

François Hollande : "Le sida ne doit pas seulement concerner ceux qui sont porteurs de cette maladie"

Publié par jfl-seronet le 19.03.2012

Candidat socialiste à la présidentielle, François Hollande, député, président du Conseil général de la Corrèze, ancien Premier secrétaire du Parti Socialiste, a, depuis le lancement de sa campagne, traité à plusieurs reprises des questions de santé. Pour Seronet, il présente sa stratégie en matière lutte contre le sida et fait part de ses analyses et de ses choix sur des sujets trop rarement évoqués. Interview exclusive sur Seronet.

Il y a plusieurs mois, différentes mesures législatives ont été prises concernant la situation des personnes étrangères et tout spécialement celles qui sont malades, qu'elles soient ou non en situation irrégulière. L'Aide Médicale d'État (AME) a été ainsi largement réformée et le droit au séjour pour soins sévèrement attaqué. Que pensez-vous de ces décisions et quelle lecture politique en faites-vous ?

Ces décisions reflètent une vision déformée de la réalité. On essaie de faire croire aux Français que si la Sécurité sociale est en déficit, c'est à cause des étrangers qui viennent se faire soigner en France. Cela n'est évidemment pas le cas. Il faut revenir aux faits. L'aide médicale de l'Etat (AME), qui est le dispositif prenant en charge les soins des étrangers en situation irrégulière, ne représente que 0,4% des dépenses de l'Assurance maladie. Quant au droit au séjour pour soins, c'est un dispositif très encadré, qui n'est accordé qu'à des étrangers très gravement malades, après un avis d'un médecin de l'administration. Avant que le Gouvernement ne le remette en cause, seules 5 000 cartes de séjour étaient délivrées chaque année. Ce sont donc des sujets qui ont été montés en épingle par la majorité actuelle.

Si vous êtes en situation, comptez-vous revenir sur ces décisions, en rétablissant le droit au séjour pour soins, en supprimant le droit de timbre pour l'accès à l'AME ? Ou pensez-vous que l'AME doit être intégrée dans l'Assurance maladie et ne plus être un dispositif à part ?

Si je suis élu, je souhaite revenir sur ces décisions. La suppression du droit de timbre de 30 euros pour l'accès à l'AME fait partie des 60 engagements de mon projet. Les politiques d'exclusion et de stigmatisation visant à réduire les dispositifs comme l'AME ne pourraient nous conduire qu'à une catastrophe sanitaire. L'AME, qui a été instaurée par le gouvernement de Lionel Jospin en même temps que la CMU, est un bon dispositif. C'est l'honneur de notre pays, ne l'oublions pas, que de garantir à toute personne, quelle que soit sa situation financière, sociale ou administrative un accès effectif aux soins. Une prise en charge sanitaire rapide est humainement, médicalement et financièrement préférable à des soins tardifs. Je prends l'engagement de revenir sur ces restrictions. Quant au droit au séjour pour soins, la modification apportée par la loi sur l'immigration du 16 juin 2011 est hypocrite. Elle laisse croire que le droit au séjour pour soins est maintenu, mais elle ne prend plus en compte l'effectivité de l'accès aux soins dans le pays d'origine. Si vous venez d'un pays très pauvre, mais qu'une clinique très chère donne de bons traitements au président et à ses amis, alors on considère que les soins existent dans votre pays et que l'on peut vous y renvoyer. On ne se demande plus si vous pouvez vraiment avoir accès à ces soins.

Ces dernières années, les choix du gouvernement en matière de comptes sociaux ont eu des conséquences importantes sur la vie des personnes malades et tout spécialement celles qui sont atteintes d'affections de longue durée comme les personnes atteintes d'une hépatite ou du VIH ? La mise en place des franchises médicales, la multiplication des déremboursements de médicaments, la hausse du prix des consultations, des forfaits hospitaliers... ont eu pour conséquence d'augmenter le reste à charge pour les personnes malades et surtout de renforcer

une logique individuelle contre la solidarité collective. Que pensez-vous de ces décisions ?
Quelles sont les conséquences de cette politique ?

La politique de santé de la droite a été à la fois injuste et inefficace. Injuste, car elle a accru les charges pesant sur les personnes malades. Inefficace, car elle n'a pas permis de rétablir l'équilibre de l'Assurance maladie. La majorité actuelle a dégradé notre système de solidarité par les décisions que vous citez. Elle a aussi laissé se développer les dépassements d'honoraires. Le résultat, c'est qu'aujourd'hui la Sécurité sociale rembourse à peine plus d'un euro sur deux pour les soins courants et que de plus en plus de Français, un sur quatre ou un sur trois selon les études, renoncent à se soigner ou retardent des soins pour des raisons financières. Même les personnes gravement malades, qui sont en "affection de longue durée" (ALD), ne sont pas épargnées, car certaines d'entre elles ont un reste à charge très important. Voilà les conséquences de cette politique.

En matière de dépenses de santé, de tarification, d'équilibre des comptes sociaux... que faut-il éviter et quelles propositions faites-vous ?

Pour garantir l'avenir de notre système de protection sociale, je veux rétablir l'équilibre des comptes de l'Assurance maladie. Mais ce qu'il faut éviter, c'est ce que vous avez décrit : la pénalisation des personnes malades. Nous devons rechercher la justice et l'efficacité. La justice, c'est de maintenir l'accessibilité des soins sur tout le territoire en ne laissant pas se constituer des déserts médicaux. Nous devons faire en sorte que plus personne ne soit à plus de 30 minutes d'un centre permettant une prise en charge de l'urgence. Des pôles de santé de proximité, qui pourront avoir diverses formes, regrouper des professionnels salariés ou libéraux, seront développés dans chaque territoire. La justice impose aussi d'encadrer les dépassements d'honoraires.

L'efficacité, c'est notamment de faire baisser les dépenses de médicaments. Nous consommons des médicaments plus chers que dans les autres pays européens, même pour les médicaments génériques, et nous en consommons trop, 20% de plus que la moyenne. Par ailleurs, il est souvent plus efficace de prévenir que de guérir, même si le premier but de la prévention ne doit pas être financier. L'obésité, par exemple, est un facteur de risque important pour les maladies cardiovasculaires et le diabète.

En matière de santé, le gouvernement actuel a tout misé sur la contribution des malades, les taxes sur les labos et les mutuelles et un programme contraignant d'économies pour les hôpitaux. Cette politique a d'ores et déjà des conséquences sur l'organisation des soins et la qualité de la prise en charge des personnes malades, notamment celles atteintes d'une affection de longue durée. On peut le mesurer avec ce qui se passe avec l'AP-HP en Ile-de-France. Selon vous qu'est-ce qui pose problème dans cette politique et que proposez-vous ?

Vous avez raison : taxer les mutuelles c'est une manière détournée de taxer les patients. Les primes des complémentaires ont d'ailleurs augmenté d'environ 50% depuis 2002. Quant à l'hôpital, on a nié son caractère public en l'assimilant aux établissements privés, et il a été victime de coupes comptables drastiques. Bien sûr, l'hôpital doit être bien géré, mais la mission de service public (les urgences, l'accueil de patients qui sont souvent en plus grande difficulté, la recherche et l'innovation) doit être pleinement prise en compte. J'ai donc pris l'engagement, si je suis élu, de mettre fin à la convergence tarifaire entre l'hôpital public et le secteur privé. Quant à la tarification à l'activité, elle est pertinente pour les activités standardisées mais a aussi des effets pervers ; elle devra être complétée par une meilleure prise en compte des missions de service public et de la pertinence des soins prescrits.

On parle beaucoup de démocratie sanitaire. Est-ce que cette idée vous intéresse et si oui... comment la concevez-vous ?

Je considère que la démocratie sanitaire doit être une dimension essentielle de la politique de santé. Sur des sujets comme le sida, le handicap ou les maladies rares, où en serions-nous si des associations n'avaient pas inlassablement œuvré en faveur de la reconnaissance, de la recherche et d'une meilleure prise en charge ? Je n'oublie pas non plus que le scandale du Mediator et d'autres

encore, là où les institutions avaient failli, ont pu être révélés grâce à des lanceurs d'alerte isolés. Cela montre que les pouvoirs publics ne détiennent pas, seuls, la vérité et qu'une participation plus large à la décision est nécessaire. Il nous faut réfléchir à une nouvelle étape de la démocratie sanitaire. Les associations ont aujourd'hui des sièges dans nombre d'institutions, par exemple au conseil d'administration de l'Assurance maladie ou auprès de l'Agence régionale de santé. Mais l'on ne peut pas se contenter d'une présence formelle : il faut que les acteurs de la démocratie sanitaire puissent mieux participer à l'élaboration des principales décisions. Les associations peuvent par exemple nous aider à comprendre comment améliorer les parcours de soins. La démocratie sanitaire passe aussi par une plus grande transparence. L'information du grand public sur les établissements ou sur les produits de santé devra être améliorée.

Nicolas Sarkozy s'est engagé lors de sa première campagne présidentielle à augmenter de 25% sur la législature le montant de l'allocation aux adultes handicapés. Il a récemment indiqué que la promesse serait tenue en 2012. Il y a eu plusieurs augmentations, malgré tout, les personnes qui en sont bénéficiaires vivent toujours sous le seuil de pauvreté. Du coup, de nombreuses associations et structures syndicales ou politiques, réunies au sein de Ni pauvre, Ni soumis, demandent à ce que cette allocation soit remplacée par un revenu d'existence aligné sur le SMIC. Etes-vous favorable à cette mesure ? Cela est-il, selon vous, finançable et si oui dans quel système ?

Fin 2012, l'allocation aux adultes handicapés sera de 776 euros par mois. Pour les personnes très lourdement handicapées qui bénéficient du complément de ressources, elle sera de plus de 950 euros. Bien sûr, il n'est pas facile de vivre avec ces sommes. Sa revalorisation doit être un objectif, même si je ne peux prendre d'engagement pour l'immédiat. Il faut par ailleurs réfléchir au statut de cette ressource qui est considérée comme un minimum social et non comme un revenu.

A la suite de l'affaire du Mediator, le gouvernement propose aujourd'hui un projet de loi sur le médicament. Que pensez-vous de ce texte dont l'examen est en cours ? Quelles en sont les faiblesses ? Quelles mesures pensez-vous mettre en place dans ce domaine si vous êtes en situation ?

La loi sur le médicament du 29 décembre 2011 n'est pas à la hauteur de la réflexion approfondie et ambitieuse qui avait suivi le scandale du Mediator, et qui avait fait l'objet d'un consensus entre les différentes formations politiques. Le groupe socialiste a ainsi jugé que le gouvernement s'est refusé à de réelles avancées sur la déclaration des conflits d'intérêts ; il n'a fait que reprendre ce qui existait déjà. Il n'a pas voulu que chaque nouveau médicament soit soumis à des essais comparatifs avec les médicaments existants avant sa mise sur le marché, alors que c'est le seul moyen de s'assurer de sa véritable plus-value. Il n'a pas permis que les victimes d'un médicament puissent engager une action de groupe. La réforme du médicament reste donc inachevée et ces sujets devront être repris, pour remettre de la confiance et le médicament à sa juste place.

En matière de lutte contre les hépatites et le VIH/sida, des organisations non gouvernementales réclament la mise en place de mesures qui ont fait leur preuve à l'étranger dont les programmes d'échange de seringues en prison, les créations de salles de consommation supervisée, l'accompagnement à l'injection, l'auto-prélèvement chez les personnes usagères de drogues (ce qui favorise l'accès aux services de santé). Etes-vous favorable à leur mise en place ? Je suis favorable à ce qu'on expérimente des actions nouvelles. J'ai entendu avec intérêt les propositions des maires de grandes villes, comme Marseille et Paris, visant à améliorer la réduction des risques en s'appuyant sur des travaux scientifiques et sur les exemples européens. Je leur laisserai donc la possibilité de mener des expérimentations pour améliorer la santé des usagers de drogue et réduire les nuisances dans nos quartiers. Il faudra ensuite évaluer l'impact de ces démarches sur la santé publique et la tranquillité publique, et en tirer les conséquences. Par ailleurs, je l'ai dit, j'initierai un plan spécifique pour la santé des personnes incarcérées et le sujet de la toxicomanie y sera traité.

Ces derniers mois, le débat a été particulièrement intense sur la question de la légalisation de la consommation des drogues. Il y a eu des initiatives politiques, des revendications associatives... Selon vous, doit-on revenir sur la loi de 70 et si oui de quelle façon ? Etes-vous favorable à la légalisation et si oui de quoi ? La dépénalisation est-elle, selon vous, une décision de santé publique et quelles limites y mettez-vous ?

Plus de 40 ans après la loi de 1970, il est naturel que le débat soit ouvert. Il faut d'abord redonner toute leurs places aux politiques de prévention et de limitation des risques liés à la consommation de drogue, qui ont notamment pour buts d'éviter les contaminations par le VIH et les hépatites ainsi que les overdoses, et d'accompagner vers le sevrage. L'approche exclusivement répressive de la majorité actuelle a conduit à des reculs dans ce domaine.

Et puis il y a le sujet de la légalisation. J'entends les arguments de ceux qui y sont favorables : réduire les risques, mettre fin à l'emprise des réseaux criminels. Mais les drogues restent des substances nocives, dangereuses pour la santé physique et mentale et qui entraînent des phénomènes d'addiction. C'est un problème de santé publique important chez les jeunes. Je crois donc que l'interdit doit demeurer. Il faudra sans doute faire évoluer certaines peines qui ne sont pas réalistes et donc peu dissuasives : je pense par exemple aux peines de prison pour la simple consommation de cannabis.

Ces dernières années, les avancées scientifiques en matière de VIH/sida ont été majeures. Paradoxalement, les avancées sociales (meilleure acceptation sociale du VIH, lutte contre les discriminations liées à l'état de santé...) ont été quasi inexistantes. Une récente affaire (celle de Dax, il y a quelques mois) a montré les limites de la loi pénale actuelle en matière de sanction des agressions sérophobes. Etes-vous favorable à ce que la sérophobie soit, comme c'est par exemple le cas pour l'homophobie, sanctionnée par la loi et reconnue comme une circonstance aggravante ?

La stigmatisation d'une personne en raison de son état de santé ou de son orientation sexuelle n'est pas acceptable. La discrimination en raison de l'état de santé, ce qui inclut notamment la sérophobie, est d'ores et déjà punie de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende. La priorité est donc d'abord d'appliquer efficacement la loi, notamment en informant et en accompagnant les victimes de discrimination, car il n'est pas facile de porter plainte dans de telles circonstances. Par ailleurs, il est exact que l'article du code pénal relatif aux menaces retient une circonstance aggravante lorsque la menace a été proférée à raison de l'orientation sexuelle, mais qu'il ne mentionne pas les menaces faisant référence à l'état de santé. Il serait cohérent de le compléter.

De très nombreux pays ont modifié leur législation concernant la pénalisation de la transmission du VIH. Certains l'ont renforcée (en Afrique...), d'autres l'ont assouplie (Suisse par exemple) notamment avec les avancées scientifiques sur le rôle du traitement en matière de transmission du VIH. On assiste, par ailleurs, à une multiplication des plaintes en France. Ce phénomène vous alarme-t-il et si oui comment y répondre ? Cela passe-t-il par une modification de la législation actuelle, d'autres solutions ?

Je crois que l'approche judiciaire de ces questions n'est pas la plus adaptée. Lorsqu'il y a contamination d'une personne par un partenaire, il n'y a pas dans la plupart des cas de coupable et de victime, il y a deux personnes malades qu'il faut soigner. Toutefois, la prévention du sida repose aussi sur la responsabilité. Lorsqu'une personne sait qu'elle a le sida, qu'elle le cache délibérément à son partenaire et qu'elle ne le protège pas, alors elle commet un acte répréhensible car elle met sciemment en danger la santé d'autrui. C'est ce que la Cour de cassation a jugé et je trouve cela normal. Mais ce sont des cas extrêmement rares.

Une nouvelle disposition de la loi LOPPSI 2 instaure le dépistage sous contrainte de personnes présumées séropositives lorsqu'elles ont été en contact avec des dépositaires de l'autorité publique (forces de l'ordre, huissiers...). Cette mesure a été adoptée malgré les mises en garde de la Société française de lutte contre le sida et un avis du Conseil national du sida qui

pointent une atteinte aux droits de l'Homme et les effets contreproductifs en matière de dépistage, alors même que le gouvernement développe un programme d'incitation au dépistage. Que pensez-vous de cette mesure ? Doit-elle être conservée ?

D'abord, je doute fort que cette loi soit applicable. Lorsqu'un policier ou un huissier est blessé par quelqu'un, va-t-on à chaque fois se demander si l'auteur de la blessure est séropositif et lui imposer un dépistage ? Qu'est-ce qu'une personne présumée séropositive ? On est vraiment en présence d'une caricature de ce que fait cette majorité depuis des années : des lois d'affichage, stigmatisant une partie de la population, sans aucune intention d'œuvrer concrètement dans l'intérêt général. Il faut protéger les personnes dépositaires de l'autorité publique, car elles n'ont pas à mettre leur santé en danger dans l'exercice de leurs fonctions, mais il faut le faire sans porter atteinte aux Droits de l'Homme.

Le débat sur la prostitution est animé entre les partisans de l'abolition et ceux qui y sont opposés. Des associations de personnes travailleuses du sexe, de lutte contre le sida et un organisme officiel tel que le Conseil national du sida mettent en avant qu'une abolition de la prostitution voire une pénalisation des clients auraient un impact négatif sur l'accès aux droits et aux soins des personnes qui exercent cette activité et des conséquences en matière de santé publique : obstacles supplémentaires dans l'accès aux structures de soins, de prévention du VIH et des IST, de dépistage. Etes-vous favorable à cette abolition ? Si oui, pour quelles raisons et si non, comment comptez-vous renforcer les droits des personnes concernées, notamment sur les enjeux de santé les concernant ?

C'est un débat très difficile car il oppose des personnes dont les convictions sont également respectables. En la matière, chacun doit respecter les convictions de l'autre et j'ai, moi aussi, les miennes, qui rejoignent celles du Parti socialiste. Il faut commencer par rappeler que l'abolitionnisme est un terme qui visait, initialement, l'abolition des maisons closes. Ce terme est resté, mais aujourd'hui, derrière le terme "abolitionnisme", il y a pour la plupart des associations l'idée de prévention et de réduction de la prostitution, qui est la mienne. Il ne faut donc pas confondre abolitionnisme et prohibitionnisme. S'agissant de la pénalisation des clients, j'entends les arguments de ceux qui redoutent les conséquences de ces dispositifs en termes de précarité et de santé pour les personnes prostituées. Je pense que la réflexion doit être ouverte, avec pour objectif d'améliorer la situation des personnes prostituées. L'idée de pénaliser les clients n'est pas de tomber dans une politique répressive, mais dans une logique de droits humains, qui était celle de la France jusqu'à la loi pour la sécurité intérieure portée par Nicolas Sarkozy en 2003. Chacun a bien sûr le droit de disposer librement de son corps, mais le fait qu'un client ait le droit de disposer librement du corps d'une autre personne parce qu'il a payé, dans les textes internationaux, est une atteinte aux droits humains. C'est dans cette logique qu'il convient de débattre de la pénalisation de ceux qui portent atteinte à ces droits humains. En réalité, ce qui nuit le plus à l'accès aux soins des personnes prostituées, aujourd'hui, c'est le délit de racolage passif instauré par Nicolas Sarkozy. Il faut supprimer ce délit, qui conduit à repousser la prostitution dans des zones peu accessibles pour les associations et, in fine, se traduit par un moindre accès aux soins et aux services sociaux pour les personnes prostituées.

Des organisations non gouvernementales réclament la création d'une taxe sur les transactions financières dites aussi "taxe Robin des Bois" dont le produit permettrait de financer la santé et le développement, la lutte contre la pauvreté et le changement climatique à l'échelle mondiale. Cette taxe pourrait rapporter, chaque année, des milliards d'euros. Etes-vous favorable à cette taxe et si oui comment comptez-vous la mettre en œuvre ?

Voici un sujet exemplaire de la capacité des ONG à faire bouger les lignes. Il y a dix ans, la taxe sur les transactions financières était considérée comme une utopie, aujourd'hui, elle est au premier plan de l'agenda politique. Elle devra être créée. Pourquoi les transactions financières seraient-elles les seules à ne pas être taxées, alors que nous payons la TVA à chaque fois que nous faisons nos courses ou des droits de mutation lorsque nous acquérons un logement ? La taxe sur les transactions

financières est aussi un moyen de faire assumer au secteur financier les lourdes responsabilités qui sont les siennes dans la crise actuelle, et de prévenir de futures difficultés en limitant les activités trop spéculatives. Le sujet mérite mieux que la micro-taxe que Nicolas Sarkozy soumet au Parlement, qui ne concerne qu'une petite partie des transactions financières. Il y a une proposition plus sérieuse de la Commission européenne qui est sur la table, qui s'appliquerait aux actions, aux obligations et aux produits dérivés et qui rapporterait 57 milliards d'euros par an. Il faut consacrer notre énergie à faire adopter la taxe sur les transactions financières au niveau européen. S'il faut une mesure d'urgence au niveau français, rétablissons l'impôt de bourse qui a été supprimé par l'actuelle majorité en 2008. Mais il ne s'agit pas, en adoptant aujourd'hui en France une taxe sur les seules actions, de renoncer à l'ambition de taxer l'ensemble des transactions financières en Europe, de créer une taxe européenne.

Selon vous, qui doit gérer le produit de cette taxe et à quoi doit-il être affecté ?

Une part du produit de cette taxe devra servir à désendetter les Etats : c'est le système financier, responsable de la crise, qui viendra ainsi rembourser la dette publique qui a été engendrée par celle-ci. Mais elle devra aussi être consacrée à la croissance, par l'investissement dans des projets d'avenir, au financement international du développement et à la lutte contre le changement climatique.

Le gouvernement oppose souvent aux organisations non gouvernementales, lorsqu'elles demandent à la France de tenir ses engagements en matière d'aide publique, le fait que la France ferait déjà beaucoup en matière de développement, notamment sur les questions de santé, via Unitaid, la contribution française au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Partagez-vous cet avis et que proposez-vous sur les questions d'aide au développement international, par exemple en matière d'accès universel aux traitements des malades touchés par le VIH ?

Unitaid a été créé à l'initiative de Jacques Chirac en 2006, il faut saluer cette initiative. Mais la question de l'aide au développement ne peut se réduire à notre contribution à Unitaid, qui est de 110 millions d'euros par an sur les 10 milliards que compte officiellement notre aide au développement. Au sein de notre aide au développement, la part des subventions aux pays les plus pauvres s'est réduite. En outre, nous avons assisté ces dernières années à une instrumentalisation au service de la politique de l'immigration, avec des aides conditionnées à des accords sur la gestion des flux migratoires. Tous les abus de la FrancAfrique ont été rétablis.

Nous devons faire plus, avec nos partenaires, pour assurer l'accès universel des malades du sida aux traitements disponibles. Même s'il y a eu des progrès, plus de la moitié des malades n'ont pas encore accès aux traitements antirétroviraux.

Cette année, l'épidémie de sida a 30 ans. Concernant cette maladie, qu'est ce qui vous frappe aujourd'hui ?

Que de chemin parcouru ! Il y a 30 ans, le sida était une condamnation à mort, l'ignorance de la population sur cette maladie était complète et elle alimentait tous les fantasmes. Aujourd'hui, on peut vivre avec le sida, même si l'on ne sait pas encore le guérir. Un nombre considérable d'habitants des pays en développement a eu accès aux traitements. Mais ces grands succès ont leur revers : c'est que le sida a sans doute reculé dans les préoccupations des Français. Or le sida est toujours là. 150 000 personnes vivent avec le sida en France, c'est l'équivalent d'une ville comme Dijon. 40 000 ignorent leur séropositivité. Notre devoir de vigilance et d'action doit donc être constamment rappelé.

AIDES parle souvent à propos de ses militants et de ceux qui luttent contre le VIH/sida de personnes séro-concernées, qui se sentent concernées à des titres divers, de façon plus ou moins directe par le sida. Comme homme, citoyen, militant, candidat à l'élection présidentielle, vous sentez-vous séro-concerné ?

Oui, je trouve ce terme très juste car il montre que le sida ne doit pas seulement concerner ceux qui

<http://www.seronet.info/article/francois-hollande-le-sida-ne-doit-pas-seulement-concerner-ceux-qui-sont-porteurs-de-cette-ma>

sont porteurs de cette maladie.

Propos recueillis par Jean-François Laforgerie.