

**DONORS
MUST PAY**

**EMERGENCY
FOR
GLOBAL**

**ICT'S
R
L FUND**

Action

la lettre d'Act Up-Paris n°116 Février 2009

Action, la lettre d'Act Up-Paris

Ours

Directrice de publication

Marjolaine Dégremont.

Rédactrice en chef

Claire Vannier. publications@actupparis.org

Ont participé au numéro

Emmanuel Château, Marie Cuilliez, Marjolaine Dégremont, Chloé Forette, Audrey Grelombe, Clémence Garrot, Nathalie Grillon, Héléne Hazéra, Caroline Izambert, Nicolas Hervé, Jonas Le Bail, Pauline Londeix, Eric Marty, Sylvain Morin, Frédéric Navarro, Sibylla Péron, Mickaël Quillou, Stéphane Vambre, Claire Vannier.

Février 2009

Ce journal est réalisé par les militantEs d'Act Up-Paris. Il est tiré à 14 000 exemplaires. Il ne peut être vendu. La reproduction des articles est autorisée à condition d'en citer la source : Action, la lettre d'Act Up-Paris.

Imprimeur : Expressions II - 10 bis rue Blisson - Paris XX^e.

ISSN 1158-2197 - Dépôt légal à parution.

CPPAP 0613 H 89461.

Sommaire

Edito p2, Act Up en actions p4, Dossier International (DI) : Urgence Fonds Mondial p6, DI : Yes we can p9, DI : Propriété intellectuelle p10, DI : Brève Roche en Corée p12, DI : Homophobie au Sénégal p13, Action=Vie : la judiciarisation de la transmission du VIH p15, Droits sociaux : la loi HPST p19, sida is disco p22, Trans : stand by des autorités p24, Homophobie : don du sang p26, EtrangerEs : ALME et expulsions p27, Prévention : Aides et le bareback p28, Danser=Vivre au Shwocase p30, Soutenez Act Up p31, 1^{er} décembre p32.

Gardons le contact

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

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

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

- Consultez notre site internet : www.actupparis.org

Abonnement & Diffusion

Rose_Rachel Rebelle diffusion@actupparis.org

Pour vous abonner à Action, envoyez vos coordonnées et 8 € (ou 18 € pour un abonnement de soutien) à l'adresse suivante :

Act Up-Paris - BP 287 - 75525 Paris Cedex 11

Le 5 février dernier, nous organisons une Assemblée Générale sur la pénalisation de la transmission du VIH, précédée d'une tribune dans *Le Monde* et suivie d'un débat sur France Culture. Cette question, enfin portée sur la place publique, confirme ce que l'on redoutait : il y a deux mondes qui se croisent difficilement - celui de la lutte contre le sida (militantEs, malades, médecinEs, chercheurEs) pour qui la pénalisation est contre-productive et celui de la « majorité » pour qui le sida existe à peine, et qui aimerait bien voir en tout séropositifVE unE coupable potentielLE. Le système juridique se croit clairvoyant et condamne pour « administration de substance nuisible entraînant une infirmité à vie » les séropositifVEs accuséEs d'avoir transmis le VIH. La Justice n'hésite pas alors à envoyer en prison des personnes déjà fragilisées physiquement et psychologiquement par la maladie, les condamnant sans preuves tangibles. Ces accuséEs devraient être acquittéEs en bénéficiant de la présomption d'innocence. La justice pense être face à des délinquantEs, sans tenir compte du nombre de contaminations annuelles, sans se poser la question du pourquoi des contaminations, sans pouvoir imaginer ce que c'est que de vivre le sida au quotidien. Certes, les séropositifVEs se doivent d'être responsables, mais c'est également le cas de tout le monde. Pourquoi face au sida les seulEs séropos devraient être investiEs de cette responsabilité ? Les contaminations continuent au même rythme désespérant. Et les campagnes publiques de prévention d'être toujours

aussi affligeantes : si, par exemple, au lieu de dire « Avant d'arrêter le préservatif, faites le test », l'INPES avait le courage de prendre à bras le corps le thème des relations extraconjugales pour alerter sur les risques d'absence d'utilisation de capotes dans un couple parce qu'il veut se croire « fidèle », combien de contaminations auraient pu être évitées ?

Patient, sois rentable ou ferme-la

Tandis que la loi HPST¹ est discutée au Parlement, l'avenir n'est pas rose pour nous, malades du sida en France : Nicolas Sarkozy et Roselyne Bachelot détruisent chaque jour davantage le système de santé. Voilà que nous sommes des malades non rentables. Les services des maladies infectieuses coûtent trop chers comparés à d'autres services, comme la chirurgie, qui font des bénéfiques. Selon les nouveaux principes instaurés par ce gouvernement, les services publics doivent désormais être rentables ou fermer. Pourtant le rôle d'un service public est bien de rendre *service à toute* la population. Les principes de solidarité qui fondent la Sécurité Sociale et le système hospitalier public sont bafoués et la France va rejoindre la trop longue liste des pays à la santé privatisée. Comme dans les pays anglo-saxons, nous allons vers une médecine à deux vitesses : des centres médicaux privés de pointe pour les riches et des hôpitaux surchargés et à la traîne pour les pauvres. Qu'à cela ne tienne, prenez des mutuelles ! Facile à dire alors qu'une séropositive sur deux vit en dessous du seuil de pauvreté...

Où sont les 5 milliards qui manquent au fonds mondial ?

Les membres du G8 sont sans doute trop occupés à renflouer les banques et à colmater les brèches d'une économie en déroute pour trouver quelques milliards de plus pour sauver des vies. Pour Nicolas Sarkozy, il est visiblement plus aisé d'envoyer madame faire risette au Burkina Faso et pointer les défauts de financement de l'Italie que de prendre ses responsabilités dans la lutte contre le sida. Pour respecter les engagements du G8, la France doit augmenter sa contribution au fonds mondial. Nicolas Sarkozy ne veut pas l'entendre.

Act Up-Paris aura vingt ans en juin. Il y a dix ans nous disions « 10 ans de trop ! », aujourd'hui nous sommes hélas vingténaires. Et pour cause : Act Up-Paris est toujours debout contre la destruction de l'hôpital public, contre l'homophobie, contre la pénalisation de la transmission du VIH, pour l'accès aux traitements dans les pays du Sud, pour obtenir de nouvelles molécules, pour plus d'égalité devant l'accès aux soins et l'accès au logement, pour que les contaminations cessent, et tant d'autres choses encore.

Pour qu'Act Up-Paris n'ait plus besoin d'exister dans encore 10 ans, rejoignez-nous.

Marjolaine Degremont
Présidente

1- Hôpital Patient Santé Territoire : projet de loi visant à réorganiser la gouvernance de la santé



30 novembre
Soirée Protocoles Club
Act Up au Showcase



1^{er} décembre
Zap au Palais de justice pour protester
contre la criminalisation des séropos



1^{er} décembre
Manifestation d'Act Up
« sida : prévenir, ne pas punir »



6 décembre

Interpellation de Roselyne Bachelot
lors de la conférence de Dakar



29 janvier

Participation à la manifestation
de la journée de grève générale



5 février

Assemblée générale
« Pénalisation de la transmission »

Urgence, Fonds Mondial

Aujourd'hui, le Fonds Mondial a besoin de 5 milliards de dollars supplémentaires d'ici 2010 pour continuer de fonctionner et de financer ses programmes normalement. Si les pays riches refusent de revoir leur contribution à la hausse et que le Fonds ne trouve pas ces milliards de dollars, les conséquences se chiffreront en millions de morts.

A quand un plan de relance pour la lutte contre le sida ?

Aujourd'hui, le Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme est le premier financeur multilatéral de la lutte contre les trois pandémies les plus meurtrières au monde. Fondé en 2001 par les pays du Nord, il finance dans de nombreux pays du Sud, des programmes de prévention, d'accès aux soins et aux traitements ARV, de formation du personnel soignant, et de renforcement du système de santé. Jusqu'au huitième cycle d'appel à projets, approuvé en novembre dernier à New Delhi, l'argent disponible dans les caisses avait toujours été supérieur aux demandes de financement formulées par les pays du sud. Lorsque divers scénarios avaient été présentés lors de la conférence de reconstitution du Fonds en septembre 2007 à Berlin, les pays riches, dont la France — alors qu'il était déjà très vraisemblable que le Fonds allait se trouver avec de sérieux problèmes de trésorerie rapidement, ont déclaré qu'ils redonneraient de l'argent le jour où la demande dépasserait les sommes disponibles dans les caisses du Fonds. Au round 8, les demandes de financement ont explosé.



Décisions de Delhi

Jusqu'à la réunion de son Conseil d'Administration (CA) à Delhi, en novembre 2007, l'argent disponible dans les caisses du Fonds Mondial était toujours supérieur à l'argent dépensé. Mais, à Delhi, les 7 et 8 novembre 2008, et pour la première fois de l'histoire du Fonds Mondial, le CA s'est retrouvé confronté à un nombre de projets de qualité supérieur à l'argent effectivement disponible dans les caisses du Fonds.

Le CA du Fonds s'est donc trouvé dans la position de devoir faire un choix et d'opter pour une des options qui s'offraient à lui : soit financer l'ensemble des projets évalués comme étant de qualité et chercher dans un second temps l'argent pour les cycles suivants, soit ne pas financer l'intégralité des projets tout de suite, en effectuant des coupes budgétaires sur les projets sélectionnés, de façon à laisser « artificiellement » de l'argent dans les caisses.

Le CA du Fonds, sous pression de ses principaux contributeurs, la France, les Etats-Unis et le Royaume-Uni notamment, a opté pour la seconde option — et ce, seulement quelques jours après que Nicolas Sarkozy ait réussi à injecter des sommes colossales pour «sauver» les banques. Des coupes budgétaires ont donc été adoptées — non pas à l'unanimité et « sans opposition », comme l'ont déclaré certains mais par des menaces exercées par les pays du Nord sur les pays du Sud pour qu'ils se prononcent en faveur de ces coupes budgétaires. Quant aux représentants des ONGs, ils ont voté contre cette diminution. Des coupes ont donc été réalisées sur l'ensemble des projets financés, représentent 10 % sur les phases 1 (deux premières années de financement des programmes) et de 25 % sur les phases 2 (trois dernières années de financements des projets).

Quelques jours plus tard, le 13 novembre 2008, les députés français adoptaient le Projet de Loi de Finance 2009-2011) où le budget de l'Aide Publique au Développement (APD) était réduite à peau de chagrin, on parle de la mort de l'aide bilatérale française avec une

année blanche en 2009. Si les manipulations chiffrées du gouvernement laisse entendre que l'APD globale augmente légèrement, il n'en est rien, en effet l'APD réelle ne dépasse pas 30% de l'APD officielle. Et ce sont donc des projets entiers et plus particulièrement les programmes santé qui vont être stoppés, annulation par exemple, de l'engagement français à Madagascar ou des programmes de formation de personnels soignants au Burkina Faso). Les coupes sont si vastes qu'en 2009, l'Allemagne dépassera la France dans son aide bilatérale vers l'Afrique, une première. Si l'on prend la seule sous-région Afrique de l'Ouest, l'aide française bilatérale baissera en 2009 de 80%.

La crise financière : excuse et conséquences

La plupart de nos ennemis, ne cessent de mettre en avant le fait que jamais le Fonds Mondial n'avait financé autant de projets de qualité qu'en novembre 2008.

Certes, mais, une fois de plus, l'argent décaissé reste toujours bien inférieur aux besoins réels estimés par ONUSIDA.

Aujourd'hui, à travers le monde, seules 30 % des personnes vivant avec le VIH/sida qui en ont besoin, ont accès à un traitement. 7 millions de ces personnes vivent en Afrique subsaharienne. De plus, et comme l'illustre bien le compteur mis en place par AIDES pour le 1^{er} décembre, nous sommes toujours dans une phase de la pandémie où le nombre de contaminations est supérieur au nombre de personnes mises sous traitement. Ralentir les efforts aujourd'hui alors qu'il faudrait au contraire augmenter de 200 % les mises sous traitement, sachant parallèlement que l'on a développé des outils qui permettent d'atteindre l'accès universel, revient à laisser gagner beaucoup de terrain à la pandémie, et représente une véritable trahison pour les malades au Sud.

Ensuite, la crise financière — qui sert d'excuse aux pays riches pour ne pas augmenter leur contribution au Fonds Mondial et à la lutte contre le sida — va favoriser l'accélération des contaminations par le VIH/sida ainsi que des co-infections avec la tuberculose et le paludisme. Elle risque en effet de plonger de plus en plus de monde, notamment dans les pays les plus pauvres, même si ce sera également le cas dans les pays dits « intermédiaires » et les pays du Nord, dans une précarité encore plus forte. La précarité favorise les prises de risques, et notamment les risques d'expositions au VIH/sida et de contaminations. Si les pays riches réussissent à dégager des milliards pour «sauver» leurs banques, il peuvent et doivent dégager les fonds nécessaires pour éradiquer les trois grandes pandémies les plus meurtrières.



Mobilisation activiste : de Dakar à New York

A Delhi, les ONG ont été les seules à s'opposer clairement aux coupes budgétaires imposées par les principaux contributeurs, les pays riches, c'est-à-dire ceux dont la parole a le plus de poids au sein du CA du Fonds.

Pendant le Conseil d'Administration, Act Up-Paris a communiqué aux côtés de la Coalition PLUS pour dénoncer ces coupes et les procédés employés pour les faire adopter. Le 25 novembre 2008, à Paris, Act Up-Paris participait à l'organisation d'une conférence de presse aux côtés de Sidaction, Solidarité Sida, Oxfam, Action for global health-France, la Coalition PLUS, Avocats pour la santé dans le monde, à l'Hôtel de ville.

La salle de conférence était pleine, les retombées médiatiques ont été importantes dans la semaine qui a suivie. Ont eu lieu une intervention de Sébastien Fourmy d'OXFAM- France, qui s'est livré à une excellente analyse de l'APD 2009 française, puis une intervention d'Act

Up-Paris pour expliquer dans quel contexte et comment intervenaient les coupes budgétaires faites à Delhi. Eric Fleutelot, de Sidaction, a expliqué les conséquences de la baisse de l'aide bilatérale française et des coupes de Delhi en terme d'objectifs d'accès universel aux traitements d'ici 2010. Au rythme actuel, ces objectifs ne seraient atteints qu'en 2025. Enfin, le Dr. Bintou Dembele, présidente d'ARCAD SIDA au Mali, venue spécialement pour la conférence de presse, a expliqué les conséquences des coupes de Delhi sur l'accès aux traitements, et comment elles seront effectuées sur le terrain. Selon Bintou Dembele, ces coupes se traduiront nécessairement par un choix des personnes qui seront mises sous traitement, et celles qui ne pourront pas.

La CISMA a Dakar

A Dakar, pendant la conférence internationale sur le sida et les IST en Afrique (CISMA) la guerre de la communication et des conférences de presse s'est accélérée.

Lors de la conférence de presse de Roselyne Bachelot-Narquin, le 6 décembre, nous avons pu interpellé le ministre, seule représentante du gouvernement français, sur la faible contribution de la France au Fonds Mondial ainsi que sur la baisse considérable de l'APD. Juste après, les ONG et associations d'activistes africaines, américaines et européennes ont tenu une conférence de presse, au cours de laquelle des acteurs de la lutte contre le sida au Tchad, en Afrique du Sud, en Zambie et au Cameroun ont pu expliquer les conséquences directes des coupes effectuées à Delhi dans la lutte contre la maladie dans leurs pays.

Quelques heures avant, Hakima Himmich de l'ALCS Maroc avait la parole en plénière et, avant d'entamer sa brillante présentation a donné la parole à Olayde Akanni, activiste nigériane, pour qu'elle lise un discours qui a été ovationné, appelant les pays riches à tenir leurs promesses. A l'occasion de l'ouverture du forum du partenariat du Fonds — qui se tenait à Dakar dans la foulée de la CISMA, le premier ministre sénégalais Cheikh Hadjibou Soumaré, est intervenu en tenant des propos particulièrement engagés, appelant les pays riches à tenir leurs promesses, et se « *refusant à croire que les pays riches allaient être ceux qui allaient laisser tomber les pays du Sud, les pays d'Afrique (...), alors que quelques semaines auparavant, ceux-ci avaient pu sans problème dégager des milliards pour sauver leurs banques* ».



De New York à Davos : Objectif Madrid.

Début janvier, Act Up-Paris avec une partie de la délégation ONG du Nord au Fonds Mondial, étaient invités à New York à participer à une réunion activiste, dans le but de définir les stratégies possible pour mobiliser les 5 milliards de dollars qui manquent d'ici 2010. Nous avons décidé de lancer une campagne mondiale, un peu sur le modèle de la campagne de 2002 «where is the \$10 billion?»^[13], qui s'intitule

«Finding five» (trouver les 5) ou «(Re)Mind the Gap» («se rappeler du fossé» — entre l'argent dont on a besoin et celui qui est effectivement disponible / «faire attention au fossé»).

Une coalition activiste est donc en train de se former pour mener à bien cette stratégie.

Le 29 janvier 2009, jour de l'ouverture du forum économique mondial, les mêmes ONG du Nord, depuis Davos en Suisse, organisaient une conférence de presse. Convie à y participer, le président du Fonds Mondial, Rajat Gupta, a annoncé que l'argent dont avait besoin le Fonds d'ici 2010 s'élève à 5 milliards de dollars. Il a appelé les pays riches à augmenter, plus tôt que prévu, leur contribution au Fonds.

En avril 2009, se tiendra à Madrid, la conférence de reconstitution à mi-parcours du Fonds Mondial. Un plan d'urgence doit être trouvé, sinon les conséquences se chiffreront en millions de nouvelles contaminations et co-infections, en millions de personnes non soignées, et en

millions de morts au Sud. La crise financière, invoquée par les donateurs pour ne pas augmenter leur contribution ne saurait être une excuse acceptable, d'autant plus qu'elle risque de plonger des millions d'individus dans la précarité, qui les exposera encore plus massivement à des prises de risques et de contaminations.

Alors qu'en juillet dernier, à l'occasion du G8 du Toyako, Nicolas Sarkozy réitérait les promesses d'objectifs d'accès universel aux traitements d'ici 2010, il est clair que dans les conditions actuelles ces objectifs ne seront atteints qu'en 2025.

C'est pourquoi, nous demandons à la France, qui finance un plan de relance d'Airbus à hauteur de 5 milliards d'euros, qu'elle annonce au plus vite une augmentation de sa contribution au Fonds Mondial à hauteur des besoins et de l'urgence réels.

TRAITEMENTS POUR TOUS:

**TENEZ VOS
PROMESSES**

Yes, we can. Obama a 100 jours pour tenir ses promesses

Lors des primaires, les candidatEs, démocrates comme républicainEs, ont adopté une liste d'engagements, proposés par les activistes de la lutte contre le sida, pour «mettre fin à la pandémie » dans les 100 jours suivants leur élection à la maison blanche. **Aujourd'hui, le président élu, Barack Obama, doit mettre en place une véritable stratégie nationale de lutte contre le sida aux Etats-Unis**, incluant :

- Un réel accès aux traitements pour toutes les personnes vivant avec le VIH aux Etats-Unis. Un pays où aujourd'hui encore, des milliers de personnes n'ont toujours pas accès aux trithérapies, de la même manière qu'elles n'ont toujours pas accès à une prise en charge médicale, bien trop chère et souvent partiellement remboursée.
- L'accès à un logement pour les personnes vivant avec le VIH/sida, condition indispensable pour une vie à peu près décente permettant une bonne observance. Aujourd'hui pour avoir accès à un logement lorsque l'on est séropositifVE aux Etats-Unis, il faut être en stade sida. La nouvelle Administration élue doit faire de l'accès au logement une priorité.
- La prévention du VIH doit s'amplifier et être menée de manière stratégique, globale et effective. Pour cela, la prévention du VIH chez les jeunes ne peut être basée sur des programmes d'abstinence. L'accès à l'information est un droit. L'interdiction de l'échange de seringues doit être levée, car la politique de réduction des risques à l'égard des usagerEs de drogue a depuis bien longtemps fait ses preuves en terme d'efficacité dans les pays où elle a été mise en place. Des campagnes de prévention spécifiques doivent être menées à l'attention de toutes les minorités et la lutte contre les discriminations dont sont victimes ces minorités doit être renforcée.

Les Etats-Unis, comme les autres puissances économiques, doivent augmenter de toute urgence leur contribution à la lutte contre le sida au niveau mondial, en augmentant leur contribution bilatérale via le Programme d'urgence du Président pour la lutte contre le sida (PEPFAR ou President's Emergency Plan For Aids Relief) mais aussi notamment en augmentant la part de PEPFAR allouée au Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, auquel PEPFAR a contribué à hauteur de 3,3 milliards depuis la création du Fonds en 2001, soit près de 27 % de la totalité du Fonds.

We will not rest in peace !

Site internet : <http://www.100daystofightaids.org/>





Combattre la propriété intellectuelle partout où elle tue

Aujourd'hui, à travers le monde, 70 % des malades du sida qui ont besoin d'antirétroviraux n'y ont pas accès. Alors que le Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme a besoin de 5 milliards de dollars d'ici 2010 pour continuer à financer ses programmes, et notamment l'achat de médicaments pour les pays du Sud, les pays du Nord refusent d'augmenter plus tôt que prévu leur contribution en utilisant comme prétexte la crise financière. Une solution doit être trouvée pour répondre à la pandémie qui est tue toujours 6 000 personnes par jour.

Nord/Sud : inégalités face aux traitements

Depuis 1996, Act Up-Paris se bat pour l'accès aux antirétroviraux pour touTEs, notamment dans les pays du Sud. Aujourd'hui seules 30 % des personnes vivant avec le VIH/sida à travers le monde ont accès à ces traitements. Au Sud se soigner reste donc un combat vital : en Afrique sub-saharienne, 7 millions de personnes sont toujours en attente de traitement. En plus de dix ans, le prix des trithérapies de première ligne a sensiblement baissé grâce à l'arrivée sur le marché des copies de médicaments, notamment importés d'Inde - avant que ce dernier n'adopte les accords de l'Organisation Mondiale du Commerce (OMC). Mais les nouveaux traitements, dits de seconde ligne, tout juste arrivés sur le marché, sont plus performants et moins toxiques, mais restent encore inaccessibles dans de nombreux pays.

Les flexibilités des accords de l'OMC inapplicables

Alors que les pays qui en définissent le besoin pourraient en théorie produire une version générique de n'importe quel médicament breveté (en émettant une licence obligatoire), dans la pratique, ces flexibilités inscrites dans les accords de l'OMC et sensées garantir un accès à la santé pour touTEs, ne sont jamais appliqués. Chantage

Récemment, les pays qui ont utilisé ce droit se sont vus menacer à plusieurs reprises par les puissances du Nord. En 2006, le géant américain Abbott menaçait la Thaïlande de se retirer du marché thaïlandais, en réaction à l'annonce du pays d'émettre une licence obligatoire sur le Kaletra®, et ce après que les négociations entre les autorités sanitaires thaïlandaises et la firme américaine aient échoué. En février 2008, le commissaire européen au commerce, Peter Mandelson, envoyait un courrier à Bangkok, menaçant le pays de rétorsions économiques de la part des pays de l'Union européenne si celui-ci émettait une licence obligatoire sur le Plavix® — le médicament phare du géant français Sanofi-Aventis pour en produire une version générique fabriquée en Thaïlande — comme il le projetait.

Alors que 2 millions de personnes meurent encore chaque année du sida à travers le monde, les seuls pays à avoir utilisé les dispositions de l'OMC et produits des génériques

sur des médicaments brevetés sont le Brésil, l'Inde et la Thaïlande. Ces pays ont en commun d'être considérés comme des « pays intermédiaires » par la Banque Mondiale, et d'être donc des puissances économiques émergentes.

Alors que les flexibilités des accords de Doha doivent garantir un accès aux médicaments à bas prix, paradoxalement, jusqu'ici, aucun des pays les plus pauvres d'Afrique sub-saharienne n'a utilisé ces flexibilités pour répondre à la crise sanitaire. La plupart des médicaments de seconde ligne disponibles dans les pays les plus pauvres sont financés par le Fonds Mondial, ainsi que par les mécanismes d'aides bilatérales (comme PEPFAR, DFID, etc.).

La voie du patent pool

1- Qu'est-ce qu'est un patent pool.

L'avidité de l'industrie pharmaceutique et les abus de monopole dont celle-ci fait preuve depuis les débuts de la pandémie de VIH/sida doivent être sanctionnés car ils constituent un frein à la recherche. Pour remédier à cette impasse, le patent pool présente de nombreux avantages. Le patent pool (« communauté de brevets ») est une solution volontaire, où les laboratoires détenteurs de brevets ne se retrouvent pas « expropriés de leur brevet » par les pays en développement contrairement aux licences obligatoires, mais où ces laboratoires acceptent de faire entrer des médicaments brevetés dans le pool, en échange de royalties. Contrairement aux licences obligatoires — qui sont des actes administratifs lourds à produire et qui concernent à chaque fois un médicament dans un pays donné, le patent pool a l'avantage d'être une approche globale et volontaire. Un patent pool fonctionne donc comme une grande licence volontaire, émise conjointement par de nombreuses entreprises possédant chacune un brevet sur un aspect différent d'une seule et même technologie globale. Par exemple, la technologie « lecteur DVD » est couverte par plus de 50 brevets différents, détenus par près de 20 entreprises. Pour que cette technologie puisse être exploitée, les différentes entreprises détentrices de brevets ont dû s'organiser pour gérer ensemble son exploitation ; ils ont mis en commun leurs brevets respectifs dans un patent pool, qui a ensuite octroyé une licence globale, sur l'ensemble de la technologie DVD. Et les redevances reversées au pool par les exploitants sont plus élevées dans les pays du Nord que les pays en développement. Enfin, le patent pool reverse aux différentes entreprises qui ont contribué à cette technologie en faisant entrer leur brevet dans le patent pool.

2- Comment cela pourrait-il être appliqué aux antirétroviraux ?

Sur le plan médical, les antirétroviraux sont exclusivement utilisés en combinaison : ils forment ainsi un seul ensemble technique. La technologie 'antirétroviraux' n'est réellement utilisable avec succès qu'à la condition que le médecin dispose de 18 médicaments existants, et puisse librement en adapter la combinaison à chaque patient. Si les laboratoires pharmaceutiques détenteurs de brevets sur les antirétroviraux versaient leurs brevets sur ces médicaments dans un patent pool unique, ce patent pool serait en mesure d'autoriser la commercialisation de versions génériques de ces médicaments à travers tout le monde en développement. Grâce à la taille du marché concerné, et à la concurrence entre les laboratoires génériqueurs auxquels le patent pool octroierait des licences, les prix des médicaments diminueraient très fortement, et la technologie 'antirétroviraux' deviendrait enfin réellement abordable pour les pays en développement. La baisse des prix rendrait aussi beaucoup moins coûteux, pour les pays donateurs, la réalisation de l'objectif G8 2005 de l'accès universel au traitement du sida.

Entre mai 2006 et mai 2008, un groupe de travail de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) s'est réuni pour réfléchir aux enjeux de recherche, d'innovation et de propriété

intellectuelle, afin de soumettre un projet de résolution lors de l'Assemblée Mondiale de la santé (AMS) qui recommande de nouvelles façons de sortir de l'impasse actuelle et de répondre aux urgences sanitaires mondiales. La version adoptée in fine, retenait la possibilité du patent pool, comme un moyen innovant capable de répondre aux enjeux de la propriété intellectuelle et d'accès aux médicaments. Deux mois plus tard, lors de la réunion de son conseil d'administration, à Genève, UNITAID adoptait dans sa constitution le principe de patent pool et travaille à leur mise en oeuvre.

Si les patents pool constituent indéniablement une véritable piste pour répondre aux urgences actuelles en matière d'accès aux médicaments, de recherche et d'innovation, notamment dans les pays les plus pauvres, Act Up-Paris appelle toujours :

- Les pays les plus pauvres et en développement à utiliser les dispositifs actuels en matière de propriété intellectuelle en émettant des licences obligatoires sur des médicaments et d'en produire des versions génériques.

- Nicolas Sarkozy à réunir lors d'un sommet des dirigeants de pays en développement à Paris, pour qu'ils annoncent simultanément qu'ils émettent des licences obligatoires sur des médicaments — et ce de façon à ce qu'ils ne soient pas isolés et craignent des rétorsions de la part des pays du Nord.

- Le gouvernement sud-coréen à émettre une licence obligatoire sur l'inhibiteur de fusion le Fuzeon®.

Une licence obligatoire est un document administratif émit par les pouvoirs publics à un opérateur économique, lui permettant d'utiliser une technologie brevetée sans autorisation du titulaire du brevet — et avant l'expiration du temps de validité du brevet (20 ans). Dans le cas des médicaments, tout pays qui définit « son » urgence a la possibilité d'émettre une licence obligatoire sur un médicament.

Roche en Corée : le silence comme seule réponse aux malades du sida

En octobre, sous l'impulsion des activistes sud-coréens, Act Up-Paris organisait à Paris des actions en soutien aux malades du sida de Corée du Sud face aux agissements pour le moins criminels du laboratoire suisse Roche concernant son inhibiteur de fusion, le Fuzeon®. En effet, les négociations entre le laboratoire Roche et les autorités sanitaires sud-coréennes échouaient faute d'accord sur le prix de ce médicament dont Roche détient le monopole. Et Roche, arguant du fait que la Corée du Sud soit un pays intermédiaire et *a donc les moyens de payer*, décidait d'imposer un prix plus qu'élevé pour son médicament phare : 22 000 \$ par an et par personne. La Corée du Sud ne pouvant accepter ce prix et malgré les actions des activistes sur place, aujourd'hui le Fuzeon® n'est toujours pas disponible en Corée.

Sous la pression des activistes, les représentantEs de Roche France affirmaient en octobre que Roche Corée souhaitait trouver une «issue acceptable» et « débloquer la situation dans les plus brefs délais».. Plus de quatre mois après, rien n'a été entrepris par Roche pour rendre disponible sur le marché coréen l'inhibiteur de fusion.

Aujourd'hui, par une lettre ouverte, les activistes et associations de malades sud-coréens appellent leur gouvernement à utiliser les dispositions prévues par les accords de Doha en matière propriété intellectuelle, et à émettre de toute urgence une licence obligatoire sur le Fuzeon® (enfuvirtide), de façon à ce qu'une version générique puisse être produite à des prix abordables, dans les délais les plus brefs.



La lutte contre le sida pour impulser la dépénalisation de l'homosexualité

Quelques semaines seulement après la CISMA (Conférence sur le sida et les IST en Afrique), qu'accueillait Dakar ; 9 militants de la lutte contre le sida, dont certains séropositifs et sous traitements antirétroviraux étaient arrêtés pour leur homosexualité. Retour sur le contexte sénégalais dans toute sa spécificité.

Au début du mois de janvier à Dakar, 9 hommes étaient condamnés en raison de leur homosexualité à chacun 8 années de prison ferme. Détenus dans des conditions dramatiques depuis leur arrestation en décembre, survenue lors d'une soirée dans un appartement, où ont été saisi des vidéos jugées « pornographiques » (il s'agissait en fait de vidéos de prévention de l'association Aides), la communauté internationale attend désormais la libération des 9 hommes incarcérés et condamnés, arrestations dont les conséquences en terme de lutte contre le sida sont déjà prévisibles et seront bientôt palpables.

Le Sénégal est un des premiers pays d'Afrique à avoir su maîtriser la pandémie de VIH/sida lors de ses débuts, et ce, en effectuant des campagnes de prévention ciblées envers certaines catégories vulnérables comme les travailleurs/seuses du sexe. Le Sénégal est le premier pays au monde à avoir légalisé le travail du sexe dans les années 70. Incontestablement, cette reconnaissance et ce travail de prévention ont favorisés la lutte contre le développement du VIH dans le pays — dans les populations spécifiques, mais dans la population générale par la même occasion. C'est justement par le biais de la prévention à destination des travailleurs du sexe, que la question de l'homosexualité, ou plutôt des rapports sexuels entre hommes — toujours pénalisée dans le pays — a réussi à émerger au début des années 2000. Selon le rapport rédigé pour la session spéciale des Nations Unies sur le VIH/sida, en 2006, la prévalence à VIH au Sénégal s'élève à 1% de la population. Il s'agit là d'un des taux de prévalence à VIH les plus faibles d'Afrique. En revanche, selon des études datant de la même période, la prévalence à VIH/sida chez les MSM (1) atteint 21% dans le pays.

En février 2008, des photos montrant un « mariage » entre deux hommes dans des journaux locaux avaient déclenchés une avalanche de réactions homophobes ; des arrestations avaient été menées par les autorités, et des émeutes homophobes s'étaient

déroulées dans les rues de Dakar. Au-delà de ces cas d'homophobie médiatisés, les gays sénégalais sont au quotidien, les cibles d'exactions et intimidations de la police, de racket surtout pour ceux qui tiennent des commerces ou d'emprisonnement. Le Sénégal fait partie des pays qui ont la possibilité de punir l'homosexualité par 1 à 5 ans de prison ou par une forte amende. Craignant d'être interpellés ou agressés, les MSM qui fréquentaient jusqu'à lors les centres de prévention, de prise en charge et de dépistage depuis leurs mises en place progressives et plutôt récentes, ont désertés massivement ces centres, arrêtant même du jour au lendemain leur prise d'antirétroviraux. Du jour au lendemain, c'est l'ensemble des programmes de lutte contre le sida mis en place qui se sont retrouvés remis en cause.

Peu à peu, jusqu'à la conférence sur le sida et les IST en Afrique (CISMA/ICASA) qu'accueillait Dakar, en décembre 2008, et après un travail considérable des associations et des autorités en santé, la fréquentation de ces centres a progressivement repris.

Cette conférence a immédiatement été perçue par l'opinion publique comme « la conférence des gays. » Comme dans beaucoup de conférences, quelques sessions sont dédiées aux MSM (Men who have Sex with Men).

Les pédés comme objet d'étude d'observations scientifiques et sociologiques liées au sida.

Lors du discours de clôture de la conférence, Steave Nemande de Alternative Cameroun association de lutte contre le sida et de défense des droits humains, a présenté les homosexuels africains comme « une partie de la solution au problème du VIH sida », cette expression utilisée à la conférence internationale de Mexico pour les sex workers met en avant la nécessité de prendre en compte les minorités sexuelles dans la gestion de l'épidémie de sida. Recommandation soutenue par Safiatou Thiam, la ministre de la Santé qui a affirmé que le gouvernement sénégalais allait prendre en compte les « populations vulnérables » dans le combat contre le sida.

Les gays sénégalais comme population à protéger.

Le projet ELIHoS de l'Agence Nationale de Recherche sur le sida eu pour objectifs de mesurer la prévalence, l'accès aux soins et l'influence du contexte sur les comportements des MSM sénégalais et d'observer l'efficacité des actions menées par différents programmes dans leur direction. Cette étude a été menée par l'ANRS en 2007 auprès de 501 gays sénégalais localisés à Dakar, Thies Mbour et Saint louis.

Selon le projet ELIHos, la prévalence du VIH sida chez les gays sénégalais serait de 21, 8 %. A ce jour, la prévalence du VIH sida dans la population sénégalais est de moins de 1 %. 12 % des participants auraient eu des rapports hétérosexuels non protégés au cours du dernier mois avant l'enquête. Avec les programmes de prévention et d'accès aux soins qui ont été mis en place auprès des MSM avant et pendant cette enquête, les chiffres de prises de risques sexuels observés chez les gays ont connus une baisse. Les rapports anaux non protégés sont passés de 24 % à 9 %, pour les actifs et de 20 % à 10 % chez les passifs. Le chiffre des rapports hétérosexuels non protégés est passé de 18 % à 12 %.

C'est dans ce contexte qu'interviennent les récentes arrestations de Dakar, doublé d'un contexte pré-électoral dans lequel le président Wade cherche probablement à flatter une opinion publique majoritairement homophobe. En plus de constituer une atteinte dramatique aux droits humains, les récentes arrestations survenues au Sénégal fragilisent l'ensemble des efforts fait dans le pays en matière de lutte contre le sida, et ce, alors que le Sénégal accueillait le mois dernier la conférence sur le sida en Afrique dont le thème central était « Faire face aux réalités ».

action = vie

La judiciarisation de la transmission du VIH

INTRO

En France, aucun texte de loi ne réprime les séropositifs en cas de transmission du VIH. Pourtant, en 1991 lors de l'examen de la réforme des dispositions du code pénal, le Sénat avait adopté un amendement faisant de la transmission du virus du sida une infraction punissable d'un emprisonnement de trois ans et d'une amende. Suite aux pressions associatives, notamment d'Act Up-Paris, cette disposition avait ensuite été supprimée par l'Assemblée nationale.

Depuis plusieurs années, les procès liés à la transmission du VIH-sida se multiplient en France et dans le monde. Si les premières procédures judiciaires concernaient des hommes hétérosexuels, aujourd'hui elles concernent également des femmes ou des homosexuels. Plusieurs séropositifs ont été condamnés à des peines de prison et sont actuellement en détention. La position d'Act Up-Paris est relativement ferme, nous sommes opposés à toute forme de judiciarisation de la transmission du virus du sida, cela a été le mot d'ordre de notre dernière manifestation du 1er décembre. Sur cette position, il y a évidemment plusieurs raisons : pour nous, ces procès ne servent pas à la lutte contre le sida, nous pensons également que lors d'une transmission sexuelle du VIH/sida, il n'y a ni coupables, ni victimes et qu'en l'occurrence il y a d'abord un virus qu'il faut combattre. Nous refusons de prendre parti pour l'une ou l'autre des personnes parties

au procès. Mettre un séropositif en prison pour nous, n'a jamais permis de lutter contre l'épidémie rappelons à cette occasion l'incompatibilité des conditions de la détention avec la séropositivité. La pénalisation de la transmission sexuelle du VIH/sida ne nous semble pas constituer une réponse de santé publique, au contraire elle pourrait constituer un frein à des politiques de dépistage. Par ailleurs, elle pourrait constituer une fausse protection pour une population qui ne semble pas être concernée par le VIH/sida. Au contraire, Act Up-Paris réclame des réponses de santé publique : des campagnes de prévention qui abordent la question de l'infidélité par exemple ou qui porte sur la non-discrimination des personnes séropositives. Il s'agit ici de mettre à disposition des personnes concernées des informations précises sur la judiciarisation de la transmission sexuelle du VIH/sida, il ne s'agit pas d'appuyer la position d'Act Up-Paris ou de la défendre. Pour nous, il est d'abord nécessaire que les personnes concernées, qu'elles soient séropositives ou séronégatives, plaignantes ou accusées, puissent disposer d'une vision claire de l'état du droit et de la jurisprudence.

C'est pourquoi, il est intéressant de voir selon quelles modalités la responsabilité de celui qui a transmis le VIH peut être engagée.

I. LA RESPONSABILITÉ PÉNALE

Le Droit pénal est la branche du droit qui détermine quelles sont les conduites socialement acceptables. Il concerne les relations entre les individus et la société. L'infraction peut donc être définie comme l'acte qui ne respecte pas les règles de la société et qui est sanctionné à ce titre, par une peine.

Pour ce qui est de la responsabilité éventuelle de séropositifs dans la transmission sexuelle du VIH à des partenaires, les plaintes déposées l'ont été sur plusieurs fondements. Seul l'un d'entre eux a été retenu par les juges: l'administration de substances nuisibles.

A La mise en danger de la personne

Selon l'article 223-1 du Code pénal "Le fait d'exposer directement autrui à un risque immédiat de mort ou blessures de nature à entraîner une mutilation ou un infirmité permanente par violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement est puni d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende".

Cela n'a pas été retenu par les juges car il n'est pas possible de reprocher à la personne séropositive de désobéir à la loi ou au règlement en dissimulant son état sérologique alors qu'il en avait connaissance.

B L'empoisonnement

Selon l'article 221- 5 du code pénal "Le fait d'attenter à la vie d'autrui par l'emploi ou l'administration de substances de nature à entraîner la mort constitue un empoisonnement. L'empoisonnement est puni de trente ans de réclusion criminelle".

Plusieurs plaintes ont été déposées à partir de ce fondement contre certains médecins, notamment lors de l'affaire du sang contaminé, le D^r Garetta par exemple. La Cour de cassation a considéré qu'il n'y avait pas lieu d'appliquer ce texte car celui-ci nécessite une intention de tuer. Les médecins qui se sont

rendus coupables d'avoir transmis le VIH, n'avaient pas l'intention de tuer les malades, ils prenaient le risque de les contaminer. C'est pour la même raison que ces dispositions n'ont pas été appliquées par les juges aux personnes séropositives qui n'informent pas ou qui dissimulent à leur partenaire, leur statut sérologique: ils ont été imprudents, ils ont pris le risque de les contaminer sans avoir l'intention de les tuer .

C L'administration de substances nuisibles

Toutes les personnes condamnées pour transmission du VIH l'ont été sur la base de l'article 222-15 du Code pénal : la répression de l'administration de substances nuisibles.

Comme pour toute infraction, pour condamner une personne pour administration de substances nuisibles, il faut que deux éléments constitutifs soient réunis : un élément matériel et un élément moral.

L'élément matériel est la transmission du virus de l'immunodéficience humaine.

Jusqu'à présent, cette qualification visait des corps solides comme l'arsenic, liquides ou gazeux et des modes d'administration différents (voies buccale, respiratoire, cutanée, anale). Aujourd'hui, on a affaire à un nouveau mode d'administration : les relations sexuelles supposées mortifères.

L'élément intentionnel repose sur la connaissance du caractère nuisible. Il faut donc que la personne sache qu'elle est séropositive et qu'elle risque de contaminer son partenaire.

En ce qui concerne la transmission de la mère à l'enfant, le droit français ne conçoit pas la plainte de l'enfant contre sa mère qui lui aurait transmis le VIH.

La preuve de cette infraction ne nous semble pas possible de façon certaine. En l'état actuel des connaissances scientifiques, il est impossible d'apporter une preuve scientifique attestant que c'est X qui a contaminé Y.

Par ailleurs, la réponse juridique nie

LA TRANSMISSION DU VIH

complètement la difficulté de dire son statut sérologique et d'assumer une maladie encore honteuse qui entraîne souvent rejet, stigmatisation et discrimination.

D Le viol

Certains juristes suggèrent une autre répression possible qui est celle du viol qui est défini comme "tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise." On pourrait considérer qu'avoir un rapport sexuel avec une personne en dissimulant sa sérologie consiste en un viol dès lors qu'on procède par surprise au sens du droit, c'est-à-dire en dissimulant à son partenaire sa séropositivité.

Ce qu'il faut retenir: Si vous êtes séropositifs, pour la loi française vous n'êtes absolument pas tenu de révéler à quiconque votre statut sérologique.

Avec votre partenaire sexuel, vous êtes légalement tenu de le mettre au courant dès lors que vous risquez de le contaminer.

Si le préservatif rompt, il faut informer le partenaire car une trithérapie d'urgence est possible. Si vous ne l'informez pas, il pourrait juridiquement vous reprocher de lui avoir fait manquer la chance de ce traitement.

II. LA RESPONSABILITÉ CIVILE

Pour la responsabilité civile, celle-ci se fonde sur deux articles du Code civil, l'article 1382 « Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé, à le réparer » et l'article 1383 « Chacun est responsable du dommage qu'il a causé non seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou par son imprudence ».

En ce qui concerne la transmission du VIH, les juges considèrent que le fait d'être contaminé par le VIH constitue un dommage et condamnent celui qui a transmis le VIH à le

réparer. La condamnation se traduit par le versement de dommages et intérêts et celle-ci est souvent importante.

Néanmoins, une personne qui en contamine une autre peut faire jouer son assurance "responsabilité civile" si sa responsabilité est mise en cause. Cependant il faut que cette personne soit un tiers : si les partenaires sexuels forment un couple (Mariage, concubinage ou PACS), pour l'assurance, cela ne marche pas. On se retrouve donc dans une situation paradoxale puisque plus on est proche de la personne, moins on est assuré.

Par ailleurs, si vous êtes séronégatif et que vous vous exposez volontairement à un risque avec votre partenaire séropositif, d'un point de vue du droit civil, il pourra y avoir un partage de responsabilité et une atténuation de la condamnation de l'autre.

III. LA PLAINTÉ

Si l'on porte plainte contre vous, c'est que la personne se sentira victime d'une infraction pénale.

En ce qui concerne la transmission du VIH, l'administration de substances nuisibles est un délit. Toutefois, cette infraction peut être qualifiée de crime en cas de circonstances aggravantes: c'est notamment le cas lorsque la contamination a lieu au sein d'un couple (Mariage, concubinage ou PACS)

Attention, une fois que la plainte a été déposée il est difficile de faire machine arrière, car même si la personne décide de retirer sa plainte, le ministère public a toujours la possibilité de poursuivre la personne incriminée. Les conséquences d'une responsabilité pénale peuvent être très lourdes: emprisonnement, casier judiciaire, etc.

Il existe deux types de plainte : la plainte simple et la plainte avec constitution de partie civile.

A. La plainte simple

Il s'agit d'un courrier adressé par la personne plaignante au procureur de la République du Tribunal de Grande Instance du lieu de l'infraction ou du domicile de l'auteur de l'infraction, soit au commissariat de police le plus proche du lieu de l'infraction, qui transmettra la plainte au procureur de la République après avoir effectué une enquête. Il est à noter que le procureur de la République classe souvent sans suite les plaintes simples. Quelles sont les suites possibles de la plainte ? Le procureur de la République est saisi de l'affaire et peut faire mener une enquête par la police. Il peut classer sans suite le dossier s'il considère qu'il n'y a pas lieu de donner suites ou bien le poursuivre, s'il estime que l'infraction est constituée. Dans ce cas, il y aura jugement et les juges le condamneront ou non.

Il est possible de faire appel. En règle générale, le délai d'appel est de dix jours à compter du prononcé du jugement ou de l'arrêt de condamnation. Toutefois, le délai d'appel ne court qu'à compter du jour de la signification du jugement lorsque la décision a été prononcée hors la présence du prévenu et que celui-ci n'a pas été informé de la date à laquelle ce jugement serait rendu.

2. La plainte avec constitution de partie civile

Si la plainte permet d'engager la responsabilité pénale de l'auteur de l'infraction, la partie civile, permet à la personne plaignante de demander réparation financière du préjudice subi.

La procédure suivie est celle de la plainte simple avec une qualification que la personne qui a porté plainte a dû préciser, ainsi que l'évaluation de son préjudice, texte du code pénal applicable à l'appui. La constitution de partie civile peut suivre une plainte simple.

Cette procédure nécessite une bonne connaissance de la loi et implique généralement l'aide d'un avocat ou d'une association. La personne plaignante ne peut plus témoigner, mais seulement être entendu sans prestation de serment ; donc son audition a moins de valeur.

L'instruction est menée par un juge d'instruction : c'est une enquête avec l'aide de la police (perquisition, interrogatoire, etc.)

Le procureur de la République, quant à lui, peut soutenir les poursuites s'il considère qu'il y a une infraction. Sinon, il peut donner un avis au juge d'instruction pour que celui-ci prenne une décision de non-lieu.

Le juge d'instruction peut rendre une ordonnance de non-lieu par laquelle il/elle dit qu'il n'y a pas lieu de poursuivre l'accuséE ou une ordonnance de «lieu à suivre» s'il/elle considère que la plainte est recevable. En ce cas, il y aura procès. Il est aussi possible de faire appel.

PERMANENCE DES DROITS SOCIAUX

PERMANENCE DES DROITS AU SÉJOUR POUR LES ÉTRANGÈRES MALADES

Act Up-Paris tient deux permanences d'aide et de conseil en matière de droits sociaux tous les mercredis de 14h à 18h et en matière de droits des étrangers, tous les lundis de 14h à 18h. Vous pouvez en bénéficier en venant au 45 rue Sedaine Paris XI^e. Si vous ne pouvez pas vous déplacer et uniquement durant ces créneaux horaires, vous pouvez nous joindre par téléphone au 01 49 29 44 75 ou par mail : permanence@actupparis.org / etrangers@actupparis.org

PERMANENCE TÉLÉPHONIQUE SUR LES TRAITEMENTS

Nous répondons à vos questions concernant les traitements ou la recherche, tous les mardis, mercredis, jeudis, de 9h à 13h au 01 49 29 44 82 ou par mail : traitements@actupparis.org

La loi HPST : une remise en cause de la démocratie sanitaire

Le projet de loi «Hôpital, patient, santé, territoire» (HPST) de la ministre de la Santé Roselyne Bachelot, qui occupe les députéEs actuellement, entend améliorer le système de santé français. Si ce projet consacre un chapitre entier au refus de soins, il n'en demeure pas moins que celui-ci est porteur de nombreux risques dont les malades seraient les premières victimes.

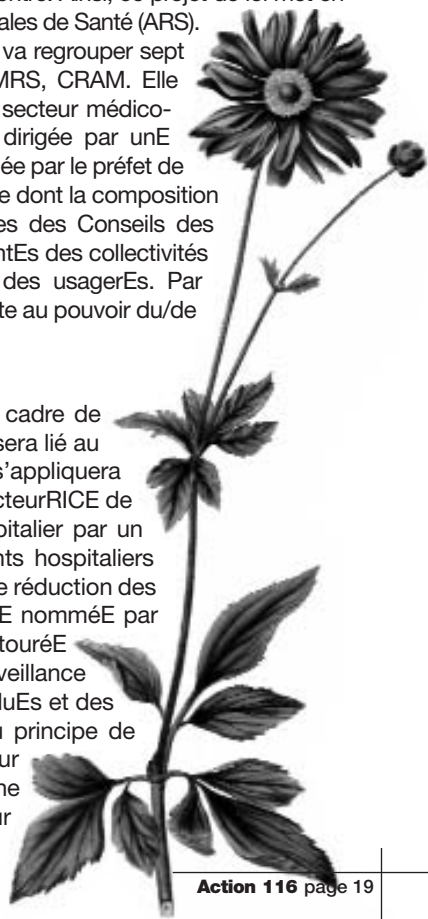
Certes, les associations ont été consultées dans le cadre de ce projet de loi, mais ce n'est pas parce qu'une consultation est organisée que les arguments développés sont pris en compte. Il est donc important pour Act Up-Paris de rappeler les problèmes que soulève cette réforme. Celle-ci s'inscrit en effet au mépris du principe de démocratie sanitaire et représente un danger pour la prise en charge des malades.

Le système de santé français entièrement soumis à l'Etat et au pouvoir politique

Le projet de loi réorganise la gouvernance de la santé en France d'une façon telle que/ de telle manière à ce que l'Etat a désormais une emprise à chaque niveau de son organisation sans que de réels contre-pouvoirs puissent s'exercer à son encontre. Ainsi, ce projet de loi met en place un nouvel échelon hiérarchique : les Agences Régionales de Santé (ARS). L'ARS, chargée de définir la politique régionale de santé, va regrouper sept organismes : ARH, DRASS, DDASS, URCAM, GRSP, MRS, CRAM. Elle couvrira l'ensemble du champ de la santé (ville, hôpital, secteur médico-social, prévention, veille et sécurité sanitaire). Elle est dirigée par unE directeurRICE nomméE en Conseil des ministres et présidée par le préfet de région. En outre, elle est dotée d'un conseil de surveillance dont la composition est sans équivoque : représentantEs de l'Etat, membres des Conseils des organismes d'assurance-maladie et leurs CA, représentantEs des collectivités territoriales, personnalités qualifiées et représentantEs des usagerEs. Par ailleurs, le pouvoir de ce comité de surveillance, seule limite au pouvoir du/de la directeurRICE de l'ARS, est nul.'

Un danger pour la prise en charge des malades

On assiste donc à une étatisation de la santé dans le cadre de laquelle le pouvoir absolu des directeurRICES des ARS sera lié au bon vouloir des politiques et des lobbies financiers, et s'appliquera jusque dans les hôpitaux. Selon le projet, c'est le/la directeurRICE de l'ARS qui coordonne ainsi l'évolution du système hospitalier par un redéploiement de services, d'activités ou d'équipements hospitaliers dans un objectif de rationalisation de l'offre de soins et de réduction des coûts. Les hôpitaux seront gérés par unE directeurRICE nomméE par le/la directeurRICE de l'ARS. Si ceTTE dernierE est entouréE d'un directoire qu'il/elle préside et d'un conseil de surveillance qui remplace le Conseil d'Administration, la place des éluEs et des représentantEs d'usagerEs y est réduite au mépris du principe de démocratie sanitaire. Le projet de loi met donc l'accent sur l'idée d'unE « patronNE » unique dans l'hôpital et souligne que celui-ci ou celle-ci doit disposer des moyens pour prendre des décisions et les faire appliquer...



Dans ces structures de direction, tant locales que régionales, les syndicats et les usagerEs sont réduitEs à une portion congrue. L'autonomie de gestion basée sur la T2A (Tarification À l'Activité), qui favorise les actes simples mais qui rapportent gros, sera contrôlée par l'ARS et conduira à une obligation de rentabilité. Les directeurRICEs auront la possibilité de s'affranchir des règles du marché. Les conséquences sautent aux yeux : concurrence avec le privé, abandon masqué des cas graves dans tous les hôpitaux, sélection des malades... En outre, aucune place ne semble être accordée dans ce projet de loi aux COREVIH, les instances de démocratie sanitaire de la lutte contre le sida.

Quelle place pour les COREVIH ?

Les COREVIH, mis en place dans l'année 2007, sont des instances de coordination de la lutte contre le sida à l'échelle des régions. Leur particularité réside dans l'association de ses membres : des acteurRICEs de la recherche et des soins, de la prévention et du dépistage, travaillant au sein des hôpitaux ou à l'extérieur, des membres d'associations de malades et d'usagerEs du système de santé qui y représentent au moins 20 % des membres.

Si le COREVIH est autonome, il reste cependant en lien avec son environnement et a un rôle fondamental au niveau de la mise en place des politiques régionales de santé, notamment par le contre-pouvoir qu'il peut constituer. Or, la remise en cause de l'organisation de la santé par la loi HPST ne tient absolument pas compte de cette institution. Les COREVIH, comme tout ce qui touche à la démocratie sanitaire, sont tout simplement niés par ce projet qui comme le ministère ne semble pas les considérer comme nécessaires. Il conviendra donc d'être vigilantE afin que les efforts investis pour la constitution de ce nouvel outil de politique de lutte contre le VIH au niveau régional ne tombe pas en désuétude. Outre cette étatisation au mépris total des engagements de la démocratie sanitaire, le projet de loi HPST comporte des risques pour la prise en charge des malades, qu'il s'agisse de la prise en charge globale ou de la qualité des soins.

Les communautés hospitalières : une limite à la prise en charge globale

Le projet de loi prévoit la mise en place de communautés hospitalières sur l'ensemble du territoire. Leur création tient à une volonté de rationalisation des moyens mais surtout des dépenses. La communauté hospitalière de territoire est un établissement public auquel plusieurs autres établissements publics adhérents délèguent leurs compétences en vue de mettre en œuvre une stratégie commune et de mutualiser certaines fonctions et activités. Elle est créée par le/la directeurRICE de l'ARS et une convention précise les modalités de coopération entre les établissements en matière de gestion et de mutualisation des moyens. Par ailleurs, le/la directeurRICE de la communauté hospitalière peut décider de transferts de compétences et d'autorisations d'activités de soins et d'équipements en matériel lourd. Concrètement, cela signifie que sur un territoire donné, là où il y avait plusieurs hôpitaux qui pouvaient chacun exercer les mêmes activités (cardiologie, maternité, chirurgie, infectiologie ; désormais chacune de ces activités sera exclusivement assurée par un établissement par transferts de ressources tant matérielles qu'humaines.

Si cette nouvelle répartition à l'avantage de répondre à un objectif de spécialisation, il n'en demeure pas moins que c'est la prise en charge globale des patientEs qui risque d'en pâtir. En effet, afin d'avoir une prise en charge adéquate, complète et efficace, le/la patientE se trouvera contraint « de faire la tournée » des hôpitaux, perdant ainsi beaucoup de temps et d'argent. Or, la prise en charge globale est un élément essentiel du succès thérapeutique dans l'infection à VIH, ainsi que démontré d'expertEs², comme dans le cas de nombreuses maladies chroniques. Au-delà de la prise en charge globale, c'est le suivi même des personnes vivant avec le VIH qui est en danger

La constitution des pôles : une limite à la qualité des soins

Dans le projet, les différentes activités de l'hôpital sont regroupées en pôle, le/la directeurRICE de l'hôpital définit ces pôles, il/elle nomme à leur tête unE praticienNE qui met en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs de résultats définis annuellement par le/la directeurRICE de l'hôpital.

Cette organisation en pôles est donc guidée par une logique financière plus que par une logique de qualité des soins. Face à celle-ci, les services de maladies infectieuses, économiquement peu rentables car générant beaucoup d'activités à petits budgets, risquent d'en pâtir considérablement. En effet, il est à craindre que ce type de service soit intégré dans un pôle avec d'autres services plus innovants et économiquement plus rentables et que de fait, l'ensemble des moyens alloués pour le pôle soit affecté aux autres services. Le service VIH se retrouverait ainsi démuné des moyens humains et matériels indispensables à la qualité des soins. Par ailleurs, une autre possibilité serait qu'un service VIH se retrouve au sein d'un pôle où l'ensemble des services sont économiquement peu rentables, et qu'à terme plus aucun moyen ne soit alloué au pôle, entraînant petit à petit sa disparition. Les malades se retrouveraient donc dans l'impossibilité d'être soignéEs et seraient contraintEs de trouver ailleurs la prise en charge indispensable à leur survie. Le sort inadmissible des personnes de l'hôpital Saint Joseph³ risque donc de se reproduire sur l'ensemble du territoire...

C'est ici toute la logique même du projet qui pêche : la qualité de la prise en charge et des soins faisant les frais d'impératifs économiques et d'ambitions étatiques de gouvernance rationnelle.

L'accès aux soins pour touTEs vient d'être remis en cause

Ce projet de loi risque donc de porter préjudice aux malades de manière considérable. En effet, l'article 18 du projet de loi permet à « *toute personne qui s'estime victime d'un refus de soins illégitime de présenter, à l'autorité ou à la juridiction compétente, les faits qui permettent d'en présumer l'existence. Au vu de ces éléments, il appartient à la partie défendresse de prouver que le refus en cause est justifié par des éléments objectifs étrangers à toute discrimination.* »

Mais un amendement retenu par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales propose de supprimer cet aménagement de la charge de la preuve pour le remplace par une procédure de conciliation réalisée conjointement par les Ordres des médecins et les Caisses d'Assurance Maladie. Cet amendement est justifié par des motifs infondés de risques supposés d'explosion du contentieux ou de « procès d'intention » vis-à-vis des professionnellEs de santé... Il serait intolérable qu'une mesure réclamée depuis toujours par les associations de malades ne puisse être enfin adoptée. Act Up-Paris restera donc particulièrement vigilante sur ce point ainsi que sur l'ensemble du projet.

1- Le projet de loi précise en effet que ce dernier doit au moins une fois par an « rendre compte au comité de surveillance (...), de la mise en œuvre de la politique régionale de santé et de la gestion de l'agence

2- Rapport du Groupe d'Experts 2008 sur la prise en charge médicale des patients infectées par le VIH, sous la direction du Pr Patrick Yeni, <http://www.trt-5.org/article222.html>

3- Le Service VIH ayant été jugé trop coûteux, la direction de l'hôpital Saint Joseph a donc décidé de le fermer, en laissant les malades se débrouiller pour la suite de leur prise en charge.

Glossaire : ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation ; ARS : Agence Régionale de Santé ; COREVIH : COordination RÉgionale de lutte contre l'infection à VIH ; CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie ; DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales ; DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales ; GRSP : Groupement Régional de Promotion de la Santé ; HPST : Hôpital, Patient, Santé, Territoire ; MRS : Mission Régionale de Santé ; T2A : Tarification A l'Activité ; URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie.

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

Y'a pas de petites économies !

Je suis séropositive depuis une vingtaine d'année, sous traitement depuis 17 ans, prise à 100 % par la Sécurité Sociale et bénéficiaire de l'AAH, ce qui me donne donc un revenu d'existence trop élevé aux yeux de la loi pour bénéficier de la CMU. Tout le monde sait que les traitements au long cours ne sont pas anodins et, bien qu'ils soient très efficaces sur le virus du sida, entraînent toutes sortes d'effets secondaires qui nécessitent une batterie d'examen souvent pratiqués à l'extérieur de l'hôpital public, dans des centres privés. Nous, malades, commençons à nous rendre compte des conséquences directes de la mise en place des franchises, conséquences catastrophiques sur notre porte-monnaie, et notre santé. Et pourtant, les franchises ne sont que l'apéritif de la destruction globale du système de santé que le gouvernement s'apprête à mettre en oeuvre.

L'exemple qui suit est véridique, il est tiré de mes dernières feuilles de remboursements. Lors de la visite bi-annuelle chez ma gynécologue à la Pitié Salpêtrière, elle me trouve une anomalie nécessitant un examen supplémentaire ; rien d'inhabituel au vu des complications liées aux interactions entre les antirétroviraux et le système hormonal. Moins habituel, ma médecin décide que cet examen, le premier d'une longue série à faire de toute urgence, ne fait pas partie du 100 % et elle me donne ordonnance de prise en charge à 70 %. En effet, certainEs médecins ont décidé de faire faire des économies à la Sécurité Sociale et ne se demandent plus si leurs patientEs ont une mutuelle ou des revenus, tout en sachant qu' une grande majorité des séropositifEs vivent sous le seuil de pauvreté.

Je m'en vais donc dans un centre d'imageries médicales spécialisées privé car un rendez vous à l'hôpital demandait plusieurs mois d'attente. J'avance le règlement par chèque, 165 €, pensant être remboursée de 108 € malgré le parti pris de ma médecin. Le décompte mensuel, lui, fait ressortir que je dois de l'argent à la Sécurité Sociale, les fameuses franchises dont le total s'élève à 66 €, par addition de 1 € par-ci, 0,50 € par-là pour la pharmacie, 2 ou 3 € de temps en temps sur les actes de biologie... Résultat : je suis remboursée de 44 € alors que je suis censée être prise à 100 % et que je vis avec 650 € mensuels, j'ai dépensé 120 € de ma poche pour être bien soignée, alors que je n'en ai absolument pas les moyens.

Quand on l'habitude de vivre avec peu d'argent, on devient vite très débrouillard, et on sait que la première chose à ne jamais faire c'est d'aller dans un centre médical privé et avancer le règlement, car c'est le seul moyen qu'a l'état de récupérer ses franchises. La deuxième chose à faire quand on est séropositifVE est d'exiger de son médecin que tout acte médical soit pris à 100 %, car le corps est un tout et les conséquences des trithérapies sur des organes ou des parties du corps qui, a priori, n'ont rien à voir avec la formule sanguine sont réelles : même si on se casse une jambe cela peut être lié à la diminution de la densité osseuse entraînée par les médicaments.

L'empowerment, un des axes principaux des Principes de Denver, ne doit pas être oublié plus de vingt ans après les débuts des premiers Act Up. La prise en charge des malades et de leur destinée par elles et eux-même, reste aujourd'hui notre seule option pour résister aux attaques incessantes du gouvernement au démantèlement du système de santé.

Nous malades, sommes en colère ! Ou lorsque la loi oublie les patientEs...

La prise en charge médicale n'est plus c'qu'elle était



Avant même que l'Assemblée ait voté « pour » ou « contre » le nouveau projet de loi Hôpitaux, Patients, Santé, Territoires de Madame la Ministre de la Santé, les hôpitaux mettent en place les prémices de la dite loi. Nous, séropos commençons à en payer les frais. Au propre comme au figuré, les malades trinquent et ce n'est que le début. Par le passé, nous étions traitéEs aux petits oignons. Normal, nous étions destinéEs à disparaître. C'était l'hécatombe, les pontes de la médecine tentaient le tout pour le tout pour nous garder en vie. J'ai souvenir d'être resté presque une heure avec mon médecin d'alors, parce que je déprimais plutôt sec de voir mes camarades disparaître, presque une heure, incroyable ! Et bien non, cela se passait comme ça avant. Aujourd'hui, le temps passé avec le médecin heurte le nouveau système de tarification de l'acte (T2A). Souvenez-vous, du temps où la relation soignantEs soignéEs était plus égalitaire. Les médecins, ne savaient pas. Nous, nous souffrions et le savions, nous n'avions pas grand chose pour nous sauver, juste de l'AZT au début. Nous avions alors, plus de temps pour dialoguer avec notre médecin, plus d'écoute de sa part. Ils et elles apprenaient de nous, ils et elles apprenaient par nous ; eux, cherchaient. Nous, nous étions les expertEs en matière d'effets secondaires à l'aune des thérapies contre le VIH. Aujourd'hui, combien de médecins nous examinent vraiment ? Combien d'entre nous vont tous les six mois, de l'autre côté de la ville, pour 10 minutes de consultation avec notre spécialiste VIH, qui trop souvent se solde par un simple renouvellement d'ordonnance. Plus de pesée, plus de palpation des ganglions, peu de prises de tension. Non, pour ça, on attend l'accident. Aujourd'hui, ils ne regardent plus que les chiffres de nos résultats entre T4 et T8.

Le 11 novembre j'ai fait, à 15 minutes d'intervalle, deux syncopes. Le

lendemain, avec mon ami, nous nous précipitions auprès d'un médecin VIH que je rencontrais pour la première fois. Elle pris mon cas au sérieux et me prescrivit d'urgence un IRM, un scanner ainsi qu'une batterie de test dont un holster ECG. Les rendez-vous sont pris par ses soins. Le holster ECG aura lieu le 29 janvier. D'urgence qu'elle avait dit ? Où est passé le temps où l'on m'aurait accompagné toutes sirènes hurlantes, pour faire ces examens. Ce n'était que deux syncopes ! Pas de quoi se mettre en frais ? Pas de quoi creuser le trou de la Sécurité Sociale, non mais des fois ! Combien d'entre nous, quand ils rataient un rendez-vous, avaient l'habitude d'être immédiatement appeléEs par le service qui venaient aux nouvelles ? Aujourd'hui, vous avez des maladies auto-immunes qui vous foutent en l'air ? Ben quoi, Monsieur X, il vous faut prévenir si vous ne venez pas ? Qu'importe si vous ne dormez plus, que vous ne pouviez plus vous déplacer car chaque mouvement de votre corps est une torture. Vous êtes malade, alors bougez vous, sinon, on vous laisse choir. Comme toutE malade qui flippe, j'ai appelé tous les hôpitaux parisiens pour trouver mon holster ECG. Et résultat, je n'avais rien. Voyez, il ne fallait pas s'affoler !

Combien d'entre nous reçoivent des factures indues lorsque, par peur, nous allons avec notre compagnEon du jour aux urgences, pour obtenir un traitement post-exposition ? Combien abandonnent les « traitements de confort » depuis que les franchises médicales ont réduit les remboursements ? Et par « traitements de confort », nous entendons bien sûr ceux qui atténuent les effets secondaires des traitements. Bien sûr ! Rien de plus ! Nous sommes en colère !



La ministre de la Santé et la HAS dans le coma

La situation des personnes trans en France en 2009 est toujours très floue. Dans l'attente de la publications du rapport de la Haute Autorité de Santé, les activistes continuent de demander la liberté de choix. Le chemin est encore long.

Aujourd'hui, quelques psychiatres, spécialistes auto-proclamés du « transsexualisme », veulent garder le pouvoir de décider qui pourra faire sa transition en obtenant un remboursement de la Sécurité sociale et un changement d'état civil, et qui ne pourra pas et devra se débrouiller autrement ; qui en achetant des hormones sur internet, qui en devenant clandestin au regard de l'état civil, qui en se prostituant pour se payer une opération à l'étranger... La situation reste donc tendue entre ces psychiatres et les activistes trans : les trans y retrouvent un mélange de paternalisme, de manque de respect, de questions idiotes et d'une morale d'arrière garde de la part des psychiatres et des institutions.

La France a pris un retard considérable par rapport à d'autres pays d'Europe et d'ailleurs, du point de vue de la médecine (chirurgie-psychiatrie) et du point de vue légal. Devant les critiques des activistes, craignant peut-être d'être condamné à ce sujet par la Cour européenne des Droits humains comme il le fut en 1992, l'Etat, par la voix du ministère de la Santé, a commandé un rapport sur la prise en charge du « transsexualisme » à la Haute Autorité de Santé (quand elle s'appelait encore ANAES) ... il y a plus de quatre ans. On attend toujours sa publication ! Mais les contacts avec la HAS sont déjà réfrigérants. Les conclusions provisoires du rapport, devraient préconiser de ne rien changer en dehors du nombre d'équipes habilitées à prendre en charge le dit « transsexualisme ». C'est donc peut-être la fin des parcours médicaux libéraux, hors des équipes dites « officielles » ; ce qui conduira encore plus de personnes à prendre des hormones sans suivi médical, à s'endetter... à tapiner... plutôt que d'aller se soumettre à des psychiatres réactionnaires.

Le grand point de friction, c'est la question de la liberté individuelle et du respect de l'autonomie. Pour les médecins en charge du dossier, l'idée que ce soit l'utilisateur qui décide de son parcours, tant pour l'hormonothérapie que pour les modifications chirurgicales, est insupportable. C'est évidemment pour le bien du/de la patiente qu'on veut protéger ! Une schizophrène pourrait se glisser parmi les trans, se faire opérer, et le regretter ! Quand on les reprend en disant qu'ils/elles s'accrochent juste à ce pouvoir écrasant qu'ils/elles ont sur la vie d'une autre personne, qu'ils/elles sont malades de leur

omnipotence, et que l'aide à l'auto-diagnostic et le consentement éclairé serait une solution non seulement plus simple – y compris pour elles et eux- mais aussi plus respectueuse, ils/elles vous regardent avec des yeux ronds, prêt à vous jurer que même une hormonothérapie est irréversible, une ânerie totale pour quiconque a vécu dans le milieu trans... Le pire c'est que des représentantEs d'associations acquiescent devant cette chasse au schizos qui se croit trans, chasse au nom de laquelle on donne tant de pouvoir aux psychiatres ; Camille Cabral (PASTT) ou Armand Hotimsky (CARITIG) pour ne pas les nommer.

Deux poids, deux mesures

Ce qui est curieux c'est que cette sollicitude ne s'étend pas aux autres aspects de la vie trans. Si aux Etats-Unis, dès la première moitié des années 1990, on trouve des articles scientifiques sur le taux inquiétant de séroprevalence au VIH chez les femmes trans, en France rien. Les équipes « officielles » ont longtemps refuser d'opérer les personnes trans séropositives alors que des communications en prouvaient la possibilité. Quant à la vie sociale des trans, c'est également le silence. Nous observons le phénomène des jeunes trans expulséEs de leur famille qui viennent se réfugier dans les grandes villes et vivent leur transition dans la précarité la plus extrême, et tous les dangers qu'on imagine... Ont-ils écrit ou prononcé un mot là-dessus ?

Le ministère de la Santé c'est aussi celui des Sports. Pourquoi cette sollicitude pour les trans « qui pourraient se tromper », alors que les dangers de la pratique de tel ou tel sport sont accueillis avec plus ou moins de fatalisme. Quand Eric Tabarly donne des interviews où il déclare ne pas mettre de harnais en mer on le laisse partir... et mourir ! Mais le choix d'unE individu trans doit être soumis à l'approbation d'un psychiatre.

On prend les mêmes et on recommence

Le rapport de la HAS a toutes les chances d'exonérer les équipes officielles de leurs maltraitements. Des grandEs « spécialistes » comme Bernard Cordier ont toujours refoulé de leurs services les transgenres qui ne voulaient pas se faire opérer. Est-ce à elles et eux désormais que les transgenres devront obligatoirement demander le droit à une hormonothérapie ? En attendant, il ne faut pas s'étonner si des trans font tout pour ne pas subir les vexations de ces butors, avec les prises de risque que cela implique. La ministre de la Santé devra choisir entre ménager un quarteron de psychiatres aux théories dépassées ou prendre en compte la situation telle qu'elle est, avec les discriminations dont les trans sont victimes, avec la précarité que celles-ci entraînent souvent, avec la prévalence du VIH, qui pour l'heure n'est toujours pas renseignée pour la population trans en France ; preuve que le ministère de la Santé se fiche des trans.

Act Up-Paris exige :

- une étude socio-démographique et épidémiologique de la population trans en France ;
- la formation d'une cohorte pour étudier les spécificités du sida et des autres IST des trans ;
- la dépsychiatriation des identités trans avec le maintien d'un système solidaire de financement des transitions s'appuyant sur la définition de la santé donnée par l'OMS ;
- le démantèlement des équipes « officielles » et des protocoles et leur remplacement par un système qui respecte la liberté de choisir ses médecins et les choix de la personne quant à sa transition ;
- l'aménagement de l'état civil des personnes trans à la demande, et ce même sans opération de réassignation sexuelle ;
- la publication sans délai du rapport de la HAS.

Discrimination sanguine

Roselyne Bachelot réaffirme l'exclusion des homosexuels du don du sang. La ministre a beau s'en dédire, l'exclusion du don du sang est bien violente, discriminatoire et sanitaire injustifiée : si la prévalence est en effet plus forte chez les gays, les nouvelles contaminations concernent désormais davantage les hétérosexuellEs. Et la question n'est pas celle de la prévalence mais celle de l'incidence et du taux d'infections non diagnostiquées.

Dans un entretien accordé à Libération le 14 janvier 2009, la ministre de la Santé se targue d'avoir signé un nouvel arrêté encadrant les dons du sang. Dans ce décret, Roselyne Bachelot entérine l'exclusion des homosexuels du don du sang, malgré les engagements pris (et non tenus) par Xavier Bertrand lorsqu'il était ministre de la Santé.

Depuis la parution d'une circulaire en 1983, les hommes homosexuels sont exclus du don du sang parce que considérés comme appartenant à un « groupe à risque ». Une réponse positive à la question « *Avez-vous eu des rapports sexuels entre hommes ?* » lors de l'entretien préalable suffit pour se voir définitivement exclu du don du sang. Par cet interdit, Roselyne Bachelot entretient la fiction discriminatoire, et dans ce cas d'espèce homophobe, selon laquelle il y aurait des groupes à risques ; or il n'y a que des pratiques à risques.

La ministre justifie cette discrimination par la forte prévalence du VIH parmi les hommes homosexuels. Elle va même plus loin, lors des questions à l'Assemblée nationale, elle répondait : « *Dès que la prévalence se rapprochera pour la population homosexuelle masculine de celle de la population hétérosexuelle, nous leverons cette interdiction* ». Sans être cynique, nous sommes tout de même en droit de nous poser la question du chiffre à atteindre. Faut-il comprendre que Roselyne Bachelot pourrait lever l'interdiction du don de sang pour les homosexuels lorsque la prévalence chez les hétérosexuellEs sera de 10 à 20 % ? Pour obtenir une prévalence de 0,2 %, il existe bien quelques moyens mais songe-t-elle à les mettre en place : attendons que les gays séropos meurent du sida : les difficultés d'accès aux soins déjà réelles, et bientôt instituées par le projet de loi HSPT, aideront à atteindre l'objectif fixé.

Le 27 novembre 2007, Roselyne Bachelot avait annoncé qu'elle allait lever l'interdiction pour les homosexuels de donner leur sang. Pour autant, la circulaire publiée par le ministère de la Santé le 10 avril 2008 n'avait rien changé à l'état de fait précédent. Seule la rédaction du questionnaire avait été révisée pour en réduire l'aspect discriminatoire. Au final, ce questionnaire est non seulement discriminatoire, mais aussi dangereux car il introduit une confusion sur la nature des risques de transmission du VIH.

Les critères de sélection des donneurSEs ne permettent pas d'évaluer le fait d'avoir eu ou non des rapports systématiquement protégés ou le fait d'avoir effectué un test de dépistage. Données qui pourtant constituent les seules bases fiables à une évaluation efficace du risque transfusionnel, objective et non discriminante, du niveau de risque d'infection.

Aujourd'hui, près des 2/3 des contaminations en France ont lieu chez les hétérosexuellEs : loin d'être élaboré sur la base d'une évaluation réelle du risque, les nouvelles règles sur le don du sang restent basées sur une perception périmée de l'épidémie.

Act Up-Paris dénonce la décision prise par Roselyne Bachelot et exige l'ouverture du don du sang aux homosexuels ; Act Up-Paris, exige du ministère de la Santé et de l'Etablissement Français du Sang l'élaboration d'un questionnaire préalable au don du sang basé sur des données fiables et non discriminatoires de santé publique.

Le ministre instrumentalise les chiffres de l'Aide Médicale d'Etat

Le 13 janvier dernier, Monsieur Hortefeux, évoquant les 45 000 expulsions réalisées depuis 2002, se réjouissait que « pour la première fois depuis une génération, l'immigration clandestine a commencé à décroître en France ». Pour étayer cette affirmation, le ministre s'appuyait sur « la diminution de 4,2 % entre juin 2007 et juin 2008 du nombre de bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat », le dispositif qui permet un accès aux soins aux sans-papiers. Déjà en 2008, dans un entretien accordé au Figaro, il avait cité la baisse du nombre des bénéficiaires de l'AME pour attester la baisse du nombre de personnes en situation irrégulière sur le territoire.

Nous sommes extrêmement choqués de cette instrumentalisation des chiffres de l'AME. D'abord, parce qu'il est intolérable qu'un indicateur d'accès aux soins pour une population fragilisée soit mis en avant pour évaluer l'efficacité d'une politique répressive. Ensuite, parce que cette utilisation est erronée. Le nombre de bénéficiaires de l'AME n'est pas connu avec précision, comme l'indiquent le Conseil interministériel de contrôle de l'immigration (décembre 2007) ainsi que les Inspections générales des finances et des affaires sociales (mai 2007) : cette approximation s'explique notamment par le fait que le dispositif peut comptabiliser des personnes en situation régulière ou la même personne plusieurs fois.

Enfin cet amalgame entre chiffres de l'immigration et ceux de l'AME est malhonnête. Rien ne permet de mettre en corrélation directe une baisse du nombre de sans-papiers et une baisse du nombre de bénéficiaires de l'AME. Cette dernière est sans doute au moins autant liée à la politique de maîtrise des flux migratoires et à la multiplication des expulsions, qu'aux restrictions d'accès à l'AME. Si l'AME compte moins de bénéficiaires, ce n'est pas seulement qu'il y aurait moins de personnes en situation irrégulière sur le territoire, mais c'est aussi que l'intensification des interventions policières pour arrêter des sans-papiers les amène à ne plus faire les démarches pour obtenir l'AME. Les personnes ne font plus valoir leurs droits, de peur que cela ne débouche sur une interpellation. D'ailleurs, les restrictions d'accès et le climat répressif avaient à eux seuls déjà entraîné une forte baisse (-14 %) du nombre de bénéficiaires de l'AME, entre décembre 2003 et décembre 2004.

Au final, cette instrumentalisation traduit un fort mépris pour la santé publique : en écartant les plus vulnérables de l'accès aux soins, c'est toute la politique française de santé publique qui est mise à mal, ce que le ministre passe sous silence. Car, en utilisant ainsi ce chiffre, M. Hortefeux prend acte, sans s'en inquiéter, des estimations selon lesquelles seul un E sans-papier sur deux bénéficie de l'AME.

Ainsi, si l'on suit le raisonnement de l'ex-ministre de l'Immigration, plusieurs dizaines de milliers de personnes en France n'ont aucune possibilité d'accès aux soins : cette évolution voulue par le gouvernement, est en train d'empirer.

L'ODSE¹ alerte M. Besson, nouveau ministre de l'Immigration, sur les conséquences dramatiques de la politique de son prédécesseur en termes de santé publique. Faire la chasse aux sans-papiers, c'est les éloigner encore davantage de l'accès aux soins. Au lieu de se réjouir de la diminution des bénéficiaires de l'AME, qui est une couverture santé certes encore insuffisante mais trop peu utilisée, il y a urgence à rendre accessible la Couverture Maladie véritablement Universelle à toutes les personnes qui, pour des raisons financières, ne peuvent accéder aux soins, avec ou sans-papiers.

¹L'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE) est un collectif d'associations luttant contre les difficultés rencontrées par les étrangers dans les domaines de l'accès aux soins, du droit au séjour pour raisons médicales et de la protection contre l'éloignement des étrangers malades.

Ateliers Bareback, Aides n'apporte pas toutes les réponses

En décembre dernier a été lancé un des premiers ateliers dits « santé sexualité barebackers » au sein des locaux de Aides-Paris. Certaines associations de lutte contre le sida, des structures communautaires ou encore responsables d'établissements gays se sont questionnés de la pertinence et de la paternité de cette initiative, d'autant qu'au même moment le comité parisien de la charte sortait un communiqué commun à l'égard du bareback'.

Nous nous sommes posées les mêmes questions, inquietEs de savoir si la communication qui en a été faite n'amènerait pas progressivement à la construction d'un discours tolérant à l'égard des pratiques sexuelles à risques, et une banalisation de ces dernières. Ces questions, nous avons alors voulu les poser à AIDES via le format d'une lettre ouverte, afin que l'association clarifie ses positions devant tous les acteurs de la lutte contre le sida.

Extrait de la lettre ouverte adressée à Aides :

« Se présentant comme « groupe d'échanges communautaire en auto support », ce type d'atelier s'adresse à un public gay ayant délibérément des rapports sexuels non protégés, et ce, de manière systématique ou occasionnelle. Qu'il y ait dans notre communauté des personnes qui refusent le préservatif, et qui en même temps souhaitent prendre soin d'elles et échanger sous forme d'atelier, après tout, dans ce format, cela pourrait se tenir. Mais que ces mêmes ateliers soient animés par un membre d'une grande association de lutte contre le sida telle que Aides, et qu'ils soient organisés dans les locaux de la même association, cela nous inquiète et nous pose réellement question.

Prétendument de « santé bareback », ces ateliers ont fait l'objet d'une promotion via affiches, tracts et communiqués. Le vocabulaire utilisé n'est d'ailleurs pas anodin : « bareback, nokpote » sont associés sans complexe à d'autres vocables comme « désir, maxi plaisir », comme si l'utilisation du préservatif ne pouvait être compatible à toute notion de sensualité ou de plaisir sexuel. Par ailleurs, il n'est qu'hypocrisie de penser que deux notions comme « santé » et « bareback » sont compatibles. Mais à la lecture de ces affiches ou de ces tracts, tout est fait pour faire croire l'inverse. Comment un gay qui s'interroge sur la prévention peut-il alors interpréter la lecture d'un tel message ? Comment ne peut-on pas y voir une certaine forme de prosélytisme des rapports non protégés ? Pour nous, un tel discours ne peut être celui d'une association de lutte contre le sida.

La volonté affirmée de diffuser aussi largement pose également question. Distribuées à l'ensemble des établissements gays, ces affiches ont suscité étonnement et incompréhensions de nombreux établissements membres de la Charte de responsabilité, dont vous êtes pourtant - avec nous - signataires. En effet, quelle crédibilité ont les acteurs de la lutte contre le sida si d'un côté nous mettons en place un dispositif de prévention qui de l'autre serait bafoué par la tolérance ou la promotion de pratiques unsafe ?

La mise en place de tels ateliers sert un discours complaisant, voire prosélyte à l'égard du sexe à risque. Ces ateliers posent également problème quant à leur forme. En les hébergeant, Aides y apporte sa caution, d'autant plus lorsque l'initiative et l'organisation émanent d'un de ses salariés. Enfin, comment peut-on prétendre monter des ateliers de santé et sexualité si aucun recadrage n'y est fait par un médiateur quand les discussions relaient des idées fausses ?

Aujourd'hui, le taux de prévalence dans la communauté est estimé à près d'un gay sur cinq. Avec de tels chiffres, qui peut encore penser que la tolérance des pratiques à risques reste compatible avec des notions de « santé gay » ou de lutte contre le sida ? Cette complaisance à l'égard du « bareback », du « no-kpote » ou de la « baise sans capote », peu importe l'expression, constitue à nos yeux une forme de feu vert de la part d'une association de lutte contre le sida, qui cautionne dès lors le comportement des gays qui préfèrent prendre des risques plutôt que de se protéger, de protéger la communauté. Pour nous, ce n'est pas cela la lutte contre le sida.

Depuis le début de l'épidémie, nous nous battons pour faire la promotion du préservatif, reconnu comme seul moyen efficace de pratiquer une sexualité sans risques. Parce que nous sommes une association communautaire, et que le niveau de la prévalence dans la communauté reste particulièrement inquiétant, parce que nous ne sommes pas complaisants à l'égard des rapports à risques, qui, selon nous, ne font que le jeu de l'épidémie, nous invitons aujourd'hui Aides à s'exprimer et clarifier ses positions quant à ces ateliers organisés en ses locaux, par un de ses salariés. »

Certains médias gays ont interprétée notre lettre ouverte de manière simpliste, comme un moyen de raviver le soi-disant débat éternel du « tout capote » versus « le pragmatisme de la réduction des risques ». Or, il n'a rien été de tel dans notre communication. Il s'agit d'un vrai questionnement et une remise en cause de la forme employée dans la communication de ces ateliers, et du fond qui y est apporté (ou absent...).

AIDES a depuis officiellement annoncé² sa volonté de faire sienne l'organisation de tels ateliers, mais n'a, à ce jour toujours pas répondu à aux inquiétudes relatives à la communication qui en est faite dans le milieu communautaire. De même, Aides ne se prononce pas sur le format même de ces ateliers, qui, bien qu'animés par un membre de leur association, ne recadrent pas les discours de prévention et y laissent fuir de vraies, comme de fausses croyances...

1- Le comité parisien de la charte de prévention a diffusé à l'occasion du 1^{er} décembre un communiqué remobilisateur sur les questions bareback en direction des établissements signataires, suite à l'événement survenu au Banque Club. Act Up-Paris, le SNEG et Sida Info Service étaient signataires de ce communiqué ; Aides ayant préféré se retirer, toujours sans explication à ce jour.

2- Aides a souhaité nous répondre par l'intermédiaire d'une lettre ouverte, tout en occultant les questions posées quant à la forme et au fond de ces ateliers.



Retour sur la soirée Protocole Club

Le dimanche 30 novembre, à la veille de la journée mondiale de lutte contre le sida, Act Up-Paris invitait les clubberEUSEs à faire la fête au Showcase de 18h à 6h du matin. Nous attendions 2 000 personnes, l'intégralité de la recette étant reversée à l'association. Cette soirée, Protocoles Club, devait durer 12 heures grâce à la participation de 12 DJs : Elias, Tommy Marcus, Cléo, Ben Manson, Cédric Esteban, Sébastien Triumph, Samy Jo, Marc Ro/Ben, Michael Marx, David Judge, Nicolas Nucci, Manue G, elle aura finit plus tôt que prévu. La soirée a très bien commencé dans une ambiance tea dance de fin de dimanche. Des figures de la nuit connuEs, se mêlant aux inconnus, tous réunis dans le plaisir du mouvement. C'était beau. Mais trois incidents concomitants ont conduit les services du préfet de police à demander la fermeture immédiate de la boîte, décision sans appel à laquelle nous n'avons pu que nous plier. En effet, un malaise devant la boîte, lié semble-t-il à une mauvaise gestion de produits illicites, a conduit les pompiers et les forces de l'ordre à venir à notre rencontre. Ils en ont profité pour visiter le lieu, très bien décoré par ailleurs, et c'est là qu'ils ont assisté à une altercation très vive entre 3 consommateurs conduisant à la fracture du crâne de l'un d'entre eux ; fracture causée par une bouteille de champagne qui a rencontré de manière volontaire la tête de ce malheureux. Les pompiers déjà sur place ont permis une prise en charge rapide et efficace pour l'intéressé. Il s'agit là, du seul point positif de cet enchaînement. Les forces de l'ordre mises en appétit par ces deux incidents regrettables sont donc rentrées sur le dance floor en civil, ce qui les a conduits à l'arrestation d'une personne commettant devant eux une infraction à la loi de 1970 relative aux stupéfiants. Les services de la préfecture de police informés de ces trois incidents constatés en l'espace de 15 minutes ont décidé la fermeture de la boîte de nuit et l'évacuation immédiate des cigales qui dansaient malgré que la bise fut venue.

1 300 personnes ont répondu présents, merci à eux, à l'organisateur de la soirée, au ShowCase, aux personnes qui ont assuré les lives shows, surprises, performances... Nous présentons ici nos excuses aux clubberEUSEs, sympathisantEs et aux personnes présentes pour cette interruption prématurée. Nous espérons que vous ne nous tiendrez pas grief de cette fin de soirée brutale. Nous en sommes les premiers désoléEs. Act Up-Paris est attaché à la nuit, notre visibilité, notre travail de prévention et d'information passe aussi par le prisme des noctambules... Votre présence à cette soirée a été pour nous une fête et nous espérons que vous répondrez encore présent à l'avenir car pour nous Danser = Vivre. Nous restons résolument ancré dans l'action et le mouvement, la danse en fait partie.

En 2009, Act Up-Paris fête ses 20 ans, nous serons à nouveau présent pour animer les nuits parisiennes. Nous serons à nouveau au rendez-vous de la fête car la vie c'est aussi, et avant tout, du plaisir. Nous espérons que vous serez encore et toujours présent à nos rendez-vous clubbing. Encore merci de votre soutien et de votre présence, à très bientôt.



SIDA : PRÉVENIR, NE PAS PUNIR

**ACT UP
PARIS**

stickers.fr

Cortège du 1^{er} décembre 2008 dans les rues de Paris.