

Action.

LA LETTRE MENSUELLE D'ACT UP-PARIS N°51



BP 287 . 75 525 Paris cedex 11
tel : 01 48 06 13 89
Minitel : 3615 ACTUP
Net : <http://www.actupp.org/>

n L'AZT EN 1^{ÈRE} INTENTION : NON MERCI

n NOS ADIEUX À TRILÈGE

n GLAMOUR = LEIBOWITCH

n LOI DE 70 : KOUCHNER VS MARKS

n AC! OCCUPE ACT UP

Patrice RUTIN est mort du sida



Sommaire

1 Stratégies thérapeutiques

a/ AZT, no way ! p.4

b/ Nos adieux à Trilège p.8

c/ Glamour = Leibowitch p.9

2 Usage des drogues

a/ Les petits pas de B. Kouchner p.10

b/ Marks attacks p.12

c/ Oh, une pétition ! p.16

3 La Queen des pommes p.18

4 AC! occupe ACT UP p.20

Action. la lettre mensuelle d'Act Up-Paris

Directeur de publication :

Philippe Mangeot

Rédaction en chef :

Robin Campillo • Stany Grelet

Ont participé à ce numéro :

Brigitte Tijou • Aude Lalande • Yves Tévéssin • Gérald Sanchez • Stéphanie Vaugeois • Marc Nectar • Christophe Martet • Philippe Mangeot • Eric Bassin • John Marks • Jeanne Revel

Photos :

Claire Vannier

Commission paritaire en cours, ISSN 1158-2197, dépôt légal à parution.

Ce journal, cofinancé par Ensemble contre le Sida, est réalisé par les militants d'Act Up-Paris. Il ne peut être vendu.

La reproduction des articles de ce numéro est autorisée à la condition de citer la source : Action, la lettre mensuelle d'Act Up-Paris.

« Vous pouvez nous expulser, vous ne nous ferez pas disparaître » : c'est ce que disent les chômeurs. Quelque chose s'invente, là, qui ressemble à une *Pride*. Une Précaire Pride, pour reprendre les termes du collectif d'occupation de la rue Vicq d'Azir, en juillet dernier. Des gens en colère prennent la parole en leur nom, sortent de la marginalité à laquelle les ont contraints des années de résignation gouvernementale, d'hypocrisie caritative et de discours compassés. Tout ça nous renvoie à notre propre histoire politique : la visibilité contre les appels à la discrétion, la colère de l'urgence contre la raison des experts, la conquête des droits contre l'attente des dons. Alors forcément, tout ça nous plaît.

Mais ce mouvement fait mieux que nous plaire : c'est le nôtre. Lutter contre le sida, nous le répéterons sans cesse, c'est lutter contre les discriminations, les dominations et les inégalités de toutes sortes qui le nourrissent. Or la précarité fait le jeu de l'épidémie, au même titre que l'homophobie, le sexisme, la prohibition des drogues ou le contrôle des migrations. Au premier trimestre 1997, 69% des cas de sida déclarés concernaient des personnes n'ayant pas bénéficié d'un suivi médical, dont 41% ignoraient leur statut sérologique : des personnes éloignées du système de soin par le manque d'argent, par l'absence de droits ou par la pression policière — par toutes ces impossibilités et ces urgences de la survie précaire qui relèguent au second plan l'attention que l'on prête à son corps. A chaque avancée de la recherche, cette inégalité devient plus criante : coûteuses et contraignantes, les fameuses « trithérapies » sont socialement sélectives ; pour être efficaces, elles exigent une information pointue, un suivi médical serré et des prises régulières, donc des conditions de vies stables. La précarité accroît les risques d'échappement thérapeutique, et favorise le développement de résistances irrémédiables. « Avec le

Abonnez-vous

Recevez **Action.**

La lettre mensuelle d'Act Up-Paris

11 numéros par an = 80 F.

Nom prénom

Adresse

.....

.....

Libellez vos chèques à l'ordre d'Act Up-Paris

BP287, 75525 Paris cedex 11.

ÉVIDEMMENT, NOUS EN SOMMES.

sida, la précarité tue » : la première raison de notre engagement dans la lutte des chômeurs, c'est ce lien, que l'Etat s'obstine à ignorer, entre état du corps et conditions sociales.

Si ce mouvement est le nôtre, c'est aussi par ce qu'il amplifie l'une de nos plus anciennes revendications : la revalorisation de l'allocation adultes handicapés (AAH). Paniqué par l'augmentation du nombre des bénéficiaires d'une aide initialement destinée à des handicapés moteurs ou mentaux, affolé par la généralisation d'un revenu déconnecté du travail, l'Etat l'a laissée se dégrader : à sa création, en 1975, elle représentait 80% du SMIC ; aujourd'hui, elle n'en représente plus que 51%. Le montant de l'AAH est par ailleurs soumis à l'arithmétique dégressive du cas-par-cas administratif : 3470 F à taux plein, 2500 F en moyenne, 584 F en cas d'hospitalisation de plus de deux mois, 517 F en cas d'incarcération. Son obtention dépend de surcroît d'un examen soupçonneux de nos corps et de nos vies : lorsque la déficience immunitaire n'y suffit pas, il nous faut raconter nos fatigues ou nos « troubles du comportement, de l'humeur, de la vie émotionnelle et affective » pour atteindre le seuil d'invalidité fixé par la COTOREP ; et mentir sur nos couples pour ne pas dépasser le plafond de revenu au-delà duquel les CAF ne donnent plus rien. Plafonnement, rationnement, contrôle : ce qui fait la violence d'un minimum social, c'est bien sûr son caractère insupportablement minimal ; c'est aussi qu'un type de pouvoir particulièrement serré et particulièrement énervant s'y exerce. Revendiquer la revalorisation de l'AAH et de tous les minima sociaux, c'est donc l'inverse d'une quémante : c'est résister aux microphysiques comptables, médicales ou administratives ; c'est une

exigence, très simple et très politique, d'autonomie. Nous voulons des ressources non seulement décentes, mais inconditionnelles, continues et affranchies de toute surveillance sociale. Nous voulons le contrôle entier et exclusif de nos vies.

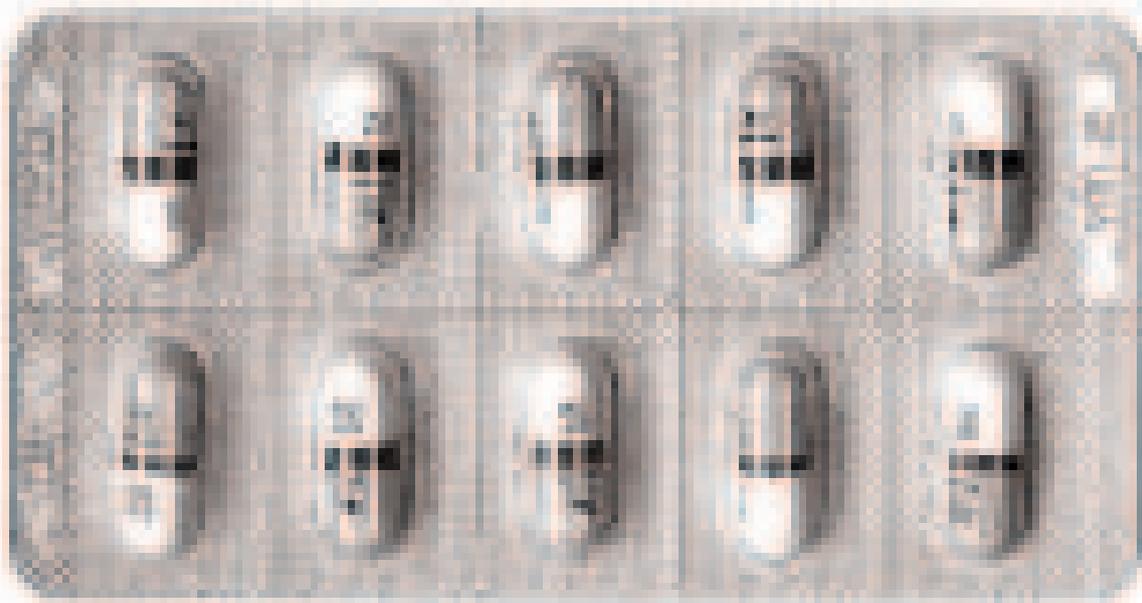
Avec le mouvement des chômeurs et des précaires, la perspective d'une telle libération est ouverte comme elle l'a rarement été. C'est sans doute qu'il remet radicalement en question l'étalon sacré du travail, auquel on cherche obstinément à nous mesurer. Pour l'Etat, il n'y pas de malades, il n'y a que des travailleurs impotents ou des simulateurs paresseux. Depuis 1994, l'obtention de l'AAH dépend d'un certificat d'incapacité au travail, qui vient en redoubler les critères médicaux : « vous n'échapperez au travail que si vous allez vraiment mal ». A rebours, le bénéfice d'une trithérapie peut compromettre le renouvellement d'un mi-temps thérapeutique : « puisque vous allez mieux, retournez au travail ». Deux injonctions symétriques, qui constituent les deux faces d'une sorte de bio-politique salariale, d'un rêve d'Etat, laborieux dans les deux sens du terme. Malheureusement, nos corps ne cadrent pas. Il y a une intermitten- ce de la vie avec le VIH, un va-et- vient de l'hôpital à l'entreprise, de l'énergie à la fatigue, rétif à l'épaisse régularité du temps de travail ; il y aussi une activité du séropositif qui ne peut pas se mesurer à l'aune de l'emploi : obtenir des molécules, s'informer sur les traitements, résister au pouvoir médical, faire valoir ses droits. Autant d'activités qui, collectivement, produisent des richesses politiques et sociales, même si elles sont au taylorisme ce que le *queer* est à l'hétérosexualité : information des malades, contre-expertise thérapeutique, dénonciation des discrimina-

tions, etc. C'est peut-être là notre contribution la plus profonde au mouvement des précaires : le séropositif en lutte est l'une de ces figures sociales qui mettent en crise la belle centralité du travail, qui obligent à penser et à agir hors de lui. Peut-on sérieusement nous opposer le spectre de la « société d'assistance » alors que nous passons notre temps à pratiquer le *self-empowerment* ? Peut-on sans ironie nous vanter la « société du travail », alors que notre état de santé nous pousse hors du salariat traditionnel ? Lionel Jospin espère peut-être opposer l'impatience des chômeurs à la prudence des contribuables, et la paresse des allocataires au labeur des « bas salaires ». Quant à nous, la maladie nous interdit de choisir entre la misère et l'exploitation, et notre durée de vie ne nous permet pas d'attendre des budgets meilleurs. Nos désirs non plus, d'ailleurs.

Ce qui nous pousse ici, c'est donc autre chose et bien plus que la simple solidarité : c'est ce besoin de droits qui s'est exprimé et que nous partageons — des droits garantis, inconditionnels et immédiats, contre les octrois au compte-gouttes, les preuves à donner et les appels à la patience. Aujourd'hui, la gauche officielle promet le plein emploi aux chômeurs comme on promettrait un vaccin à des séropositifs, et leur lâche quelques milliards comme on nous prescrirait de l'aspirine. Elle n'a sans doute pas été portée au pouvoir pour si peu. Lionel Jospin est de passage, paraît-il. Nous aussi. Ensemble, nous le lui rappellerons.

Act Up-Paris

PS : Act Up-Paris a perturbé un dîner de Martine Aubry chez Alain Minc le 14 janvier, nous avons réveillé Lionel Jospin à son domicile le 22 janvier, nous continuerons nos actions.



REFUSEZ L'AZT EN 1^{ÈRE} INTENTION

L'AZT (Rétrovir®) ne devrait plus être prescrit en traitement initial aux personnes atteintes par le VIH : en effet, plusieurs études montrent qu'un premier traitement comprenant cette molécule diminue significativement l'efficacité des médicaments de même famille, notamment du d4T (Zerit®) et du 3TC (Epivir®) comme traitement de rechange en deuxième intention.

Act Up-Paris doit une nouvelle fois informer directement les séropositifs et les malades : ni les médecins, ni les autorités sanitaires n'ont jugé bon d'agir pour stopper des prescriptions qui peuvent menacer la durée de vie et la santé des patients. Les médecins le savent : l'AZT est un antirétroviral efficace, mais le traitement du VIH est entré dans une nouvelle phase, celle des stratégies thérapeutiques. Aucun traitement ne reste efficace à long terme contre le VIH. Ce sont donc plusieurs multithérapies successives qu'il faut envisager. Aujourd'hui, des alternatives thérapeutiques existent à l'AZT dans un premier traitement.

C'est pourquoi Act Up-Paris exige que le principe de précaution soit appliqué à la prescription de l'AZT en première intention.

Il faut suspendre la prescription d'AZT chez les séropositifs naïfs de tout traitement tant que Bernard Kouchner n'aura pas demandé et obtenu un avis clair du groupe d'experts dirigé par le professeur Jean Dormont sur la conduite à tenir. Pour se prononcer, les experts disposent déjà de plusieurs

études. Les essais Altis 1 et 2, conduits par le Pr. Christine Katlama ont montré une efficacité significativement supérieure de la bithérapie d4T + 3TC chez les patients naïfs par rapport à ceux qui avaient préalablement reçus de l'AZT, en terme de charge virale et de restauration des lymphocytes CD4. Lors de la XI^{ème} Conférence Internationale sur le sida à Vancouver en juillet 1996, et plusieurs fois depuis, le Pr. Eric J. Arts a présenté des travaux sur les résistances à l'AZT qui conduisent à déconseiller la prescription de cette molécule en première intention. Enfin, les travaux pharmacologiques sur Altis de Jean-Pierre Sommadossi présentés à la conférence de Hambourg en octobre 1997 ainsi qu'une étude du Centre hospitalier de Strasbourg présenté à Toronto lors du 37^{ème} ICAAC vont dans le même sens.

Même incomplètes, ces données sont alarmantes. La prescription d'AZT semble en baisse aux Etats-Unis, et, en France, le groupe AC5 de l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida discute de l'opportunité de poursuivre les prescriptions d'AZT en première intention.

Avant d'accepter un premier traitement comprenant de l'AZT, interrogez votre médecin sur les alternatives thérapeutiques.

Pour plus d'informations, appelez Sida Info Service au 0 800 840 800

ou Act Up-Paris du lundi au vendredi de 15h à 19h au 01 49 29 04 04.

**NOUS AVONS FAIT PARAÎTRE CE TEXTE
DANS LIBÉRATION LE 12 JANVIER.
IL A SUSCITÉ DE NOMBREUSES RÉACTIONS.
NOUS Y RÉPONDONS.**

EMPOWERMENT

Pour ceux qui auraient manqué le début, reprenons par le menu. Depuis l'arrivée sur le marché de nouvelles molécules et la généralisation de la prescription de multithérapies, les effets observés sont, en moyenne, moins satisfaisants chez les patients préalablement traités que chez les patients « naïfs » de tout traitement. Des essais menés par le Pr. Christine Katlama précisent un peu cette observation en montrant que la réponse à des traitements par d4T/3TC est d'autant moins bonne que les malades ont été auparavant exposés à l'AZT, en monothérapie en ou en association. Le Pr. Jean-Pierre Sommadossi formule à ce propos l'hypothèse d'une éventuelle toxicité intracellulaire induite par l'AZT.

Nul n'ignore le caractère préliminaire et incomplet de ces études. On ne sait pas d'avantage si d'autres molécules prescrites en première intention n'entraîneraient pas des effets au moins équivalents. Reste que ce n'est pas une raison de s'abstenir : un doute existe et il doit être pris en compte. Jusqu'à preuve du contraire, on ne connaît pas, dans l'histoire du sida, d'exemple de décision thérapeutique totalement paralysée par un savoir encore fragmentaire.

Il semble cependant que l'existence de ce doute et la formulation d'hypothèses encore partielles n'ait pas eu d'incidence, au moins en France, sur la prescription de l'AZT en traitement initial. Soit que des médecins prescripteurs aient estimé, en toute connaissance de cause, que l'existence d'un doute n'équivalait pas les bénéfices escomptés de l'AZT en premier traitement, soit qu'ils attendent des confirmations à des études encore préliminaires, soit encore qu'ils ignorent totalement l'existence d'un débat qui traverse la communauté médicale et les associations de malades, l'AZT reste massivement prescrit dans un premier traitement, sans que des malades moins informés soient tenus au courant des risques que comporterait une telle stratégie thérapeutique.

En la matière, on observe en effet un silence presque complet : le groupe d'experts mené par le Pr Jean Dormont, pas plus que l'Agence du médicament, n'ont tenu à se prononcer sur ce point.

C'est là que nous décidons d'intervenir, en publiant un encart dans *Libération*. Notre stratégie est triple :

- Elle consiste d'une part à formuler l'exigence d'un « principe de précaution » : quand un doute subsiste, et tant qu'il demeure des alternatives thérapeutiques, mieux vaut s'abstenir en attendant de plus amples informations, plutôt que de faire comme si rien n'avait été dit, vu ni entendu.
- Elle vise aussi à informer les malades de l'existence d'un débat dont ils auront été jusqu'à présent largement tenus à l'écart, afin qu'ils prennent part, avec leur médecin, à une décision thérapeutique qui les concerne au premier chef, quitte à choisir, en connaissance de cause, de se faire prescrire de l'AZT. Dans l'hypothèse où ce qui n'est pour l'instant qu'un doute se confirmerait, rien ne serait en effet plus désastreux pour ces malades que le sentiment d'avoir été floués par leur médecin.
- Elle veut enfin porter sur la place publique une controverse trop discrète, afin que des médecins qui ont jusqu'à présent réservé l'expression de leurs inquiétudes ou de leur convictions soient sommés de les formuler dans des espaces dont les malades ne sont pas exclus. Afin, aussi, que les autorités sanitaires se saisissent du débat, diligentent des enquêtes, et demandent que soient formulées de nouvelles recommandations officielles. C'est en effet la cadence des re-

commandations thérapeutiques qui est en cause : la structure du système actuel est trop lourde et sa périodicité trop lâche pour fournir à temps aux malades des informations vitales sur les avancées (ou les reculs) de la recherche.

Nous ne nous sommes pas trompés. Le 23 janvier, un communiqué du Secrétariat d'Etat à la Santé informait que le groupe d'experts présidés par le Pr. Jean Dormont reprendrait ses travaux dès février pour modifier ou compléter, s'il y a lieu, les recommandations thérapeutiques qu'il avait formulées il y a quelques mois. Auparavant, des spécialistes avaient été convoqués par plusieurs journaux pour prendre part au débat que nous avons lancé, quitte à relativiser l'inquiétude que nous avons témoignée : Patrick Yéni (Bichat) reconnaît que « la question se pose » ; Pierre-Marie Girard (Rothschild) trouve nos propositions « exagérées », mais ne remet pas en cause l'existence d'un problème ; Jean Deleuze (Cochin) explique pourquoi il ne rejette pas l'hypothèse de l'AZT en première intention, en dépit des doutes qui subsistent à son sujet ; Christine Katlama (Pitié-Salpêtrière) regrette l'interprétation que fait Act Up de ses travaux tout en reconnaissant qu'ils constituent « une piste de recherche très importante » ; Jean-François Delfraissy (Bicêtre) admet qu'il existe « un problème potentiel », mais propose d'attendre la conférence de Chicago de février pour tirer des conclusions sérieuses. A AIDES, enfin, on conteste la méthode, on crie à « l'injonction thérapeutique », mais on exige à son tour des pouvoirs publics et des experts médicaux qu'ils prennent position - ce que, justement, nous demandions.

Aucune des réponses à notre encart n'a en effet contesté la légitimité du problème que nous soulevions. La forme que nous avons employée, en revanche, a suscité une levée presque unanime de boucliers. Puisque c'est la forme qui fait problème, c'est d'elle qu'il faut parler, c'est sur elle qu'il faut répondre. Car elle engage manifestement des conceptions différentes de la santé publique.

1) Tout se passe comme si le titre que nous avons choisi - « Séropos, refusez l'AZT en première intention » - avait, à lui seul, monopolisé tous les commentaires. On le vérifiera ci-contre, le titre était d'autant plus accrocheur que le corps du texte multipliait les précautions. On peut toujours contester un titre volontairement provocateur comme on le fait généralement de nos actions, on doit aussi reconnaître que son aspect polémique a contraint, justement, nos interlocuteurs à rentrer dans la bataille, prendre position, apporter des éclaircissements auxquels ils se refusaient jusqu'à présent. A ce prix, nous voulons bien passer pour des voyous. Des voyous plus élégants, cependant, que ceux qui ont inventé le titre autrement accrocheur du communiqué de AIDES : « Ne jetez pas votre AZT ! ». Comme s'il en avait été seulement question ; comme si, en déviant notre propos, ils ne prenaient pas le risque de porter le débat sur la question plus dangereuse de l'arrêt prématuré d'un traitement, dont on sait les conséquences désastreuses.

2) On nous a encore beaucoup reproché de semer le doute dans l'esprit des malades. Peut-être, mais si le doute existe, autant le semer plutôt que de le réserver à une seule partie de la relation thérapeutique. Où l'on voit resurgir de vieux réflexes que l'on croyait épuisés, qui voudraient que le savoir soit le moins partagé possible entre le médecin et le malade. Nous croyons au débat, parce qu'il a aussi une vertu thérapeutique. Ceux qui poussent aujourd'hui des cris d'orfraie sur nos méthodes ont manifestement une autre conception du débat : ils voudraient peut-être qu'il n'y ait de débat que sur ce qui est indiscutable.

3) On a également craint que notre texte suscite une panique chez les malades, comme on en a connue il y a quelques temps au moment de l'annonce des résultats de l'essai Concorde. Qu'on se rassure, nous avons pris à ce sujet toutes les précautions possibles : nous avons fourni à Sida info Service un dossier complet, en leur demandant de préparer les répondants à toutes les questions qui pourraient leur être posées ; nous avons, quant à nous, mis en place un dispositif téléphonique qui nous permettait de répondre, chaque jour de la semaine, à tous les appels. A Sida info Service comme à Act Up, les appels ont

été effectivement nombreux, mais on n'a observé ni affolement ni panique. Il semble en fait que la panique n'ait saisi que ceux qui avaient un monopole à défendre. Faut-il ajouter que la majorité des militants qui ont travaillé à la rédaction de cet encart sont eux-mêmes séropositifs, prétraités à l'AZT, et qu'il est au moins agaçant, dans ces conditions, de s'entendre dire par des médecins qu'on « oublie les patients et les inquiétudes qu'on pourrait générer chez eux ».

Nous les oublions si peu que nous nous sommes nous-mêmes posé toutes ces questions avant de décider de notre stratégie. Il serait temps d'en finir avec le mythe d'un Act Up doué d'une spontanéité inconsciente et se livrant, avec une ardeur juvénile à des actions dont nous n'aurions mesuré ni les risques ni les enjeux. Mieux : les débats qui ont précédé la publication de cet encart ont encore été l'occasion, par la bande, de préciser notre rapport au savoir médical.

Pendant des années, et plus particulièrement au sein du groupe interassociatif TRT-5, qui consacre son travail aux traitements et à la recherche, et des EATG (European Aids Treatment Group), nous avons lutté pour accéder à un savoir médical qui rende possible notre participation, en tant que (ou au nom des) malades à l'ensemble des discussions et des négociations thérapeutiques. Il s'agissait à la fois de faire entendre des exigences et des points de vue différents sur les traitements, et de prendre en charge la question cruciale de la circulation de l'information chez les malades. Sans doute y sommes nous parvenus dans une certaine mesure : certains d'entre nous sont maintenant reconnus comme des « experts », au point que la question s'est plusieurs fois posée de savoir si nous devons prendre position pour ou contre telle stratégie thérapeutique, dans le cadre de l'élaboration de recommandations officielles.

Encore devons-nous tout faire pour éviter de verser dans une attitude que nous avons trop souvent observée chez les experts et qui a constitué pendant des années la cible de nos critiques les plus intransigeantes. Il doit y avoir un syndrome de l'expert, affolé par le caractère explosif du savoir dont il dispose et qui préfère en conséquence le réserver à des discussions d'experts sans se soucier de la nécessité démocratique d'une circulation de ce savoir. Comme chacun sait, le peuple ne comprend pas, il panique inconsidérément, mieux vaut le maintenir dans une ignorance bienheureuse etc. Au risque d'évoquer des précédents trop illustres et beaucoup plus sinistres, on peut penser à Tchernobyl ou à l'affaire du sang contaminé.

Quand le débat en réunion hebdomadaire a porté sur la question de savoir si nous pouvions prendre le risque de porter sur la place publique l'éventualité des dangers liés à la prescription de l'AZT en première intention, nous avons eu peur, évidemment. Cela témoignait sans doute d'une forme de maturité à laquelle nous avons aspiré. Mais cela posait encore d'autres questions : n'étions-nous pas en train d'oublier notre vocation de démocratisation au profit d'une professionnalisation perverse ? Sommes-nous devenus une « nouvelle classe » qui reproduit les modes de conduite et les travers auxquels nous nous sommes traditionnellement affrontés ?

La réponse est non. Elle le sera tant que nous serons Act Up. Après tout, l'opération AZT a un précédent : au printemps dernier, nous avons fait savoir qu'une note de la DGS réservait au personnel hospitalier exposé au VIH le privilège de se voir proposer un traitement prophylactique immédiat, susceptible d'empêcher la contamination. Nous l'avons fait savoir, et nous avons exigé que la même prophylaxie soit proposée à toutes les personnes exposées, sans préjuger le moins du monde de l'efficacité de ce traitement. A l'époque, des médecins avaient mis en cause la légitimité de nos exigences, et le bénéfice de tels traitements. Aujourd'hui, ils sont théoriquement proposés dans tous les hôpitaux.

Il y a tout de même une différence. Sans pouvoir nous prononcer, nous espérons vraiment dans l'efficacité de cette prophylaxie. Aujourd'hui, nous aimerions que ceux qui font l'hypothèse d'une responsabilité de l'AZT dans la moindre efficacité de certains traitements qui lui succèdent aient tort. Que ce souhait, au moins, ne nous empêche pas d'en parler.

FEU TRILÈGE

L'échec de l'essai « Trilège », un essai d'allègement, retarde le moment où nous pourrions bénéficier de traitements moins contraignants que les trithérapies. Il rappelle également aux scientifiques qu'ils ont tout intérêt à tenir compte de nos critiques : dès mai 1997, nous avons publiquement émis des doutes sur la pertinence du protocole. Les faits, aujourd'hui, nous donnent malheureusement raison.

Le 22 décembre, l'ANRS a annoncé l'arrêt anticipé de l'essai « Trilège ». Cet essai cherchait à répondre à une question simple, qui nous importe beaucoup : après une baisse de la charge virale, peut-on réduire le nombre des molécules d'un traitement antirétroviral, pour passer d'une pénible trithérapie à une bithérapie moins contraignante, sans perte d'efficacité sur le long terme ? Tous les patients se voyaient proposer d'abord une trithérapie AZT + 3TC + indinavir. Au bout de trois mois, et lorsque la charge virale était passée en dessous de 500 copies/ml, les patients étaient répartis en trois groupes : le premier groupe conservait la trithérapie, tandis que les deux autres groupes recevaient un traitement allégé : AZT + 3TC ou AZT + indinavir.

Si l'essai a été stoppé sans attendre les analyses intermédiaires, c'est que les premiers résultats mettent en évidence un nombre très important d'échappement (retour à une charge virale supérieure à 500 copies/ml) chez les personnes ayant reçu un traitement allégé. Il y a eu respectivement 22 échappements (sur 92 personnes) dans le bras AZT + 3TC, 16 échappements (sur 93 personnes) dans le bras AZT + indinavir et 6 (sur 92 personnes) dans le bras de trithérapie AZT + 3TC + indinavir. Tous groupes confondus, près de la moitié des échappements intervient moins de trois mois après l'allègement du traitement.

Dans les numéros 2 et 3 de *Protocoles*, Act Up avait déjà souligné les défauts de cet essai. Nous écrivions que la période initiale de trois mois d'un traitement par trithérapie était trop courte pour s'assurer d'une réelle efficacité en termes de diminution de la charge virale, et que le test de charge virale utilisé (500 copies/ml) n'était pas assez précis pour fonder les décisions d'allègement de traitement. Sur ces deux points, les investigateurs n'avaient pas cru bon de modifier l'essai. Aujourd'hui, malheureusement, les faits nous ont donné raison.

Concrètement, pour tous les volontaires, c'est l'heure des choix. Le conseil scientifique de l'essai, réuni le 17 décembre, n'a pas « cru possible d'émettre des recommandations applicables à toutes les situations ». Pour les personnes en trithérapie sans échappement, il est conseillé de poursuivre le traitement. Chez tous les volontaires qui n'étaient pas en échappement dans les bras allégés des mesures de charge virale utilisant un test plus sensible (50 copies/ml) seront effectuées dans un premier temps. Ces mesures devraient permettre de guider leur décision, selon qu'ils ont plus ou moins de 50 copies. Dans tous les cas, le conseil souligne qu'il n'est pas favorable à une poursuite du traitement allégé et propose deux options : soit la réintroduction de la molécule qui avait été enlevée, soit un changement complet de traitement. Enfin, pour les volontaires de l'essai qui ont échappé au traitement, des options restent possibles, en sachant que les recommandations du rapport Dormont insistent sur la nécessité de changer toutes les molécules.

Il y a deux leçons politiques à tirer des mésaventures de l'essai Trilège. D'une part, la science officielle a tout intérêt à prendre en compte le savoir réel acquis par les activistes. D'autre part, pour affiner leurs stratégies thérapeutiques, les séropos doivent disposer d'une information critique, précise et individualisée, plus accessible, plus rapide et plus opérationnelle que celle produite par le circuit lourd et lent des recommandations officielles. C'est pour cette raison qu'Act Up-Paris met à la disposition de tous une ligne d'information sur les essais cliniques et les traitements : **tél. 01 49 29 04 04 les lundi et vendredi de 15h à 19h.**

LES DÉSARROIS DE JACQUES L.

Les partisans du « frapper tôt, frapper fort » ont perdu de leur superbe. Après avoir tiré les stratégies thérapeutiques vers la virologie pure, certains spécialistes commencent à douter. Act Up-Paris a rencontré Jacques Leibowitch, clinicien à Garches (hôpital R. Poincaré) : après l'ivresse de Vancouver et à quelques jours de Chicago, les questions qu'il soulève annoncent peut-être une inflexion générale des politiques de traitement.

Petit rappel chronologique. A Vancouver, en 1996, le concept « frapper tôt, frapper fort » triomphe. John Mellors obtient la consécration de ses pairs pour ses travaux sur la valeur prédictive de la charge virale. David Ho expose les siens sur le traitement précoce et affirme pouvoir éradiquer le virus en dix-huit mois. De leur côté, les laboratoires pharmaceutiques poussent leurs nouvelles molécules, les inhibiteurs de protéase. On avait là une panoplie séduisant pour une approche extrêmement agressive du traitement. Qu'importe si les patients étaient singulièrement absents du dispositif : que ce soit sur les problèmes de compliance, de toxicité ou sur les effets secondaires des traitements, il ne fallait pas troubler la fête.

Depuis Vancouver, le tableau est plus complexe et nettement moins optimiste. Certes, les combinaisons antirétrovirales — les trithérapies — ont fait la preuve de leur efficacité. Mais les problèmes demeurent aigus. D'abord, le nombre de personnes en échec thérapeutique s'accroît : en France, on estime que 6 000 à 8 000 personnes échapperont au traitement dans les mois qui viennent. Par ailleurs, des problèmes de compliance amènent les patients à renoncer au traitement : dans l'essai ANRS 053B sur le traitement de la primo-infection, 50 % des patients ne sont pas compliants. Dans le même temps, les premières tentatives d'allègement de traitement échoue : l'essai Trilège vient d'être interrompu en catastrophe par l'ANRS (voir notre article). Sous la pression des médecins — eux-mêmes devenus de simple prescripteurs pharmaceutiques —, les malades n'ont par ailleurs toujours pas à leur disposition toutes les informations nécessaires à la prise « éclairée » d'un traitement.

Aujourd'hui, tout se passe comme si les partisans du « traiter tôt, traiter fort » déchantaient. Nous avons rencontré l'un d'entre eux : Jacques Leibowitch exprime aujourd'hui des doutes qui ont un petit air de repentir. « Ce qu'on nous a vendu depuis Vancouver, dit-il, c'est du pipeau. La charge virale n'est pas prédictive de la morbidité. Mellors a montré par exemple qu'une charge virale à 50 000 copies aujourd'hui signifiait un risque sur deux d'évolution dans les 5 ans. C'est un peu du pile ou face. Et je ne peux pas expliquer l'intérêt d'un traitement à un patient sur cette seule hypothèse, avec cette seule mesure. La charge virale est utile parce qu'elle montre l'efficacité du traitement, mais il ne faut pas en faire le marqueur unique. Aujourd'hui il y a d'ailleurs un rééquilibrage aux Etats-Unis. Ce qui veut dire aussi que pour la plupart des patients qui ont des CD4 élevés, la décision de traiter doit être longuement mûrie. J'ai des patients avec 700 CD4 et 200 000 copies de charge virale que je ne traite pas, car je considère qu'avec le peu de molécules dont on dispose et leurs effets secondaires, je préfère attendre. Tant que les CD4 restent stables, rien ne presse ».

Dans la même veine, Jacques Leibowitch considère qu'il n'est pas approprié de proposer de traiter toutes les primo-infections. « C'est cette frénésie sur la charge virale alimentée par Mellors et David Ho qui a poussé au traitement de la primo-infection. Je ne suis pas pour traiter la primo-infection en général, sauf si elle est symptomatique et accompagnée de signes neurologiques, puisqu'il est aujourd'hui prouvé qu'avec les médicaments actuellement disponibles, on ne parvient pas à éradiquer le virus et que l'on fait courir des risques au patient. »

Jacques Leibowitch estime enfin que la question des malades en situation d'échappement est actuellement la plus sensible. Il fallait s'en douter, les trithérapies dites d'addition (par exemple lorsqu'on rajoute l'inhibiteur de protéase) ne pouvaient pas durer. « J'essaie de trouver deux médicaments nouveaux ou de reprendre un traitement pas pris depuis longtemps. Mais là encore, il ne faut pas tout focaliser sur la charge virale. Il est nécessaire quand on reste à des niveaux de charge virale bas (moins de 10 000 copies) et de CD4 suffisants, de bien réfléchir avant d'envisager un changement de traitement, car il y a le risque de brûler un médicament après l'autre. Et je reste convaincu que l'échec virologique est moins grave que l'échec clinique ».

A quelques jours de Chicago, la prudence de Jacques Leibowitch annonce peut-être une modestie retrouvée des médecins et une inflexion générale des stratégies thérapeutiques. La prochaine conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes, qui chaque année réunit la fine fleur des spécialistes du sida, sera-t-elle pour sa cinquième édition celle du rééquilibrage? Nous serons présents à Chicago et nous consacrerons notre prochaine Réunion Publique d'Information (le mercredi 25 février) aux informations importantes issues de cette conférence.

CHRONIQUE DES PETITES MESURES ANNONCÉES

Les 12 et 13 décembre dernier, une conférence nationale réunissait à Paris - sur invitation - quelques 250 intervenants en toxicomanie sur le thème de « l'abus de drogues et la toxicomanie ». A l'origine, une lettre ouverte adressée au secrétaire d'Etat à la Santé par quelques personnalités du réseau Repsud, de l'Anit (Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie), de Médecins du monde et de la Mutualité Française. Dans la salle, des spécialistes des aspects sanitaires et sociaux du problème pour l'essentiel, et quelques élus locaux. Avec pour objectif commun, selon Patrick Aeberhard (chargé par Bernard Kouchner de l'organisation des rencontres), de faire émerger « une vision claire de la réduction des risques, de leur prise en charge globale, et de leur articulation au niveau européen ».

Par un curieux paradoxe, les représentants des autres pays européens se compaient pourtant sur les doigts de la main. Mais peut-être valait-il mieux ne pas souligner « le sentiment d'infériorité flagrant » ressenti sur la scène internationale par les spécialistes français, entravés par l'une des législations les plus répressives ? Un représentant de la Suisse donc, un Hollandais, un Italien... mais surtout pas d'invitation pour John Marks, pourtant précurseur de la réduction des risques avec l'expérience de Liverpool menée depuis 1982, et l'un des spécialistes dont la réflexion sur la toxicomanie est la plus avancée. Act-Up Paris a remédié à cet « oubli », en lui offrant de profiter de l'invitation de Philippe Mangeot, son président, à ces rencontres.

A l'issue de ces journées, les quinze groupes de travail constitués pour l'occasion devaient rendre compte de leurs réflexions sous la forme de cinq recommandations. John Marks a participé à l'exercice en formulant cinq propositions (cf. page 14). Ses positions stratégiques, théoriques et pratiques évitent en effet les impasses dont les anti-prohibitionnistes français eux-mêmes ne parviennent pas à s'extraire : dangerosité du principe de gratuité systématique de la substitution, non distinction entre usages récréatifs et usages abusifs, empêchement dans les justifications de l'abrogation de la loi de 1970, catégorisation des usagers en malades ou en délinquants, réticences sur le rôle des usagers dans les décisions, etc.

Mais ses propos n'ont pas été entendus au delà de l'assemblée des experts. Le contexte médiatico-politique « n'était pas là ». Quant aux organisateurs des Rencontres, Bernard Kouchner, Patrick Aeberhardt, Anne Coppel, Bertrand Lebeau, ils ont opposé une surdité totale et constante à l'appel des experts à porter les débats vers la véritable source des problèmes liés à la toxicomanie, à savoir la prohibition des drogues.

Sur les quinze ateliers réunis, dix avaient pourtant proposé une modification du cadre légal. L'atelier « Innovation » proposait même, de façon symbolique, l'abrogation de la loi de 1970 en première recommandation. Cela n'a pas empêché Bernard Kouchner de conclure les rencontres par un ajournement pur et simple de la question. Dans son discours de clôture il affirmait d'une main : « l'application de la loi de 1970 est négative, elle produit le maintien du toxicomane dans sa toxicomanie », et infirmait de l'autre : « la réforme de la loi de 1970 n'est ni un préalable, ni un tabou. (...) Il y a des gens qui ne partagent pas notre avis. Ne faisons pas les malins. Le courage politique, c'est de ne pas échouer. »

Les dés étaient pipés d'avance : débat mené entre professions médico-sociales avec un *a priori* d'impuissance à l'égard du politique ; conclusions des journées rédigées avant même la fin des débats ; « lucidité » et « pragmatisme » de rigueur. « L'on peut agir, prévenir, soigner sans attendre une révision de la loi de 1970 », répétait Bernard Kouchner, dont le credo avait de toute manière été exprimé aupa-

ravant : « Ce sont d'abord les pratiques qui changent, avant que ne change la loi » (*Libération*, 2 décembre 1997).

Nous sommes d'accord, les pratiques doivent changer : ce sont les pratiques policières et judiciaires qui doivent être mises en cause. Bernard Kouchner paraît oublier que la prohibition, en imposant la clandestinité aux usagers de drogues, les marginalise, les précarise, les criminalise et favorise la propagation des virus VIH-VHC-VHB. Il paraît oublier que la loi favorise à grande échelle la circulation de produits frelatés - et donc les overdoses - et des pratiques sans cesse plus dangereuses, comme les polytoxicomanies. C'est donc bien la loi de 1970 qui doit changer. Combien de morts lui faudra-t-il pour qu'il comprenne ?

L'avortement n'a pas attendu de faire l'unanimité pour être autorisé, il a été admis devant l'ampleur des dégâts sanitaires. Si la loi n'avait pas changé, les femmes auraient continué à mettre leur vie en danger. La remise en cause de la loi de 1970 ne doit pas non plus attendre de faire l'unanimité pour être autorisée. Si la loi ne change pas, les dégâts sanitaires causés par la répression dans les milieux d'usagers de drogues ne sauront être enrayerés. Du fait de la prohibition, Les usagers continueront de mettre leur vie en danger, et les pratiques des intervenants médicaux et sociaux, condamnés à répondre aux situations les plus dramatiques et les plus voyantes sans jamais enrayer le problème, ne risqueront pas non plus de changer, sinon à petite échelle et dans le court terme.

On peut se demander dès lors à qui profite la duplicité kouchnérienne. Sans doute à beaucoup. A la tranquillité des prochaines régionales. A l'opposition ouverte de Lionel Jospin à toute remise en cause de la loi de 1970. A la surdité du Garde des Sceaux et du Ministre de l'Intérieur. Mais aussi au pouvoir médical, qui s'engouffre dans la brèche pour poser les jalons d'une médicalisation du problème de la toxicomanie : gagnons du temps...

Lors des rencontres, Bernard Kouchner s'est félicité de l'originalité française : 40 000 toxicomanes sous Subutex et la délivrance de ce produit par la médecine de ville, c'est la substitution « à la française ». Dispositif peu coûteux pour l'Etat, mais très fructueux pour le laboratoire Schering Plough, auquel les pays voisins portent un intérêt croissant. Il a annoncé d'autre part une légère augmentation du nombre de places en centres méthadone, et la saisie de l'Agence du Médicament sur l'expérimentation d'une « distribution médicale surveillée d'héroïne », destinée à quelques usagers « à bout de souffle », échappant aux traitements Subutex ou méthadone. On injecte un peu du modèle suisse dans le modèle français : quelques places dans des centres de distribution d'héroïne, mais une répression plus soutenue. L'usage thérapeutique du cannabis devrait bientôt être examiné. Une mission « d'étude de la dangerosité des toxiques légaux et illégaux » sera confiée à des pharmaciens. Le Comité national d'éthique sera saisi sur la question de l'inégalité dans l'accès aux soins... En bref, assurément, toutes les propositions issues de ces Rencontres seront « discutées pour le plan triennal de la Mission interministérielle à la lutte contre la drogue et la toxicomanie 1998-2000 ». Les conclusions de ces trois journées auront été à la mesure du courage politique de leur instigateur.

Loin d'avoir avancé, on peut se demander aujourd'hui si la politique française en matière de « toxicomanie » n'est pas en train de reculer. Ce ne sont pas l'attribution de quelques places en centre de distribution d'héroïne, ou l'autorisation d'usage du cannabis à des fins thérapeutiques qui vont changer le paysage de la toxicomanie. Ce d'autant moins que les choix opérés par la « substitution à la française » sont porteurs de dangers autrement importants. Le principe d'anonymat de la prise en charge des « toxico-dépendances » est de plus en plus ignoré. La distribution du Subutex par la médecine de ville induit en effet un fichage illégal : en regard des bons obligatoires de délivrance de produits de substitution inscrits au tableau B (tableau de produits dit stupéfiants), on note soigneusement nom, prénom, adresse... Quant au tabou de l'injection, il est loin d'être levé. Pour preuve, la mise sur le marché imminente par Schering Plough d'un Subutex « inshootable » en remplacement du produit actuel, très couramment « shooté » par ses usagers. Avec ce type de produit, on réduit la palette de substitution alors qu'une galénique injectable permettrait au contraire de l'élargir. On continue de viser le sevrage derrière la substitution. Mais surtout on renvoie à la rue les inconditionnels du « shoot ». Retour à la case départ, dans les conditions d'hygiène et d'insécurité que l'on sait... Qui parlait de « réduction des risques » ?

Les années perdues aux aménagements prudents, au « changement des pratiques », aux attentes et aux reculades stratégiques devant les calendriers politiques sont des années de propagation des virus VIH-VHC-VHB, de morts par overdoses, de développement de toxicomanies de plus en plus dangereuses. Qu'au moins Bernard Kouchner prenne ses responsabilités. Comme le disait John Marks en conclusion de ses remarques à la Conférence des 12 et 13 décembre, « ne rien faire ou ne pas prendre de décision à l'égard de la législation revient à poursuivre la politique prohibitionniste actuelle. Cela s'appelle un choix politique. »

JOHN MARKS (PORTRAIT)



Psychiatre, le Dr John Marks est le précurseur de la réduction des risques moderne. En 1982, il prend la direction d'une clinique spécialisée dans la prise en charge des usagers de drogues à Widnes, auprès de Liverpool. Il y pratique la prescription d'une large gamme de drogues, dont l'héroïne, la cocaïne et les amphétamines, comme l'autorise la législation britannique. A partir de 1985, John Marks va plus loin : il développe la distribution et l'échange de seringues stériles et associe les usagers eux-mêmes à cette expérience de « harm reduction ». En 1990, il peut se féliciter de résultats exceptionnels : « (...) Grâce à la distribution gratuite et médicalement contrôlée d'héroïne, et à une politique de suivi médical et d'accompagnement psychologique, nous avons réussi à maintenir à zéro - je dis bien à zéro - le taux d'infection de nos clients par le VIH. Par ailleurs, le nombre de délits dans lesquels ils sont impliqués a baissé de 93%, d'après les chiffres officiels de la police. Plus surprenant encore, dans les deux villes où nous sommes installés, l'incidence des nouveaux cas de toxicodépendance représente maintenant moins de 12% du taux moyen constaté dans le reste de la région ». Malgré ces résultats sans équivalent « l'expérience de Liverpool » sera entravée par le gouvernement Thatcher : incompatible avec l'idéologie prohibitionniste promue sous pression américaine, elle a été amputée de deux de ses trois centres.

Aujourd'hui, John Marks tire les leçons de son travail. Fort de sa pratique et de ses résultats, il dénonce les conséquences sanitaires, économiques et politiques de la prohibition et critique les insuffisances des systèmes de réduction des risques exclusivement centrés sur des produits de substitution, comme c'est le cas en France. John Marks n'en fétichise pas pour autant l'expérience de Liverpool : convaincu que la distribution médicalement assistée qu'il pratiquait lui-même est la forme déguisée d'une légalisation nécessaire, il plaide aujourd'hui pour un système de « disponibilité contrôlée » fondé sur le contrôle de la qualité des produits, l'organisation de leur distribution et le développement d'une politique d'éducation publique.

JOHN MARKS (EXTRAITS)

AN ENGLISHMAN IN PARIS

5 remarques faites par John Marks à l'occasion des rencontres sur la toxicomanie, décembre 1997.

1. La substitution et la distribution contrôlée sont un remède préventif très puissant : elles réduisent l'incidence (le nombre de cas nouveaux) en détruisant le système pyramidal de vente. Mais pourquoi parler seulement d'héroïne, de cocaïne, de méthadone etc. et pas d'opium, de coca, de haschisch, etc ?

2. Les drogues ne doivent pas être gratuites. Je paie ma bière, mon café. Les citoyens demanderont : pourquoi devrais-je payer pour votre opium, votre haschisch ? Ce qui rend très difficile et vulnérable politiquement toute politique de substitution.

3. Le problème est la loi de 1970, particulièrement l'article L630. Habituellement les prohibitionnistes invoquent pour justifier leurs positions le fait que « nous sommes liés par des accords internationaux » (Convention ONU de 1961, Convention de Vienne de 1988). Mais il est facile pour un Etat de se retirer des conventions internationales : majorité à l'Assemblée en juillet, ratification en janvier suivant, et le retrait est effectif en juillet, une année après le vote de l'Assemblée.

4. Le toxicomane est aussi peu représentatif de l'ensemble des usagers de drogues que l'est un alcoolique de l'ensemble des consommateurs de vin. Cette distinction est essentielle, parce qu'il existe deux populations différentes requérant deux approches différentes.

5. A ceux qui défendent la prohibition, je demanderai : « Quels sont vos arguments ? Tous les Etats prohibitionnistes voient leur taux de criminalité augmenter. La prohibition accroît le nombre d'overdoses, les empoisonnements par les produits de coupage, la contamination VIH par injection ». A ceux qui défendent la légalisation, je dirai : « Laissez aux prohibitionnistes le fardeau de défendre la prohibition, de justifier pourquoi ils défendent une politique aussi destructrice ».

« USE IT »

**Extraits de « Mésusage des drogues et coût social »,
British Journal of Hospital Medecine, vol 52 n°2/3, 1994.
Traduit par Olivier Ralet et Kamal Chaouachi, UNESCO.**

« La prohibition est un bel énoncé moral mais il ne produit aucun contrôle ; ou si il a un effet, c'est l'absence de contrôle. Pour cette raison et pour maintenir leurs revenus substantiels, les gangsters ont tout intérêt à ce que se remettent en place des gouvernements prohibitionnistes. Un contrôle par l'Etat signifie un contrôle de l'offre légale. Si elle est trop relâchée, nous rencontrons les problèmes connus avec l'alcool ; si elle est trop restrictive, la demande rencontre la criminalité organisée.

(...) N'importe quelle quincaillerie vend des produits plus dangereux que des drogues. La prohibition des drogues peut conduire à la supposition erronée selon laquelle les objets qui ne sont pas interdits ne sont pas dangereux. A partir de là, il est clair que c'est ce que l'on fait des couteaux ou des drogues qui les rend dangereux, et non pas les objets eux-mêmes, lorsqu'ils sont utilisés convenablement. Alors que les citoyens peuvent apprendre les dangers que recèlent les couteaux, comment les contrôler et s'en servir utilement, la prohibition leur ferme cette possibilité dans le cas des drogues. La plupart des dommages provoqués par les drogues est le résultat de ce manque d'apprentissage, et ainsi Zinberg (1984) soutient avec justesse qu'en dernière analyse seule la culture pourra contrôler les drogues.

(...) Il nous faut rendre la consommation de drogues plus sûre pour ceux de nos citoyens qui en prendraient de toute façon, et nous devons abandonner l'idée fallacieuse selon laquelle les drogues sont si radicalement dangereuses que cela justifie de priver ces citoyens de l'exercice de leur liberté dans leur vie privée et de leur responsabilité à l'égard de cette vie privée. Les drogues sont dangereuses parce qu'elles sont interdites, et non pas interdites parce qu'elles sont dangereuses (Stevenson 1994). »

DISTRIBUTION CONTRÔLÉE

« Le vent du nord et le soleil », Proceedings of the Royal College of Physicians of Edimburgh, juin 1991 (extraits).
Traduction Isabelle Stengers et Olivier Ralet, UNESCO.

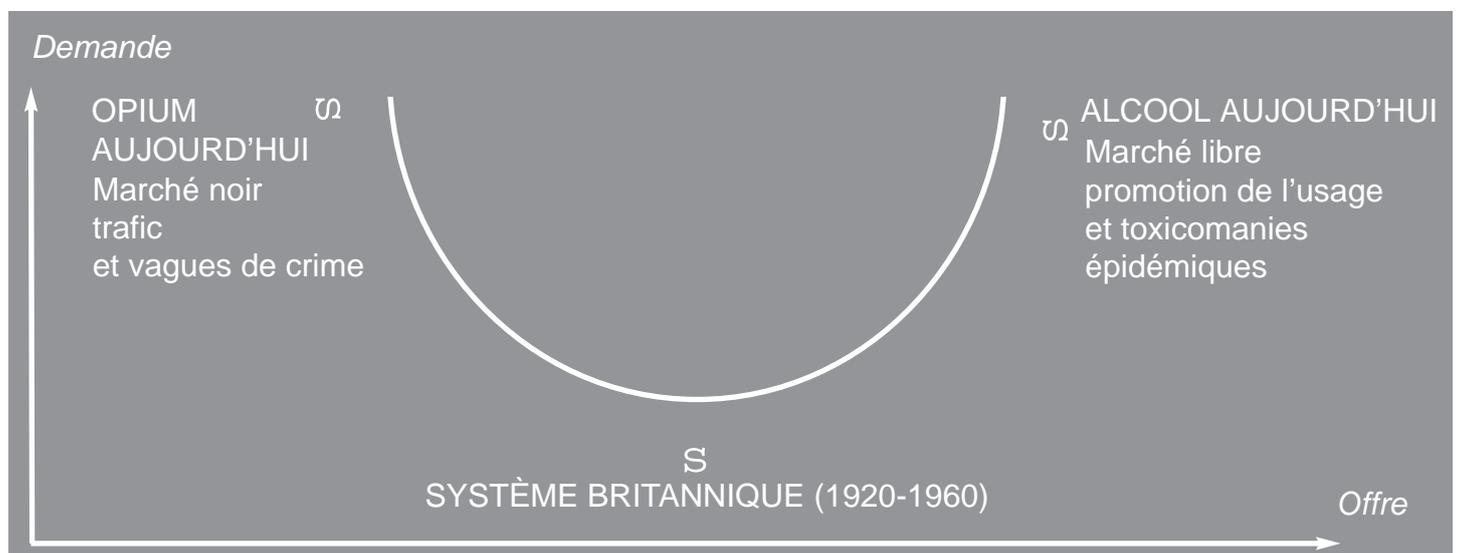
« Chaque fois qu'une nouvelle substance arrive dans une société, que ce soit parce qu'elle est interdite ou étrangère, on voit trois phases d'usages que l'on peut qualifier d'expérimentale, récréative et dépendante. Si on donne des bonbons à un enfant de six ans et qu'on lui dit de les économiser jusqu'à la semaine suivante, ils seront très probablement mangés dans l'heure et, si l'enfant est sociable, partagé avec des amis, qui auront ainsi été "incités". Un phénomène analogue a été observé quand les indiens d'Amérique du Nord découvrirent l'alcool. Des collègues du sub-continent indien font remarquer "le problème avec vous les Anglais, c'est que vous ne savez pas comment bien vous servir de l'opium. Vous en prenez et vous êtes bourrés". Ces exemples illustrent la première des trois phases d'usage d'une drogue socialement et culturellement nouvelle. La plupart d'entre nous traverse cette phase avec la drogue sociale anglaise, l'alcool. Adolescent, nous l'expérimentons et devenons saouls. Ayant mûri, socialisé l'usage récréatif de notre drogue, la plupart d'entre nous sont rarement saouls. Si l'alcool, ou le tabac, ou le café étaient interdits, qui voudrait continuer un plaisir qui peut se terminer par des poursuites judiciaires ? Seuls l'adolescent immature et curieux d'expériences et la triste épave alcoolique des bas-fonds voudront continuer. C'est ce que nous voyons aujourd'hui de l'usage de l'opium : la première et la troisième phase. La seconde phase, "récréative", est la coexistence pacifique avec l'opium, connue depuis des siècles avant la prohibition. Les raisons d'entrer dans la première phase sont renforcées si la substance est interdite, ajoutant l'aura de la rébellion à celle de la curiosité. L'adolescence est l'âge de la rébellion, et l'usage de drogues peut en devenir le porte-drapeau, l'expression d'une révolte contre les parents et l'ordre établi. Au contraire lorsqu'une drogue est disponible sans promotion ni interdit, comme dans le monopole norvégien de l'alcool, l'usage en société est alors minime : l'usage de drogue devient ennuyeux et est plus facilement abandonné.

Avant 1870, il y avait peu ou pas de contrôle des drogues et l'intoxication était endémique. Avec les lois sur la pharmacie au XIX siècle et les recommandations du comité Rollerston, les toxicomanes furent réduits à 500 dans une population de 50 millions d'habitants (0,00001 %). Entre 1870 et 1960, une offre contrôlée de drogues était autorisée pour ceux qui les utilisaient, et le problème de la drogue était infime (c'est ce qu'on appelle le "système britannique", NDLR). Depuis 1960, le contrôle de la disponibilité de l'alcool a été systématiquement démantelé, avec une inexorable augmentation de la consommation, tandis que s'est produite une augmentation parallèle des autres drogues désormais sévèrement prohibées. Les augmentations et diminutions de la consommation d'alcool et d'opium ont suivies avec exactitude les changements de politiques légales et fiscales et leurs effets sur la disponibilité légale. Mais la nature des liens entre l'offre et la demande se révèle être quadratique et non, comme on a pu le supposer, exponentielle. Un adoucissement de l'interdit, comme par exemple la politique hollandaise du cannabis, ou une légère restriction du marché libre, comme la politique norvégienne de l'alcool, mènent tout deux à une diminution de la consommation (cf. schéma p.14).

Les Etats-Unis ont dépensé un milliard de dollars en 1983/84 à appliquer rigoureusement la prohibition. Quel a été le résultat ? En 1985, chaque jour cinq mille personnes commençaient à utiliser des drogues pour la première fois. Ce n'est pas un phénomène inattendu : la consommation d'héroïne interne aux USA a augmenté chaque année depuis qu'elle a été interdite en 1923. De même, lorsque les sources d'approvisionnement légales d'alcool ont été supprimées durant la période de prohibition, la consommation illicite à Chicago, après une diminution initiale, augmenta rapidement. (...)

Pourquoi la prohibition échoue-t-elle et se montre-t-elle contre-productive ? Pourquoi la politique de prohibition est-elle poursuivie malgré l'évidence de son échec ? A travers toute l'histoire, il y a eu une demande de psychotropes pour adoucir les vicissitudes de la vie, et il n'y a pas de société sans ses drogues sociales. Parfois, une discipline culturelle ou sociale rigide est imposée, d'origine religieuse, comme récemment en Iran, ou sociale comme le marxisme en Ethiopie. Dans une société de libre marché, réduire l'offre d'un produit qui continue à être demandé entraîne une augmentation des prix. Plus rigoureuse sera la restriction, plus élevé sera le prix, jusqu'à ce que fleurissent la contrebande et le marché noir. (...) Le "brassage d'affaires louches" compte parmi les effets épidémiques proliférants de la prohibition. Le marché noir place les prix aussi hauts que le marché peut le supporter. Un jeune chômeur, dépensant environ 100£ par jour pour un besoin typique d'un gramme, doit acheter cinq grammes et trouver quatre autres personnes à qui vendre quatre de ces cinq grammes à un prix plus élevé et souvent "coupés" ou frelatés pour augmenter le poids. Chaque personne qui achète doit, à son tour, faire la même chose, et ainsi s'élève une gigantesque pyramide de ventes. Ainsi, l'épidémie est inhérente à l'interdit, et celui-ci stimule la consommation de la chose prohibée. S'il n'a pas les moyens d'acheter ce dont il a besoin tous les jours, un toxicomane devra voler. Etant donné qu'un receleur ne paye qu'un cinquième de la valeur des biens volés, le toxicomane doit voler pour 100£ pour en obtenir 20 en cash. Selon une estimation modérée, il y a 50 000 toxicomanes en Grande Bretagne, volant des biens pour un montant de cinq millions de livres par jour, ou un milliard et demi de livres par an.

(...) En Inde, les cipayes pouvaient recevoir une ration d'opium analogue à la ration de rhum de la Marine, pour réduire les abus. La "disponibilité contrôlée" est donc un exercice de rationnement. Elle produit des contrôles de ce dont l'usage est inévitable en ôtant l'intérêt économique d'autres modes d'acquisition. Si des lois limitant strictement la publicité étaient promulguées, la promotion libre de l'alcool, qui cause aujourd'hui tant de dégâts à la société, n'aurait plus de sens économique. De même, s'approvisionner au marché noir n'est pas intéressant si la ration légale est suffisante pour casser les prix et les risques d'infraction. La société évite ainsi les conséquences de la "saturation du marché" pratiquée par les brasseurs et le "brassage d'affaires louches" pratiqué par les gangs. Ces deux pratiques représentent des pertes de contrôle de l'Etat sur l'usage des psychotropes. La disponibilité contrôlée n'arrête pas l'usage de drogues — rien ne l'arrête — mais le contrôle. Où placer le niveau de contrôle est l'objet d'un bricolage empirique avec des mécanismes légaux et de marché, mais les modèles ne manquent pas. La consommation de cannabis aux Pays-Bas a diminué de 33% dans les douze mois qui ont suivi le relâchement de son interdiction. Sous l'administration Reagan aux USA, 21,5 milliard de dollars ont été dépensés pour la répression de la drogue. En dépit de cela, la consommation actuelle de la seule cocaïne a atteint 210 tonnes, ou 20 mg par semaine pour chaque habitant de l'Union — hommes, femmes, enfants. Le Royaume-Uni a atteint des résultats semblables en poursuivant la prohibition ; ayant dépensé 45 millions de livres pour la seule répression (sans compter les coûts en frais de justice, nuitées de prison et les coûts sociaux et sanitaires), l'héroïne et la cocaïne ont baissé de prix et sont devenues plus facilement disponibles.»



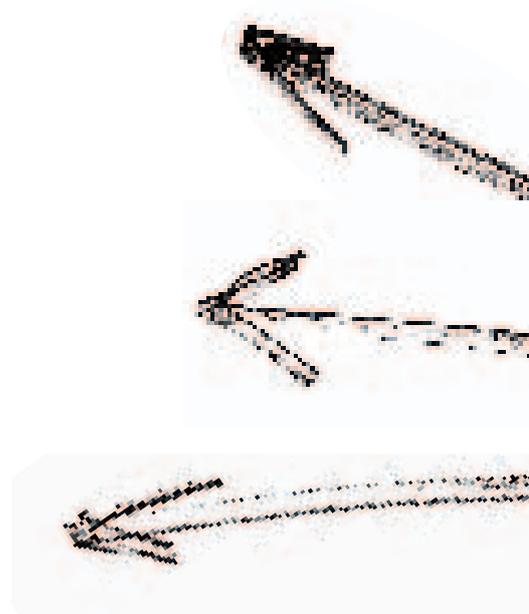
CORRECTION POLITIQUE

Une pétition sur les drogues « pour en finir avec les mensonges » : ça commence bien, ça dérape à la fin. Comme si toute prise de parole sur la question devait ménager le dogme de la répression. Enlisé dans une stratégie de respectabilité, le milieu associatif a décidé de chahuter Bernard Kouchner sans trop lui déplaire. C'est réussi. Nous publions cette pétition, avec toutefois quelques corrections élémentaires.

Ne pas accepter les toxicomanies, c'est ne pas accepter les usagers de drogues, et donc leur tourner le dos. La répression — qui n'a jamais manqué de cadre légal — exclut toute politique d'information, de santé publique et de réduction des risques. C'est l'Etat qu'il faut responsabiliser.

Aussi, nous appelons citoyens, associations, syndicats et partis politiques à se mobiliser pour l'abrogation de la loi de 1970 et la légalisation des drogues.

Pour rejoindre ce combat, contactez Act Up-Paris
45 rue Sedaine BP 287 75525 Paris Cedex 11
tel : 01 49 29 44 75 - fax : 01 48 06 16 74
e.mail : actupp@compuserve.com



Drogues : pour en finir avec les mensonges

A l'initiative de : ANIT - ASUD - AIDES - CIRC - L'Eléphant Rose - LDH - Limiter La Casse - Médecins du Monde - Technoplus

Des centaines de simples consommateurs de drogues en prison, des associations d'usagers poursuivies et condamnées, des journaux censurés, des livres saisis, des manifestations interdites, des organisateurs de concerts et de raves traînés en justice... L'intensification récente de la « guerre à la drogue » alourdit les dérives contraires aux droits de l'homme (peines aggravées, gardes à vue prolongées, pouvoirs exorbitants de perquisition, cour d'assises sans jurés, etc.)

De plus, la situation sanitaire et sociale des usagers de drogues marque de manière criante les limites de la politique induite par la loi de 1970. La prohibition des drogues ne protège pas les consommateurs, mais la corruption et l'enrichissement des mafieux.

Afin que puisse enfin s'ouvrir sereinement le débat sur la toxicomanie, et plus particulièrement sur la pertinence de la loi de 1970, nous demandons :

- la dépénalisation du simple usage de drogues dans le cadre privé (non sanctionné avant la loi de 1970).
- la libération immédiate de tous les détenus pour simple usage de stupéfiants et l'amnistie de toutes les infractions liées à la simple consommation.
- l'abolition de l'article L.630 du Code de la Santé publique qui punit de cinq ans d'emprisonnement et de 500 000 F d'amende toute « présentation sous un jour favorable de stupéfiants ». Cet article, qui fait exception à la loi de 1881 relative à la presse, est appliqué au mépris de la liberté d'expression et du droit à l'information. Il est devenu l'obstacle légal à tout débat public sur les drogues.

Admettre la réalité des toxicomanies n'est pas les accepter, mais tenter de mieux leur faire face, par une politique d'information, de prévention, de santé publique, de réduction des risques et de répression dans un cadre légal respectant le contrat social et les citoyens, ne visant pas à l'exclusion mais à la responsabilisation.

Aussi, nous appelons citoyens, associations, syndicats et partis politiques à se joindre à cet appel pour créer les conditions nécessaires à l'ouverture de ce débat.

Pour vous joindre à cet appel, contactez la Ligue des droits de l'homme - 27 rue Jean Dolent 75014 Paris (tel : 01 44 08 87 29 - fax : 01 45 35 23 20)

.....
Nom :Prénom :
Adresse :
Code postal : Ville :
Profession :Age :

Signature :

ACT UP, LE QUEEN ET L'HUISSIER

Une «sommation interpellative», c'est un huissier qui vient chez vous à l'improviste, mandaté par un «requérant» en colère contre vous, qui vous «somme», justement, de venir chez lui pour répondre à la question que le requérant, mécontent contre vous, veut vous poser, et que l'huissier (mandaté par le requérant) va coucher par écrit. Vous êtes donc sommé de répondre à l'huissier, chez l'huissier, quelque chose que l'huissier transmettra au requérant, qui en fera ce que de droit. Etre sommé, c'est simple, c'est sympa. Nous publions ici, dans sa langue d'origine, des extraits de la sommation interpellative que Le Queen (le requérant) a adressé via Raphaëlle Diey (l'huissier) à Philippe Mangeot (le sommé).

SOMMATION INTERPELLATIVE

L'AN MIL NEUF CENT QUATRE VINGT DIX SEPT et le Quatre DECEMBRE

A LA REQUÊTE DE:

Monsieur Philippe FATIEN

Agissant en qualité d'administrateur de la SA LE QUEEN

(...)

Elisant domicile en mon étude,

Je soussignée, Raphaëlle DIEY, Huissier de Justice près le Tribunal de Grande Instance de Paris (...)

DIT ET DECLARE A:

Monsieur Philippe Mangeot

Président de l'association ACT UP PARIS (...)

Où étant et parlant à : comme si après

Que la revue mensuelle EX AEQUO n°13 du mois de décembre 1997 a publié en page 34 et 35 un interview de Monsieur Philippe MANGEOT, président de l'association Act Up Paris, par le journaliste Monsieur Eric LAMIEN. A la question «Quelle est votre position par rapport aux fermetures dont les établissements gays ont été l'objet ?», Monsieur MANGEOT a répondu :

«Assez d'hypocrisie! Dans la plupart des établissements fermés, je me suis vu proposer de la drogue, j'en ai pris à l'occasion, et ce en bénéficiant de la parfaite complicité des propriétaires. Ces gens savent que la drogue aide leur commerce.»

(...)

C'est pourquoi, j'ai Huissier de Justice, susdit et soussigné à même requête, demeure et élection de domicile que dessus, fait sommation à monsieur Philippe MANGEOT, immédiatement et sans délais, de dire si le Queen est l'un des établissements dans lesquels MonsieurMangeot affirme avoir acheté et consommé de l'extasy avec la «parfaite complicité des propriétaires» dont, en l'occurrence Monsiure Philippe FATIEN.

Lequel me répond :

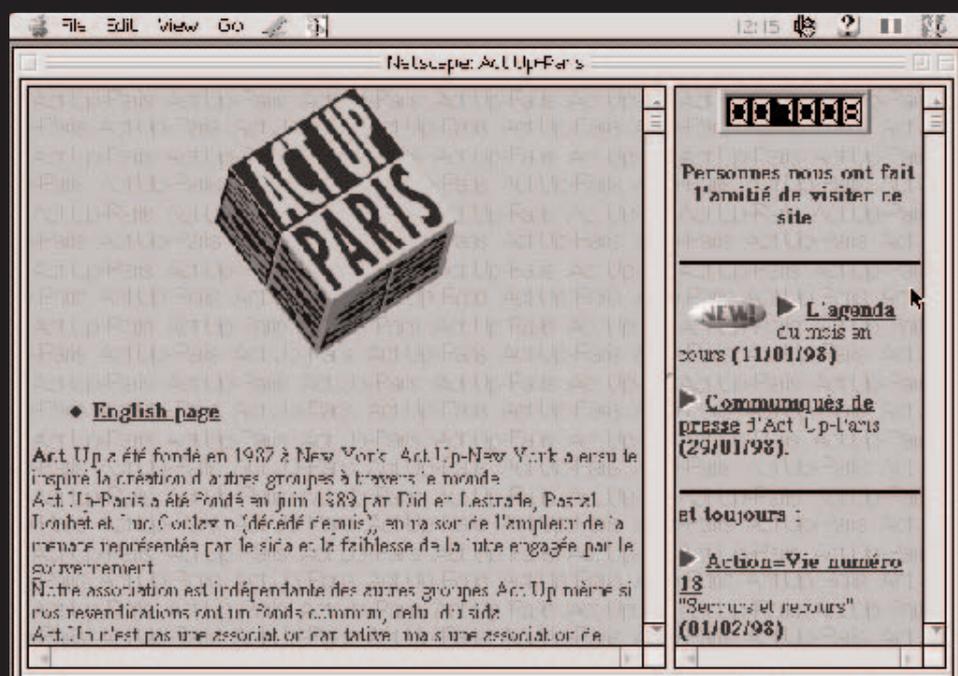
«Je reprend les propos que j'ai tenus dans le mensuel EX AEQUO n°13, je me suis vu proposer de la drogue dans des établissement et j'en ai pris à l'occasion. Je n'ai donc jamais déclaré que j'en avais acheté ainsi que le suggère Monsieur Philippe Fatien. Monsieur Fatien parle en outre, dans sa requête d'Exctasy. Je n'ai jamais prononcé ce mot dans les propos qu'il me reproche. S'il y fait référence c'est qu'il sait, mieux que quiconque, ce qui circule dans son établissement. Pour le reste je maintiens mes propos tels qu'ils ont été publiés par Eric Lamien, journaliste ; je reste un client du Queen et je n'ai rien à ajouter.»

A laquelle lereponse j'ai fait toutes réserves que de droit au nom du requérant.

REJOIGNEZ ACT UP-PARIS

RÉUNIONS TOUS LES MARDI À 19 HEURES 30

ÉCOLE DES BEAUX-ARTS, 14 RUE BONAPARTE, 14^{ÈME}



ACT UP SUR LE NET

<http://www.actupp.org/>

Quinzième Réunion Publique d'Information

Mercredi
25 février
19h



Les répis se tiennent
au centre Wallonie-Bruxelles
46, rue Quincampoix, entre Beaubourg
et le boulevard Sébastopol.
Métro: Châtelet-Les Halles ou Rambuteau.

Des nouvelles de Chicago

Agir ensemble contre le chômage !
présente

L'ENQUÊTE dont vous êtes le héros



Nous agissons pour défendre les droits des chômeurs et des travailleurs précaires. Campagnes d'information dans les institutions qui gèrent le chômage et les chômeurs, la précarité de l'emploi (ANPE, ASSEDIC, centres de formation, etc.) ; recours contre les décisions arbitraires de ces institutions ; occupations (UNEDIC, CNPF, Ministères, CAF, etc.) pour exiger des garanties qui permettent de s'opposer aux conditions d'emploi et de vie faites aux salariés précarisés ou chômeurs ; réquisitions de revenu, actions transports gratuits, réquisitions de richesses dans des cantines et restaurants, des centres commerciaux ; actions coordonnées, comme l'occupation, à l'automne 1996, d'une cinquantaine d'antennes ASSEDIC, contre la dégressivité des allocations chômage, ou pour la levée de l'interdiction du RMI aux jeunes, etc...; Marches contre le chômage de 94, Marches internationales vers Amsterdam au printemps 1997...

Aujourd'hui nous avons besoin d'en savoir davantage, de mieux comprendre ce que nous vivons pour inventer l'avenir. Pourquoi supportons nous encore les emplois pourris, les contraintes absurdes, la misère organisée dont nous avons à nous affranchir ? Comment être des millions à rêver et agir pour notre compte ? Et par où commencer ? Ceux qui disent que les jeunes sombreraient dans la passivité et l'ennui si ils avaient mensuellement droit à un revenu garanti permettant de vivre ont-ils raison ?

Et vous, qu'en pensez vous ?

Les fruits de cette recherche commune seront publiés. Vous pouvez nous laisser une adresse pour être informés.

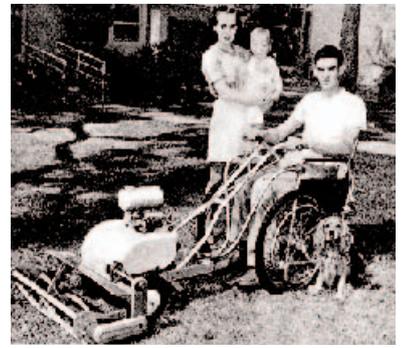
Commission revenu d'ACI, décembre 97.

ACT UP et AC! (Agir ensemble contre le chômage), c'est une rencontre à la fois timide et fulgurante : autour des sans-papiers, pendant *Nous sommes la gauche*, lors du mouvement des chômeurs, nous nous sommes découverts des pratiques et des désirs communs. D'ailleurs *Libération* parle de nous comme de « la plus turbulente des associations anti-sida », et d'eux comme de « la plus remuante des associations anti-chômage ». Nicole Notat les assigne en justice en portant plainte contre une mystérieuse association « ACT ». Le FN stigmatise l'alliance des « faux chômeurs » et des « vrais pédés ». Etc. Nos ennemis voient double, et ils ont raison : nous ferons de grandes choses ensemble. En attendant, nous publions leur dernier questionnaire : une joyeuse enquête, qui leur ressemble, qui nous plaît et qui vous concerne.

Réponses à renvoyer y compris sur papier libre
ou autre support à
ACI, commission revenu,
42 rue d'Avron, 75020 Paris
Fax : 01.43.73.00.03
e-mail ac@ras.eu.org
Tel : 01.43.73.36.57
le mercredi de 15h à 18h ou rép.

AC!
»»»

1. Décrivez les contraintes que vous subissez afin d'obtenir de quoi subvenir à vos besoins, ou tenter d'y subvenir :



2. Vos revenus vous semblent-ils en rapport avec la nature du travail que vous fournissez ? Si non, pouvez-vous estimer la différence ?

3. Considérez-vous que vos ressources sont en rapport avec vos besoins ? Si non, pouvez-vous estimer la différence ?

4. A quel moment de la journée estimez-vous être le mieux employé ?



5. De combien de "temps libre" pensez-vous disposer chaque jour; chaque semaine; chaque année ? A quoi l'employez-vous ?

6. Que détestez-vous le plus faire ou subir (vous pouvez donner plusieurs réponses) ?

7. Que préférez-vous faire dans la vie (vous pouvez donner plusieurs réponses) ?



8. Quelles sont les activités auxquelles vous aimeriez vous adonner sans pouvoir le faire actuellement ? Pourquoi ?

9. Que feriez-vous si vous étiez payé à ne rien faire ?

10. Question subsidiaire : pour améliorer votre quotidien, auriez-vous plutôt recours à :

- Papa et/ou maman
- Internet
- Le vote
- La française des jeux
- Le vol
- La dianétique
- Le sport
- La grève générale
- La circulation alternée
- Les petits boulots
- La prostitution
- La réduction du temps de travail
- Le Hip-hop
- La fraude fiscale
- autre :



Votre age :

Votre sexe :

Décrivez en trois lignes votre cadre de vie actuel :





Ignorance is your enemy.

Act Up-Paris™



Knowledge is a weapon.

Act Up-Paris™

Paris is burning



J'ai envie que tu vives.



1^{ER} DECEMBRE 1997
PAR LE SANG, PAR LE SPERME,
PAR LA LOI.

ALORS QUE LE SANG, LES LÈS SÉROPOSITIVES
ET/OU DISCRIMINATOIRES PRÉCÉDENT SES
SOPALAIRES ENTÈRES, ELLES LES INTÉRESSENT SES
CARACTÈRES ÉPIGÉNÉTIQUES ET DE PRÉVENTION EN
SIDA, ELLES LES ÉVALUENT AU SYSTÈME DE MOINS
ELLES LES IMPÈCHENT DE DÉVELOPPER SES
AVANCÉS DE LA RECHERCHE. CE SONT DES LING
QUI TIENT. EXAMINONS LA RÉVISION OU L'ABANDON
DE LA LOI DE 1980 DE 1970, DE L'ABANDON
DE LA LOI DE 1980 DE 1970, DE L'ABANDON
DE LA LOI DE 1980 DE 1970, DE L'ABANDON



PHOTOS MONDINO ©

Bon de commande à compléter et à retourner accompagné de votre chèque libellé à l'ordre d'Act Up-Paris. BP287 75525. Paris CEDEX11.

Nom Prénom Adresse

TEE-SHIRTS				SWEAT-SHIRTS			
Modèle	Taille	Prix	Quantité	Modèle	Taille	Prix	Quantité
Par le sang, par le sperme, par la loi	L n	120 F	.....	0* (1 ^{er} Décembre 1996)	M n L n XL n	170 F	.....
Agnès B blanc	M n L n	120 F	.....			
Paris is burning	M n L n XL n	120 F	.....			
Silence=Mort	M n L n XL n	120 F	.....			
Action=Vie	M n L n XL n	120 F	.....			
Colère=Action	M n L n XL n	120 F	.....			
Act-Up Paris Logo noir sur gris	M n L n XL n	120 F	.....			
Knowledge is a weapon(bleu ou vert)	S n M n L n XL n	120 F	.....			
Ignorance is your enemy(h. ou v.)	S n M n L n XL n	120 F	.....			
Act-Up Paris Logo noir sur blanc *	M n L n XL n	120 F	.....			

* ce modèle existe en bleu n , vert n , rouge n , violet n , jaune n , orange n

BADGES	
Modèle	Prix
Colère=Action	20 F
Action= Vie	20 F
Silence=Mort	20 F
J'ai envie que tu vives	20 F
Personne ne sait que je suis séropositif	20 F
Personne ne sait que je suis séropositive	20 F

Après avoir coché les cases, préciser ici le montant total de votre chèque Total F

LFM

Les docks

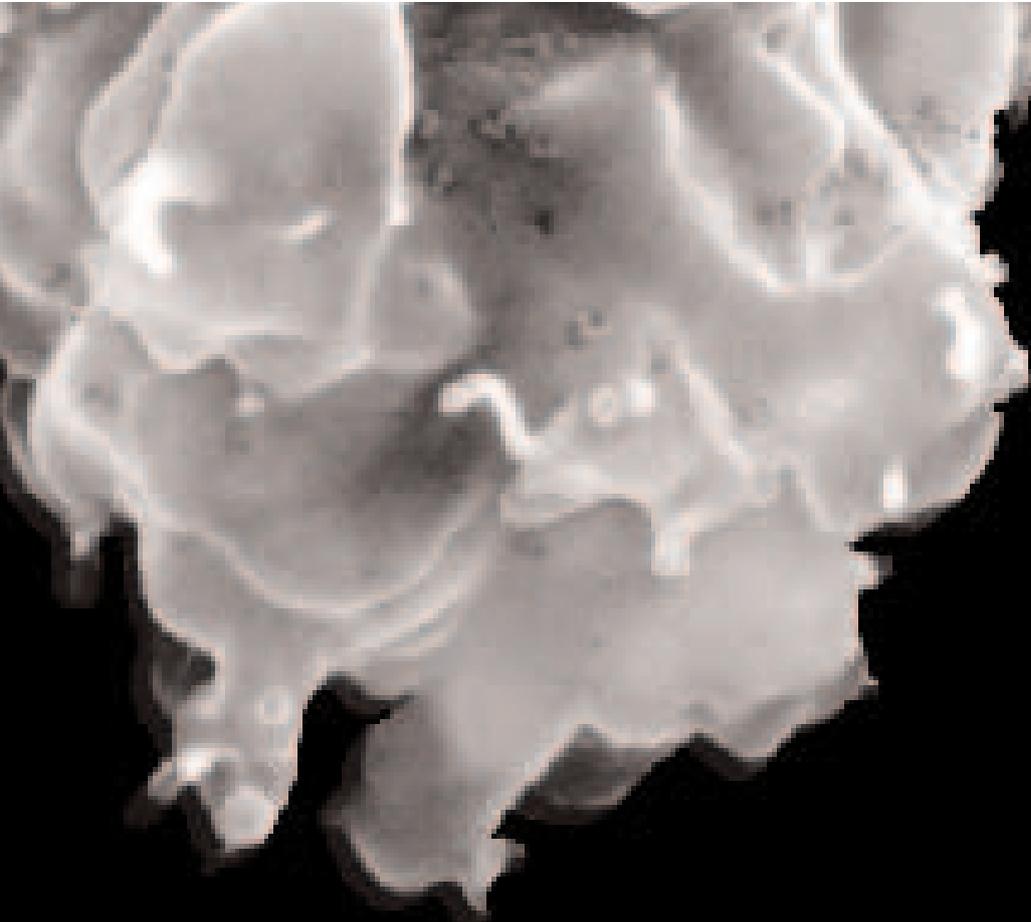
Pub L'arène

IKA c'est déjà l'an 2000

Ika est un jeune groupe de musique (une moyenne d'âge de vingt ans) qui existe depuis environ deux ans. Produit par le label parisien **Sub.C.**, il développe une musique pop-rock-disco musclée et novatrice. Si son premier CD maxi s'est bien vendu, c'est aussi grâce à l'énergie, aux looks glamours et excentriques (paillettes, boas, vinyl...) que les quatre musiciens exhibent sur scène. Nouveau partenaire d'**Act Up** depuis les dernières Transmusicales de Rennes, **Ika** prépare déjà l'album dont la sortie est prévue au cours de l'année. C'est aussi lui qui signera la Bande Originale (disco-techno trance) du prochain film de Patrick Mimouni "Le Traité du Hasard". Plusieurs tournées sont prévues en France (février aux Alpes, mars en Auvergne, avril en Bretagne, mai dans le Sud et à Paris, juin dans le Nord et en Belgique). Il faut aussi mentionner que leur trimestriel gratuit, *Ika magazine*, sera disponible dès début février où différents thèmes (musique, peinture, cinéma, photo, mode, la nuit...) y seront traités.

Pour tout renseignement supplémentaire, appelez l'Association GLAMROCK au 01.40.36.00.26...





IEM

information
= pouvoir

TOUT SAVOIR SUR
LES ESSAIS CLINIQUES
POUR LES PERSONNES
ATTEINTES PAR LE V.I.H

· un livret

d'information

· tous les deux mois
"protocoles"

· un numéro

01 49 29 04 04

Act Up-Paris¹⁷

CONNECTION PUB