

Association Biens publics à l'échelle mondiale

La santé mondiale entre racket et bien public

coordonné par François-Xavier Verschave

avec les contributions de :

Patrick Alloux, Élisabeth Chamorand, Peter Dwyer, Dominique Gentil, Raoul-Marc Jennar, Gaëlle Krikorian, François Lille, Georges Menahem, Francis Merckaert, Philippe Pignarre, Eloan Pinheiro, Philippe Rivière, Reda Sadki, François Teyssier, François Veillerette, Germán Velásquez, François-Xavier Verschave, Laurent Ziegelmayr.

Éditions Charles Léopold Mayer
38, rue Saint-Sabin
75011 Paris
France

Sommaire

Introduction, <i>François-Xavier Verschave</i>	9
Première partie : Promesses du passé, reculs du présent	15
La Sécurité sociale française, construction d'un compromis fragile, <i>Dominique Gentil</i>	17
Naissance, essor et limites d'une perspective sanitaire mondiale, <i>Dominique Gentil et Élisabeth Chamorand</i>	31
Deuxième partie : Une mondialisation privative	57
Le privé est-il plus efficace que le public?, <i>Philippe Pignarre</i>	59
La politique américaine en matière d'accès aux médicaments, <i>Élisabeth Chamorand</i>	71
L'industrie pharmaceutique soumise aux logiques du capital, <i>Georges Menahem</i>	89
La Sécu, elle est à nous!, <i>Patrick Alloux</i>	101
Mondialisation libérale contre droits humains fondamentaux, <i>Raoul-Marc Jennar</i>	121
Santé des itinérants: le cas exemplaire des marins, <i>François Lille</i>	137
Troisième partie : Résistances réelles et potentielles	151
Revendications de malades et de citoyens	153
1. Le <i>Treatment Action Campaign</i> en Afrique du Sud : « Ils meurent d'impatience de se battre », <i>Dr Peter Dwyer</i>	153
2. Bribes d'histoires des luttes immigrées pour survivre au sida, <i>entretien de Reda Sadki avec Gilles Alfonsi</i>	161
Faire entrer les médicaments en politique: le rôle du «public», <i>Philippe Pignarre</i>	173
Médecine générale et dimensions du bien public, <i>Francis Merckaert</i>	185
Vécu et engagements des syndicats de l'industrie pharmaceutique	199

1. Militance syndicale et bien public, <i>Laurent Ziegelmeier</i>	199
2. Un cas d'école: Aventis Elbeuf, <i>François Teyssier</i>	213
3. Contre le sabordage de la recherche, le projet Nereïs, <i>Philippe Rivière</i>	220
Batailles d'experts et joutes internationales: la production des génériques et l'OMC, <i>Gaëlle Krikorian</i>	225
Les pays du Sud réagissent	245
1. Actions de pays en développement pour l'accès aux médicaments génériques, <i>Gaëlle Krikorian</i>	245
2. L'expérience brésilienne, <i>Eloan Pinheiro</i>	251
3. Vers un front commun?, <i>Philippe Rivière</i>	259
Quatrième partie : Vers où voulons-nous aller ?	261
Une perspective pour la recherche, <i>Philippe Rivière</i>	263
Santé et environnement: une problématique mondiale, <i>François Veillerette</i>	277
Le médicament, un bien public mondial?, <i>Germán Velásquez</i>	283
L'OIT lance une campagne mondiale en faveur de la sécurité sociale pour tous	301
La santé parmi les biens publics mondiaux, <i>François-Xavier Verschave</i>	307
Annexe : Biens publics mondiaux et services publics mondiaux, <i>François Lille</i>	333
Abréviations	339
Bibliographie	343

2. Bribes d'histoires des luttes immigrées pour survivre au sida

Extraits d'un entretien de Reda Sadki avec Gilles Alfonsi⁶

Réputé radical, étiqueté excessif, Reda Sadki présente depuis 1995 la seule émission de radio qui informe et donne la parole aux séropositifs de l'immigration et la banlieue⁷, sans aucun soutien des pouvoirs publics, des laboratoires pharmaceutiques ou des associations classiques de lutte contre le sida. Ce n'est pas pour autant prêcher dans le désert. Autour de l'émission, des familles se sont regroupées pour sortir de l'ombre: en mai et juin 2002, elles ont organisé deux rassemblements pour porter leurs revendications sur la place publique. Et en juin 2003, elles ont créé le premier Comité des familles pour survivre au sida. Le témoignage de Reda Sadki montre qu'il y a toujours des exclus parmi les exclus, que leur lutte concourt de manière décisive à l'universalité des droits et de l'accès aux soins.

Quelle est l'origine de votre volonté d'agir contre l'épidémie du sida parmi les personnes migrantes, en général, et d'origine maghrébine, notamment, en France ?

En 1995, je faisais de la radio sur plein de sujets, j'ai fait une émission sur « les Maghrébins de France face au sida ». Avec quelques amis, nous avons constaté qu'en dépit de l'existence de nombreux cas de décès et de contaminations parmi les immigrés et leurs enfants, dans les quartiers populaires, il y avait des gens en lutte pour survivre au sida, mais du côté des associations classiques et des pouvoirs publics, c'était un grand tabou.

6. Propos recueillis pour la revue *Combat face au sida*. Contact : redaction-combat@wanadoo.fr.

7. L'émission de radio des séropositifs de l'immigration et la banlieue, sur le site www.survivreausida.net et sur la fréquence 106.3 FM (mardi 17h-18h ; mercredi 11h-12h et jeudi 7h-8h). Répondeur de l'émission : (0) 1 43 79 88 32.

Je n'arrivais pas à comprendre ce déni. Les gens qui m'ont tout appris se comptent sur les doigts d'une main, c'étaient des anciens de l'immigration, des rescapés du sida, écorchés vifs, insoumis jusqu'à la mort. Il y avait encore des réseaux informels d'entraide et de survie entre galériens, c'est grâce à ceux-ci que les gens tenaient le coup. La génération de cette première épidémie du sida, c'est la même que celle que le mitterrandisme a voulu écraser en fabriquant SOS Racisme, pour anéantir l'espoir de la Marche pour l'égalité et contre le racisme, des mobilisations contre les crimes racistes et sécuritaires, de l'expression culturelle de la jeunesse ouvrière immigrée... J'ai compris que dans les quartiers il y a eu successivement l'arrivée de l'héroïne, dans une période de prohibition du matériel d'injection, puis celle du sida. De très nombreuses contaminations sont alors survenues parmi les usagers de drogue par voie intraveineuse. Des milliers de personnes sont morts dans cette période, alors que leur mort était parfaitement évitable.

À partir de votre constat, quelles actions avez-vous lancées ?

Au début, je pensais rapidement trouver des gens mobilisés, malades ou pas, que je pourrais rejoindre. En 1995, il n'y avait rien d'organisé, sauf quelques opportunistes des associations immigrées qui grattaient des subventions pour aller distribuer des capotes sur les marchés, et quelques électrons libres dans les associations classiques comme AIDES ou Sida Info Service qui quémandaient timidement de leurs structures, alors en pleine crise interne depuis l'arrivée des trithérapies, un soutien aux immigrés et aux précaires. Pour rencontrer d'autres gens, pour comprendre le degré de déliquescence de la lutte contre le sida, pour rapprocher le travail de l'émission des préoccupations des gens concernés, cela a pris du temps. À partir de 1998, nous avons commencé à formuler publiquement des interpellations en direction des pouvoirs publics et des autres acteurs de la lutte contre le sida. Nous dénonçons une santé publique

aveugle (sans outils pour «voir» l'épidémie chez les immigrés), sourde (aux constats de terrain du lourd tribut au sida payé par les immigrés) et muette (malgré l'existence de données, aucune publication sur le sujet!).

Plus tard, lors de l'évaluation par le commissariat du Plan de la politique de lutte contre le sida entre 1994 et 2000, réalisée par Christian Rollet, celui-ci concédera d'ailleurs que la santé publique «est peut-être borgne» en ce qui concerne les «migrants». Dans la foulée, en 1999, nous avons obtenu du Réseau national de Santé publique (RNSP), ancêtre de l'actuel Institut national de veille sanitaire, la publication du premier rapport sur le sida parmi les étrangers. Nous avons demandé de discuter du contenu, de la portée et de son utilisation avec Anne Laporte, responsable de l'étude. Elle nous a rétorqué sèchement: «On ne fait pas les choses comme ça!». Nous avons fini par occuper le RNSP pour obtenir au moins la date de publication du rapport, et nous avons rendu public notre démarche en disant: «Ces chiffres nous appartiennent». En termes radicaux, on pourrait dire: «Les professionnels du RNSP doivent travailler pour nous. Leur travail doit être pertinent par rapport au terrain. Si nous en avons besoin c'est parce que la santé publique officielle n'est capable de comprendre que son propre discours». Et c'est Suzanne Guglielmi, à l'époque directrice de la Division sida au ministère, qui convoque Anne Laporte pour s'asseoir à la table avec nous. Enfin, le déni prenait fin: plus personne ne pouvait plus nier l'existence d'une épidémie aux contours spécifiques chez les immigrés et leurs enfants, marquée d'abord par une séroprévalence hors de proportion. Tandis que le rapport du RNSP réduisait l'épidémie à une «pathologie d'importation» chez les Africains noirs et à un «problème de dialogue entre les générations» pour les Arabes. Dans cette lutte, Sisyphe n'est pas un mythe!

Comment expliquez-vous que votre action n'ait pas fait bouger les grandes associations ?

[...] L'idée que ce sont les malades qui font les associations a tout simplement disparu. Une image romantique met en avant des malades du sida éclairés, surinformés, en mouvement, capables de contredire le pouvoir du médecin et de parler avec lui d'égal à égal... Très bien, mais la question c'est: dans quelle mesure tout cela repose sur le statut social de ce malade: scolarité heureuse, compte en banque fourni, bel appartement, médecin bienveillant et attentif qui donne son numéro de portable... S'imaginer qu'on peut refaire ça quand la majorité des gens malades sont pauvres, chômeurs ou occupent des boulots d'immigrés, se soignent en banlieue, c'est illusoire. Ce n'est pas qu'il n'y a pas des médecins solidaires, ni que nous ne sommes pas capables d'apprendre la liste des 16 médicaments antirétroviraux ou de prendre correctement un traitement, même dans la galère. Non, ce qu'il faut retenir, c'est que notre mobilisation à nous – et donc la mobilisation de tous – ne peut pas être réservée à une élite, quelle qu'elle soit.

Mais alors, devons-nous aussi les grands acquis – par exemple la dépénalisation de la possession de seringues obtenue après les États généraux drogues et sida de 1994, sous un gouvernement de droite – au statut social des acteurs du sida, généralement issus des classes moyennes et supérieures? Je ne le pense pas, il ne faut pas confondre la vitrine avec la force réelle d'un mouvement, celui dont les usagers de drogue ont été le moteur. C'est le genre de question souvent éludée par certains interlocuteurs qui eux aussi revendiquent leur radicalité face au sida, et qui voudraient qu'on oublie les classes sociales pour devenir tous des « minoritaires », chacun portant son oppression spécifique d'homo, d'immigré, etc. [...] Nous, nous sommes issus de l'immigration pauvre. L'épidémie parmi les homos blancs des classes moyennes n'a pas précédé la nôtre. Il n'y a pas eu de pré-séance. Il y a eu simultanéité. Le séropositif que nous connais-

sons, français ou immigré, est souvent une femme. Elle a moins de 480 euros par mois pour vivre, elle et ses enfants. Quand elle arrive à l'hôpital, c'est avec des maladies opportunistes et pas beaucoup de CD4 – hormis le cas du dépistage pendant la grossesse –, et souvent elle en ressort les pieds devant.

Quelle perception les spécialistes avaient-ils alors de l'épidémie parmi les personnes d'origine migrante ?

Nous savons que des chiffres avaient été communiqués par le RNSP au ministère de la Santé et qu'ils étaient connus dans les DDASS (Directions départementales de l'action sanitaire et sociale) et dans les institutions dès la fin des années quatre-vingt. Selon une étude de Florence Lot dans un BEH (Bulletin épidémiologique hebdomadaire) de 1996, 14 % des malades déclarés étaient de nationalité étrangère. Ces chiffres, pourtant partiels, étaient inquiétants car ils reflétaient la réalité des contaminations dix ans plus tôt environ. On pouvait donc raisonnablement s'inquiéter de la situation. Nous avons interrogé Florence Lot: face à de tels chiffres, améliorer la surveillance du sida parmi les migrants devenait-elle une priorité? La réponse a été négative. Il n'y avait pas assez de Noirs et d'Arabes malades ou morts du sida pour compter sur le plan des priorités épidémiologiques, voire de santé publique.

À partir de 1999, nous avons essayé de faire notre propre comptabilité de l'épidémie. Nous avons estimé que 15000 des 35 000 personnes décédées du sida en France depuis le début étaient des immigrés ou des enfants d'immigrés. Ce chiffre-là, effarant, nous l'avons construit sur la base des constats de terrain. Par exemple, Mimouna Hadjam de l'association Africa raconte qu'à la cité des 4000 à La Courneuve, une trentaine de jeunes sont disparus dans l'épidémie. Dans une seule cité... Ensuite il y a les chiffres départementaux, régionaux et nationaux que nous avons récoltés. On a appris à faire confiance à ces constats, en l'absence d'une santé publique capable de

répondre à nos questions. Mais ce n'est qu'aujourd'hui que les « migrants » figurent dans les programmes de santé publique. Il a fallu qu'on représente 40% des malades du sida pour qu'il y ait un début de prévention. D'un point de vue de santé publique, c'est de la mauvaise science, et bien sûr politiquement c'est à la fois une injustice et un crime. D'autant plus que la santé publique officielle aujourd'hui ne parle que de la partie émergée de l'iceberg, en ciblant les Africains « subsahariens » et en déliant sur l'immigration « thérapeutique » alors que la majorité des gens ont été contaminés ici, et que presque tous les gens qui tentent de venir se soigner en France crèvent à des milliers de kilomètres des frontières.

N'y a-t-il pas eu des actions en direction de groupes ciblés ?

En 1990, le CRIPS (Centre régional d'information et de prévention contre le sida) déclarait: « Aucune donnée épidémiologique ne permet aujourd'hui de mesurer l'importance du risque sida dans cette population et de la désigner comme particulièrement atteinte », tout en organisant... des réunions spécifiques sur le thème. C'était faux, et ils le savaient. Ensuite, [...] Pendant ce temps, on a vu la part des étrangers parmi les malades monter en flèche dans les statistiques. On pourrait me répondre que tout cela appartient au passé, vu qu'aujourd'hui même Jacques Chirac s'est inquiété de la proportion du sida chez les femmes africaines noires au colloque des élus locaux contre le sida. Depuis au moins cinq ans, des Africains noirs arrivent en surnombre dans les services sida. Aujourd'hui, qu'est-ce qu'on a pour répondre à ça ? Beaucoup de médecins désarmés, une ou deux publicités à la télé, et quelques représentants « officiels » à la peau noire ou basanée mais qui – quel que soit leur statut sérologique – n'ont aucune légitimité politique car ils doivent leur place aux médecins et aux institutions, pas aux gens concernés. Ils n'ont aucune base parmi les séropositifs eux-mêmes, qu'ils ne connaissent que comme usagers de

leurs associations ou récipiendaires éventuels d'une action de soutien ou de prévention, une statistique dans leur rapport d'activité ou leur demande de subvention. Alors que les Africains qui arrivent à l'hôpital avec le sida, c'est la partie émergée d'une épidémie dont la réalité sociale leur échappe presque totalement.

À partir d'une telle analyse, que faire ?

Il y a une histoire collective, inconnue, passée sous silence. Il faudrait commencer par reconnaître ce qui s'est passé au-delà des chiffres : la douleur, la souffrance de nos familles tient à l'injustice de cette maladie, mais c'est aussi la racine de notre résistance face à celle-ci. Il n'y a pas de vision d'ensemble de l'épidémie et de la lutte contre elle en France sans traiter de la question du lourd tribut à l'épidémie payé par les immigrés, les étrangers d'origine. Aujourd'hui, certains sont prêts à reconnaître ces réalités, mais pour en parler au passé. Or il s'agit d'un enjeu du présent, totalement actuel. Il existe une deuxième épidémie du sida parmi les Maghrébins de France, qui cible précisément des gens qui ne se considèrent pas comme étant « à risque ». Il y a les hommes qui ont des pratiques sexuelles avec d'autres hommes mais qui ne s'identifient pas comme pédés. Je suis convaincu que la séroprévalence chez les homos maghrébins est plusieurs fois supérieure à celle des homos blancs. [...]

Dans la logique actuelle, on parle des homos d'un côté, des immigrés de l'autre. C'est un non-sens en prévention, qui découle de la rigidité des catégories épidémiologiques. Mais il découle aussi du tabou qui interdit de parler des inégalités de pouvoir entre homosexuels. En fait, c'est un peu comme les messages de prévention aux femmes hétéros qui ne disent rien du pouvoir des hommes sur les femmes, dans la relation sexuelle. C'est le mec qui décide s'il va mettre la capote, même si la femme a des moyens de subversion. Dire aux femmes de se protéger, cela n'a un sens que si on fait quelque chose pour leur

en donner les moyens... Quand on nous dit maintenant qu'il y a beaucoup moins de contaminations par les seringues, c'est indéniable: ce sont les «toxicos» qui ont le plus durablement appris les comportements de prévention. Il faudrait reconnaître ça, aussi. Les anciens de l'épidémie pourraient apporter beaucoup, notamment aux jeunes séropositifs. Aujourd'hui, à l'émission, on arrive à parler ouvertement avec des couples, avec des jeunes hommes et femmes, des difficultés au quotidien de la prévention quand on est séropositif. Faut-il déclarer sa séropositivité à son partenaire? Le séropositif est-il plus responsable de la prévention que son partenaire séronégatif? Que faire face à un mari qui insiste pour retirer la capote? Mais les moyens que nous avons pour donner forme à ce débat, nous au Comité, sont dérisoires. Si on ne fait rien, on se retrouvera avec une loi qui criminalise la transmission du virus. Comme si on n'avait pas déjà assez fait pour terroriser les séropositifs. Bref, on est témoin de plein de choses, les gens se confient à nous, en parlent à l'émission et ensuite hors antenne. On voit des pistes de travail à creuser, mais le problème c'est que l'écrasement social et économique, c'est pas juste des mots. Au Comité, on a du mal rien qu'à réunir le Conseil des familles, à garder le contact entre les familles. Les gens les plus compétents parmi nous, qui maîtrisent les traitements, qui sont capables d'écrire des articles en même temps que d'être sur le terrain par exemple, sont eux-mêmes bouffés par les problèmes de papiers, de fric, de logement. Le problème, c'est les moyens.

Vos questionnements sont beaucoup plus larges que le problème du sida dans la communauté maghrébine...

L'épidémie en tant qu'injustice, cela commence avec Christophe Colomb, le sida cela fait 24 ans qu'on le connaît. Alors pourquoi est-ce si difficile pour la santé publique française de mesurer que le sida n'est pas une maladie figée mais une épidémie qui bouge? Concrètement, lorsque le virus est

« entré » dans une population, il n'en sort pas tout seul. Pourquoi n'anticipe-t-on pas les événements? Comment peut-on sérieusement penser que l'épidémie est finie dans une population dont une large part est actuellement dans le marasme? Quand on parle des pauvres dans le tiers-monde, tout le monde est d'accord sur le lien entre la misère et la maladie. Mais quand il s'agit de la banlieue pauvre de Paris, c'est moins facile de faire des beaux discours. Pour les Maghrébins, il y a toujours eu un blocage. On essaye de faire comme si les Arabes malades du sida, ça n'existait pas, alors que la France est le seul pays au monde où une minorité arabe a été frappée de plein fouet par le sida. Pourquoi? Parce qu'avec nous on ne peut pas renvoyer facilement à une « pathologie d'importation », l'injustice vécue est bien française. On prétend alors qu'il ne faut pas distinguer les Arabes des autres Français, car ce serait les stigmatiser. L'excuse du risque de stigmatisation nous a constamment été opposée, ce faux débat ne devrait plus être d'actualité. Mais des gens sont morts, et vont mourir parce que, soi-disant, on ne veut pas les stigmatiser. Ils n'accéderont pas à la prévention, aux soins et resteront seuls sauf si nous apprenons à nous organiser. Et si on s'organise, ce sera forcément en puisant dans les racines de notre histoire politique, c'est-à-dire des combats de progrès social menés par les immigrés.

Quelles sont selon vous les causes profondes du déni? Est-ce que les Arabes sont respectés dans la société française ?

Le racisme n'existe-t-il pas? La colonisation, l'émigration forcée vers la métropole, ce sont des violences qui restent des plaies béantes dans la société française. Pourquoi les Algériens se retrouvent tout en bas de l'échelle sociale en France? Avec le sida, les délires sur la culture des « migrants » ont servi de cache-sexe pour ces questions, d'où l'échec annoncé des quelques programmes de prévention actuelle. Le 30 novembre 2001, quand le secrétaire d'État à la Santé, Bernard Kouchner,

parle du sida chez les migrants, il choisit d'évoquer le rejet des séropositifs dans leur communauté. Au lieu de parler des problèmes de précarité, de la relégation sociale, de la façon d'aller vers cette population et des responsabilités des pouvoirs publics, il stigmatise ainsi toute une population. Alors, question: est-ce que les gens, leur communauté d'origine sont comptables de leur contamination et donc de leur propre sort? [...]

La santé des immigrés n'a jamais été une question pour les pouvoirs publics, en dépit de tous les discours sur les droits de l'Homme. L'enfant d'immigré qui prend une balle d'un policier, qui se suicide en prison, qui meurt du sida... cela n'a jamais vraiment compté dans la société française. Nous vivons dans le même monde, mais ce monde a été coupé en deux, avec un cloisonnement de plus en plus absolu, fondé sur des injustices caractérisées. Dans les villes, il y a le centre et la périphérie, d'un côté les riches, de l'autre côté les pauvres. Il y a un grave problème d'inégalités en France. Le pays est riche et on abandonne les pauvres. Certains parlent de « vivre avec » le sida? C'est le slogan de gens qui ont des moyens. Il y a des malades qui n'ont aucun moyen de vivre avec le sida, et qui en l'absence de mobilisation collective meurent aujourd'hui dans le silence, le déni et l'indifférence. Pour nous, l'enjeu aujourd'hui est celui-ci: notre destin est-il d'être constamment relégué, mort vivant, faut-il accepter notre sort? [...]

Comment percevez-vous le combat tel qu'il est mené, au Nord et au Sud, pour l'accès aux traitements?

Au sein du Comité, nous sommes de plus en plus nombreux à soutenir des proches – parfois son mari ou sa femme, un enfant, ou quelqu'un de la famille – qui vont mourir du sida si rien ne change. L'espérance de vie sur le continent africain, c'est dix mois, une fois la maladie déclarée. [...]

C'est bien de dénoncer l'OMC, de réciter les accords de Doha par cœur, ou d'aller à Cancún pour dénoncer les consé-

quences mortifères des brevets. Pourquoi pas, si on a le temps et les moyens. Mais quelle est la pertinence de ces interventions par rapport à la vie quotidienne de nos frères et nos sœurs malades qui vivent dans les pays d'origine? [...]

Alors, faut-il revendiquer le droit à l'immigration et à l'installation des gens malades? Lutter pour l'accès aux traitements, cela veut-il dire: on veut bien que les Arabes et les Noirs aient des médicaments essentiels, mais qu'ils restent chez eux pour les gober? L'histoire d'une famille marocaine installée en France m'a marqué. Un des enfants avait été expulsé en 1989. Il ne savait pas qu'il avait été contaminé en France en partageant sa seringue. En 2001, il est mourant, il est seul dans un petit village au Maroc. Son frère le ramène en France par une filière parallèle. Arrivé à Paris avec un taux de 5 CD4, il a été soigné et il est aujourd'hui en bonne santé. Je vous pose la question: quelle est la valeur de ce qu'ils ont vécu, lui, son frère, mais aussi le reste de la famille qui s'est organisée? Est-ce que ça compte pour quelque chose, la vie d'un ancien expulsé, enfant de l'immigration, un Arabe qu'on voulait mort, mais il est encore là? Que vaut la vie, ici et là-bas? [...]

Nous avons créé le Comité des familles pour survivre au sida le 14 juin 2003. Le Comité est multicommunautaire: il y a des gens de partout, le seul dénominateur commun, c'est la volonté de lutter pour survivre au sida, pour vivre et se soigner dans la dignité. Il est vrai que la plupart des familles sont de l'immigration maghrébine. L'histoire n'est pas la même, ce n'est qu'aujourd'hui, avec les conséquences de l'explosion de l'épidémie dans le Maghreb, que nous rejoignons nos frères et sœurs du reste du continent. Nous avons beaucoup à apprendre du reste de l'Afrique. [...]

L'objectif à moyen terme, c'est d'arriver à organiser une véritable assemblée générale des familles confrontées au sida, pour permettre à tous de s'exprimer et pour décider d'objectifs et de revendications communes. Aujourd'hui, on est pris de vitesse par les attaques successives contre l'Aide médicale d'État, le

droit au séjour, au logement, bref la répression, mais on en a vu d'autres. C'est la tempête. Pour moi, l'enjeu, c'est simplement de participer en tant que malades, ou proches de malades, aux combats pour l'égalité des droits et contre le racisme. L'émission s'est toujours battue pour l'égalité des droits face à la maladie, et ça, c'est quelque chose qui concerne tout le monde, Français comme Immigré, malade et non malade.