

Outing.

Action. La lettre mensuelle d'Act Up-Paris n°59, mars 1999. Sommaire en p.2

VU A LA MANIF



Sommaire

PaCS Versus Outing	p.2
Test1	q.8
Aujourd'hui et maintenant (devenir séropo)	r.9
Sida : Chauds Les Marrons	s.10
Trabaro : Le travail on s'en fout, couvrez-nous de bijoux	t.12
Drowning By Numbers	u.18
Test2	v.22
Sida à la Banque	w.26
Merci, encore, encore, encore	x.27
Candy	z.28
Tee-shirt, en porter	zz.34

Action. La lettre mensuelle d'Act Up-Paris

Directeur de publication :

Philippe Mangeot

Rédactrice en chef :

Gaëlle Krikorian

Ont participé à ce numéro :

Rachel Easterman-Ulmann • Jean Cazentre • Victoire Patouillard • Laura Davis • Aude Lalande (activiste de l'année !) • Stany Grelet • Samuel Somenweller • Nicolas Maalouly • Laïla El Masri • Emmanuelle Cosse • Sophie Poincot • Claire Vannier • Gérald Sanchez • Axel Delmotte • Rodrigue Ducourant • Nicolas Netter • Yves Ménager • Serge Lastennet • Jérôme Martin • Sébastien Puechbroussoux • Didier Lestrade • Delphine Faboing • Michel Raduget

Icono : Robert Frank, Claire Vannier ...

Imprimerie : Autographe/Paris. 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.

Abonnez-vous, recevez

Action. La lettre mensuelle d'Act Up-Paris

11 numéros par an = 80 F.

Nom Prénom

Adresse

.....

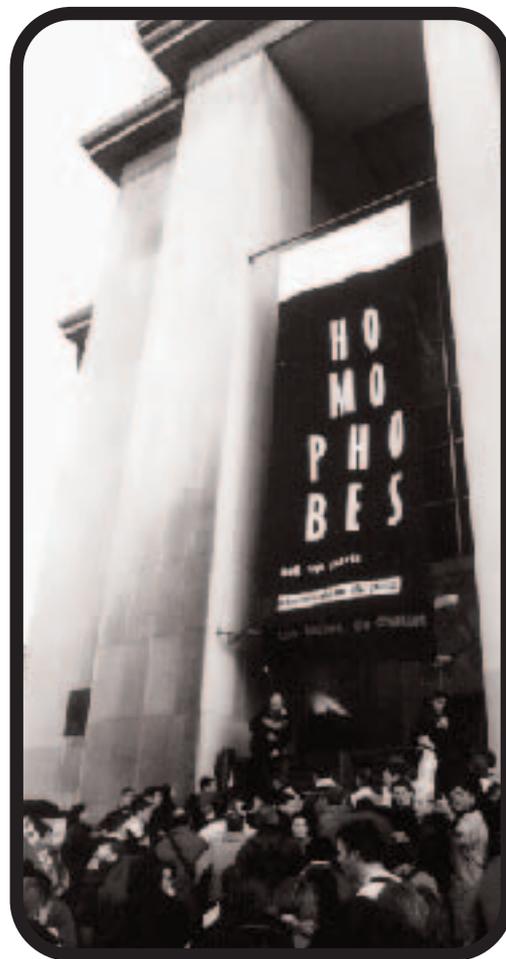
Libellez vos chèques à l'ordre d'Act Up-Paris. BP287, 75525 Paris cedex 11.

O ù S O

Il aura fallu quinze jours de procès à la Cour de Justice de la République pour permettre à l'avocat général Roger Lucas d'identifier les véritables responsables dans l'affaire du sang contaminé : s'il faut blâmer Edmond Hervé, c'est d'abord de n'avoir pas su résister aux « pressions des homosexuels » qui refusaient, en 1983, d'être désignés comme « groupe à risques ». Et l'avocat général d'expliquer l'application aléatoire de la circulaire du 20 juin 1983 - qui invitait les Centres de Transfusion Sanguine à pratiquer une sélection des donneurs - par l'efficacité manœuvrière du « lobby homosexuel ».

Deux jours plus tard, Jean-Michel Darrois, avocat de Laurent Fabius, ne pouvait être en reste. Aussi surenchérisait-il en affirmant que les véritables fauteurs du trouble avaient été les homosexuels, qui « ne voulaient pas qu'on parle du sida ».

Avant l'ouverture du procès, beaucoup craignaient que les trois ministres ne soient les boucs émissaires d'un drame en mal de responsables. Quinze jours plus tard, accusation et défense, également d'accord pour demander la relaxe des ministres, se retrouvaient encore sur un point : les homosexuels, parce qu'ils auraient sacrifié le « souci de la santé publique » à leurs « intérêts individuels », seraient indirectement responsables de la contamination des hémophiles et des transfusés. C'est clair et beau comme une première leçon d'anthropologie : le



n t l e s p é d é s ?

sacrifice du bouc émissaire opère la réconciliation des parties adverses. Il suffisait d'y penser. Nous devions être fous pour ne pas nous y être préparés. Car les affirmations de Darrois et Lucas ne font que reprendre un vieux refrain déjà cent fois servi, qui prétend faire de la population la plus touchée par le sida la première responsable de son extension. C'est connu : nous aurions favorisé, par nos comportements, la propagation du virus ; nous aurions contribué à l'aveuglement des populations quant aux dimensions réelles de l'épidémie en « homosexuant le sida » ; nous aurions détourné les campagnes de prévention à des fins de prosélytisme ; nous aurions « confisqué » la lutte contre le sida, etc. - toutes accusations qui ont valu à leurs auteurs quelques uns des zaps les plus énervés de l'histoire d'Act Up. Avec le procès des ministres, tous les militants qui se battent contre le sida aujourd'hui et qui luttent contre le silence dans lequel il est à nouveau retombé ont vu soudain resurgir le sida dans les médias, sous les auspices de l'archive. Avec lui, et contre tout ce qu'on pouvait espérer, les mêmes fantasmes ignobles, les mêmes insultes, le même mépris des malades. Ce sont des conjectures folles, qui prêtent aux associations d'homosexuels beaucoup plus de pouvoir qu'elles n'en eurent jamais - tout de même, nous n'étions pas 10 000 à la Gay-Pride de l'époque - et qui exhument de tout petits faits sans leur contexte : si beaucoup de gays n'ont pas pris, au début des années 80, la pleine mesure de l'épidémie, c'est peut-être parce que l'information dont ils disposaient les en empêchait - comment des pédés qui s'étaient battus pendant des années pour émanciper l'homosexualité du discours et du contrôle médical pouvaient-ils prendre sérieusement ce que des journaux présentaient alors comme le « Cancer gay » ? Faut-il rappeler, enfin, qu'à cette époque où Edmond Hervé, Georgina Dufoix et Laurent Fabius refusaient que soit levée l'interdiction, vieille de 1920, de promotion publique du préservatif, des homosexuels à l'origine de Aides diffusaient les premières plaquettes de prévention à l'intention de toutes les populations ? Il faut le rappeler, en effet, pour ne pas laisser dire ceux qui refont l'histoire à leur convenance. Parce que le fantasme du « lobby homosexuel », tel qu'il s'est à nouveau exprimé à l'occasion de ce procès, est toujours mis en avant par ceux qui n'ont rien fait, par ceux qui n'ont commencé à se préoccuper un tant soit peu du sida qu'à partir du moment où il était devenu impossible d'imaginer qu'il menaçait seulement les pédés et les drogués : par ceux qui n'ont que l'universel et l'intérêt général à la bouche, mais qui ne conçoivent pas que les pédés, les gouines, les drogués et quelques autres puissent être partie prenante de cet universel et contribuer à cet intérêt général. Alors, ils agitent l'épouvantail du « lobby ». Le mot a atrocement servi pour d'autres minorités, au point qu'il en est devenu presque interdit. Mais il ne mange pas de

pain quand on parle des gays. Lisez Alain Finkielkraut : c'est le lobby gay qui ébranle les fondements du républicanisme. Ecoutez Christine Boutin : c'est lui qui menace la famille quand il défend le PaCS. Voyez Irène Théry : c'est lui qui compromet l'ordre symbolique en réclamant le mariage et la reconnaissance de l'homoparentalité. Un fait, cependant, manque à leur clairvoyance. Il devrait pourtant apporter un sérieux démenti à leurs divagations : il n'y a personne, ou presque, pour répondre à leurs insultes. Juste une poignée d'intellectuels, deux ou trois titres de la presse gay, et des associations qui comptent leurs militants. Où sont les autres ? Où sont les pédés et les gouines ? Est-ce parce que nous avons la certitude d'être du côté de ce qui est juste et de ce qui est bon que nous pouvons accueillir les déclarations de guerre avec une ironie de bon aloi, une tristesse impuissante ou un mépris hautain ? Est-ce plutôt parce que nous avons tellement pris l'habitude de la haine homophobe que nous ne parvenons même plus à en discerner la violence ? C'était peut-être une folie, de la part d'Act Up-Paris, de déployer sur le Palais de Chaillot une banderole marquée « HOMOPHOBES ! » devant 50 000 boutinistes. Si c'était une folie, c'est surtout parce que nous étions seuls. Sans nous, pourtant, le cortège poursuivait son chemin, ponctué de pancartes s'en prenant aux « tantouzes », sans que nul ne proteste. Qui a sérieusement protesté, après tout, quand un député de droite, lors du débat sur le PaCS, a estimé qu'accorder des droits aux homosexuels équivalait à légiférer sur la zoophilie ? Alors, il ne s'est trouvé aucun député - pas même un député homosexuel - pour exiger une sanction. Il s'appelle D., mettons. Il est pédé ; il est aussi député. Il entend ne rien faire savoir de son homosexualité. C'est son droit - même si on peut le regretter. Son silence accrédite l'idée qu'il serait honteux d'être homosexuel. Surtout les modalités de ce silence ont des effets directement politiques : D. craint tellement que son homosexualité ne soit considérée comme le motif de ses convictions qu'on ne l'a jamais vu s'engager dans aucun combat pour les droits des gays et des lesbiennes. D. oeuvre dans un univers abstrait et désincarné. Si D. répugne à se montrer solidaire des gays et des lesbiennes, on le sait moins pointilleux sur ses amitiés. Le groupe politique auquel appartient D. a de la sympathie pour Christine Boutin ; D. a donc de la sympathie pour Christine Boutin. C'est pourquoi il a participé à la manifestation du 31 janvier. Certes, il n'y est pas resté très longtemps : il n'entendait pas défilé avec le Front National - celui-là même qui l'avait traité de pédé à l'occasion d'une élection. Qu'importe néanmoins à D. s'il côtoie, le temps qu'il passe à la manifestation, des banderoles explicitement homophobes. Que lui importe si des manifestants crieront bientôt « Les pédés au bûcher ». Ce qui gêne D., c'est le FN. D. est un cas d'école. C'est un pédé qui lutte objectivement

contre les droits des homosexuels. Sa présence à cette manifestation valide objectivement les insultes homophobes. Le fait même de ces insultes devrait faire voler en éclats le partage souvent hypocrite entre vie privée et vie publique. D. se retranche pourtant derrière cette frontière pour ne rien dire - et faire le pire. D. nous lasse. D. nous inspire du mépris et de la colère. On dira peut-être, on dira bientôt le nom de D., comme on le ferait de n'importe quel autre ennemi politique. On sait pourtant que cela peut coûter à Act Up jusqu'à 300 000 francs d'amen-de. D. a le droit de défilé près d'une banderole qui me dit que je suis une tantouze. Je n'ai pas le droit de dire qu'il est homosexuel. En France, l'incitation à la haine homophobe n'est pas un délit ; l'atteinte à la vie privée en est une. Il faudra bien qu'un jour quelqu'un s'affronte, d'une manière ou d'une autre, à cette contradiction. D. a tenu à nous rencontrer après que nous l'avons contacté. Il entend bien notre colère, mais reste arc-bouté sur ses catégories. Il ne voit pas que la notion de « vie privée » est beaucoup moins étendue pour un hétérosexuel, chez qui la « révélation » de son homosexualité ne devrait pas poser de problème. C'est que la vie privée d'un hétérosexuel commence avec les personnes qu'il aime en particulier, pas avec leur sexe en général. Surtout D. se retranche, une fois de plus, dans la rhétorique de l'universel : dire son homosexualité, et condamner dans un même mouvement les agressions homophobes de la manifestation à laquelle il a participé, ce serait inévitablement, selon lui, en rabattre sur l'universel, et créditer l'hypothèse selon laquelle il ne poursuivrait que des intérêts particuliers. Avec Act Up, cela tourne vite au dialogue de sourds. Si nous oeuvrons pour l'intérêt général, c'est toujours depuis la position singulière qui est la nôtre ; c'est d'abord parce que la lutte contre les discriminations dont souffrent les malades du sida et les homosexuels s'est étendue à d'autres discriminations - par là, à d'autres luttes. Nous ne voulons pas, nous ne comprenons rien à un universel qui se décrète a priori, et dans l'horizon duquel aucune situation individuelle minoritaire ou singulière n'est pensable. On comprendra, dans ces conditions, que nous fassions de la contestation de la Couverture Maladie Universelle (CMU) l'un des grands chantiers des mois à venir. Si l'on en croit le gouvernement, elle devrait régler tous les problèmes d'accès à la santé des personnes précaires. Mais l'Aide Médicale, que la CMU devrait remplacer, si bancal et insuffisante soit-elle, concernait au moins tout le monde, quelle que soit sa situation administrative. La CMU, au contraire, sélectionne ses bénéficiaires, et en exclut les sans-papiers. Ce pourrait être la morale de la fable : toujours se méfier de quiconque préfère mettre l'universel en bannière qu'en pratique.

Philippe Mangeot.

De quels trains parlent-ils ?

Les pédés, les lesbiennes, bref, les lopes
étaient là aussi place du Trocadéro ce 31 janvier.



nous étions là aussi.

Il ne se demande pas ce qu'il fait là.
Il le sait en fait.

“ Il faut les foutre dehors ces salopards de socialistes, les mettre dans des trains et les envoyer ailleurs.
De toute façon, ces pédés, moi je les vois de loin. Je sais les reconnaître.
Aujourd'hui ça n'est que le débat. La prochaine fois, vous verrez, nous serons encore plus nombreux.
Nous nous avons connu la guerre. Ce sont grâce à des gens comme nous que la France a pu s'en sortir.
Les pédés au bûcher. Vous nous faites chier avec votre sida. Allez brûler en enfer.
Ou est ce que j'ai mis mon surbit. ”

“ PÉDÉS ”

[Outing]

“TANTOUZES ”

“ TAPETTES ”

“ GOUDOUS ”

“ FIOTTES ”

“ LESBIENNES ”



FIÈRES

**Vous importe t-il
qu'Act Up-Paris
continue
d'exister ?**

Act Up-Paris traverse une grave crise. Financièrement, nous sommes en danger. Du côté de l'épidémie, les fronts se multiplient et nous obligent à étendre notre activité. Jamais nous n'avons été autant sollicités. Nous devons continuer à combattre là où d'autres ont baissé les bras et ne pas décevoir ceux, de plus en plus nombreux, qui comptent sur nous. Nous continuerons à le faire tant que vous serez là pour nous soutenir : si vous voulez qu'Act Up continue d'exister, aidez-nous.

1



2



3



4





1957, Nouvelle Orléans.



pour eux, nous sommes « le symbole de la décadence de la société »
pour eux, « il faut encourager les naissances plutôt que faire l'apologie de l'homosexualité ».

dimanche 31 janvier, ils étaient dans la rue
100 000 à déclarer la guerre au PaCS

le matin, nous étions 20, à 6h30 chez Christine Boutin
pour la réveiller aux cris de notre colère
nous l'avons réveillée et nous sommes repartis
fièrEs

l'après-midi,
nous étions là aussi quand ils sont arrivés place du tro-
cadéro
nous les regardions
qui criaient « non au Pacs »
nous regardions les jeunes
qui se trémoussaient sur Gloria Gaynor, Village People
ou Dalida
mais ils ont retenu leur souffle lorsque la grande bande-
role
fixée sur le théâtre de Chaillot est descendue, lente-
ment
la musique s'est arrêtée
toute la place a eu les yeux rivés sur le grand drapeau noir
provocant

ils ont préféré l'arracher
plutôt que de continuer à nous frapper
Ils l'ont déchiré
ils ont tourné autour
ils ont tenté de la brûler sans succès
ils ont marché dessus
et ils en étaient fièrEs

tellement beau
les militants d'Act
Up
poussés, écrasés,
insultés
« On va vous faire
la peau », « les pé-

dimanche 31 janvier,
nous leur avons prouvé notre force, notre dé-
termination
dimanche 31 janvier, nous étions fièrEs d'être
encore là

Test de résistance

Nous savons que le développement de résistances du VIH aux molécules conduit à l'échappement thérapeutique. Depuis plus de 2 ans, des techniques ont été développées pour identifier ces résistances virales : des génotests qui détectent les mutations génétiques du VIH associées à une résistance (résistance génotypique), et des phénotests qui évaluent la sensibilité du virus aux drogues antvirales (résistance phénotypique).

Le 12 février, suite à la conférence de Chicago, activistes, laboratoires, organismes sanitaires et médecins se sont rendus à une réunion d'information sur ce thème. Les études présentées ont souligné la corrélation entre l'identification par phénotypage des résistances virales et la réussite d'un traitement de relais (étude rétrospective BVI 22). Deux études ont, par ailleurs, démontré l'optimisation d'un traitement de relais décidé en fonction des résultats de génotests (Viradapt, Gart). A la présentation de ces données, médecins et activistes ont conclu à l'intérêt évident de ces procédés.

En effet, si la prise de traitements nécessite une compliance exigeante pour favoriser sa réussite, les tests de résistance sont également déterminants puisqu'ils permettent de réduire le risque d'échec à un traitement et d'améliorer les stratégies thérapeutiques. Les schémas de ces stratégies étaient jusqu'à présent établis pour des populations globales alors que, dans la réalité, chaque individu est infecté par des virus qui réagissent spécifiquement aux drogues. L'efficacité antivirale du traitement était d'ordinaire observée empiriquement après la prise du traitement. Grâce à ces tests de résistance, il s'agira désormais de déterminer pour chacun, de façon moins hasardeuse et en amont de la prise de traitements, une combinaison pertinente.

Dans le cas d'une contamination nouvelle, le génotest permet de détecter les mutations éventuelles et de déterminer si la souche virale est résistante. Il est également indiqué avant le traitement de relais après un premier échappement. D'une plus grande lisibilité, le phénotest est nécessaire, en cas d'échecs répétés, pour la décision thérapeutique, ou en cas de mutations nombreuses chez un individu nouvellement contaminé, pour initier un traitement. Son utilisation s'impose au fur et à mesure que le profil de résistance (les mutations génétiques qui confèrent une résistance) du virus s'étoffe, car les génotests sont alors de moins en moins instructifs sur la stratégie à suivre. Ainsi, l'utilisation commune d'un génotest et d'un phénotest est idéale pour sélectionner les molécules.

Pourtant, très peu de médecins répondent positivement aux patientEs qui demandent un test de résistance. Le rationnement de ces tests est maintenant injustifiable, pourtant l'inégalité d'accès est criante : seule une minorité des séropoEs peut en bénéficier - lorsque leur service sida a obtenu un crédit spécifique, ou lorsque l'hôpital comprend une unité virologique de pointe. Les patientEs sont aujourd'hui confrontéEs à l'irresponsabilité assumée de la Direction des Hôpitaux. À la question du financement des tests, M. Bourdillon botte en touche et invoque l'homologation, la recherche, les rapports qui seraient nécessaires avant leur mise à disposition : les séropoEs pourraient bien attendre un peu que l'an 2000 arrive. Si le chef du bureau sida s'intéressait à autre chose qu'aux économies budgétaires, il comprendrait que l'accès à ces tests est urgent, que les contaminations par des virus résistants sont nombreuses et croissantes (Dr Yerly, Genève), et que selon M. Kazatchkine, au moins 40% des patientEs connaissent déjà un échec à leur première trithérapie. Il comprendrait que les effets secondaires des antiviraux sont lourds et souvent handicapants, que la toxicité est déjà manifeste et sa part d'inconnu terrorisante. Au jugement de l'incidence des traitements antiviraux sur leur santé, les séropoEs peuvent en exiger l'efficacité antivirale. L'attentisme mène à l'alourdissement des traitements que l'accumulation de résistances croisées rend de moins en moins efficaces, jusqu'aux méga-thérapies, qui, rapidement insupportables, finissent en impasse thérapeutique.

Sans attendre le réveil des autorités sanitaires, réclamez à votre médecin qu'il utilise rapidement les tests de résistance avant d'établir toute nouvelle combinaison thérapeutique. L'inégalité d'accès aux tests va finir par poser la responsabilité des médecins et des autorités sanitaires. L'État doit maintenant assurer le financement des tests. Act Up-Paris demande à Bernard Kouchner d'assurer un accès égal aux tests de résistance. Notre colère sera inversement proportionnelle à sa rapidité de réaction.

Suite à un test de dépistage effectué en juillet 1998 après un rapport non-protégé, et ce test s'étant avéré positif, j'ai demandé à bénéficier d'un traitement d'urgence. Le médecin m'a proposé d'entrer dans un essai dans le cadre de la primo-infection (QUEST : Abacavir, Amprénavir, AZT, 3TC). Il m'a dit qu'il supposait que d'ici 2 ou 3 ans je n'aurais plus à prendre de médicaments et m'a donné seulement la nuit pour y réfléchir ; sans avoir aucune information sur les effets secondaires de ces médicaments. Le lendemain, faisant confiance au médecin, j'ai accepté le protocole. Au niveau psychologique, j'étais déprimé à cause de l'annonce de ma séropositivité et à l'idée de prendre un traitement à vie. Le médecin ne m'a jamais proposé un suivi psychologique.

Le premier mois de traitement s'est passé plus ou moins bien avec des oublis de prises dus à une période d'instabilité. J'ai dû arrêter un contrat de travail pour pouvoir « mieux vivre ». Durant le mois d'août, j'ai arrêté à plusieurs reprises le traitement à cause d'une mauvaise observance - je devais prendre plus de 20 comprimés par jour. Au mois de septembre, j'ai averti mon médecin que j'arrêtais le protocole et il m'a proposé tout de suite une trithérapie (d4T, ddl, Nelfinavir) avec le suivi du protocole QUEST. Pendant ce temps-là, ma situation sociale se détériorait : je n'avais aucune ressource, pas de travail ni de logement.

D'octobre 1998 à janvier 1999, j'ai suivi cette trithérapie mais avec une mauvaise observance qui était liée aux effets secondaires de l'antiprotéase. La relation avec mon médecin s'est dégradée fin janvier 1999. J'ai changé de médecin grâce à un ami qui m'a poussé à le faire. Ce médecin m'a supprimé l'antiprotéase qui était la cause de la mauvaise obser-

PRIMO

INFECTION

vance. L'ancien médecin m'a retiré du suivi du protocole parce que je l'avais quitté. Maintenant, ma situation commence à se débloquer : je suppor-

te mieux le traitement, j'ai recommencé à chercher du travail mais, à ce jour, je n'ai toujours aucun logement. Vers février, mon nouveau médecin m'a remis sous trithérapie avec Viramune après m'avoir laissé 15 jours en bithérapie ! Je ne sais pas où en sont mes résistances. J'en suis quand même à la 8^{ème} molécule en l'espace d'un an ! Je m'aperçois que les médecins ne s'inquiètent pas de leurs patients au niveau des effets secondaires et préfèrent privilégier la recherche clinique aux dépens du patient.

Le témoignage de Sébastien était prévisible. Dès l'annonce des essais sur la primo-infection, Act Up a signalé aux investigateurs que ces essais allaient être lourds pour les patients, surtout pour les jeunes. Cet acharnement à inclure des personnes au moment de la découverte de la séropositivité sans accompagnement psychologique montre la science sous son aspect le plus abject. Parce que les théories de David Ho (thérapie lourde et continue, en l'espoir d'une éradication mathématique) ont entraîné les chercheurs dans une nouvelle piste fondamentalement « excitante », ils sont revenus à la case départ de la recherche VIH, c'est-à-dire une recherche sans vrai respect des malades. Il est quand même inquiétant de voir que les personnes découvrant leur séropositivité sont immédiatement mises sous traitement. Pour certains, cette possibilité thérapeutique est une aide : elle permet de faire face à la séropositivité, mais pour d'autres, c'est un piège, un leurre qui ne fonctionne ni pour la recherche, ni pour le malade. Avec ces inclusions précipitées dans des essais, il n'y a plus de « séropositivité asymptomatique ». Les personnes concernées n'ont pas le temps de respirer, de se reposer, d'assumer leur séropositivité nouvelle. Là où elles auraient pu profiter d'un laps de temps sans traitement, comme n'importe quel séropositif, elles sont prises en charge brutalement, puis parfois lâchées sans aucun suivi, ni alternative thérapeutique. Certains médecins disent à leurs patients en primo-infection que d'ici 2 ans, ils n'auront plus de médicaments à prendre. Mais l'essai ANRS 053B prouve le contraire : sur 65 patients, seuls 7 ont une charge virale inférieure à 20 copies/ml. Le virus est toujours présent dans les cellules infectées latentes. Donc, l'éradication n'est pas possible au bout de 2 ans. Enfin, on peut se demander si certains chercheurs réfléchissent à cette éventualité grave : et si un traitement précoce de l'infection conduisait à une impasse thérapeutique tout aussi précoce ? Quelle est la chance pour un jeune de 20 ans de suivre correctement un traitement antirétroviral comprenant 20 comprimés par jour ? On peut se demander comment ils peuvent ne pas voir l'essentiel : pour quiconque, associer en un temps record l'annonce de la séropositivité et un traitement lourd exige, en tout état de cause, un suivi psychologique et social intense.

le marronnier de Chicago

Du 31 janvier au 4 février 1999 s'est déroulée à Chicago la VI^{ème} conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes. Partis comme toujours avec de grandes espérances, nous sommes revenus avec un bilan contrasté quoique assez fourni. Nous avons pu constater l'émergence de nouvelles molécules antivirales ainsi que de nouvelles pistes thérapeutiques intéressantes. De plus, l'efficacité des molécules récentes et de leurs associations a été confirmée. Mais de nombreux problèmes persistent puisque l'épidémie continue à progresser, et, du fait de l'apparition de résistances du virus aux médicaments, de nombreuses personnes sont maintenant contaminées d'emblée par des souches mutantes du virus, ce qui est très préoccupant et complique

Des essais transformés

Quelques molécules parmi celles apparues ces dernières années ont franchi la barre de l'industrialisation. De nombreuses études concomitantes, dont voici quelques morceaux choisis, ont alors cherché à valider leurs effets antiviraux seules ou en association avec d'autres, et en fonction de groupes de patients divers.

Les thérapies antirétrovirales hautement actives (HAART) contenant une antiprotéase sont d'une manière générale plus efficaces que les traitements antiviraux simples. Une quadruple thérapie avec Saquinavir-Soft Gelatine Capsules (Fortovase®) et Nelfinavir (Viracept®) bénéficie aux patients en échappement. On peut ajouter que l'efficacité d'un traitement croît avec le nombre de molécules administrées.

L'association Indinavir (Crixivan®)/Ritonavir (Norvir®) tolérerait une prise biquotidienne au cours des repas. L'Abacavir (Ziagen®) et l'Efavirenz (Sustiva®) sont des molécules aux effets inhibiteurs soutenus, et peuvent être administrés à long terme avec ou sans IP (Inhibiteur de Protéase). L'Adefovir Dipivoxyl (Preveon®) est bien toléré chez des patients ayant un lourd passé thérapeutique. L'Amprénavir (Agenerase®) est un IP pouvant s'associer efficacement avec d'autres agents antirétroviraux.



Une nouvelle moisson de molécules

Voici les noms des molécules qui nous ont été présentées pendant la conférence. Ce sont à l'aide de ces molécules que les laboratoires pharmaceutiques essaient de déjouer les résistances virales existantes. Il va de soi que la plupart de ces futurs médicaments en est encore à un stade d'étude préliminaire.

- Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse

(NRTI) : FTC (Triangle Ph.), Lodenosine ou f-ddA, Phosphazid (un AZT hautement amélioré), BCH10652 (BioChem Pharma).

- Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (NNRTI) : AG1549 (Agouron Ph.), DMP961 (DuPont Pharma), DMP963 (DuPont Pharma), GW867 (Glaxo Wellcome), Calanolide A et B (Sarawak MediChem Ph.).

- Inhibiteurs de la protéase (IP) : AG1776 (Agouron Ph.), ABT378 (Abbott Lab.), BMS232632 (Bristol-Myers Squibb Ph.).



A la recherche de nouvelles pistes

Les stratégies thérapeutiques s'enrichissent de nouveaux points d'attaque du virus : le ribozyme anti-VIH est dirigé contre la séquence tat de l'ARN viral, l'entrée ou la fusion du VIH est inhibée par AR177 (Aronex Ph.), T140, AMD3100 (AnorMED), T20 (Trimeris), FP21399 (Lexigen Ph.), Met-SDF1, PRO542 (Progenics Ph.), le glissement du ribosome lors de la traduction du gène gag-pol est visé



par un antibiotique la sparsomycine, et les protéines indispensables à l'assemblage et la libération du virus par la triciribine. L'intégration de l'ADN proviral semble plus délicate à prévenir.

Sur le plan immunologique, on tente d'induire l'expression des virus latents (par IL-2 et OKT3 notamment) et d'utiliser des médiateurs immunitaires (INF β et Rantes) ou la cytokine IL-16 en combinaison avec une thérapie antivirale classique. On a également observé que la réponse spécifique des lymphocytes n'est pas restaurée par les HAART. Il semble que l'on puisse désormais la retrouver en combinant une immunothérapie par virus inactivé avec un traitement médicamenteux.

Concernant la réponse spécifique lymphocytaire, deux études démontrent (quoique menées sur un nombre limité de patients) qu'une thérapie antivirale intermittente peut induire le contrôle de l'infection par le système immunitaire, même après l'arrêt du traitement, mettant les individus concernés dans une situation semblable aux non-progressseurs à long terme.

Les lipodystrophies sous le feu des projecteurs

Parmi les effets secondaires des HAART, les complications métaboliques avaient une place de choix au programme de la conférence. Une session très attendue et très suivie a notamment eu lieu le premier après-midi. Malheureusement les intervenants en sont restés à un état des lieux, ne voulant pas trop se risquer sur un sujet complexe et mal connu. Il était d'ailleurs agaçant d'avoir l'impression que les malades en savaient plus sur le sujet que les intervenants et qu'il n'y avait, visiblement, pas d'urgence en la matière. Les posters sur ce sujet ont été un peu plus riches d'informations. Il semble se dégager que les IP entraînent des dyslipémies de manière plus fréquente que les NNRTI et joueraient un rôle dans l'apparition de la résistance à l'insuline observée. La lipoatrophie est reliée de plus en plus fortement aux traitements par certains NRTI tandis que les causes de l'obésité viscérale ne sont clairement attribuées ni aux IP ni aux NNRTI ou NRTI. La plupart de ces altérations prendraient place de manière progressive et peuvent être traitées par substitution de l'IP, régimes, traitements médicamenteux ou hormonaux, avec des résultats encourageants (sauf pour la lipoatrophie).



Ne pas relâcher la pression

Les données épidémiologiques globales (qui datent souvent d'il y a plus d'un an) semblent rassurantes si l'on y jette qu'un coup d'œil rapide : les cas de sida déclarés, les maladies opportunistes et le nombre de décès décroissent toujours chez les personnes suivant une HAART. Mais c'est un piège dans lequel il ne faut pas tomber, et l'on observe l'apparition de nombreuses résistances aux médicaments non seulement chez les personnes traitées mais également chez les sujets primo-infectés. Il faut donc intensifier la lutte contre le VIH, favoriser un dépistage toujours plus large puisque de nombreuses personnes ignorent leur statut sérologique, proposer une prise en charge précoce et appropriée des malades (par des tests phénotypiques et génotypiques ainsi que des mesures de la charge virale ultrasensibles <50 copies/ml) de manière à leur assurer une qualité de vie optimale, et faciliter l'observance (par des mesures plasmatiques du taux de médicaments) dont l'absence est souvent un facteur d'apparition des résistances. Les pratiques sexuelles à risques sont à éviter à tout prix, car, on ne le rappellera jamais assez, une personne infectée est, et reste, même sous traitement, contaminante. Même si la charge virale est indétectable et si le taux de virus dans le liquide séminale suit une évolution similaire, il ne faut pas oublier que la réplication du virus continue dans les cellules infectées ou y est latente.



Retour au travail si je peux et si je veux

La COTOREP de Paris s'engage...

Après un ZAP d'Act Up-Paris le 17 décembre dernier, les responsables de la DDASS et de la COTOREP de Paris, Madame Morel (la directrice) en tête, s'étaient engagés sur un certain nombre d'améliorations nécessaires visant l'accélération du traitement des dossiers, l'amélioration de l'accueil et des clarifications quant à la fixation du taux d'invalidité chez les demandeurs d'AAH (Allocation Adulte Handicapé) malades du sida. Le 22 janvier, nous les avons à nouveau rencontrés pour faire le point sur ces promesses. A la base de ces engagements, une enquête faite depuis notre action, concernant les demandes

Certains engagements sont intéressants, mais on a pourtant vraiment l'impression d'avoir affaire à du rafistolage : l'accueil, toujours aussi exécrationnel au 204, quai de Jemmapes, devrait être amélioré grâce à l'arrivée ... d'un objecteur de conscience - le projet reste encore à formaliser ; le standard téléphonique est assuré par les secrétaires et les administratifs de la COTOREP qui ne répondent que lorsqu'ils en ont le temps - l'assurance d'une orientation correcte des appels vers les personnels instructeurs des dossiers nous a néanmoins été donnée ; enfin, on voit mal de quelle façon on pourrait obtenir l'accélération des délais de traitement de l'instruction médicale quand on sait que le nombre total d'heures de vacation, fixé par arrêté ministériel, ne peut être augmenté.

En ce qui concerne les délais, un engagement essentiel a été pris pour les bénéficiaires de l'AAH en demande de renouvellement :

Madame Morel a obtenu de la CAF que le versement de l'AAH soit prolongé tant que la COTOREP ne se serait pas prononcée sur le renouvellement, ce qui n'était pas le cas jusqu'à présent.

La fixation du taux d'invalidité pour les personnes séropositives ou malades du sida était le point central de nos critiques. La doctrine médicale de la COTOREP de Paris concernant le VIH précoce 80% d'invalidité pour les malades en sida avéré, 50-79% pour les personnes séropositives avec effets secondaires importants et/ou retentissement psychologique. L'un des objectifs majeurs de notre action a été de rappeler l'importance des effets des traitements sur l'état général des personnes séropositives, raison pour laquelle des « effets secondaires importants et/ou retentissement psychologique » justifieraient pleinement un taux d'invalidité de 80%. En outre, de nombreux témoignages nous parviennent, prouvant que la doctrine n'est pas toujours appliquée - y compris dans la période concernée par l'enquête de la DDASS.

Nos interlocuteurs se sont constamment défendus en incriminant les certificats médicaux que les médecins traitants doivent remplir et joindre à la demande. Selon la COTOREP, ils seraient trop vagues ou imprécis. Nous avons donc soulevé la question suivante : les malades comme les mé-



decins sont-ils suffisamment informés sur l'importance de la rédaction du certificat médical ?

Une lettre d'information, jointe au formulaire que chaque demandeur retire, sera adressée aux médecins, leur rappelant la nécessité de remplir correctement et de manière complète les certificats. En annexe de cette lettre, sera ajoutée la liste des effets secondaires liés aux traitements du sida. Autre acquis : la promesse que toute première demande, ainsi que les demandes de renouvellement d'AAH de malades avérés, entraîneraient immédiatement l'application d'un taux d'invalidité de 80%. En

cas de demande de renouvellement, le taux de T4 ou la charge virale, à moins de demandes spécifiques complémentaires (macaron GIC, mention station debout pénible), ne seraient plus exigés. Des engagements qui devront être surveillés avec attention.

Ces quelques acquis, dont il faut maintenant assurer le suivi et qui ne concernent que la COTOREP de Paris, ne doivent pas pour autant masquer le fait qu'à nos interrogations, aucune réponse claire n'a été apportée.

Un flou des plus artistiques enveloppe le calcul du taux d'invalidité et l'application du guide barème, notamment en ce qui concerne le cumul des pathologies ou des handicaps. Les médecins nous affirment que ce cumul est fait de façon « empirique » au vu de l'état de santé global de la personne, et qu'ils ont abandonné la règle de Balthazard (qui codifiait le calcul du cumul des handicaps), mais refusent de nous communiquer la moindre circulaire justifiant cet abandon. De la même manière, la reconnaissance de l'inaptitude au travail, indispensable à l'obtention de l'AAH pour les personnes reconnues invalides à 50-79%, ne repose sur aucun critère précis. Mais Madame Morel tient à ce qu'on lui fasse remonter toute plainte au sujet de la COTOREP. Elle préfère cela à un nouveau zap... N'hésitez donc jamais à nous contacter si une décision de la COTOREP a été prise en votre défaveur.

Le rapport de l'IGAS et de l'IGF sur l'AAH



On ne peut que douter de la validité des promesses de la COTOREP quand on voit comment s'élabore le discours officiel concernant l'AAH. L'une des clefs de voûte en est le rapport de l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) et de l'IGF (Inspection Générale des Finances) sur l'Allocation Adulte Handicapé. Ce rapport, commandé par Martine AUBRY, Dominique STRAUSS-KAHN et Christian SAUTTER en novembre 97 a été remis aux intéressés en juin 98 et rendu public en janvier 1999. Le point de vue comptable est donc clairement affiché : le Ministre des



Finances et le Secrétariat d'Etat au Budget sont demandeurs, mais certainement pas le Secrétaire d'Etat à la Santé. Strauss-Kahn, Aubry, et au-dessus Jospin, n'ont eu pour seule intention, en commandant ce rapport, que d'obtenir un « argumentaire » justifiant les mesures de restriction budgétaire déjà prises et à venir, et le retour des malades au travail. Six mois de délais entre la remise du rapport et sa publication ont d'ailleurs permis au gouvernement de mûrir ses propositions sans impliquer à aucun moment les associations de handicapés et de malades dans la réflexion.

Evacuer le point de vue des bénéficiaires de l'AAH, les premiers intéressés, voilà une condition indispensable à l'élaboration d'un discours comptable sur l'Allocation.

Le rapport se divise en trois parties : les constats, le diagnostic général, et les propositions. La pertinence d'une telle division, visant à mimer une froide objectivité, paraît douteuse tant les répétitions entre les différentes parties s'accroissent : c'est ainsi, par exemple, que ce qui figure en page 34 à titre d'« observation », bien sûr objective et sans arrière-pensée aucune, « *ces recours sont sans aucun frais ni risque à la charge du requérant, ce qui ne peut que contribuer à gonfler le flux des recours, dont le taux de rejet global montre malgré tout qu'ils sont bien souvent infondés.* », se retrouve sous forme de « regret » page 45, « *ces recours (sont) sans aucun frais ni risque financier pour les demandeurs, ce qui contribue nécessairement à gonfler une demande dont les taux de rejets montrent qu'elle est, dans une large fraction, infondée.* », et réapparaît une troisième fois dans les « propositions ». Les auteurs du rapport sont-ils payés à la ligne pour se sentir obligés de répéter quasiment mot pour mot un jugement proprement scandaleux ?

Le souci comptable revient inévitablement tout au long du rapport : « stock » d'allocataires, « flux » des entrants et des sortants, etc. On ne cesse de répéter que l'augmentation du « stock » de bénéficiaires de l'AAH ne saurait être due à un « laxisme » - le mot est là pratiquement toutes les cinq pages - de la part des COTOREP, mais plus à un « dysfonctionnement » d'un « système mal cadré ». Visiblement on n'est pas prêt à se féliciter du fait que de plus en plus de malades ont accès à leurs droits.

Ce rapport n'est qu'un audit, visant à retirer aux allocataires les maigres avantages dont ils pouvaient disposer. Il propose, ainsi, de fiscaliser l'Allocation, ce qui aurait pour conséquence immédiate d'abaisser les prestations sociales soumises au revenu comme les allocations logement ou familiales. Il propose aussi de faire payer les recours des décisions des COTOREP, jusqu'ici gratuits...

Cette volonté constante de spolier les bénéficiaires de leur maigre allocation repose deux logiques perverses. Celle, du retour au travail, et celle de la rivalité entre bénéficiaires de minima sociaux. Grâce aux progrès de la médecine et de l'assistance technique, les handicaps, en particulier ceux liés au sida, seraient maintenant réversibles et justifieraient le retour des bénéficiaires de l'AAH sur le marché du travail. Et, puisqu'il y a « plus malheureux » que les malades du sida, ils feraient bien aujourd'hui de laisser la place aux « plus pauvres ». Cette logique ne s'encombre pas des possibilités réelles et des DÉSIRS des malades. Le summum est atteint à la page 47 : « *Selon un psychiatre interrogé par la mission, on voit se développer trois types de demandes* » pour raisons psychiatriques. Parmi celles-ci : « *personnes ayant perdu leur emploi, fragilisées au plan psychologique, chez qui d'autres problèmes enfouis ou refoulés surgissent, et qui, ayant perdu leur statut de travailleur sont à la recherche d'un statut de substitution : celui de handicapé, reconnu dans la société et posant les personnes en victimes de la vie, leur convient* ». Aucune vision critique du monde du travail, censé représenter le seul espoir pour les « soi-disant malades » qui ont un peu trop tendance à s'écouter.

A cet égard, les « jeunes » ont droit à un traitement particulier. La mission se félicite visiblement que l'octroi de l'AAH pour de courtes durées, « une pratique louable », semble appliquée, « notamment pour les cas psychiatriques concernant des personnes jeunes, que les COTOREP ne souhaitent pas « installer » dans l'AAH » (p. 49). Les auteurs du rapport ne le précisent pas, mais les « jeunes » visés sont les moins de 25 ans, qui n'ont pas le droit au RMI, et sont les plus exposés au chômage ou aux boulots précaires. Ne pas les « installer » dans l'AAH, c'est proprement les condamner à revenir à l'absence totale de droits. Les auteurs du rapport n'ont, d'ailleurs, pas peur de tenir des propos faux ou ouvertement scandaleux : « il est à cet égard symptomatique que les dossiers ne comportent, sur le demandeur, aucune information organisée sur son cursus professionnel » (p. 17), alors que le dossier de demande comporte une pleine page à remplir sur ces informations. La rigueur médicale est elle aussi mise à mal : « Difficile de dire ce qui, d'une conception bien arrêtée, de la contrainte budgétaire ou des simples circonstances, l'emporte dans un choix de pratique médicale. » Facile de dire, par contre, ce qui, de la contrainte budgétaire ou de la volonté de servir les malades, l'emporte dans un choix rédactionnel à l'IGAS et à l'IGF.

La contrainte budgétaire est la seule préoccupation des auteurs du rapport. Cela apparaît de façon criante dans la troisième partie, lorsque ces inspecteurs envisagent une « réforme plus fondamentale », à savoir la disparition totale du système actuel de l'AAH par le transfert de l'instruction médicale des COTOREP vers le contrôle mé-

dical de la Sécurité sociale et de la décision d'attribution de l'AAH aux organismes de Sécurité sociale, dans le but d'établir un « régime universel de prestation d'incapacité ». En clair, la mission pointe les inégalités entre système de l'AAH et système de l'invalidité - le premier n'étant pas soumis au régime fiscal, le second si. Qui a compris la logique comptable de l'IGAS / IGF saisira rapidement les intentions d'une harmonisation de ces deux systèmes inégaux : « Il paraîtrait souhaitable de faire entrer très progressivement l'AAH dans les bases de ressources des prestations sociales ou mieux, de la rendre imposable avec les quelques adaptations de nécessité au regard de la législation sociale ».

Stigmatiser les inégalités entre deux prestations pour mieux les niveler par le bas : voilà le but de l'IGAS et de l'IGF. Le reste est à l'avenant : le contrôle médical par les médecins-conseil de la Sécu ? Comment ne pas s'inquiéter de cette proposition, lorsqu'on sait pertinemment que le rôle attribué à ces médecins consiste essentiellement à réorienter vers le monde du travail et à contrôler la prise en charge médicale ?

Si le rapport vise tous les handicaps, il a néanmoins pour cible privilégiée le VIH : c'est la seule pathologie explicitement nommée dans le rapport. Ces analyses ne peuvent qu'inquiéter les séropos et les malades du sida bénéficiaires de l'AAH. La logique est, là aussi, limpide : les nouvelles thérapies rendraient les handicaps liés au VIH réversibles, si bien que les séropos n'auraient plus besoin d'un traitement « de faveur », que ce soit dans l'accélération des procédures ou dans l'application du guide-barème. La malhonnêteté intellectuelle des inspecteurs est déconcertante : ils évitent soigneusement d'évoquer la circulaire d'août 1997 qui précisait bien que « si les nouvelles thérapies apportent une amélioration générale d'un certain nombre de personnes atteintes, cette amélioration n'est pas assurée à long terme » et que « de plus, une partie notable des malades échappent à cette efficacité thérapeutique ». Le silence de la mission IGAS/IGF sur ce texte en dit long sur leurs intentions : les séropos sont guéris, qu'ils aillent bosser.



« Retour au travail ? - NON. » / Réactions d'un malade.

Bien sûr, j'ai l'air en pleine forme. Je milite, donc je peux travailler, non ? Séropo depuis 89, j'ai développé une méningite en 92. Les séquelles sont multiples, par décence, je ne cite que les crises comitiales généralisées avec perte de conscience et perte des urines. C'était le pied d'être à l'hôpital en ces temps sévères où mes copains s'alignaient en rang d'oignons dans les chambres mortuaires. C'est à cette époque que j'ai été licencié pour maladie. J'ai donc connu la Banque de France en qualité de personne surendettée, les huissiers, les tribunaux... c'est génial, pour un cadre bancaire ! Enfin, il a bien fallu gérer cette santé délétère jusqu'en 95. Ma couverture sociale était plus ou moins satisfaisante, entre indemnités journalières exonérées et un bout d'AAH, je ne crevais pas de faim. Ma famille ? Elle était présente, mais ma maladie réactivait des conflits et il fallait prendre le large. Je perdais du poids, n'avais plus que quelques centaines de CD4, j'étais sans cesse fatigué et fébrile.

Après une hospitalisation de trois semaines, on m'a annoncé doucement que j'avais une mycobactériose. Les hémocultures étaient positives, les analyses du LCR aussi. Le scanner pulmonaire a mis en évidence des opacités occupant les deux champs pulmonaires et s'associant à deux adénopathies. Initialement, je me plaignais de vives douleurs dans le rachis, j'ai compris les douleurs occasionnées par le rachis. Elles étaient telles qu'il a fallu traiter aux morphiniques injectables. En même temps, je connaissais le savant mélange de mes premiers traitements antirétroviraux, de l'antibiothérapie lourde, des traitements prophylactiques, de mon traitement contre l'épilepsie. Mais là non plus, ce n'était pas assez, je me suis offert le luxe d'une dépression nerveuse et il a fallu traiter par injection d'anaphranyl. Je suis arrivé à 54 kg pour 1m76. Je sais, il y a mieux, mais quand même ! Et autour de moi, toujours ces mêmes silences des copains, amis, amants, qui partaient. Que voulez-vous ? Bien sûr, je me suis compté parmi les partants, ce n'était qu'une question de temps. C'est à cette époque qu'une demande d'ACTP (Allocation Compensatrice Tierce personne) a été lancée et acceptée.

J'ai arrêté l'antibiothérapie en janvier 98 et personne ne peut affirmer qu'il n'y aura pas récurrence. En juin 98, j'ai eu des problèmes aux yeux qui ne sont toujours pas réglés. Je touche l'AAH et l'ACTP, je ne dois pas me plaindre, me direz-vous. Mais quelle proposition de réinsertion peut-on m'offrir ? Je suis décalé dans l'entreprise, le monde du travail me semble loin, si loin... Du reste, il n'est absolument pas question de reprendre mon activité qui consistait à rédiger ou faire rédiger des contrats internationaux bourrés de pièges destinés à sauvegarder les intérêts des banques. Mon sida m'a appris à comprendre ce que je ne veux pas : contribuer à alourdir le malheur des autres pour que mon employeur se fasse du fric.

Alors, oui, je suis retourné au militantisme politique des gays atteints du sida et qui restent toujours autant pour se faire une place au soleil. Pas le droit, avez-vous dit ? Vous ne voulez plus me payer l'AAH ? Je ne suis plus assez malade. Sachez, cependant, que pour quelques heures de présence dans une permanence conviviale, il me faut plusieurs jours pour me remettre.

Mes douleurs rachidiennes sont traitées avec du Topalgic 50, jusqu'à huit par jour, c'est dire si je suis disponible ! J'ai mes traitements actuels et leurs effets secon-

Rejoignez Act Up-Paris
Réunions Hebdomadaires les mardi à 19.30
École des Beaux-Arts, 14 rue Bonaparte, 6^{ème}, M° St Germain des Prés

OBSERVATOIRE DE L'HOMOPHOBIE

Pour la publication de notre rapport annuel
Témoignez
en appelant notre ligne d'écoute anonyme
01 48 06 42 41

SOS HOMOPHOBIE - B.P. 177 - 75523 Paris Cedex 11
Tel : 01 48 06 42 41 - Télécopie : 01 53 60 19 63
www.France.qrd.org/assocs/sos
Ligne d'écoute ouverte du lundi au vendredi de 20.00 à 22.00



ECSTASY ET ANTIPROTÉASES

D'après un article publié dans *Le Généraliste*, extrait de *The Lancet*, 28 novembre 1998, la mort d'un jeune homme de 34 ans atteint du sida serait due à l'interaction du ritonavir et de l'ecstasy. Les concentrations de MDMA sont démultipliées du fait de la présence de l'inhibiteur de protéase, inhibiteur de l'enzyme responsable de la métabolisation du MDMA. Bien régler ses prises ...

Cf. Action du mois de juin 1997.

mic. sion.

EXCLUSIF !

Elles ont une bite ! photos à l'appui

En avant première, extraits de la table-ronde thématique intitulée «ma bite». Avec la participation de Victoire P., enseignante, Sophie P., informaticienne et G.K.K., géomorphologue, R_E_U, rédac-chef de la PIF et Jean C., Secrétaire de Direction.

V.P. : «que les choses soient claires, on n'est pas en train de faire une théorie sur l'androgynie, on fait une théorie sur la bite.» ...

S.P. : «Je voudrais tout de même insister là-dessus, il ne faut pas réifier la bite.» ...

G.K.K. : on est partie de notre expérience et de l'hypothèse de travail, un peu militante, selon laquelle toutes les femmes ont une bite.» ...

R_E_U : «... mais lorsque l'on pratique un coït sur vous, que votre vagin est utilisé pour pratiquer un coït, comment cela se passe-t-il ?» ...

Pour en savoir plus, abonnez-vous sans tarder à la PIF. C'est gratuit.

En direct de l'île de Bâaa, le fripounet du sida a répondu à nos questions

Il nous livre ses analyses sur tout un tas de sujets palpitants.

Est-il consommateur de poulet braisé ?

Va-t-il faire une école d'horticulture ?

Reviendra-t-il ?

Vous le saurez en lisant cette fantastique interview



NOUS NON PLUS



Ce texte a été rédigé en décembre 1998 par les détenues de la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis et cosigné par 80 d'entre elles à ce jour. Les signatures ont été confiées à un avocat.

Nous sommes les voix de l'ombre : femmes détenues.



Il y a des endroits « sans-claves »,
Il y a des enclaves sans droits.

Pendant des siècles, les femmes ont été privées de leur voix et encore aujourd'hui dans de nombreux pays dans le monde, les femmes sont privées des droits les plus élémentaires. Les Droits de l'Homme ont été longtemps une affaire d'hommes. Il y a beaucoup de lieux dans la société riche et opulente de la France où les Droits de l'Homme sont bafoués ; un de ces lieux est la prison.

Nous en avons assez des beaux discours à l'occasion de l'anniversaire des Droits de l'Homme, nous voulons voir les faits !

En considérant que personne ne doit être soumis à un traitement qui porte atteinte à la dignité humaine, nous revendiquons l'abolition de la fouille intégrale après chaque parloir et l'abolition du quartier disciplinaire.

En considérant que le droit à la libre expression est un droit inaliénable de l'Homme, nous revendiquons l'abolition du contrôle du courrier après la phase d'instruction.

En considérant que tous les Hommes ont le droit d'être défendus, nous revendiquons la présence d'un avocat lors du passage au prétoire.

En considérant que la situation du travail carcéral, si désuète dans sa rémunération, est proche de l'esclavage, nous revendiquons l'accès au SMIC pour les détenus, un salaire conforme aux accords syndicaux, les mêmes droits pour tous sans aucune discrimination (un salaire égal pour un travail égal) et que le RMI s'applique ainsi qu'il l'est à l'extérieur.

L'état
d'une
société
se révèle
dans ses
prisons

Deux enquêtes ont été récemment publiées sur la contamination VIH en milieu carcéral. « L'Enquête sur l'infection à VIH en milieu pénitentiaire », enquête dite « d'un jour donné », est la seule enquête officielle nationale du Secrétariat d'Etat à la Santé. La seconde est une étude européenne réalisée par l'Observatoire Régional de Santé (ORS) de PACA, présentée lors du 8^{ème} congrès national des ORS qui s'est tenu à Montpellier du 26 au 27 novembre 1998 sur le thème : « information et décision : quelle relation ? ». Résumé :

Statistiques VIH en milieu carcéral - Résultats de l'enquête de juin 1997

Depuis 1988, des enquêtes effectuées « un jour donné » sont régulièrement conduites auprès des services médicaux des établissements pénitentiaires pour évaluer le nombre de personnes infectées par le VIH en prison, du moins celles dont la séroposivité est connue par le personnel de santé.

Ces enquêtes ne sont pas des études de prévalence par le VIH en milieu pénitentiaire ; certains détenus ne souhaitent pas être dépistés à leur entrée en prison, d'autres ne déclarent pas leur séroposivité. Elles constituent, par contre, l'un des éléments d'appréciation de la charge des équipes médicales intervenant en milieu pénitentiaire. L'analyse évolutive des données d'ordre épidémiologique sur cette population fortement touchée par le VIH est reproduite chaque année à la même période.

Méthodologie

Depuis juin 1996, ces enquêtes sont prises en charge par le Service des statistiques, des Études et des Systèmes d'Information (SESI) et la direction des hôpitaux, du ministère du travail et des affaires sociales (l'administration pénitentiaire s'en chargeait auparavant).

Elles reprennent la classification internationale de l'infection à VIH. Catégorie A : patients VIH à formes asymptomatiques, primo-infection et syndromes lymphadénopathiques ; Catégorie B : patients VIH à formes symptomatiques ne faisant pas partie de la catégorie C ; Catégorie C : sida.

Pour des « raisons de confidentialité », seuls les médecins de l'UCSA (Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires) et du « Programme 13000 » sont habilités à remplir les questionnaires. Les données recueillies sont transmises au SESI qui assure l'exploitation nationale des résultats et en assure la diffusion.

Les variations dans le temps des pratiques de dépistage, et des facteurs qui amènent les détenus à se faire dépister, ou non, et à se faire connaître, ou non, des services médicaux, invite à interpréter les résultats avec prudence. La généralisation du recours aux centres de dépistage anonymes et gratuits préconisée en 1993, ainsi, que les possibles modifications structurelles de la population incarcérée influencent aussi les résultats. Enfin, les données manquantes pour certains établissements en 1997 ont été remplacées par celles de 1996.

Résultats

La tendance observée depuis 1991 à la diminution de la proportion de détenus atteints par le VIH se confirme : 5,8% en 1990, 2,8% en 1994, 2,3% en 1995, 1,9% en 1996 et 1,6% en 1997. C'est dans les centres de détention pour les prisonniers purgeant de longues peines que l'on trouve le taux le plus élevé :

LES DOCKS

1,68%. Parmi les 906 détenus atteints par le VIH en juin 97, 84 étaient au stade sida (9,3%), 234 (25,8%) présentaient une forme symptomatique de l'infection, et 588 (64,9%) présentaient une forme asymptomatique. Les régions les plus touchées sont l'Île-de-France et la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Elles regroupent à elles deux 60% des patients VIH connus : 39,2% pour l'Île-de-France et 20,9% pour la région PACA. Les établissements pénitentiaires de ces deux régions regroupent 32% des détenus français.

Épidémiologie de l'infection à VIH et des hépatites en milieu carcéral : une étude multicentrique européenne.

Auteurs : Michel ROTILY (Observatoire régional de santé de PACA), C. DELORME, S. ROUSSEAU et le réseau européen de prévention de l'infection à VIH et des hépatites virales en milieu carcéral.

Objectifs et méthodes

L'objectif de cette étude était d'estimer la prévalence de l'infection à VIH, des hépatites virales et des pratiques à risque parmi la population pénale de 22 prisons de 7 pays européens : Allemagne, Belgique, Espagne, France, Italie, Portugal et Suède. Cette étude a été réalisée entre octobre 1997 et avril 1998 dans 22 prisons, soit auprès de 3000 détenus. Ceux-ci ont été invités à remplir un questionnaire auto-administré. L'information a été recueillie de manière strictement anonyme. Les participants se sont vu proposer un test personnalisé de dépistage du VIH et de l'hépatite C, une vaccination contre l'hépatite B et des conseils de prévention.

Principaux résultats pour la France

30% de l'ensemble des détenus ont moins de 26 ans. Des femmes ont été incluses dans quatre pays, 13% en France. La proportion d'usagers de drogue par intraveineuse (UDIV) est de 14% en France. Celle des détenus d'origine non européenne est de 25%.

Usages de drogues. Les produits fumés, sniffés ou avalés par les détenus français avant leur incarcération sont principalement le hashich et le cannabis (35%), la cocaïne (18%) et les benzodiazépines (11%). Pendant leur incarcération, les détenus français déclarent avoir fumé, sniffé ou avalé du hashich et du cannabis (24%), de la cocaïne (7%) et des benzodiazépines (9%). Sur l'ensemble des UDIV, la proportion d'actifs avant l'incarcération (c'est à dire s'étant injectés de la drogue durant les 12 mois précédant l'incarcération) est de 81% en France. Parmi les UDIV actifs, la proportion de détenus qui se sont injectés de la drogue dans les quatre semaines précédant leur incarcération est de 94% pour la France. La déclaration d'injection de drogue en prison concerne 1/3 des détenus UDIV actifs pour la France parmi lesquels 10% partagent du matériel d'injection. Entre 5% et 10% des UDI actifs se sont injectés de la drogue pour la première fois en prison. Plus de 60% des UDIV actifs sous méthadone avant leur incarcération voient leur traitement interrompu en prison contre seulement 25% qui le poursuivent.

Pratiques sexuelles. Avant l'incarcération, des pratiques homosexuelles sont déclarées de façon homogène dans tous les pays de 2% à 4%. Le préservatif a été utilisé lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire occasionnel par près de 28% des personnes interrogées en France. Plus de la moitié des UDIV actifs n'utilisent pas de préservatifs lors de rapports avec des partenaires occa-



sionnels. Dans tous les pays, sauf la Belgique, l'homosexualité avant l'incarcération est déclarée par les UDIV selon un pourcentage qui varie de 1% à 6%. En prison, l'homosexualité est déclarée par environ 2% des détenus. L'utilisation des préservatifs varie selon les pays de 0% (Belgique) à 35% (Italie).

Autres pratiques à risques. 16% des détenus français se font tatouer en prison. Dans tous les pays, les UDIV sont plus nombreux à déclarer cette pratique.

Prévalence et dépistage des infections. Les MST touchent plus de 10% de la population carcérale de chaque pays. Plus de 60% des détenus ont déjà fait un test de dépistage du VIH, avec une proportion plus importante parmi les UDIV : 73% en France. En France, 4% des détenus se déclarent séropositifs au VIH, la proportion est plus importante chez les UDIV. Entre 26% et 75% des détenus déclarent avoir été dépistés pour le VHC. Ce dépistage est davantage déclaré par les UDIV. De 22% à 49% des détenus se déclarent séropositifs au VHC dans tous les pays. Parmi les UDIV la prévalence du VHC est plus élevée, elle est particulièrement forte en France : 70%. En France, la majorité des détenus dépistés l'ont été en prison.

Conclusions

Cette étude montre l'insuffisance de dépistage de l'infection à VIH mais également de l'hépatite C. Les programmes de vaccination contre l'hépatite B méritent d'être largement étendus en milieu carcéral mais aussi dans les groupes à risque en milieu libre. Dans tous les pays européens, il apparaît urgent de :

- Renforcer la prévention de l'infection à VIH et des hépatites virales B et C auprès des détenus durant et pendant leur incarcération
- Mettre à disposition du matériel de prévention dans les établissements
- Organiser la formation et la sensibilisation des équipes travaillant en milieu carcéral
- Promouvoir la vaccination contre l'hépatite B
- Améliorer la prise en charge des toxicomanes en milieu libre comme en milieu carcéral, notamment l'accès aux produits de substitution.

L'analyse de ces enquêtes permet de dégager, au vu des différences évidentes de résultats, un fait bien établi : selon que l'on compte le nombre de personnes suivies pour l'infection à VIH ou que l'on interroge les personnes sur leur état sérologique, le nombre de contaminations varie de 1,6% à 4% ! En tout état de cause, même 1,6% de contaminations constituent déjà un chiffre très supérieur à celui du reste de la population. Cette seule donnée devrait amener les pouvoirs publics à réagir de manière énergique. Par ailleurs, faut-il comprendre que la baisse des contaminations établie par le rapport officiel ne ferait que cacher la difficulté des personnes incarcérées à vivre leur maladie en milieu carcéral ? La satisfaction



Testeurs de drogues

Tester une loi

Le 7 avril 1998, le sénat a adopté, en première lecture et à l'unanimité, le projet de loi sur la sécurité routière. Un amendement de la commission des lois prévoyait une peine de deux ans de prison et 30 000 Frs d'amende pour les conducteurs automobiles responsables d'accidents mortels sous "l'emprise" de drogues illicites. Cet article a finalement été abandonné au vote, à une voix près seulement. Un problème technique essentiel a été évoqué au cours des débats : comment rapidement tester en extérieur, et de nuit, la consommation de drogues illicites sur une personne ? Les réponses des institutions (Agence du médicament, responsables de laboratoires de toxicologie,...) semblent unanimes : « *il n'existe pas "encore" en France, de système de tests de stupéfiants pouvant être fait dans des conditions similaires à l'alcootest, et dont la fiabilité des résultats soit acceptable* ». Pourtant, une vingtaine de testeurs de drogues divers ont déjà été agréés d'autorisations de vente pour les laboratoires d'analyse professionnels. L'Agence du médicament sous pression des lobbies industriels qui commercialisent ces tests à l'étranger, et du fait du vide juridique qui entoure ce type de produits, a délivré ces autorisations malgré le fait que ces tests encore de l'ordre du gadget ne fournissent pas d'informations véritablement utilisables. Le jour où des tests fiables seront mis au point, hormis le vendeur, qui y trouvera son intérêt ? Quel usage en sera fait et dans quel cadre ?

Tester une limite

Les tests de consommation de drogues illicites sont soumis à une limite, celle de ne pas en avoir. On ne peut pas imposer comme pour l'alcool, une tolérance de consommation pour un produit illégal ; on ne peut pas fixer un seuil légal à partir duquel il y aurait danger pour le comportement ou risque pour la conduite de tel ou tel type de véhicule, ou pour la prise de certaines responsabilités. Pourquoi, alors, vouloir créer un article de loi condamnant les conséquences mortelles d'accidents dus à l'usage, encore interdit, de substances interdites ? D'autant que contrairement à l'alcool, le moindre milligramme de substance interdite entre déjà dans un cadre légal autorisant toutes les surenchères pénales.

Tester une morale

Les testeurs de drogues dits "rapides" ne déterminent pas uniquement la consommation, mais cherchent à déceler la moindre présence infinitésimale de ces substances. Les seuils de détection se mesurent en nanogrammes (milliardèmes de gramme), au point de détecter positif quelqu'un qui aurait mangé un gâteau aux graines de pavot ! Nous ne sommes définitivement plus dans le "test de consommation de drogues illicites", mais bien dans la détection de "surface". C'est à dire un test qui détecte si vous avez été en contact avec des drogues, ou en contact avec des "amis" qui sont en contact avec ... (ad libitum). Appellons donc ces tests, des "tests de fréquentation". Car c'est bien dans cette logique que s'inscrivent les campagnes de "marketing" pour ce genre de testeurs, qui se multiplient dans certains pays et que l'on a vu apparaître il y a deux ans en France : entretenir une parano sécuritaire. Le plus inquiétant : ces tests peuvent être faits sur n'importe quel objet en contact avec la peau, et donc à l'insu de la personne : manteau au vestiaire, poignée de porte ou d'attaché case, clavier d'ordinateur ou verre au bar, pourquoi pas aussi cuvette des toilettes.





Tester les sensibilités

Les résultats de tests de consommation de drogues dépendent du type, de la quantité et de la qualité de drogues consommées, de la fréquence de consommation, de la simultanéité de prise de plusieurs drogues, du poids de l'usager, de son métabolisme, de ses fonctions rénales, de son pourcentage en graisses, de l'intensité et de la durée des exercices physiques avant le test, de son hydratation, de la prise de boisson et de nourriture, et bien sûr de la sensibilité du test.

Tester des plaisirs

La France est un des plus gros consommateurs d'antidépresseurs, somnifères, calmants, excitants, benzodiazépines, et autres " drogues sans plaisirs ", beaucoup plus acceptables par la morale. Ces drogues ne procurent pas réellement de plaisirs, mais entraînent, par contre, léthargie ou surexcitation. Sur quatre enquêtes faites par les services de sécurité routière, en France, en Belgique, en Angleterre et en Suisse, les problèmes liés aux médicaments arrivent juste après l'alcool, bien avant les psychotropes, et même le cannabis !

Tester qui

Derrière le mythe sécuritaire autour des testeurs de drogues fiables se tient la volonté de pouvoir s'appuyer sur une " garantie scientifique " qui permette de dépister bonne moralité et fréquentations recommandables. Et lorsque ces tests sont autorisés pour une commercialisation grand public, comme c'est le cas aux Etats Unis, alors toutes les sorcières sortent de l'ombre.

Les premiers clients ciblés sont les parents " largués ". Les vendeurs de tests entretiennent suspicion, " gap générationnel " et vide relationnel en donnant aux parents la possibilité de tester leurs enfants à leur insu. Ces sociétés ont, d'ailleurs, proposé à des adolescents dans des lycées de quartiers " chauds ", moyennant contribution, de tester leurs camarades à leur insu, en vue de constituer un fichier qui permettra ensuite de s'adresser aux parents. En Angleterre, des élèves de collèges et de lycées ont été expulsés sur simple test de dépistage.

Il y a également le juteux marché des tests à l'embauche. On peut comprendre que des compagnies d'aviation souhaitent que les pilotes subissent ces tests, mais quand il s'agit régulièrement de tester au hasard un nombre d'employés " tirés au sort ", on peut s'affoler : 70 % des grosses entreprises américaines reconnaissent y avoir recours, mais la pratique est aussi courante chez les fonctionnaires et dans l'armée, pour un marché total de 100 millions de dollars en 1994, dont 60 % pour le groupe Syva-Bio-Mérieux. Une estimation par ce laboratoire, à cette époque, évaluait le marché français à plus de 3 millions de francs. A cela s'ajoute les intéressantes perspectives du marché que constituent les assureurs et autres mutuelles, pour qui le test serait certainement un procédé utile, en cas de litige, pour justifier la radiation d'un client visiblement bien peu fréquentable.

La société SECURETEC qui fabrique des tests (Drugwipe et Frontline entre autres), est, tout comme les laboratoires Roche, une filiale de Boeringer-Manheim. Curieusement ses tests ne permettent pas de dépister les benzodiazépines, produits (Rohypnol, etc...) que fabrique leur confrère, les laboratoires Roche. Boeringer-Manheim ne va tout de même pas marcher sur ses propres plates-bandes.

Tester sur quoi

Jusqu'à maintenant, en France, seules sont reconnues comme ayant valeur légale auprès des tribunaux, les conclusions d'un laboratoire de toxicologie de CHU (une trentaine en France) si elles sont effectuées à la demande d'un tribunal ou fi-gure sur une ordonnance. Les techniques sont différentes à chaque produit, les conclusions sont obtenues, en général, par le recoupement d'analyse de chromatographie en phase gazeuse ou liquide, et d'analyse de spectrométrie de masse. Sachez qu'un avocat a toujours la possibilité de demander une contre-expertise. Ces tests coûtent environ mille

francs à chaque fois. On peut tester la consommation de drogues à partir de certains éléments biologiques du corps humains, qu'on appelle " matrices ", en cherchant si elles contiennent des dérivés chimiques des drogues. L'urine est considérée comme la meilleure matrice pour détecter la présence de métabolites. Les contrôles d'urine sont, d'ailleurs, utilisés dans les programmes de substitution pour contrôler les " rechutes ".

Le sang peut servir aussi. Apparemment les analyses seraient plus beaucoup plus chères, mais, par contre, elles permettraient de " dater " à court terme, la prise de drogue - utile, par exemple dans le cas d'un accident, lorsque l'on cherche à déterminer si l'usager était sous l'emprise de ce produit et non pas s'il en avait pris la veille.

Mais on parle surtout pour un futur proche des tests sur les cheveux. En effet, on peut détecter au coeur du cheveu la présence de certaines particules xénobiotiques. Ces tests ont été mis au point dans la fin des années 70 par la Navy américaine, pour les vétérans du Vietnam. Le cheveu moyen pousse de 1,2 cm par mois, on pourrait envisager, chez ceux qui laissent pousser, de quantifier, de dater et de retracer l'historique de leur consommation : les différents produits consommés selon les âges, les abus occasionnels ou réguliers, etc... Seule limite, on ne peut détecter les consommations qu'après quelques jours, le temps que «ça» monte dans les cheveux. D'autres essais, sur poils pubiens, ont fait apparaître 40 % de métabolites en plus par rapport aux résultats des tests sur les cheveux. Nous vous laissons imaginer la suite.

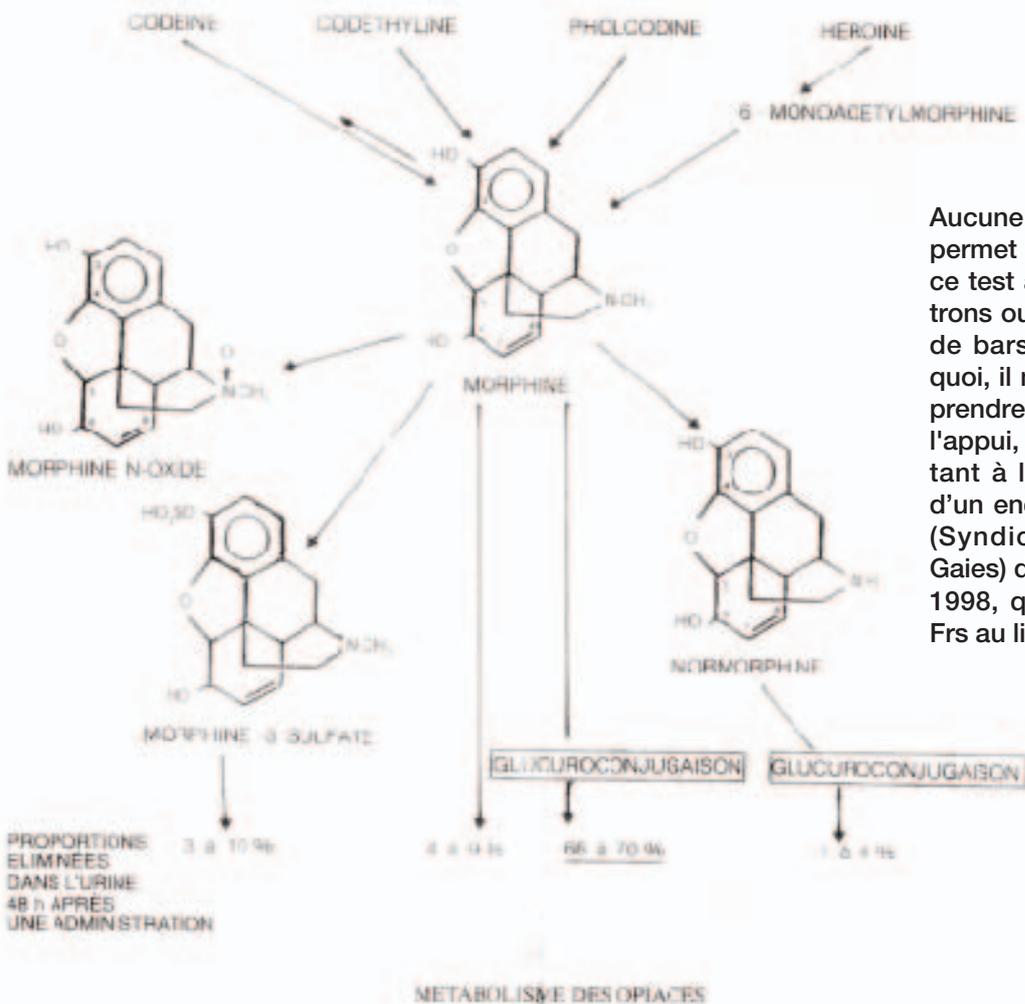
Tester le marketing

Pretory SA, société américaine implantée en France, cherche à implanter son produit, le Drugwipe, un testeur " rapide " pour stupéfiants : cannabis, opiacés, cocaïne et amphétamines/ecstasy. Il coûte cent francs et s'utilise une fois. Sur les supports publicitaires, on peut lire, entre autre : « Les enfants, dès l'âge de 10 ans peuvent être sollicités par des dealers... Le maître mot contre la toxicomanie précoce reste la prévention associée à un test de dépistage... La disponibilité et la fermeté des parents, dès le début de cette dérive, sont des facteurs de prévention importants... Ce test est fiable à 80 %. » (soit, une erreur sur cinq...)

Il y a un an, la Sté Pretory, suite à une campagne de séduction auprès des douaniers, a lancé une opération de distribution à des pharmaciens dans trois départements : Eure, Yvelines et Seine-Maritime. Ils ont fait une demande d'AMM à l'Agence du médicament pour la vente au grand public. Comme pour les tests VIH, le ministère de la santé a préféré, d'abord, consulter le Comité National d'Ethique, qui, pour l'instant, n'a pas encore donné sa réponse.

Tester nos conclusions

Si ces tests devaient obtenir un cadre légal en France, nous pourrions alors, tout comme aux Etats-Unis, trouver dans des fanzines spécialisés, des publicités pour la vente de produits à prendre quelques heures avant ces tests pour brouiller leur lecture. Les produits sont nombreux, les sociétés aussi, les méthodes sont, soit-disant, garanties : « satisfait ou remboursé 200 %, sur preuve du test positif et des poursuites judiciaires engagées ».



Aucune autorisation, pour l'instant, ne permet à la société Pretory de vendre ce test au public - pas plus qu'aux patrons ou employés de boîtes de nuit ou de bars gays et lesbiens. C'est pourquoi, il nous paraît intéressant d'apprendre que des personnes, preuves à l'appui, ont pu acheter ce produit incitant à la délation - suite à la lecture d'un encart, illégal, publié par le SNEG (Syndicat National des Entreprises Gaiies) dans sa lettre N°11 de décembre 1998, qui proposait le drugwipe à 65 Frs au lieu de 100 Frs "normalement".



Affaire Drugwipe

Après les frères Jacques et Mr William...

Dans la lettre N°11 du mois de décembre 1998 du Syndicat National des Entreprises Gaies, nous avons lu avec consternation et affolement ces propos : " *Un couple de dealers soupçonnés de trafic d'ecstasy ont été interpellés à Paris. Ils ont reconnu alimenter depuis plusieurs mois quelques noctambules branchés de la capitale, dans des discothèques, dont certaines avaient été fermées l'année dernière... Une raison de plus pour rester vigilant et pour penser à Drugwipe !* " Sur la page d'à coté, un dessin en couleur du "Drugwipe", reconnaissable grâce à son logo significatif, un triangle rose pointé vers le bas. En dessous, la légende suivante : "*Détecteur de drogues Drugwipe® Renseignements et commandes : 01 44 59 81 01*"

Nous appellons aussitôt et le correspondant du SNEG nous apprend que les élections du nouveau bureau ont eu lieu en janvier, que Bernard Bousset n'est plus président du SNEG, et que la vente de testeurs de drogues, n'ayant pas eu de succès, est tout simplement abandonnée. C'était sur les conseils avisés de la Préfecture, dit-il, que le SNEG aurait accepté de publier cet encart. A Act Up, l'Agence du Médicament a pourtant clairement signifié que le Drugwipe n'a encore aucune autorisation de vente au public, une demande d'AMM a tout de même été déposée. Cédant à des pressions sécuritaires, le SNEG s'est donc peut-être mis dans l'illégalité en faisant la publicité d'un produit « invendable ». Roulé dans la farine, c'est le cas de le dire, en voulant tester les capacités délatrices de ses adhérents ...

Bernard Bousset, ancien président du SNEG, écrit plein d'émotion dans l'éditorial :

"Dernière année d'un siècle qui n'aura pas épargné la communauté gay. Ayons donc une pensée pour toutes celles et tous ceux qui ne sont plus là avec nous."

Effectivement, nous n'oublions pas qu'au 1er décembre le sida a fait "officiellement" 6 551 morts chez les usagers de drogues. Et nombre d'entre eux étaient clients de vos établissements, doit-on vous le rappeler, Monsieur Bousset ?

"... après avoir dialogué avec des élus, des policiers, des politiques et peut être après avoir convaincu ... "

Nous croyons, plutôt, que c'est la Préfecture et les policiers qui vous ont convaincus, Monsieur Bousset.

"... Tous ces coups bas et ces calomnies viennent de notre propre camp, et nous affaiblissent au lieu de nous renforcer."

Que dire de plus, sinon que nous ne sommes décidément plus dans le même camp, Monsieur Bousset.

"... le SNEG est un syndicat fort, adulte et représentatif, faites en bon usage."

Que dire d'un syndicat fort qui s'excuse d'être sous le joug de la Préfecture de Paris ?

Que dire d'un « syndicat adulte » de patrons de boîtes de nuit qui ne veut rien entendre de mesures nécessaires de prévention, surtout concernant la réduction des risques liés à l'usage de drogues ? Vous savez bien que l'impact des campagnes de prévention dépend de la facilité d'accès à ces informations. Que dire d'un « syndicat représentatif » qui ignore une bonne partie de sa clientèle ?

Act Up-Paris a dénoncé la charte de prévention du SNEG, par courrier, le 1er Février 1998. Tant que le SNEG "nouveau" n'aura pas fait preuve d'objectifs cohérents en terme de politique de prévention et de mise en place de moyens conséquents, nous ne soutiendrons plus cette initiative. Quand le sida a " bon dos ", à l'époque où les subventions se font plus rares, il fait mauvais genre de se préoccuper de la santé de milliers de buveurs, fumeurs, shooteurs, sniffeurs, gobeurs et autres rouleurs, qui représente une partie " non négligeable " de la communauté gaie, "consommateurs" pas exactement comme les autres.

Quand pourrez-vous imposer aux autorités que vous puissiez librement diffuser dans tous vos établissements des plaquettes de prévention sur les drogues sans craindre de passer pour des dealers ?

Pourquoi ne contactez-vous pas d'autres spécialistes comme ceux de la mission rave de MDM pour leur demander conseil en matière de faisabilité d'analyses rapides des drogues dans les boites de nuit ?





Non mais là, ce sida, il va falloir faire quelque chose.

Prise de conscience à la Banque ?

Un an a passé depuis les premières frictions entre Act Up-Paris et les représentants de la Banque mondiale à Abidjan lors de la conférence sur le sida en Afrique. A cette époque la seule réponse de la Banque mondiale -l'un des deux plus gros bailleurs de la lutte contre le sida dans le monde- face à la question de l'accès aux antirétroviraux dans les pays en développement était de s'arquebouter sur un «tout-prévention» moins coûteux. Un an de lobby plus tard, le 11 janvier 1999, deux membres de la commission Nord/Sud d'Act Up-Paris étaient invités à participer à un meeting organisé au siège de la Banque mondiale à Washington par le Gay & Lesbian Organization for the Bank Employees (GLOBE), sur le thème du sida dans les pays en développement. Devant une assemblée composée de représentants de la Banque, homosexuels ou non, spécialisés sur le sida ou non, de responsables politiques résidents à Washington ou non, les militants d'Act Up-Paris ont repris les principales critiques adressées depuis un an à la politique de lutte contre le sida de la Banque mondiale. Sur la base de ce discours ont suivi trois jours de rendez-vous avec les principaux représentants de la Banque engagés sur le sida.

Aux économistes braqués sur les coûts des antirétroviraux, nous demandons des chiffres : ceux des conséquences économiques de l'épidémie aux niveaux nationaux comme sur le plan international. Il est de plus en plus évident que ces chiffres là seront d'ici peu sans commune mesure avec ceux des montants engagés dans la lutte contre le sida, avec ou sans coût des antirétroviraux : si l'épidémie n'est pas contrôlée, les pays en développement seront rapidement confrontés à une situation économique catastrophique. Prétendre parler en terme de coût-efficacité (la plus fameuse litanie de la banque) sans être en mesure de prendre en compte ces chiffres est irresponsable. Nous demandons que les spécialistes fassent leur travail et soient en mesure de produire et de communiquer ces données dans les plus brefs délais.

Le rôle de la Banque mondiale n'est pas tant de déterminer la nature des politiques de lutte contre le sida dans les pays auxquels elle prête de l'argent que de s'engager aux côtés des Etats et des autres agences de l'ONU dans les négociations de prix des traitements avec les laboratoires pharmaceutiques.

Elle ne peut continuer à nier l'existence des antirétroviraux. D'une façon ou d'une autre, ces traitements sont présents dans les pays. Il est impératif de contrôler leur distribution et d'en démocratiser l'accès. Si la Banque refuse de s'y engager, elle sera responsable des conséquences de son inertie ; en terme d'apparition de résistance, d'inégalité d'accès, de propagation de l'épidémie.

L'accès aux traitements en général est indispensable ; ne serait-ce que pour permettre l'efficacité des politiques de prévention. La Banque mondiale doit participer au développement de programmes d'accès aux soins et aux traitements; revoir ses programmes foireux dans les quelques pays où elle s'est d'ores et déjà engagée. Pour ce faire, la coordination avec les autres bailleurs est une nécessité absolue et bien que les différentes agences de l'ONU prétendent l'exercer, il est évident pour tous que cette coordination n'existe pas. Il en va de même des évaluations de programmes trop fréquemment mises de côté.

L'action des « groupes d'usagers » des systèmes sanitaires, des associations de malades, est indispensable à la mobilisation ainsi qu'à la réalisation des programmes d'accès aux soins et aux traitements. La lutte contre le sida ne peut se faire sans les malades. Dans les pays en développement comme en Occident les associations doivent être soutenues financièrement et impliquées dans les programmes qui se mettent en place.

Pour finir, les malades exigent un discours officiel de la Banque - « différent » de ce qu'il a été jusqu'à présent - qui témoigne de sa prise de conscience quant à la gravité de la situation et à sa volonté de mobilisation.



Vingt et unième RéPI

Réunion Publique d'Information

mercredi 14 avril de 19h à 22h

centre Wallonie-Bruxelles

46, rue Quincampoix

M° Châtelet-les-Halles ou Rambuteau

Co-infection VIH et VHC / Dosages plasmatiques

Merci

A ceux qui ont rendu possible le concert du Zénith en juin 98, pour leurs initiatives, leur présence et/ou leur précieux soutien :

Louise Attaque, L'équipe de 3 P'TIT TOUR, Akosh S. Unit, les Little Rabbits, les Wampas, Rachid Taha et ses musiciens, Cornu, Bertrand Cantat, Christophe Miossec et Guillaume Jouan, Jean Louis Aubert, Matthieu Chédid alias M, Thierry Villeneuve, Daniel Colling (Zénith de Paris), Tréma, Atmosphériques, Agnès b, Oui F.M., La FNAC, Libération, Aden ...

A tous ceux qui soutiennent Act Up-Paris et nous donnent les moyens de poursuivre au quotidien notre combat :

AGL - L'Arène - Barbara - Barclay - Le Bataclan - Boehringer - Bristol Meyers Squibb - Le Cadran Omnibus (Colombes) - La Cigale - Christophe Girard - Connection - Les Docks - Élysée Montmartre - Ensemble Contre le Sida - Glaxo Wellcome - Goéland Productions - IEM - IKA - Jean-Paul Gaultier - LFM - Merck Sharpe et Dohme - Mercury - Noir Désir - Nouvelles Frontières - L'Olympic - Pharmacia Upjohn - Pierre Del Fondo - PIF (Pages des Idées Folles) - Polygram - Quetzal - Radical Production - Roger des Prés - Telemedia - Le Trou Gaulois - Yves Saint Laurent Couture - Les Zuluberlus.

Aux signataires de l'appel des 111.

Ainsi qu'aux folles de Chaillot.





Muguet vaginal

Qu'est-ce que le muguet vaginal ?

Le muguet vaginal est une infection du vagin provoqué par un champignon ou levure, appelé candida. Il est aussi appelé candidose vaginale, moniliase, ou infection de « levure ». Il est provoqué par le même genre de germe de levure qui entraîne le muguet buccal ou de l'œsophage (candidose de l'œsophage). Les levures peuvent aussi se développer dans le sang et provoquer une infection très grave.

Les candidas se développent dans le vagin sans provoquer d'infection. La candidose apparaît lorsque la prolifération est trop importante. Presque toutes les femmes ont des candidoses vaginales de temps en temps. Par exemple, la prise d'antibiotiques contre une infection bactérienne provoque souvent une croissance excessive des candidas dans le vagin. Cependant, quand une femme a des candidoses à répétition, ou ne peut pas s'en débarrasser malgré un traitement approprié, c'est souvent dû à une maladie chronique. Le diabète est une maladie qui amène souvent des candidoses vaginales chroniques, l'infection au VIH en est une autre.

Quels sont les signes et les symptômes du muguet vaginal ?

Le muguet vaginal provoque des pertes épaisses, blanches, caillées, inodores ou malodorantes, spécialement pendant les règles. Cela peut provoquer d'importantes démangeaisons et irritations autant à l'intérieur qu'à l'extérieur du vagin. Les vulves (lèvres du vagin) peuvent être très rouges et enflammées, brûler, piquer ou démanger. Les tissus enflammés et irrités sont fragiles ; en se grattant, ou lors de rapports sexuels, on risque de provoquer de petites coupures. Dans les cas très graves, des ulcères peuvent se former et d'autres infections bactériennes peuvent se développer sur les tissus abîmés.

Comment peut-on diagnostiquer le muguet vaginal ?

Si ces symptômes indiquent assez clairement la présence de candidoses, un diagnostic médical est, cependant, nécessaire. Une candidose vaginale peut être provoquée par plusieurs types de germes ; les deux plus habituels étant le trichomonas et la vaginosis bactérienne. Il est donc nécessaire que le médecin fasse un examen pelvien et

examine les pertes. Certains médecins ont tendance à prescrire des médicaments contre une candidose sans pratiquer d'examen, risquant, ainsi, un mauvais diagnostic et l'aggravation des symptômes.

Comment l'infection est-elle traitée ?

Le traitement contre la candidose vaginale consiste en premier lieu à placer un médicament antifongique à l'intérieur du vagin (crème ou ovule). Ces traitements sont en général prescrits pour quelques jours. Cependant, si vous êtes séropositive, vous devrez sans doute suivre ce traitement pendant une semaine ou deux, afin d'éviter toute réapparition.

Il existe beaucoup de médicaments antifongiques ; les plus utilisés sont le Nystatine (Mycostatine), le Clotrimazole (Mycelex ou Gynélotrimin), le Miconazole (Monistat), le Terconazole (Terazole), le Butoconazole (Femstat), et le Kétoconazole (Nizoral). La plupart de ces médicaments donnent les mêmes résultats. Le Monistat et le Gynélotrimin peuvent s'acheter dans les pharmacies sans ordonnance. Si l'un de ces médicaments s'avère inefficace, vous pouvez en utiliser un autre.

Les crèmes et les suppositoires sont efficaces en général, cependant certaines infections ont tendance à réapparaître de façon récurrente. Ces candidoses répondent mieux en général à des médicaments antifongiques oraux tels que le Kétoconazole (Nizoral) ou le Fluconazole (Diflucan). Là encore une simple dose n'est pas recommandée. La prescription doit être prise pour une ou deux semaines.

Il existe également quelques traitements homéopathiques vendus en pharmacie, aussi valables que beaucoup de remèdes maison contre les candidoses (l'acide borique, l'ail, la Bétadine). Ils peuvent marcher pour certaines femmes, utilisés correctement.

Peut-on prévenir le muguet vaginal ?

Le traitement préventif du muguet vaginal n'est pas possible ou pas souhaitable car des quantités normales de levures sont nécessaires à une bonne santé. Certaines femmes limitent leur consommation de bonbons et de sucre pour aider à prévenir la croissance excessive des candidas. Porter des culottes et des jupes de coton ou des pantalons amples peut aussi aider.

Si les infections persistent, il est possible de recourir à un traitement d'appoint (crème ou suppositoires) afin de contrôler les symptômes, une fois par semaine, trois fois par semaine, après une relation sexuelle ou suivant les effets du traitement. Si les médicaments ne semblent pas agir, il est nécessaire de procéder à un nouvel examen pelvien pour confirmer le diagnostic.

Si les candidoses réapparaissent trop fréquemment ou que le muguet vaginal est continuellement présent, il peut être utile de prendre des médicaments plus forts comme des pilules antifongiques (Nizoral ou Diflucan). En général ces traitements suppriment le muguet vaginal et oral s'ils sont utilisés quotidiennement. Actuellement une étude est menée sur une prise intermittente (une fois par semaine) de Diflucan par voie orale pour prévenir les candidoses vaginales et orales. Cependant, avec le temps, les germes de champignons peuvent devenir résistants aux médicaments et certains médecins craignent qu'une thérapie par intermittence favorise l'apparition de résistances.

Ces deux médicaments peuvent avoir des effets secondaires (éruptions, nausées ou crampes abdominales), ils peuvent interférer avec l'action d'autres médicaments, et nécessitent aussi une surveillance continue du foie et des reins, en cas de problèmes. Voyez avec votre médecin si la prise de ces médicaments pour prévenir les candidoses vaginales chroniques est adaptée à votre situation.

IEM

► *Oui, je souhaite soutenir Act Up-Paris dans son combat quotidien contre le sida.*

Par prélèvement mensuel :

J'autorise Act Up-Paris à prélever la somme de :

- 50F
- 100F
- 200F
- autre montant :

sur mon compte tous les 10 du mois je remplis l'autorisation de prélèvement ci-dessous, et je joins à mon courrier un relevé d'identité bancaire ou postal.

Par chèque bancaire ou postal (CCP Paris 56141D) à l'ordre d'Act Up-Paris

- 200F
- 300F*
- 500F
- autre montant

* après déduction fiscale mon don ne me revient qu'à 150F.

J'ai bien noté que je recevrai par retour du courrier un reçu fiscal me permettant de déduire 50% du montant de ce don de mes impôts. Pour les prélèvements, je recevrai un reçu récapitulatif des sommes versées pendant l'année courant janvier.

ACT UP-PARIS
BP 287
75525 Paris cedex 11
Tél: 01 48 20 44 75
Fax: 01 48 06 16 74
0015 edup1129@fr.fr
Email: aulapp@compuserve.com
WEB: http://www.actup.org
site: 031 635 680 0025 - APE: 913E

Par carte bancaire :

- 500F
- 300F
- 200F
- autre montant :

numéro de carte :

date d'expiration : mm/aa

merci de noter ici vos nom et adresse pour l'établissement du reçu :

Signature :

PENSEZ AU PRÉLÈVEMENT MENSUEL :
LA FORMULE EST SIMPLE ET AINSI
VOUS CONCRÉTISEZ VOTRE SOUTIEN
TOUT AU LONG DE L'ANNÉE

LES INFORMATIONS CONTENUES DANS LA PRÉSENTÉ DEMANDE NE SERONT UTILISÉES QUE POUR LES SEULES NÉCESSITÉS DE LA GESTION ET POUR POUVOIR DONNER LE LA UN EXERCICE DU DROIT INDIVIDUEL D'ACCÈS ET DE MODIFICATION, DANS LES CONDITIONS PRÉVUES PAR LA DÉCISION N° 90 DU 14/05 DE LA COMMISSION INFORMATIQUE ET LIBERTÉ. S'ADRESSER À ACT UP.

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT :

J'autorise l'établissement titulaire de mon compte à prélever sur ce dernier si sa situation le permet, tous les 10 du mois les sommes indiquées par le créancier ci-dessus. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrais en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement titulaire de mon compte. Je régularise le différend dans l'éventualité d'un litige.

N° NATIONAL D'ÉMETTEUR
421 849

NOM, PRÉNOMS ET ADRESSE DU DÉBITEUR:

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER:

ACT UP-PARIS
BP 287
75525 PARIS CEDEX 11

nom et adresse postale de l'établissement titulaire du compte débiteur:

CODE ÉTABLISSEMENT CODE GLUCHE N° DE COMPTE CLÉ PIN

DATE

Signature :

AUTORISATION DE LA POSTE :
PA / B / 07 / 96

PRENEZ DE RENVOYER CET IMPRIME À ACT UP, EN Y JOIGNANT, SVP, UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (RIB), POSTAL (RPI) OU DE CARRÉ D'ADRESSE (RCE).

3615 JH

Pub télé média 185x133

allogay

Act Up-Paris sur le Net

si vous n'avez pas accès à internet, créez votre BAL internet sur le 3615 Act Up.
1,23 la minute.
depuis peu : Archives en ligne.

<http://www.actupp.org/>
déjà 75 250 connections



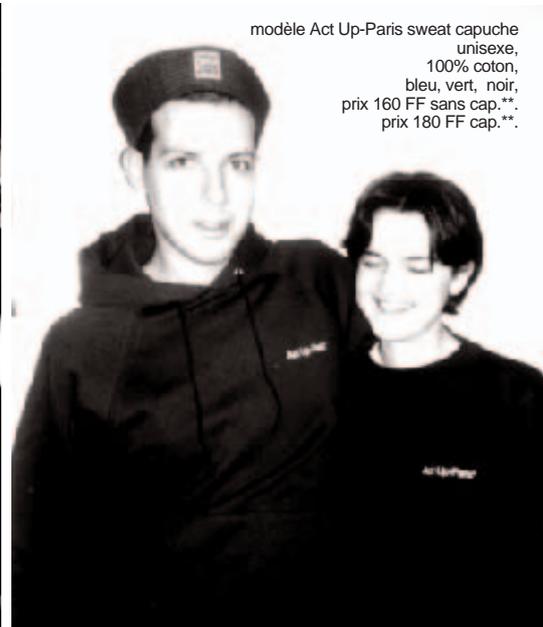
3615 JKH



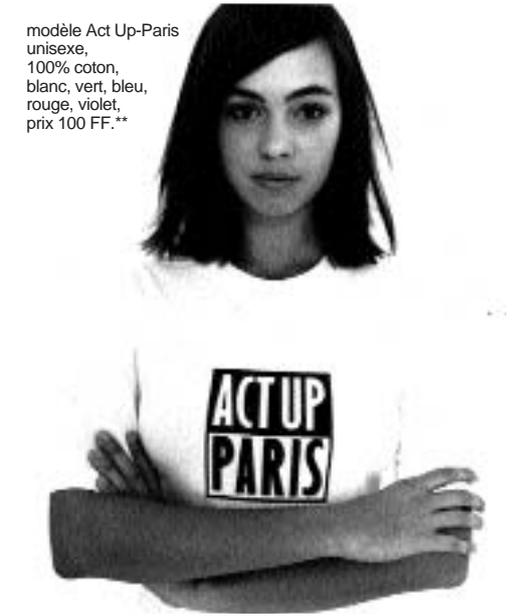
nouveau modèle «Africa is burning», unisexe, 100% coton, prix 100 FF**.



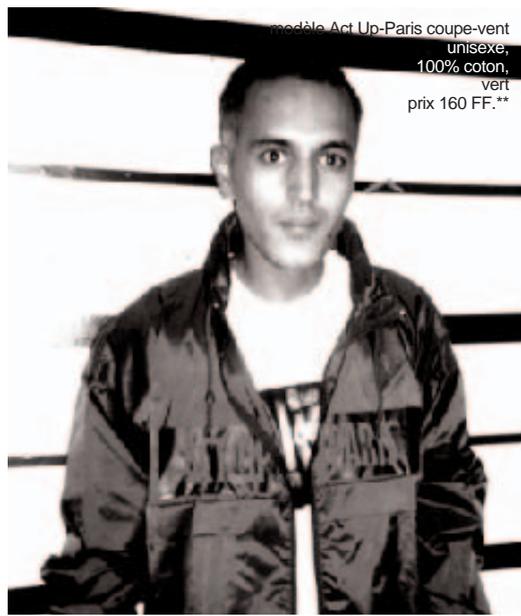
modèle Act Up-Paris et Agnès B. unisexe, 100% coton, prix 100 FF**.



modèle Act Up-Paris et sweat capuche unisexe, 100% coton, bleu, vert, noir, prix 160 FF sans cap.**, prix 180 FF cap.**.



modèle Act Up-Paris unisexe, 100% coton, blanc, vert, bleu, rouge, violet, prix 100 FF.**



modèle Act Up-Paris coupe-vent unisexe, 100% coton, vert, prix 160 FF.**



nouveau modèle «retour au silence», unisexe, 100% coton, prix 100 FF.**



modèles «Ignorance is your ennemy», «knowledg is a weapons», unisexe, 100% coton, vert, bleu, rouge, violet, prix 100 FF.**



modèles SILENCE=MORT, COLÈRE=ACTION, unisexe, 100% coton, prix 100 FF.**

TEE-SHIRTS

Modèles	Taille	Prix	Quantité
Agnès B. Guilbert	L n	50 F	<input type="checkbox"/>
Danser=Vivre	L n	50 F	<input type="checkbox"/>
Nous sommes la gauche	L n	100 F	<input type="checkbox"/>
Par le sang, par le sperme, par la loi	S n M n L n XL n	100 F	<input type="checkbox"/>
Agnès B. (blanc ou noir)	S n M n L n XL n	100 F	<input type="checkbox"/>
Paris is burning, Asia ..., Africa ...	M n L n XL n	100 F	<input type="checkbox"/>
Silence=Mort	S n M n L n XL n	100 F	<input type="checkbox"/>
Action=Vie	S n M n L n XL n	100 F	<input type="checkbox"/>
Colère=Action	S n M n L n XL n	100 F	<input type="checkbox"/>
Act-Up Paris Logo noir sur gris	S n M n L n XL n	100 F	<input type="checkbox"/>
Knowledge is a weapon*	14ans n S n M n L n XL n	100 F	<input type="checkbox"/>
Ignorance is your ennemy*	14ans n S n M n L n XL n	100 F	<input type="checkbox"/>
Act-Up Paris Logo (blanc)*	S n M n L n XL n	100 F	<input type="checkbox"/>

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

SWEAT-SHIRTS

Modèles	Taille	Prix	Quantité
Act Up-Paris capuche (bleu, vert)	L n XL n XXL n	180 F	<input type="checkbox"/>
Act Up-Paris (noir)	L n	180 F	<input type="checkbox"/>
Act Up-Paris sans capuche (bleu)	L n XL n XXL n	160 F	<input type="checkbox"/>
O* (1er Décembre 1996)	M n L n XL n	100 F	<input type="checkbox"/>

COUPE-VENT

Act Up-Paris (vert)	XL n	160 F	<input type="checkbox"/>
---------------------	------	-------	--------------------------

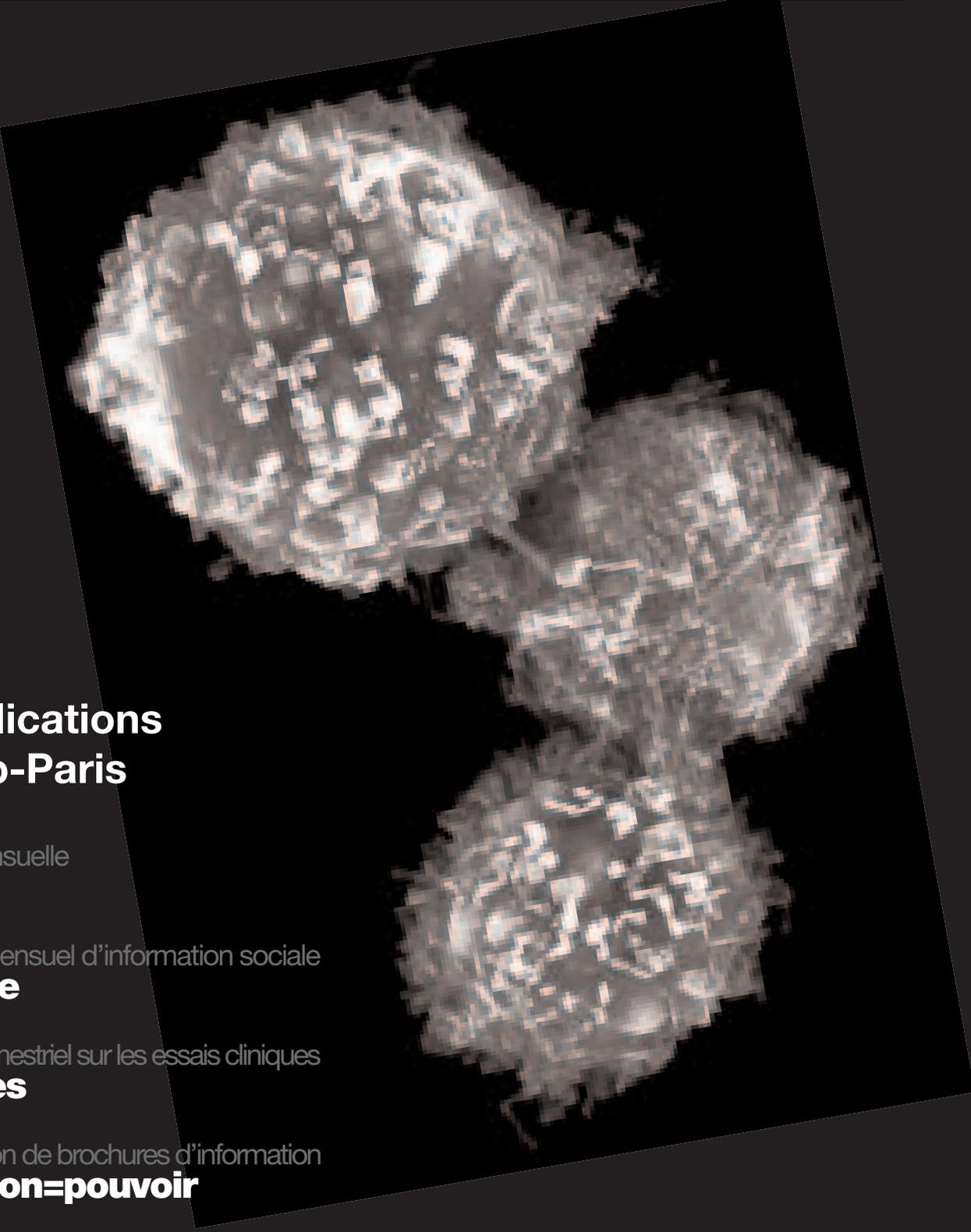
BADGES

Modèles	Prix	Quantité
Colère=Action, Action=Vie, Silence=Mort	20 F	<input type="checkbox"/>
J'ai envie que tu vives	20 F	<input type="checkbox"/>
Personne ne sait que je suis séropositif(ve)	20 F	<input type="checkbox"/>

****Attention :** les prix indiqués n'incluent pas les frais de port qui s'élèvent à 20 F, à rajouter systématiquement.

Bon de commande. Complétez et retournez accompagné d'un chèque libellé à l'ordre d'Act Up-Paris. BP 287. 75 525. Paris cedex 11.
 Nom Prénom Adresse

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



Les publications d'Act Up-Paris

▶ la lettre mensuelle
Action.

▶ le bulletin mensuel d'information sociale
action=vie

▶ le bulletin bimestriel sur les essais cliniques
protocoles

▶ une collection de brochures d'information
information=pouvoir

Pour vous abonner, contactez-nous

Tel. : 01 49 29 44 75 - Fax : 01 48 06 16 74

E.mail : actup@actupp.org - Web : www.actupp.org

Act Up-Paris™

CONNECTION PUB