

MIGRANTS

contre le

VIH/SIDA

NUMÉRO 8 1ER DÉCEMBRE 1998

Numéro spécial réalisé avec le soutien de la Fédération des Tunisiens pour une Citoyenneté des Deux Rives

Migrants contre le sida
70, rue de la Fraternité
93170 Bagnolet
Tél. 01 42 41 07 70
Fax 01 42 39 34 03
Email: MAHA@espaceweb.ch
Internet: <http://www.aegis.com/maha/>

FTCR
70, rue de la Fraternité
93170 Bagnolet
Tél. 01 49 88 16 34
Fax 01 49 88 16 35
Email: FTCR@club-internet.fr

Chronique d'une austérité annoncée

Le système de soins est aujourd'hui fondé sur l'inégalité. La médecine à plusieurs vitesses est une réalité depuis des années, avec ses filières d'accès séparées et inégales pour les pauvres et pour les riches, pour ceux qui ont des papiers et ceux qui n'en ont pas. Une Couverture Maladie Universelle (CMU) – dans le cadre de la réforme tant annoncée de la protection sociale, de Juppé à Aubry – réduirait-elle les inégalités dans l'accès aux soins? Que signifie ce projet pour la santé des immigrés, des malades du sida?

En 1996, le Plan Juppé prévoyait, dans un point sur la «lutte contre les abus et les gaspillages», le «paiement par avance des étrangers, hors situation d'urgence, en cas d'hospitalisation programmée». En 1997, Nicole Notat, à la télévision, clamait que l'assurance maladie serait universelle (AMU), du moins pour «toutes les personnes en situation régulière»...

Sous la gauche, l'AMU a séjourné dans les tiroirs de la Direction de la Sécurité Sociale, pour ensuite passer dans les cuisines du Dr Kouchner, avant d'être repris

par Martine Aubry. Aubry a renommé le projet CMU. Aujourd'hui, du moins officiellement, la proposition du projet de loi pour instaurer une «couverture maladie universelle» est inscrite sur l'agenda parlementaire pour la première quinzaine de mars 1999. En même temps, Martine Aubry répète que la loi sera proposée avant la fin de l'automne.

Tout le monde est content

En 1993, la loi Pasqua réécrit l'article 186 du Code de la Sécurité sociale: il faut avoir des papiers pour avoir accès aux prestations sociales. Du jour au lendemain, la législation rejoint la pratique administrative et les mentalités. En à peine 5 ans, le triptyque Pasqua-Debré-Chevènement a interdit l'accès des sans-papiers aux minima sociaux.

En 1997, Patrick Weil jugera «globalement satis-

faisant» cet «équilibre instauré ou rappelé par la loi du 24 août 1993, qui conditionne l'accès aux prestations sociales autres que l'aide médicale sur la régularité du séjour». Jospin, menteur, n'avait donc nullement l'intention d'abroger les lois Pasqua-Debré. Et Chevènement n'y touchera pas.

Les associations, après un lobbying intensif, venaient de remporter un amendement visant protégeant les malades étrangers de l'expulsion, dans la foulée de la mobilisation contre l'expulsion d'Ali B. – un séropo tunisien, frappé par la Double Peine – en pleins débats parlementaires sur la loi Debré.

La carte d'un an, une fois obtenue, ne permettant pas l'accès aux autres minima sociaux, les quelques 2700 personnes atteintes de pathologies graves régularisées se sont retrouvées, comme la plupart qui ont obtenu des papiers, toujours en galère. Pour obtenir le RMI il faut avoir renouvelé sa carte trois fois, affirment les préfetures, dont certaines refusent de délivrer la carte de séjour si les conditions d'activité ne sont pas réunies... Presque deux ans après son retour en France, Ali B. est toujours sans papiers, sans logement, sans revenu...

Pourtant la rhétorique des associations classiques de lutte contre le

LA «COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE» CONTRE LA SANTÉ DES IMMIGRÉS ET DES PRÉCAIRES

sida se limite à décrire les problèmes d'accès aux droits. «Le droit à la santé est satisfaisant», disent-elles, «mais les malades immigrés ne savent pas y accéder». Cette conviction repose sur l'acceptation de la discrimination instituée par la loi Pasqua-Debré-Chevènement. Elle ne remet pas en question l'exclusion des sans-papiers de la Sécurité sociale, et confond l'aide médicale (une aide sociale de type caritatif) avec un véritable droit à la santé.

La carotte empoisonnée, ou l'égalité à minima

Les lois successives ont cimenté la discrimination en matière de sécurité sociale fondée sur la régularité de séjour. La suppression de certaines discriminations entre nationaux et non-nationaux aura servi de carotte empoisonnée.

La Cour européenne de Justice avait, par plusieurs arrêts, condamné la France pour son refus de verser l'Allocation Adulte Handicapée (AAH) (ainsi que quelques autres prestations) aux étrangers. L'article 42 de la loi Chevènement insère deux articles au Code de la Sécurité Sociale, ouvrant l'accès théorique à l'AAH pour les étrangers... qui ont des papiers.

Mais, avec le nouveau système (comme sous

l'ancien), la COTOREP reste chargée du flicage des titres de séjour. Le traitement d'un dossier peut prendre jusqu'à un an. La carte invalidité est attribuée pour une durée limitée, même aux malades du sida. Enfin, la COTOREP refuse l'AAH à de plus en plus de personnes qui vont mieux grâce aux traitements ou qui ne sont jamais tombées malades.

Pour ceux qui l'obtiennent, l'AAH mettra ses nouveaux ayants-droits dans la même précarité que ceux qui en bénéficient déjà: l'AAH, c'est moins de 3500 F par mois, avec un plafond de ressource de 40 000 F pour un(e) célibataire. Difficile de clamer victoire sur la fin d'une discrimination pour se retrouver avec un sous-minimum social.

Maîtrise et rationnement

Le rationnement des soins existe déjà dans les hôpitaux. Les filières de soins pour pauvres (consultations précarité, etc.) se montrent très utiles afin de repérer les «mauvais payeurs», les orienter vers les examens et les services les moins coûteux. L'ordre du jour, du plan Juppé aux propositions d'Aubry, n'a pas changé. La maîtrise médicalisée des dépenses de santé impose une logique comptable qui mène

Écoutez l'émission Migrants contre le sida, tous les mardis à 14h sur FFP 106.3 FM

QUAND ON DIT: «LA TRITHÉRAPIE, ÇA COÛTE CHER» ON EST DÉJÀ DANS UNE LOGIQUE COMPTABLE

inévitablement au rationnement des soins.

Quand on dit «*la trithérapie, ça coûte cher*» on est déjà dans une logique comptable. Le nombre de personnes séropositives suivies et traitées augmente. L'année prochaine, le gouvernement estime à 2 200 MF les dépenses de médicaments anti-rétroviraux (1 500 MF en 1997). Ainsi, en mars 1997, une circulaire relative au dispositif de dispensation et de prise en charge des antirétroviraux (circulaire cadre n° 97-166 du 4 mars 1997) avait jugé nécessaire de rappeler explicitement que «*tous les patients doivent pouvoir être pris en charge par le service public hospitalier, quelle que soit leur situation administrative.*»

Le Ministère du Travail et des Affaires sociales estime que plus de 220 000 journées d'hospitalisation ont été évitées entre 1995 et 1997, conséquences de la baisse officielle de 40 % de la mortalité par le sida. Ce ne sont pas seulement les choix de santé publique qui sont pris en fonction de cette lecture partielle des données épidémiologiques: mise en avant de la baisse de la mortalité pour l'ensemble des malades, et non pas l'explosion de la mortalité chez les immigrés, les femmes, les précaires... Cette comptabilité de la mortalité sert, en fait, à légitimer une politique d'austérité: avec le sida, les pouvoirs publics ont fait de l'épidémiologie un outil de rationnement.

Le Ministère n'a pas de chiffres quant aux conséquences de cette comptabilité: combien de lits supprimés dans les services sida, combien de postes gelés? La baisse de la mortalité par le sida n'a pas été la même pour toutes les catégories de la population. Les inégalités entre les malades se creusent. Même les associations classiques de lutte contre le sida parle de «travailler la précarité» (malgré leur hantise que sida et précarité, ce n'est

pas «vendable»). Aujourd'hui plus personne ne nie le fait que le sida frappe de plein fouet les chômeurs, les galériens, les pauvres. Faut-il de toute prévention ciblée à la hauteur, beaucoup de personnes immigrées ou d'origines immigrées découvrent leur séropositivité quand ils tombent malades. Voilà des malades qui n'échapperont pas à leurs journées d'hospitalisation, mais trouveront-ils encore un médecin, un service sida dans l'hôpital de leur quartier?

La conjonction entre la logique de rationnement (maîtrise comptable des dépenses de santé) du plan Juppé-Aubry, la démobilitation des associations classiques de lutte contre le sida ainsi que leur incapacité à répondre aux besoins des populations frappées aujourd'hui de plein fouet par le VIH, l'acceptation des coupures dans les budgets sida servent la logique de démantèlement de la protection sociale et du service public hospitalier.

Vrais et faux épouvantails

Tout le monde aime se servir de l'épouvantail du système de soins «anglo-saxon».

Aux Etats-Unis, où presque la moitié des malades du sida sont des Noirs et des Latinos, 40 millions de personnes n'ont pas d'assurance maladie. Il existe bien une forme d'assurance maladie fédérale pour les plus pauvres, mais elle couvre sur des soins extrêmement minimums. Vers la fin des années 80, c'est la lutte sans compromis des malades du sida autour de leurs revendications d'urgence («*Drugs into bodies*») qui a posé clairement sur la place publique la nécessité de créer un vrai système d'assurance maladie.

En Angleterre, le National Health Service, établi en 1946, avait comme objectif «*un système de soins créé pour améliorer la santé physique et mentale des per-*

sonnes vivant en Grande-Bretagne». Les travaillistes voteront la gratuité des soins, sans discrimination entre nationaux et non-nationaux. L'architecte de cette législation, Aneurin

Schengen mais avant le Traité de Maastricht, la France et d'autres pays mettront en place des lois «sur l'immigration» qui, au passage, modifieront en profondeur le système de protection sociale: loi *Vande Lanotte* en Belgique (1994), *LAMAL* en Suisse (1995), *Koppeling-swet* aux Pays-Bas (1996), etc. La soumission de la santé publique à l'ordre public, à l'austérité économique, au contrôle de l'immigration, est au

actuel, de se limiter à une défense du *statu quo*. Il n'est plus possible de dissocier les luttes des malades étrangers pour l'égalité dans l'accès aux soins des débats et enjeux autour de la protection sociale en France.

La CMU, un plan d'austérité qui ne réduira pas les inégalités

Il ne faut pas confondre le rapport Boulard sur la CMU, synthèse des avis et des propositions issue d'un effort de concertation, avec les intentions réelles du gouvernement. Les contours du projet de couverture maladie universelle sont déjà tracés.

La CMU est un plan d'austérité: Jospin précise que «*la réforme d'ampleur de la protection sociale*» devra se faire «*sans crédits supplémentaires... par la mise en commun des crédits d'ores et déjà mobilisés à ce titre*». **La CMU maintient le discours dominant sur la gratuité (la charité) pour les plus pauvres:** «*le gouvernement souhaite permettre aux plus démunis de disposer d'une protection complémentaire*». Clairement, pour le gouvernement, il ne s'agit donc pas d'améliorer ce qui est remboursé et d'étendre qui est couvert, mais de déplacer les besoins de santé des pauvres vers l'aide sociale. Pire, Jospin précise qu'«*un mécanisme d'action sociale sera maintenu... pour les personnes en situation irrégulière*». Il n'est même plus question d'aide médicale, et le gouvernement reste fidèle à la logique Pasqua en matière de protection sociale, manifestement déterminé à violer la lettre et l'esprit de l'avis du Conseil d'État, qui, en 1981, avait établi que «résider» en France signifie y vivre, avec ou sans papiers.

Certaines dispositions annoncées de la CMU, comme la dispense d'avance de frais pour les personnes à faible revenu, reposeraient, nous dit-on,

sur l'informatisation du système de santé. Mais la mise en oeuvre de la coordination des soins (l'informatisation) par la CMU la transformerait, avant toute chose, en un instrument à la fois de maîtrise de dépenses et de contrôle de l'immigration. Ainsi Patrick Weil voulait rendre effective la vérification de la régularité du séjour lors de l'affiliation aux organismes de sécurité sociale, grâce à la connexion informatique entre caisses de sécurité sociale, ANPE, et Ministère de l'Intérieur.

Le rapport Boulard reconnaît l'échec d'une «*politique de régulation*» de la demande de santé «*fondée sur l'idée qu'un recul des remboursements devait entraîner un ralentissement de la consommation des soins*». Le ticket modérateur s'est transformé en «*ticket d'exclusion*», et aujourd'hui le régime de base de la sécurité sociale couvre 73,6% des dépenses maladie, alors qu'en 1945 le régime général en couvrait 100%.

Alors quelles sont les alternatives proposées par la CMU? Construction d'un régime minima pour les exclus, consolidation de la filière sanitaire des pauvres s'articulant autour de l'hôpital public et des centres de santé, couverture universelle des personnes sans pour autant garantir une couverture universelle de tous les soins... Les dangers de la couverture maladie universelle, le rapport Boulard les énumère, mais une solution unique est avancée: contourner ces dangers «*implique le renforcement de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé et des filières de soins*»... c'est à dire suivre la voie du plan d'austérité Juppé-Aubry, comme si le rationnement des soins menait à l'égalité dans l'accès aux soins! ■



Bevan, déclarait: «*le droit des étrangers d'utiliser le National Health Service est implicite dans le texte... je suis étonné par la présomption qu'il y aurait quelque chose de faux avec soigner un étranger...*» (En 1949, les travaillistes interdisent l'accès au National Health Service sur la base de critère d'immigration.)

La véritable opposition n'est pas entre systèmes «anglo-saxon» et «républicain» mais contre les choix politiques d'austérité imposés par les gouvernements. Les politiques d'austérité en Europe ont d'abord frappé les immigrés et les réfugiés. L'assaut contre l'Etat providence a d'abord pris pour cibles les immigrés et les réfugiés. Entre 1992 et 1996, à l'heure de l'Europe forteresse de

coeur de ces lois. Avec des conséquences dévastatrices pour la santé des communautés immigrées, avec la mort évitable des immigrés malades du sida à qui on refuse la trithérapie car elle coûterait «trop cher»... A l'évidence, aujourd'hui les immigrés et les réfugiés ne vivent plus dans l'Etat providence. La protection sociale est en lambeaux. Il est donc trop tard pour se contenter de préserver l'Etat social dans son état

LES POUVOIRS PUBLICS ONT FAIT DE L'ÉPIDÉMIOLOGIE DU SIDA UN OUTIL DU RATIONNEMENT DES SOINS.

PRIVATISATION DE L'ASSURANCE MALADIE, CERTAINS S'Y CROIENT DÉJÀ

Le 7 octobre 1998, la compagnie d'assurance Generali obtenait gain de cause devant la Cour de cassation pour son refus de respecter un contrat d'assurance décès et invalidité sur le motif que son client avait laissé «croire qu'il était en bonne santé» alors qu'il se savait séropositif. Selon ARCAT Sida, cet arrêt «n'est pas assorti d'un

cadre visant à éviter les abus de la part des compagnies d'assurances.»

Cette décision, c'est la convergence de deux logiques: celle de la banalisation du sida, qui nie ou rend invisible la discrimination contre les malades, et celle de la dérégulation du marché des assurances fondée sur la sélection — avec les séropos et, sans doute, les immigrés dans le rôle des «mauvais risques».

Les mutuelles se posent en rempart contre la discrimination. La Fédération des Mutuelles de France, par exemple, exige que «l'ensemble de la protection maladie, obligatoire et complémentaire, soit placé en dehors de toute pratique de sélection et d'exclusion... visant à empêcher toute discrimination entre

les personnes, en raison de leur état de santé ou de leur handicap, que le risque soit avéré ou non, que les opérations de couverture maladie soient collectives ou non...»

Mais une série de directives européennes sur les assurances, datant de 1992, a mis en place la Libre Prestation de Service (LPS) qui permet aux assureurs commerciaux d'exercer leurs activités au sein de la Communauté européenne avec l'agrément d'un seul État membre. Cette harmonisation sera-t-elle utilisée par le gouvernement comme un levier forçant la mise en concurrence entre assurances commerciales et mutuelles?

Privatiser l'assurance maladie, en faire un «marché de la santé» à 850 milliards de francs, certains s'y croient déjà: «Il faut prendre au sérieux ceux qui prônent la mise en concurrence de la Sécu avec les assureurs», déclare Yves Vérollet, secrétaire confédéral CFDT (la CFDT préside la Caisse National d'Assurance Maladie depuis 2 ans). «Il faut montrer la capacité de l'assurance maladie à se forger une culture de branche (lire: culture de l'entreprise), à se réformer (lire: privatiser) elle-même sans attendre que d'autres nous l'imposent... ■ W\

MARIE-THÉRÈSE PATRY, MILITANTE SUD-CRC: L'AMBITION DE LA SÉCU, À L'ORIGINE, C'ÉTAIT UN VRAI RÉGIME UNIVERSEL, PAR SEULEMENT MALADIE



La couverture maladie universelle (CMU), telle qu'elle est envisagée par le gouvernement, aggrave-t-elle la réalité d'une médecine à plusieurs vitesses?

En tant que tel, le projet ne va pas aggraver les inégalités en matière de santé. La proposition d'une couverture maladie universelle ne rompt pas avec le fait qu'il y a des gens qui ne pourront pas accéder à tous les soins. Ce qui aggrave la médecine à plusieurs vitesses, c'est l'augmentation de la part des cotisations à la Sécurité sociale qui restent à la charge des ménages, le déremboursement, l'augmentation du forfait hospitalier, le développement du secteur privé et de ses honoraires libres, etc.

Selon le gouvernement, la grande innovation de l'AMU (assurance maladie universelle, Plan Juppé) comme de la CMU (couverture maladie universelle, version Aubry) est de vouloir remplacer le critère de travail pour accéder à la sécurité sociale par le critère de résidence...

La sécurité sociale s'était mise en place pour les salariés, sur la base du principe de solidarité. La

solidarité entre les personnes, ce n'est pas l'assurance où, je paye pour moi, pour que ça me donne à moi. L'ambition de la sécurité sociale était d'aller vers un régime universel — mais pas seulement maladie -, qui couvrirait toute la population. Politiquement, dès la création de la Sécurité sociale, l'idée d'élever le régime général au niveau des régimes particuliers, d'étendre une couverture universelle pour l'ensemble de la population, a été très vite battu en brèche et n'a jamais vu le jour.

Là où le bât a blessé, c'est que les non-salariés ont refusé d'être dans le même régime que les salariés. Dès 1947, il y a eu création de nombreux régimes diversifiés de non-salariés — des commerçants, des professions libérales, du régime agricole, etc.

Mais le problème, aujourd'hui, c'est qu'on peut être «couvert» — prise en charge par la sécu (ou, pire, l'aide médicale) — et ne pas pouvoir se payer certains soins...

On parle bien d'une couverture maladie universelle avec toutes ses restrictions, c'est-à-dire avec une obligation de payer une partie (le forfait hospitalier), de payer le ticket modérateur (consultation du médecin, médicaments). Ce n'est pas une couverture

universelle au sens de médecine gratuite. C'est donner une protection sociale «universelle» (couvrant l'ensemble de la population) sans pour autant offrir des soins gratuits. D'où le problème des inégalités, puisqu'il y a des gens qui de toute façon, vu la hauteur du ticket modérateur, du forfait hospitalier et des dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins, ne pourront pas payer tous les soins.

Comment expliquer que le plan Juppé, dans un cadre d'austérité, proposait d'étendre l'assurance maladie?

La proposition d'une «assurance maladie universelle», en 1995, était la carotte pour avancer le plan Juppé. L'enjeu du plan Juppé était de baisser les charges des entreprises, vers l'impôt, c'est-à-dire vers les ménages. Dans l'esprit de Juppé, le régime universel était une espèce de compensation, plus ou moins, un prétexte, en disant, vous voyez bien qu'il faut qu'on fiscalise la sécurité sociale, c'est-à-dire de dissocier les cotisations telles qu'elles étaient prévues sur ce qui produit de la richesse nationale...

Si, parallèlement à la mise en place d'un régime universel maladie, la part des cotisations payées par les ménages augmente, le régime universel couvre sur des soins extrême-

ment minimums. Ce qui n'était pas du tout l'objectif de la Sécurité sociale au départ: l'objectif était de donner la sécurité, et donc des droits fondamentaux à chacun, d'accéder à tous les soins.

Or aujourd'hui ce n'est pas ça qu'on donne. On dit: il y a une petite partie des soins qui sera payée pour tout le monde, et, en gros, il faudra que les pauvres s'en contentent. Et après, tous ceux qui voudront des soins supplémentaires, des trucs un peu plus chers, il faudra qu'ils se les payent.

Tout ceci n'est pas machiavélique, c'est simplement une orientation politique libérale: il faut qu'on prémunisse la population la plus défavorisée, sur des soins minimums. Le reste est vraiment pris en charge par une assurance privée, chacun fait selon ses moyens.

La sécurité sociale s'explique par le contexte historique. La sécurité sociale en 1945 elle portait uniquement sur les risques sociaux et des revenus de substitution en cas de maladie, de vieillesse, et de congés maternité pour les femmes. Le problème du chômage n'était pas prévu. Le débat qu'il faudrait avoir aujourd'hui c'est la sécurité sociale d'un côté et l'assurance-chômage de l'autre. Et là il y a un vrai hiatus avec l'assurance-chômage. La

revendication des chômeurs pour un revenu minimum garanti est vraiment le problème de l'assurance-chômage. Quand on revendique l'octroi de droits fondamentaux pour toute la population, ça inclut le droit aux soins, à un logement décent, à un revenu de substitution...

Où apparaissent les droits des étrangers dans le débat sur la protection sociale?

La divergence avec le gouvernement c'est sur sa volonté de réguler les flux migratoires, d'appliquer les accords Schengen. C'est tout ça qui est derrière, ce n'est pas la protection sociale...

Partant, ce qu'on entend c'est: «les malades étrangers, ça coûte cher à la France, à la sécu...», ça se traduit par des pratiques de refus de prise en charge des hôpitaux, par le labyrinthe administratif pour débloquer une aide médicale, par le soupçon qui pèse sur tous les étrangers ou les personnes d'origine étrangère...

Le principe de la Sécurité sociale, c'est la redistribution de la richesse également pour tous. On prend une petite part de la richesse nationale produite, on la met de côté pour répondre à des besoins sociaux, tout le monde y a droit, étranger ou pas. Mais, par exemple, pendant les Trente Glorieuses, les travailleurs immigrés cotisaient mais ne bénéficiaient pas, sous prétexte

que leurs enfants étaient au pays, qu'ils prendraient leur retraite dans le pays d'origine!

Aujourd'hui, un hôpital n'a pas le droit de refuser des soins, c'est la loi. Normalement un médecin, tenu par le serment d'Hippocrate, a aussi une obligation de soigner. Mais dans la réalité c'est plus compliqué que ça: il faut carrément apporter la carte de sécurité sociale, la mutuelle, et tout le bataclan pour arriver à se faire soigner, y compris — on ne le sait que par rapport aux ressortissants étrangers — au risque de dénonciation de gens qui étaient en situation irrégulière.

Dans un cas précis, nous avons sensibilisé le personnel hospitalier sur cette question. D'abord parce que ça nous paraissait extrêmement grave: on est là pour soigner des gens, pas pour faire de la délation. En plus, en général, les gens qui sont en situation de clandestinité, ils ne vont pas facilement à l'hôpital, parce qu'ils savent qu'il y a un risque. En général c'est des pathologies lourdes, comme le sida. Mais à mon avis on n'a pas suffisamment de vision de la détresse médicale dans laquelle se trouvent ces populations...

Aujourd'hui on travaille avec des collectifs de sans-papiers, mais aussi avec les assistantes sociales d'un bureau d'aide aux émigrants, où on a une structure syndicale qui vient de s'implanter. La question de l'accès aux soins, on va travailler là-dessus. C'est évident que c'est une bataille à mener, au même titre que les sans-papiers demandent un logement, un travail. ■ W\

CHRISTIAN SAOUT, PRÉSIDENT DE AIDES FÉDÉRATION :

«Si AIDES n'est pas présent en banlieue, ce n'est pas grave...»



MIGRANTS CONTRE LE SIDA
Pour la Fédération AIDES, comment se mesure le désengagement des pouvoirs publics?

CHRISTIAN SAOUT Nous avons moins d'argent public, et l'argent privé est difficile à trouver. En plus, les uns et les autres ont l'air de dire que c'est fini.

Le désengagement des pouvoirs publics est symbolique dans la mesure où, quand on parle avec eux, ils disent que le sida n'est plus la première priorité de santé publique. Et on le voit dans les chiffres financiers : les subventions publiques allouées à AIDES — je ne peux pas parler pour les autres associations — c'est 20% de baisse sur deux ans. C'est quand même assez considérable. Alors je vois bien les exigences des pouvoirs publics : dans une période d'économie budgétaire, tout le monde doit faire des économies. Mais peut-être on aurait quand même pu penser que la lutte contre le sida n'était pas le bon endroit.

Mais, dans le cas de la baisse des subventions allouées à AIDES, s'agit-il d'une politique générale d'austérité, ou du fait que pour les pouvoirs publics le sida n'est plus la première priorité?

Je ne sais pas. Tout ce que je fais c'est d'observer et de râler. Par exemple, on nous demande si nous pouvons non seulement nous occuper de l'hépatite C mais aussi convaincre les autres associations de faire de même... On ne peut pas à la fois nous demander d'être si exemplaires, si généreux, tout ça en limitant nos moyens.

Au mois de juin, l'association AIDES Alsace affichait un déficit de 370 000 F en 1997 et reprochait à la DDASS d'en être partiellement responsable, par non seulement des «retards de versement des subventions de l'Etat» mais aussi «une mise sous pression permanente»...

Le comité a retrouvé des financements, grâce notamment à l'appui de la mairie de Strasbourg et du Conseil régional. Je trouve plutôt bien que des pouvoirs publics locaux se soient substitués à une défaillance de l'Etat...

Mais AIDES Alsace admettait que son déficit était aussi le résultat d'une «baisse drastique des dons publics»...

La baisse des dons, nous l'enregistrons tous. De la même manière que nous avons tous, sur le plan national, 20% de moins de subventions publiques pour la Fédération, nous avons aussi près de 20% de moins de dons privés. Je crois que nous avons fait le constat : que le SIDA, ce n'est vraiment pas «tendance», surtout quand on affiche des pré-occupations qui sont directement en lien avec la précarité. Ça ne fait pas courir les foules sur le versement de dons. Mais la réalité aujourd'hui, c'est que le sida est le résultat d'un cumul de vulnérabilités. Et bien ça ce n'est pas «tendance» aujourd'hui, de parler des difficultés des gens, de la pauvreté, d'exclusion, de la mise à l'écart, du rejet. Les gens n'ont pas envie de donner pour des causes comme celle-là.

La démobilisation des militants est-elle une réalité pour AIDES? Où en est le réseau des volontaires?

L'an dernier il y avait 3600 volontaires, aujourd'hui ils sont 3200. L'investissement des volontaires n'est

plus à la même hauteur. Il y a l'effet de fatigue : quand on est volontaire depuis 10 ans, engagé dans la lutte contre le sida depuis 15 ans, il y a un certain désengagement qui est compréhensible.

Parler du sida et de la précarité n'est pas «tendance», dites-vous. Quelle est votre stratégie pour faire le travail en direction des populations les plus vulnérables, jusqu'à présent contournées par les efforts de santé publique?

Quand vous me dites que les personnes étrangères, en général, apprennent leur séropositivité quand elles sont au stade de la maladie, je dis, oui, il n'y a rien d'étonnant. Comment voulez-vous être étranger en France, non-régularisé, et aller dans un centre de dépistage? Moins on est reconnu, moins on est attentif à sa santé. Plus tôt est le diagnostic, meilleur est le traitement. D'autant plus qu'un bon traitement est un traitement auquel on adhère. Comment voulez-vous adhérer à un traitement de manière sereine et réaliste si vous êtes maintenus à l'écart de la vie économique et sociale ? Si on est un citoyen mis de côté, c'est évident que les conséquences sont mauvaises pour la santé.

Les chiffres du RNSP confirment l'impact disproportionné du sida au sein de la population étrangère. S'agit-il d'une crise de santé publique, et donc d'une priorité pour la Fédération AIDES?

Le fait qu'une population soit plus touchée qu'un autre est tout à fait incontestable. Il y a un problème, et il faut le résoudre. Nous avons pensé pendant longtemps que nous à AIDES nous pouvions être présent en direction des populations étrangères, en agissant directe-

ment. Notre analyse aujourd'hui est plus autour des partenariats. Dès lors, pour une catégorie de populations, qu'il existe déjà des organisations, des regroupements de volonté, notre action elle est plutôt vis-à-vis de ces associations.

Ça ne sert à rien de vouloir imposer notre modèle — on a bien conscience des limites de ce que nous sommes —, il faut le faire partager. Il faut que notre modèle soit repris par les autres. On va les aider, on va les accompagner. Notre défi aujourd'hui c'est sûrement de changer et de nous adapter à ces réalités.

Et si demain AIDES n'est pas présent dans tel quartier de banlieue, si AIDES n'est pas présent vis-à-vis de tel population étrangère, ce n'est pas grave. Si nous n'avons plus assez d'argent pour maintenir les programmes que nous avons en banlieue, par exemple, on sera avec les autres, et peut-être que les autres arriveront encore mieux à trouver de l'argent, parce qu'ils ont, vis-à-vis de certaines communautés, une légitimité que nous n'avons pas.

Si en revanche nous avons réussi à les aider, à trouver des financements pour mener des actions de lutte contre le sida qu'ils mèneront eux-mêmes, directement, en fonction de leur identité, de leurs attentes et de leurs besoins, si nous avons fait ça, c'est notre honneur. C'est plus notre honneur aujourd'hui de dire voilà ce que nous avons fait, et voilà comment vous pouvez le reprendre et vous pouvez le faire...

Le projet d'AIDES ça n'a jamais été de tout faire. Ça a été de constater quand il n'y avait pas quelque chose, de proposer une réponse aux pouvoirs publics. Ensuite, devant la carence des pouvoirs publics, qu'on allait faire à leur place, et quand on avait démontré que faire à leur place, on avait bien fait, de faire en sorte que ça soit repris par les autres. Ça a toujours été cette méthode, il faut le réaffirmer et le faire encore plus fort.

Où en êtes-vous avec ce travail de soutien et de partenariat?

Le 21 novembre nous avons provoqué une gran-

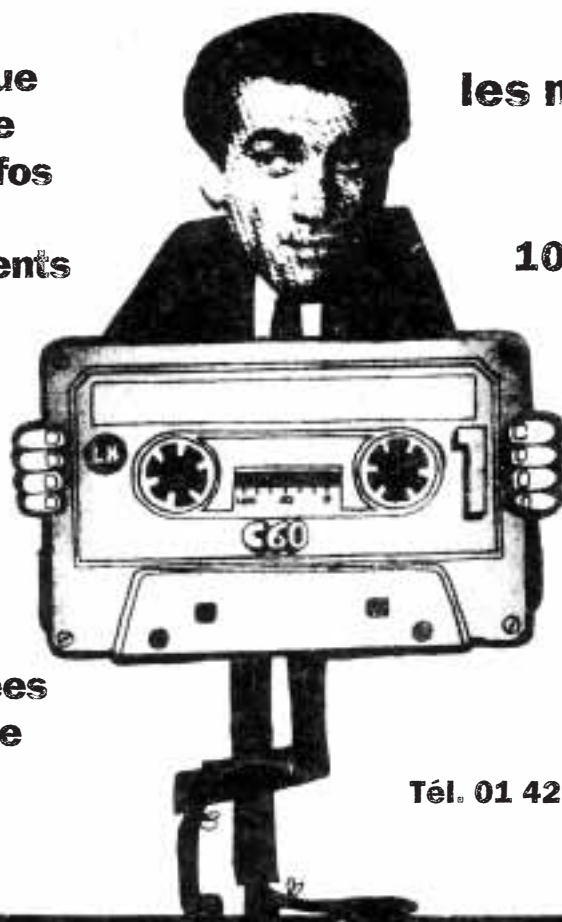
de rencontre à Paris, organisée autour notre action avec des communautés sub-sahariennes en France. Cette rencontre, c'est un petit peu la «recette du partenariat». Et si ça intéresse d'autres gens, on est prêt.

Mais la crise financière vous oblige à défendre vos acquis, donc le statu quo, non? Comme ce dirigeant d'une association classique de lutte contre le sida qui nous a fait comprendre qu'en période d'austérité, en pleine prise de tête pour faire le plan social de son assoc, ce n'était pas le moment de ramener des histoires d'immigrés...

Ce n'est pas la vision d'AIDES. Je vis les choses difficilement, la baisse des financements ça m'entraîne à faire un plan de licenciement, ça ne me fait pas franchement rire. Non seulement on conduit une réorganisation stratégique mais en plus on le fait dans un contexte financier difficile. Ce n'est pas du tout le *statu quo*. On a moins d'argent, mais ce n'est pas dans l'idée d'en faire moins. C'est au minimum dans l'idée d'en faire autant, mais différemment. ■ W

**Migrants contre le sida,
c'est l'émission qui s'adresse
directement aux séropos
immigrés et à leurs proches.**

**Avec la
chronique
juridique
+ des infos
sur les
traitements
+ où se
soigner
et se
loger
à Paris
+ l'actu
des
luttés
immigrées
et contre
le sida.**



**Tous
les mardis
à 14h
FPP
106,3 FM**

Tél. 01 42 41 07 70