d'un droit d'alerte ne paraît pas non plus avoir été envisagée. L'enjeu est pourtant bien la possibilité et l'exigence d'une application maximale, et à tous, de cette loi : à tous ceux qui sont en train de mourir en détention ; à tous ceux dont la pathologie rend cette détention insupportable et dangereuse. L'avis du CNS le confirme pleinement. Aucun des ministères concernés, tant celui de la Justice que celui de la Santé, ne peut rester sourd aux conclusions du Conseil, aux revendications des proches de détenus, des associations, de certains médecins aussi. Il est grand temps que les pouvoirs publics assument leur responsabilité et engagent tous les moyens dont ils disposent pour que cesse l'hécatombe carcérale.

**SAUNA HAMMAM
JACUZZI**



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

**SOUTIENT
ACT UP
PARIS !**

<http://www.univers.net>

Tél.: 01.42.61.24.83

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

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

La guerre des génériques aura-t-elle lieu ?

Après Cipla, d'autres génériqueurs indiens s'intéressent au marché africain. Face à la cette nouvelle concurrence et aux multiples brevet de son Triomune, Cipla va-t-il jeter l'éponge ?

En février 2001, le génériqueur indien fait sensation en cassant les prix des antirétroviraux. Il propose Triomune, un cocktail composé de 3TC, d4T et névirapine, à 350 \$ par

an à des ONG, dont MSF. On apprend la même année que le laboratoire est en discussion avec le Niger, l'Ouganda, le Zimbabwe et le Cameroun pour fournir ces ARV et qu'il prévoit l'installation d'une usine de production d'antirétroviraux en Tanzanie. En août, Cipla signe une convention avec le Cameroun. Bref, l'année s'annonce bien pour la branche ARV de Cipla. Deux ans plus tard, la situation est plus contrastée. Cipla fournit des antirétroviraux dans plusieurs pays dont le Cameroun, mais la concurrence se fait insistante : Hétéro, Ranbaxy et Aurobindo, autres génériqueurs indiens, s'intéressent aussi au marché africain. Et c'est Ranbaxy qui semble émerger du lot puisqu'on le retrouve dans plusieurs pays : Mali, Nigeria, Maurice, Rwanda, Sénégal, Zambie, bientôt Madagascar et Kenya. Au Burkina,

un don privé a permis de soigner 150 personnes avec des produits Ranbaxy et certains antirétroviraux de ce laboratoire sont enregistrés au Cameroun. Mais au total, combien de personnes utilisent ces génériques ? Quelle est l'implantation réelle de Ranbaxy (et même de Cipla) ? Difficile de répondre au Nigeria où, lors du premier appel d'offre,

Ranbaxy a pris la moitié du marché à Cipla, soit des traitements pour 5 000 personnes. Ranbaxy est un laboratoire pharmaceutique de plus grande taille que Cipla et se pré-

parerait à pourvoir au traitement de 500 000 à 1 million de patients sur les 24 prochains mois dans les pays du Sud.



Inquiétante nouvelle

Au même moment, Y.K. Hamied, directeur de Cipla, s'inquiète du peu de demandes pour le Triomune. «*Il est triste de voir qu'en 2001 il y avait 10 000 patients sous traitement en Afrique avec ce cocktail et que deux ans plus tard, seuls 34 000 malades en bénéficient alors que des millions de personnes souffrent*» a-t-il indiqué. Plusieurs raisons sont avancées. Les pays intéressés sont pauvres. L'accès aux marchés nationaux est compliqué par le fait que Triomune est une combinaison de 3 antirétroviraux dont les brevets appartiennent respectivement à 3 multinationales pharmaceutiques différentes. Si l'un des produits est protégé dans un pays, le Triomune

est alors bloqué. En conséquence, Cipla a détourné une partie de la production anti VIH/sida vers d'autres médicaments du fait de la faible demande. «*Si je vends ces médicaments à un prix humanitaire, alors nous devrions obtenir des débouchés et des paiements garantis*» a conclu Hamied.



Mobilisation en Afrique du Sud

Treatment Action Campaign a remis au gouvernement sud-africain un mémorandum demandant la mise en place d'un plan national de prévention et d'accès aux traitements.

Le 14 février, à l'issue d'une manifestation, Treatment Action Campaign (TAC) a remis au gouvernement sud-africain un mémorandum demandant la mise en place d'un plan national de prévention et d'accès aux traitements. Ce projet est le fruit d'une collaboration menée tout au long du mois d'octobre et novembre 2002 entre les représentants du gouvernement, le monde des affaires, le monde du travail et la société civile au sein du NEDLAC (National Economic Development Labour And Council). Pourtant le gouvernement vient d'affirmer qu'aucun accord n'avait été conclu. Et le discours à la nation du Président qui n'a accordé que quelques lignes à la question du sida n'a fait qu'ajouter à la déception. TAC a décidé, dans ce climat détestable, de mettre en pra-

tique sa menace de désobéissance civile à partir du 21 mars* : «Aujourd'hui nous désobéissons à la loi pour mettre fin à une politique injuste, pas à un gouvernement injuste.» Depuis quatre ans, TAC se bat pour que le gouvernement sud-africain change de politique pour l'accès aux traitements et aux antirétroviraux. L'association qui s'est mobilisée notamment par des campagnes pour baisser les prix des médicaments a obtenu il y a 11 mois, que le gouvernement reconnaisse enfin que les antirétroviraux «*améliorent la vie des malades du sida*». Cet effet d'annonce n'a été suivi d'aucun accès aux traitements.

Wanted

Vendredi, à Durban, au Cap, à Sharpeville, 600 militants de TAC ont marché vers les commissariats de police pour porter plainte pour homicide volontaire contre les ministres de la Santé et du Commerce et de l'Industrie. A Durban, la police a stoppé violemment la marche par l'utilisation de gaz lacrymogènes et de canons à eau, blessant sérieusement cinq activistes. Au Cap et à Sharpeville, les occupations des commissariats se sont déroulées pacifiquement. Plus de deux cents plaintes ont pu être déposées et deux dossiers pour homicide volontaire ont été ouverts à l'encontre de la ministre de la Santé, Manto Tshabalala-Msimang et du ministre du Commerce, Alec Erwin. Lundi, la ministre de la Santé était interrompue par des activistes lors de son discours d'ouverture d'une conférence sur la santé. Ils étaient une centaine à brandir des portraits de la ministre sous l'indication «WANTED». La campagne de désobéissance civile doit durer une semaine.

* Date symbolique célébrant la mémoire des 69 personnes tuées par la police lors de la manifestation de protestation contre le port du laissez-passer obligatoire en 1960. Depuis, le 21 mars est devenue la journée internationale de lutte contre le racisme.

Chirac au G8 : des actes !

Depuis 1997, Jacques Chirac n'a jamais manqué une occasion de souligner l'importance d'une mobilisation financière pour enrayer l'épidémie au niveau international. Au sommet du G8 à Evian, il doit passer des paroles aux actes. Il serait temps.

Le 20 mars 2003, Alain Le Roy, négociateur de Jacques Chirac pour les questions de santé au G8, recevait les associations françaises dans le cadre de «l'association de la société civile à la préparation du Sommet d'Evian», annoncée par le Président de la République le 7 janvier dernier. Le sida et la solidarité des pays du G8 avec les pays en développement, en particulier l'Afrique, font, selon Jacques Chirac, partie de ses priorités pour le Sommet d'Évian. Depuis son Appel d'Abidjan en 1997, le Président français n'a de cesse de marteler la nécessité d'une mobilisation financière internationale d'ampleur pour lutter contre l'épidémie et permettre l'accès aux traitements dans toutes les régions du monde.

Il déclare aujourd'hui que le sommet d'Evian doit assurer la «pérennisation du Fonds mondial» lancé, il y a près de deux ans à Gênes, par les pays du G8.

Pourtant, jusqu'à présent, la France elle-même n'a pas respecté les engagements pris en 2001, et sa mobilisation financière reste dérisoire (50 millions d'euros) face aux besoins (10 milliards d'euros par an selon les experts) et aux objectifs que le Président de la République affiche.

Face à ces contradictions, et alors que George W. Bush annonçait, il y a quelques semaines, un effort américain pour lutter contre le sida de 3 milliards de dollars annuels

dès 2004 (contre 200 millions en 2002 versés dans le Fonds Mondial), le négociateur de Jacques Chirac au G8 s'est encore montré incapable du moindre engagement concret.

Le 20 février dernier, lors de l'Autre Sommet pour l'Afrique, diverses associations engagées contre le sida, pour la santé, le développement et la solidarité internationale, interpellèrent publiquement Jacques Chirac sur les aberrations de sa position en matière de solidarité internationale face au sida.

Nous sommes actuellement à un tournant de l'épidémie, et la France peut jouer un rôle primordial.

D'un côté, la crise en Afrique, suivant des projections connues de longue date, a des conséquences humaines et économiques dévastatrices. Dans le même temps, dans des pays comme la Chine, l'Inde ou la Russie, l'épidémie entre dans sa phase de propagation exponentielle, menaçant d'entraîner l'Asie vers la même catastrophe que celle qui se déroule en Afrique.

Mais d'un autre côté, les moyens de lutter contre l'épidémie sont désormais bien identifiés et ont été validés suite à leur mise en place à une échelle restreinte dans différents pays. Seules les ressources nécessaires manquent aujourd'hui pour mettre un terme à la propagation du sida et à l'hécatombe responsable de la mort de 10 000 personnes chaque jour.

C'est pourquoi Jacques Chirac doit enfin passer des discours aux actes, et décupler la contribution de la France à la lutte mondiale contre le sida.

Pour imposer aux États du G8 le respect des engagements pris en 2001, il doit montrer l'exemple. Présidant le Sommet d'Évian en juin, il peut aujourd'hui inverser la tendance.



Génériques à l'OMC : faites pression sur les négociateurs de votre pays

Aujourd'hui, à l'OMC, nous devons exiger des négociateurs qu'ils refusent tout compromis avec les compagnies pharmaceutiques. Et vous avez un rôle à jouer.

En novembre 2001, les 144 pays membres de l'OMC ont signé la déclaration ministérielle sur l'ADPIC (Accord sur les Droits de Propriété Intellectuelle et le Commerce) et la santé publique (appelée aussi déclaration de Doha) reconnaissant le droit des pays à passer outre les brevets des compagnies pharmaceutiques afin de promouvoir la santé publique et d'accroître l'accès aux médicaments pour tous, notamment par le recours à des versions génériques de médicaments brevetés. La déclaration de Doha n'a pourtant pas réglé la question de l'accès aux génériques pour les pays qui ne peuvent produire eux-mêmes et qui sont donc tributaires de l'exportation à partir d'autres pays. A Doha, l'OMC s'était engagée à résoudre ce problème avant la fin 2002. Toutefois la position défendue par les pays riches a bloqué l'obtention d'une solution dans les délais.

A l'issue d'une année de négociations et à force de pressions directes sur de nombreux pays en développement, les pays riches étaient parvenus à faire accepter par une majorité de membres de l'OMC un texte, dit «de Motta*», reprenant largement la proposition de l'Union européenne, et impropre à répondre aux besoins des pays pauvres. En effet, celui-ci exclut les pays pauvres ayant un niveau de développement modéré. En outre, soumettant les pays à des procédures administratives complexes et nécessitant d'importants délais de mise en œuvre, il paraît extrêmement difficile à utiliser, voire impossible à appliquer. Enfin, il exclut les vaccins et autres outils de santé publique du secteur pharmaceutique autres que les médicaments et pourrait être limité à un nombre restreints de pathologies. Parce que les Etats-Unis ont voulu imposer à tout prix une limitation de la solution à quelques maladies, les pays en développement ont finalement refusé cette proposition.

Malgré une situation de blocage, les négociations se poursuivent et le débat final sera selon toute vraisemblance renvoyé à la réunion ministérielle de l'OMC à Cancun en septembre 2003. La ratification d'un accord impropre à répondre aux besoins des pays pauvres, imposé au Sud par le Nord, serait pire qu'aucune solution. Cependant, le blocage provoqué par les Etats-Unis, fin 2002, représente une opportunité pour les pays en développement d'exiger la révision du «texte de Motta» afin que soient respectés les engagements pris à Doha.

Ce que vous pouvez faire :

Jusqu'à présent, les représentants officiels des pays en développement sont essentiellement soumis au discours des négociateurs américains ou européens et à celui des compagnies pharmaceutiques qui exercent une intense pression. Aujourd'hui il paraît essentiel que les ONG et les associations interviennent au niveau des négociateurs de leur pays (négociateurs à l'OMC à Genève, conseillers des ministères du Commerce ou des Finances, responsables au



sein des missions des Nations Unies du pays à Genève, etc.) et leur rappellent la nécessité de ne pas fléchir et de soutenir les intérêts de santé publique.

C'est pourquoi nous devons exiger des négociateurs qu'ils refusent tout compromis et exigent que la solution adoptée :

- ne soit pas limitée à une liste de pathologies, ceci serait contraire au principe même de santé publique ; en outre, l'OMC n'a aucune légitimité pour statuer sur les besoins de santé publique d'États souverains ;
- n'exclue pas des pays à niveau de «développement» modéré, qui peuvent également avoir besoin de recourir aux génériques ;
- porte sur tous les produits de santé, et notamment les vaccins, les tests et les diagnostics ;
- n'impose pas de procédures d'une lourdeur et des délais tels qu'elle en interdise la mise en œuvre ou l'efficacité. L'OMC avait pour mandat d'identifier une solution qui mette les pays qui n'ont pas de production locale effective sur un pied d'égalité avec ceux qui peuvent produire localement, et non un accord qui augmente les obstacles pour les pays pauvres ;
- ne soit pas limitée à un cadre d'urgence nationale. Les pays doivent rester libres de décider quand ils souhaitent recourir à cette solution et dans quelles circonstances. En outre, dans de nombreux cas, une politique de santé publique nécessite le développement de l'accès aux médicaments avant que la situation nationale ne se dégrade et devienne un cas d'extrême urgence.

Exhortez les négociateurs à refuser un texte qui ne satisfasse pas ces principes basiques et à exiger la révision du texte de Motta.

Pour toute information complémentaires contactez nous : nordsud@actupparis.org

* Ce texte est appelé ainsi parce que c'est l'ambassadeur du Mexique Eduardo Perez Motta, président du conseil des ADPIC au moment des négociations, qui l'a proposé le 16 décembre 2002.



Nicolas Sarkozy, ministre de l'intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales

«Je veux aussi aborder le débat sur la "répression", ce mot qu'on utilise pour faire peur, pour caricaturer, pour immobiliser l'Etat. Une petite camarilla s'en est fait une petite spécialité, un fonds de commerce. [...] [J]e rappelle que le danger vient des délinquants, pas des forces de l'ordre.» (14/01/03)

« [L]e secret médical n'a pas été fait pour qu'on taise des risques ! » (14/01/03)

« Bien sûr que les prostituées sont des victimes, mais il en existe d'autres : les populations de ces quartiers où la vie est devenue impossible à cause de la présence des proxénètes et de toute la faune qui va avec. » (14/01/03)

« Nous comptons ramener les prostituées étrangères chez elles. Je ne vois pas ce qu'il y a de contraire aux Droits de l'Homme à ramener un Albanais en Albanie et une Bulgare en

Bulgarie ! C'est dans leur pays que ces victimes retrouveront un avenir. » (14/01/03)

« Il ne s'agit pas de priver quiconque de liberté. [...] Le problème de notre société n'est pas la restriction, mais l'abondance de liberté. » (16/01/03)

« Nous soutenons cet amendement [l'amendement 82, sur le dépistage obligatoire en cas de viol] parce que nous voulons donner la priorité à la victime et éviter de l'obliger à subir un traitement très lourd si cela n'est pas nécessaire. Peut-être y aura-t-il quelques jours d'incertitude, mais si le test n'est pas réalisé, le traitement sera obligatoire. » (16/01/03)

«Où, il faut sortir de l'hypocrisie ; mais que dire de celle qui consiste à punir le racolage actif et à ne pas punir le racolage passif ? D'autre part, si l'on pénalise la demande, c'est-à-dire le client, [...] ne faut-il pas pénaliser l'offre également ?»(21/01/03)

«C'est d'ailleurs une hypocrisie que de participer à des soirées contre le sida - chose utile par ailleurs - et de fermer les yeux sur ce qui se passe au Bois de Boulogne où 90 % des travestis sont malades !» (21/01/03)

« Autant je crois qu'un étranger titulaire d'un titre de séjour de brève durée et qui commet un délit ou un crime doit être expulsé après sa peine de prison, autant j'ai, dans d'autres cas, été amené à renoncer à des expulsions [...]. Pour qu'il n'y ait aucune ambiguïté, je rappelle que je suis favorable à la reconduite à la frontière d'étrangers en situation irrégulière, y compris reconduites groupées avec d'autres pays européens.» (23/01/03)

Ils nous détestent

Et ils ne se gênent pas pour le dire... Mauvaise nouvelle : ces horreurs ont été prononcées par ceux qui gouvernent le pays. Sans d'ailleurs que l'opposition ne s'en émeuve plus que ça.



Patrick Beaudouin, député UMP

« Depuis quelques années, [les proxénètes] recourent de plus en plus à des camionnettes, caravanes ou camping-cars pour organiser la prostitution dans les lieux publics [...]. Odieuse par son caractère ostentatoire et par les

risques qu'elle fait courir à la santé publique, la prostitution recourant aux véhicules motorisés est en outre particulièrement pernicieuse en ceci qu'elle permet aux proxénètes d'échapper à l'incrimination d'outrage à la pudeur comme aux dispositions réprimant le proxénétisme hôtelier. [...] Ces véhicules sont de plus utilisés dans des conditions sanitaires déplorables et les maladies sexuellement transmissibles y trouvent donc un terrain propice : près de 50 % des prostituées contrôlées sont séropositives. » (21/01/03)



Nicolas Perruchot, député UDF

« Il existe en effet, comme pour les mariages, des PaCS de complaisance. [...] Afin d'assurer la cohérence de la législation entre mariés et pacsés et de garantir la sécurité juridique du PaCS, je vous propose de préciser qu'un titre de séjour est accordé de plein droit aux

pacsés remplissant les conditions d'entrée régulière et d'un an de vie commune. La procédure pour contracter un PaCS étant moins contraignante que le mariage, l'obtention du titre de séjour dès la conclusion du PaCS donnerait en effet lieu à de nombreux PaCS frauduleux. » (23/01/03)

« Ce projet est équilibré aussi parce qu'il prévoit l'incrimination du trafic de squat et de la traite des êtres humains et parce qu'il comprend une évaluation de la situation sanitaire des prostituées. » (12/01/03)



Pascal Clément, président de la commission des lois, député UMP

« La commission a exprimé un avis défavorable sur des amendements qui laissent transparaitre votre désir de dépénalisation [de l'usage de drogues]. Pour autant, il faudra réfléchir et substituer les soins à l'incarcération pour cette pathologie.

Jean-Marie Le Guen : Ce n'est pas une pathologie, ce sont des comportements à risque.

Pascal Clément : Je ne me perdrai pas dans cette distinction sémantique. » (21/01/03)



Patrick Delnatte, député UMP

« La prostitution est un sujet sensible et douloureux. Je ne crois pas qu'elle soit une activité librement choisie, même si certaines prostituées l'affirment : c'est de leur part une réaction légitime et, pour elles, la seule façon de sauvegarder leur dignité. Or la prostitution est avant tout une situation de violence et de domination. Elle est une atteinte à la dignité de la personne humaine. » (15/01/03).



Christine Boutin, députée UMP

« [!] faut s'attaquer à toutes les catégories de délinquants, sans en stigmatiser aucune. Parce qu'il s'inscrit dans cette démarche, ce texte est équilibré. On l'a qualifié de "liberticide", "sécuritaire" ou "anti-jeunes". Il est vrai qu'on ne rétablit pas l'ordre public bafoué sans prendre le risque de quelques abus. » (15/01/03)

« Mon sous-amendement répond à un souci d'égalité et d'affirmation de la dignité de toute personne. La prostitution suppose deux partenaires : il convient donc que le client soit sanctionné afin de bien montrer que la France veut tendre vers l'abolition de la prostitution. » (21/01/03)



Christian Vanneste, député UMP

« Il est indispensable de permettre à la police d'effectuer son travail sans la mettre en situation d'infériorité par rapport aux délinquants, comme c'est le cas avec l'obligation de notifier le droit au silence. » (15/01/03)



Rudy Salles, député UDF

« Je souhaite m'attarder sur le fléau que constitue la prostitution. [...] Au delà des problèmes de tranquillité publique et de morale, cela pose un problème

majeur de santé publique, car la prostitution concourt de manière non négligeable à la propagation des MST. » (15/01/03).

« Tout doit donc être fait pour combattre cette forme particulièrement odieuse d'esclavage moderne. [...] L'article 29 du projet est donc particulièrement bienvenu en ce qu'il introduit une logique "gagnant-gagnant". Dotées d'un titre de séjour provisoire, les personnes qui acceptent de témoigner contre leurs proxénètes auront un intérêt direct à le faire. » (15/01/03).

Christian Estrosi, rapporteur de la commission des lois, député UMP



« Sur proposition de M. Marsaud, la commission a adopté l'excellent amendement 82, ainsi rédigé : Les personnes poursuivies pour l'une des infractions visées aux articles 222-23 à 222-26 du code pénal doivent faire l'objet d'un dépistage du VIH. Ce dépistage peut être ordonné dès le stade de l'enquête par le procureur de la République. Le fait de refuser de

se soumettre au dépistage prévu à l'alinéa ci-dessus est puni d'un an d'emprisonnement et 15 000 € d'amende. » (16/01/03)

« Ces prostituées, nous les avons entendues [...], et nous les avons convaincues que nous n'entendions pas criminaliser leur activité, mais les protéger des réseaux mafieux et protéger aussi les riverains, confrontés à des situations intolérables. » (21/01/03)

« Le dispositif proposé est parfaitement équilibré : soit la prostituée se tait au cours de la garde à vue et elle peut être reconduite à la frontière, soit elle contribue au démantèlement du réseau et elle bénéficiera, aux termes de la loi, d'une prorogation de son titre de séjour ou [...] d'une autorisation de travail lui permettant de vivre d'autre chose que de la prostitution. » (21/01/03)

« Par ailleurs, la CMP [Commission Mixte Paritaire] a étendu le dispositif de dépistage chez les personnes poursuivies pour viol à l'ensemble des maladies sexuellement transmissibles, en prévoyant d'une part, de rechercher, dans la mesure du possible, le consentement de l'auteur des faits et, d'autre part, l'intervention d'un médecin lors de la révélation du résultat du dépistage. » (12/01/03)

En France, les migrants se cachent pour mourir

Depuis quelques années, les associations qui défendent le droits des migrants vont de désillusions en succès. Cette alternance est jalonnée par des textes de loi successifs et contradictoires, mais surtout par leur interprétation et leur application chaotiques, arbitraires, parfois même cyniques.

La lutte inter-associative énergique contre le sida a cru parfois obtenir des avancées législatives en faveur des personnes sans papiers atteintes de pathologies graves. L'article 10 I de la loi Debré spécifie que «leur état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour eux des conséquences d'une exceptionnelle gravité, et sous réserve qu'ils ne puissent effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays de renvoi (...)». Les étrangers concernés pouvaient prétendre à l'expulsabilité. L'article 5 de la loi Réséda (dite loi Chevènement du 11 mai 1998) précise les modalités de la délivrance d'un titre de séjour temporaire pour soins, en insérant un article 12 bis 11 dans l'ordonnance de 45. Mais, au mois de septembre 2002, Nicolas Sarkozy, estimant que beaucoup trop d'étrangers bénéficiaient de ce dispositif, commande un rapport. Le 19 décembre, une circulaire est envoyée à l'ensemble des préfetures, visant à renforcer les contrôles et à restreindre les conditions d'accès au séjour des étrangers, en particulier des étrangers malades. Cette circulaire prévoit la création d'un nouveau motif de refus, «la demande infondée», avec la possibilité de procéder à l'interpellation des étrangers aux guichets.

Cette circulaire est illégale (elle exige une preuve de l'entrée en France, ce que la loi ne prévoit pas) et beaucoup plus restrictive que l'ordonnance de 45. Elle laisse le choix (de par sa nature juridique) à chaque préfet, de l'interpréter comme il l'entend. Le GISTI en a demandé l'annulation devant le Conseil d'Etat. Une action d'Act Up auprès du Conseil de l'Ordre des médecins a été menée afin d'obtenir son positionnement officiel. Il a demandé une modification de la première version de la circulaire : cette dernière a effectivement été rectifiée, mais dans l'intérêt des médecins, pas dans celui des étrangers malades.

«Caractère exceptionnel»

Désormais, les préfetures ont donc pour mission de mettre en œuvre tous les moyens de contrôle nécessaires afin de limiter la portée de l'application de l'article 12 bis 11. La circulaire va jusqu'à accuser les médecins habilités, lesquels abuseraient de leurs facultés à délivrer les certificats médicaux utiles, et charge le Conseil de l'Ordre des médecins de les dénoncer auprès des préfetures.

La circulaire insiste sur le «caractère exceptionnel» de ce dispositif, déclenchant une véritable suspicion, autant à l'encontre des étrangers malades concernés qu'envers les médecins. Mais le gouvernement ne s'arrête pas là. Le ministère de l'Intérieur invite le ministère de la Santé et des Affaires Sociales à effectuer un recensement des pays d'origine dans lesquels les demandeurs pourraient bénéficier des structures sanitaires et des offres de soins nécessaires, mais aussi à préciser la notion « d'exceptionnelle gravité ». Un tel listing est inconcevable et irréalisable. Le gouvernement envoie un nouveau signal fort : les objectifs du ministère de l'Intérieur priment sur le droit à la santé. Les étrangers doivent donc repartir et mourir dans leur pays ou rester en France, mais dans la clandestinité. Et nous savons bien que l'éloignement des structures sanitaires et sociales est synonyme de progression de l'épidémie. Faudra-t-il, tous les cinq ans, se battre de nouveau pour obtenir les mêmes choses ?

Act Up-Paris a exigé, exige et exigera du gouvernement :

- le retrait immédiat de la circulaire du 19 décembre 2002 ;
- l'abandon de tout projet de liste et de toute disposition visant à restreindre l'application de l'article 12bis11 ;
- la régularisation de tous les étrangers ou sans-papiers malades ;
- la primauté du droit à la santé sur toute autre considération politique.

Les principaux textes

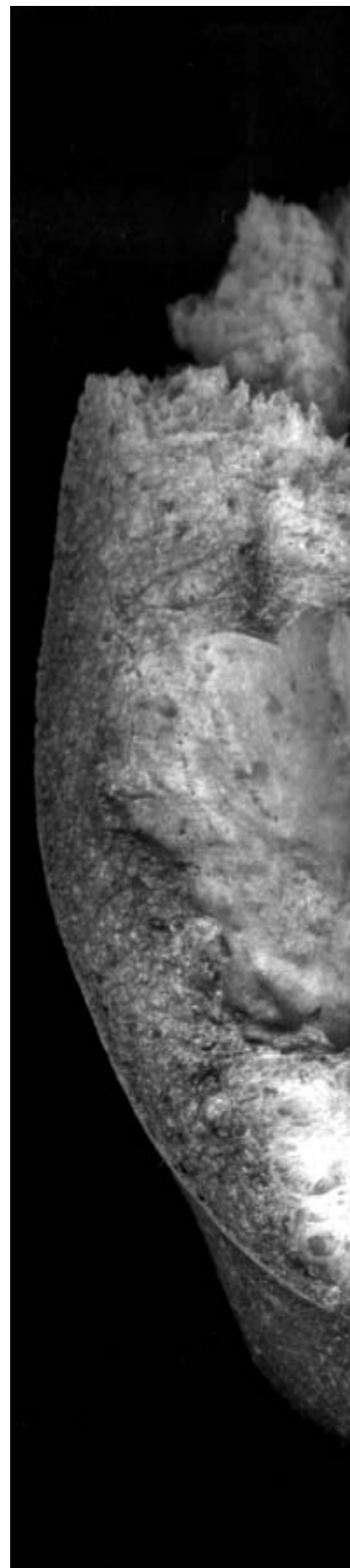
02/11/45 Ordonnance relative aux conditions d'entrée et de séjour en France des étrangers

24/04/97 Loi Debré sur l'immigration, rectifiant l'ordonnance de 45

11/06/98 Loi Chevènement, introduisant des dispositions nouvelles à l'ordonnance de 45

19/12/02 Circulaires Sarkozy, modifiant les conditions d'application de cette loi

10/01/03 Circulaire rectificative de la précédente



La France préfère laisser à leur sort les homosexuellEs et transsexuellEs persécutéEs

C'est dans un climat sécuritaire marqué par la reprise des expulsions par charters que le prochain projet de loi sur le droit d'asile va être examiné à l'Assemblée. Ce projet remet en cause des acquis fondamentaux en matière d'accueil de tous les étrangerEs persécutéEs pour des raisons politiques ou relatives à leur appartenance à un groupe social, telles que l'orientation sexuelle ou l'identité de genre.

La Convention de Genève de 1951, article 1° A 2, relative au statut des réfugiés stipule clairement que toute personne subissant des persécutions ou les «craignant», peut bénéficier du droit d'asile conventionnel*. Pour les homosexuellEs et les transsexuellEs persécutéEs l'application de cette notion de crainte est systématiquement refusée, n'étant pas considérée comme une raison suffisante pour obtenir un statut de réfugiéE. Lors de la constitution d'un dossier, les homosexuellEs et transsexuellEs rencontrent de nombreux obstacles, notamment celui de la non-reconnaissance des persécutions homophobes qu'ils ou elles ont subi. Ils/elles doivent apporter des preuves concrètes (les articles de loi du pays d'origine ne suffisant pas) des persécutions subies mais également prouver leur homosexualité (!) devant les autorités de l'OFPPRA et du CRR. Ces derniers les suspectent constamment de ne pas être « réellement » homosexuellEs, car pas assez efféminés ou pas assez butch. La discrimination se perpétue donc au sein même du pays sensé les accueillir. Rappelons qu'en 1996, le HCR (issu des Nations Unies) a estimé de manière générale que «les individus victimes d'agressions physiques, de traitements inhumains ou de discriminations graves en raison de leur homosexualité doivent être considérés comme des réfugiés si leur pays ne peut ou ne veut les protéger».

Aujourd'hui tout laisse penser que la France se dirige, ainsi que d'autres pays européens, dans une voie visant clairement à restreindre le droit à la protection destiné aux étrangers persécutés ou craignant de l'être. Le projet de loi sur le droit d'asile élaboré par le ministère de l'Intérieur, laisse apparaître des ambitions plus qu'inquiétantes. Il propose par exemple d'associer l'Intérieur à la tutelle de l'OFPPRA, remettant gravement en cause son indépendance : actuellement, l'OFPPRA ne dépend que du ministère des Affaires Étrangères. De plus, il est également prévu que les représentants du HCR, chargés de surveiller l'application de la convention de Genève au sein de l'OFPPRA, n'auraient plus qu'un rôle de coopération. A une question qui lui était récemment posée au sujet des modalités des dernières expulsions, le ministre de l'Intérieur a clairement affirmé que la France n'avait pas à informer les nouveaux arrivants sur leurs droits et les démarches à faire pour obtenir légalement le droit de rester sur le territoire. Pourtant Nicolas Sarkozy, qui se pose en modèle en matière de respect de l'application de la loi, n'est pas sans savoir que les autorités administratives ont l'obligation de permettre «un accès simple aux règles de droit qu'elles édictent» (art 2 - loi n° 2000-321 du 2 avril 2000 relative à l'accès aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations). Autrement dit, la police des frontières et l'OFPPRA doivent mettre tous les moyens en œuvre pour informer le plus justement les nouveaux arrivants de tous leurs droits, y compris le droit d'asile.

Le gouvernement français applique une politique sécuritaire mettant en danger la vie des étrangerEs persécutéEs. La création, dans le projet de loi, d'une protection subsidiaire de préférence à l'asile territorial ne fait qu'appauvrir encore plus le droit d'asile. La version de Nicolas Sarkozy accentue l'aspect précaire et révoquant du statut proposé au demandeur pour mieux le débouter. L'accélération de la procédure d'asile, s'il s'agit d'un étranger persécuté originaire d'un pays qui serait considéré comme «sûr» en est un exemple. La Convention de Genève prévoit une nécessaire solidarité internationale pour venir en aide aux réfugiés. La notion de «pays sûr» est un mode de refoulement collectif. En outre, en accord avec la politique européenne d'immigration et d'asile dont un des objectifs est la dissuasion préventive, le projet français propose l'asile interne. Il est absurde de penser qu'une protection des personnes persécutées puisse être possible dans leur pays d'origine, alors que c'est dans ce pays même que s'exerce la persécution. L'asile interne est un contournement inacceptable du droit d'asile. Autant dire que la situation est plus qu'alarmante, le gouvernement profite de cette question de régulation des flux migratoires pour, ni plus ni moins, porter un coup fatal au droit d'asile déjà bien malmené.

C'est pourquoi nous continuerons de nous battre pour que soit reconnu le statut de réfugiéE pour les homosexuellEs et transsexuellEs persécutéEs dans leur pays, c'est-à-dire l'inscription claire de l'«orientation sexuelle» et de l'«identité de genre» dans l'article 1° A 2 de la Convention de Genève et pour que soient respectés les droits des demandeurs d'asile.

* Le droit d'asile conventionnel est appelé ainsi car il dépend de la Convention de Genève. Il est plus connu sous l'appellation « asile politique » car depuis les années 80, la plupart des demandes d'asile satisfaites l'ont été pour des raisons politiques.

La palme du mois

Charlie hebdo

Le dessin montre Edwy Plénel se faisant enculer par un Africain nu et souriant, tenant un javelot à la main. La légende est éloquente : «*Il ne faut pas confondre Edwy Plénel et étui pénien*». Cela se trouve dans les pages centrales de Charlie Hebdo du 5 mars 2003. On ne compte plus les dessins homophobes et sexistes du journal. Il s'agit d'un véritable fonds de commerce. Vous voulez dire que Raffarin est vendu aux patrons ? Vous le montrez en train de sucer Sellières. Bush est le VRP du lobby pétrolier ? Montrez-le avec une pompe à essence dans le cul. Pour Charlie Hebdo, sucer, se faire baiser, se faire enculer sont des pratiques sexuelles qui relèvent de la soumission, l'humiliation, la démission politique. Le journal renvoie à la gueule de touTEs ceux et celles qui aiment le sexe des images révoltantes de leurs pratiques. Même la droite, qui vient d'adopter le principe de pénalisation de l'homophobie et du sexisme, est plus évoluée que Charlie Hebdo. C'est dire le niveau du journal.

20 ans

Le magazine 20 ans a publié dans son numéro de février 2003 un dossier intitulé «13 bonnes raisons de ne pas coucher». Parmi ces bonnes raisons, «Je suis fatiguée», «Je n'ai pas fait mon épilation maillot» ou encore «J'attends le prince charmant». Et au milieu de tout cela, la réponse à la question angoissée : «Il est peut-être malade ?» Citation in extenso : «Le sida a foutu un blues énorme et une appréhension bien justifiée. Mais il n'y a pas que le sida ! L'hépatite B, l'herpès, les gonocoques, et même la syphilis, qui fait un come-back effroyable... Franchement, même avec un bon préservatif, un bon gel, et une crème spermicide ultradouce, il faut être suicidaire pour tenter le diable. Bien maligne celle qui peut repérer le fou, l'inconscient et le naïf total, susceptible d'être porteur sans même le savoir...»

Pour 20 ans, la capote n'est pas fiable ; coucher avec une personne atteinte du VIH ne peut être que «suicidaire» ; un séropositif ne peut être qu'un fou, un inconscient ou un naïf total, qu'il est vraiment dommage de ne pas pouvoir repérer. «Repérer» le séropositif, c'est l'idéal que propose 20 ans en matière de prévention. Il n'y a qu'à nous tatouer sur le front le mot «sida» et nous empêcher de baiser, l'épidémie cesserait de progresser. Le magazine ne propose pas encore de nous parquer dans un sidatorium. Mais il est clair que ce serait, aux yeux de sa rédactrice en chef, Isabelle Chazot, le meilleur moyen pour les séronégatifs de baiser en paix.

La rédaction se défend en invoquant l'humour et le second degré et se refuse à toute excuse et à toute mise au point sur le VIH, le dépistage ou les comportements de prévention. Isabelle Chazot trouve donc très drôle et ironique de dire à ses lecteurs et lectrices que la capote, ça ne marche pas. Et elle ne comprend pas pourquoi nous nous sentons insultés quand son magazine affirme que les séropos sont des fous ou des inconscients. Elle ne comprend pas notre colère quand 20 ans met sur le même plan l'«épilation maillot» et le sida, qui tue 10 000 femmes, hommes et enfants par jour. L'épilation maillot : combien de morts ? Combien d'hospitalisations ?

20 ans touche plus de 900 000 personnes, majoritairement un public jeune, féminin. Ce lectorat fait partie des personnes les plus exposées au VIH. A toutes ces personnes, Isabelle Chazot affirme que les outils de prévention sont inutiles et qu'il faut stigmatiser les séropositifs. Grâce à elle, l'épidémie a encore de beaux jours devant elle auprès de ses lecteurs et lectrices. Ce genre de discours n'a, depuis 10 ans, jamais été diffusé dans un média grand public, en dehors de la presse d'extrême-droite. Isabelle Chazot ne partage sans doute pas les mêmes combats que Jean-Marie Le Pen, mais elle les relaie avec beaucoup d'enthousiasme.

Dernière minute : à l'heure où nous terminons ces pages, nous découvrons dans le dernier numéro de 20 ans, une interview d'Alain Soral, pseudo-sociologue qui y tient des propos véritablement homophobes, racistes et mysogynes. Affaire à suivre dans la rubrique action publique.

EN VENTE
DVD PLUS DE 200 TITRES
VHS PLUS DE 2000 TITRES
France - Europe - USA - Russie

TOUS LES GRANDS LABELS



Projections
en cabine
Romans
Albums
photo
Guide
SPARTACUS
2003 - 2004
Gel - Arômes

VIDEOVISION
Europe
soutient
ACT UP



CATALOGUE
GRATUIT
sur simple
demande

contactez nous
par email
ou par téléphone

contactez nous
par courrier

www.cadinot.fr
 tous les contacts sont sur les pages
 de votre livret de commande
 ou à l'adresse : contact@cadinot.fr



	Taille	Prix	Couleur	Qté	Montant
- Tee-Shirt Silence=Mort, Colère=Action, Action=Vie	S n M n L n XL n	15 €			
- Tee-Shirt logo Act Up-Paris [bleu nuit (S, XL), bleu clair (S, XL), vert, jaune, bordeaux (L, XL), blanc (S, M)]	S n M n L n XL n	15 €			
- Tee-Shirt Knowledge is a weapon [noir, bleu nuit, vert (S), rouge (XL)]	S n M n L n XL n	15 €			
- Tee-Shirt Ignorance is your enemy [noir, bleu nuit, bleu ciel, rouge]	S n M n L n XL n	15 €			
- Tee-Shirt Knowledge is a weapon ou Ignorance is your enemy (col V) [noir, bleu ciel, kaki]	XS n	15 €			
- Débardeur Knowledge is a weapon ou Ignorance is your enemy, bretelles [noir, rouge]	XS n	15 €			
- Tee-Shirt agnès b. Femmes 8 mars 2003, blanc, lettres roses	S n M n L n XL n	15 €			
- Tee-Shirt Isabel Marant REACT UP, noir lettres roses	XS / S n	15 €			
- Tee-Shirt Isabel Marant REACT UP, noir lettres roses, manches longues	M / L n	20 €			
- Tee-Shirt Noir Désir Le vaisseau de l'espace, motif noir/rouge et jaune [noir, rouge]	S n M n L n XL n	15 €			
- Sweat-Shirt Noir Désir capuche Le vaisseau de l'espace, motif noir/rouge et jaune [noir, bordeaux, kaki]	M n L n XL n	35 €			

Remplir les cases et préciser le montant total de l'achat en incluant les frais de port. Frais de port : 3 € Total :€

Complétez et retournez le ou les talon(s) ci-dessus accompagné(s) du règlement à l'ordre d'Act Up à Act Up-Paris / VPC - BP 287 - 75525 Paris Cedex 11.

avec vos coordonnées : Prénom - NOM

Adresse complète

Vous pouvez nous joindre au mail : stands@actupparis.org

