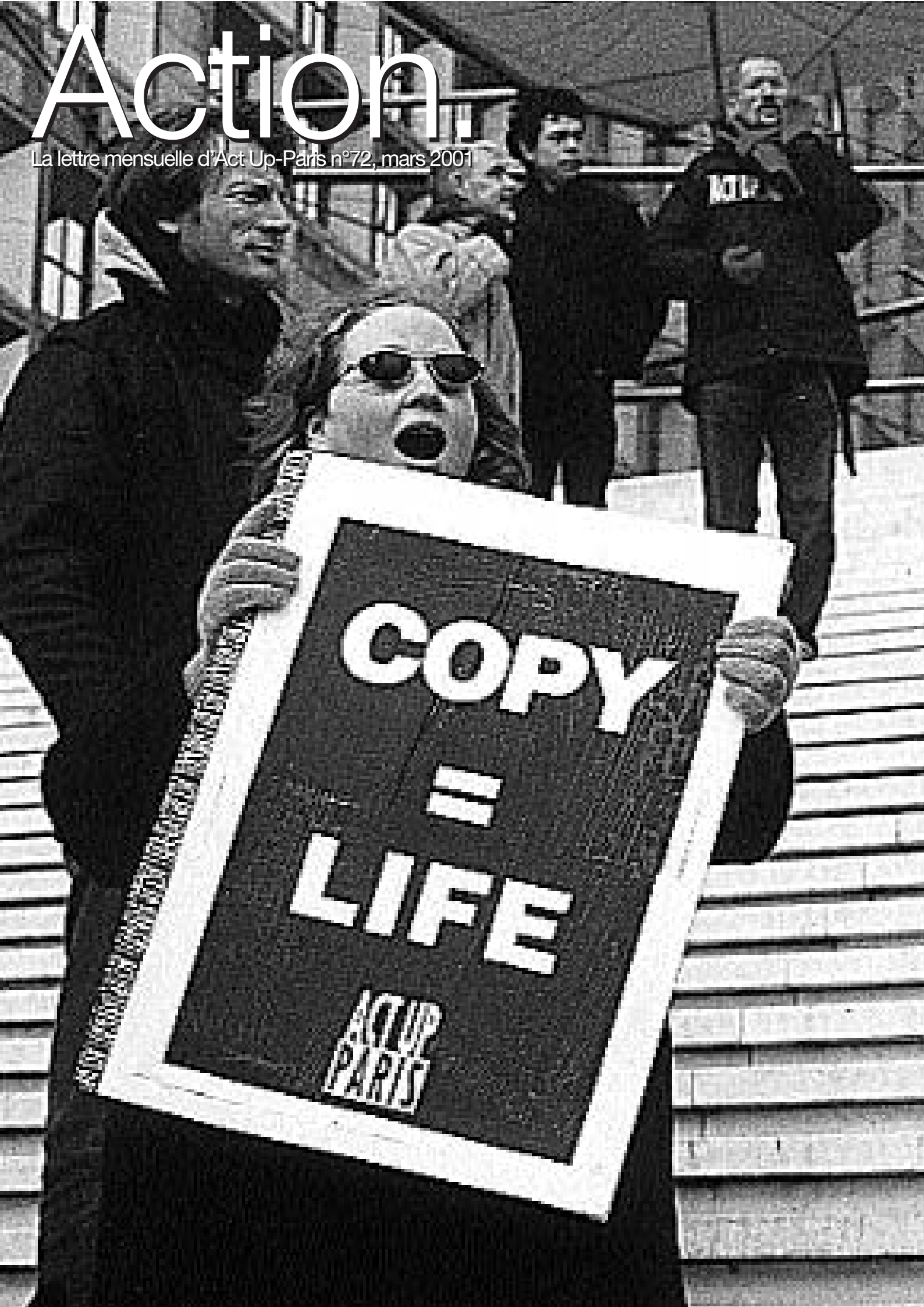


Action

La lettre mensuelle d'Act Up-Paris n°72, mars 2001



Sommaire

- Parlons-en ... 2
- Shame on them ... 4
- AMP pour les femmes ... 8
- Névirapine, too bad ... 9
- Chicago en hiver ... 10
- Coinfection ... 14
- Kofi avec nous ... 17
- Copy=Right ... 18
- Du Burkina ... 21
- La rédac de *Libé* fume trop de joints ... 22
- Grâces médicales, l'espoir fait vivre ... 24
- Homos en prison ... 25
- Logements sociaux, après les élections ... 26

Action.

La lettre mensuelle d'Act Up-Paris

Directrice de publication :

Emmanuelle Cosse

Rédactrice en chef :

Gaëlle Krikorian

Ont participé à ce numéro :

Nathalie Mangeot • Elise Bourgeois •
Victoire Patouillard • Sophie
Poinot • Jean Cazentre • Khalil
Elouardighi • Germinal Pinalie • Alice
Meier • Hugues Fischer • Aude
Lalande • Claire Vannier • Joëlle Kri-
korian • Younès Mezziane • Sylvain
Coudret (feu la fraise) • Delphine
Fabing • Véronique Collard • Marie
de Cenival • Gérald Sanchez • Serge
Lastennet • Hortense Patouillard •
Jérôme Martin • Axel Delmotte •
Rachel Easterman Ulmann • Arlin-
do Constantino.

Icono :

Julien Grataloup (Ours/Web), REU,
Hortense Patouillard

Imprimerie : Autographe, 10, bis rue Bisson 75020
Paris. Commission paritaire en cours, ISSN 1158-
2197, dépôt légal à parution. Ce journal 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

1 an = 100 F. Abonnement de soutien = 180 F

Nom Prénom

Adresse

.....

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

Le retour de Bernard.

Bernard Kouchner est de retour. On ne s'en cachera pas : le départ de Dominique Gillot nous soulage. Son incompétence, son incompréhension de notre sentiment d'urgence, son absence de volonté politique avaient fini de nous désespérer définitivement.

Mais nous sommes aussi habitués des méthodes de Bernard Kouchner : grandes déclarations suivies de peu d'effet, création de plans d'urgence qui ne se concrétisent pas (feu le plan sur les hépatites), engagement sur des réformes toujours pas engagées (loi de 1970 par exemple).

Aujourd'hui, Bernard Kouchner a une marge de manoeuvre inespérée : un bilan peu glorieux de son prédécesseur, des rapports de force avec Elisabeth Guigou qui tournent en sa faveur, une opinion publique mobilisée sur les questions de santé. Et c'est pour cette raison que, dès aujourd'hui, nous lui demandons de jouer son rôle de ministre de la santé. Nous avons besoin de pouvoirs publics forts, mobilisés, convaincants pour gagner sur plusieurs terrains : celui de l'échappement thérapeutique ; celui du logement social et plus

généralement des droits sociaux ; celui de la coinfection VIH-hépatites, celui de la prévention, et celui de l'accès aux traitements pour les pays du Sud.

Nos rapports avec l'industrie pharmaceutique n'ont jamais été aussi tendus : qu'il s'agisse de la lutte pour la baisse des prix des molécules, de l'abolition des brevets et de la production des génériques, de l'échappement thérapeutique ou des effets secondaires des traitements, nous nous livrons aujourd'hui à une drôle de bataille. Chaque semaine, une grande firme annonce une nouvelle réduction de prix, avec des conditions très restrictives, sans qu'elle soit suivie d'effets sur le terrain. Roche vient encore de nous bernier en annonçant les chiffres dérisoires pour l'accès au T20 : il y aurait en tout 45 lots prévus pour la France. C'est ridicule et criminel. Quant à la production des médicaments génériques, l'industrie essaie de nous convaincre qu'elle fait des procès au Brésil et à l'Afrique du Sud, sans condamner les génériques. De qui se moque-t-elle ? L'industrie pharmaceutique de marque continue à faire du profit

sur le dos des séropositifs tout en voulant faire croire (mais qui est encore crédule à ce point ?) qu'elle a une vocation humaniste.

Tout ce que nous pouvons constater, c'est que les pouvoirs publics jouent aux impuissants face à l'industrie et que cette dernière joue la compassion envers les séropositifs. Malheureusement, la seule chose dont les séropositifs ont besoin, qu'ils vivent au Nord ou au Sud, ce sont des molécules efficaces, non toxiques et abordables, c'est à dire, adaptées à la capacité de paiement de leur pays.

Alors si Bernard Kouchner, fort de son expérience, de son pouvoir et son charisme, pouvait enfin jouer ce rôle de Ministre puissant, qui impose les impératifs de santé avant tous les autres, nous pourrions peut-être, enfin, être convaincus de l'intérêt de son poste et du travail incessant que nous menons avec son cabinet et diverses administrations.

Emmanuelle Cosse.





HONTE AUX LABOS

5 mars 2001.



5 mars 2001 : journée mondiale de mobilisation contre l'industrie pharmaceutique

Une soixantaine de militants d'Act Up-Paris se sont rendus à la Défense le 5 mars 2001, haut lieu de l'Industrie Pharmaceutique, pour dénoncer la participation des laboratoires à la logique meurtrière du sida.

Act Up-Paris répondait, par cette action, à l'appel des activistes sud-africains de *Treatment Action Campaign* pour une journée mondiale de mobilisation contre l'industrie pharmaceutique.

Le 5 mars s'ouvrait à Pretoria le procès intenté au gouvernement sud-africain par une coalition de 40 laboratoires pharmaceutiques occidentaux. Son seul tort est d'avoir envisagé d'appliquer des dispositions légales des accords de l'OMC pour améliorer l'accès aux traitements contre le sida pour les 4,2 millions de séropositifs du pays.

Soucieux de préserver la rente que constitue pour eux l'épidémie de sida, les laboratoires du Nord cherchent à étouffer toute menace à leur suprématie et invoquent le droit international du commerce, quitte à le faire mentir. Pour eux, les 4,2 millions de séropositifs sud-africains ne sont pas des patients, mais une menace à leur monopole.

L'industrie pharmaceutique a une dette envers les malades du sida. Si elle amasse des profits faramineux sur le marché que constituent les pays occidentaux, elle ne peut ignorer que les produits qui assurent sa richesse ne sont pas de simples biens de consommation et que leur commerce doit répondre avant tout aux règles de la santé publique. En 2000, les ventes des médicaments anti-VIH de Glaxo-SmithKline (un des principaux laboratoires commercialisant des antirétroviraux) lui ont rapporté 1,6 milliard de dollars, soit le Produit Intérieur Brut du Tchad. Ses bénéfices nets, toutes pathologies confondues, sont de 4,7 milliards de \$, soit le PIB du Sénégal.

Ces profits démesurés font de l'industrie pharmaceutique la plus rentable du monde. Pourtant, quels que soient ses objectifs économiques, elle ne peut se dédouaner des impératifs de santé publique et des exigences des malades :

Au Sud, des médicaments génériques à prix coûtant.

Les prix des médicaments de marque sont inaccessibles pour les pays du Sud. Pourtant les laboratoires ont toujours refusé d'adopter une véritable politique de tarifs différenciés. Malgré l'annonce fracassante faite par 5 laboratoires pharmaceutiques en mai dernier en partenariat avec Onusida, les seules réductions tarifaires consenties concernent un nombre limité de molécules pour quelques centaines de malades dans 3 pays (Sénégal, Ouganda, bientôt le Rwanda) pour une durée limitée (5 ans). Par ces concessions mineures, les laboratoires occidentaux prennent en otage les gouvernements africains et parviennent à différer le développement des génériques, qui représente pourtant la seule perspective de mettre en place une véritable concurrence et d'obtenir des prix enfin adaptés.

Au Sud, les rares garde-fous prévus par les accords de l'OMC pour permettre l'accessibilité des médicaments sont inexploitable.

Les pays du Sud ne constituent pas un marché pour les laboratoires occidentaux. Et pourtant, ils multiplient les pressions pour empêcher le développement de productions de génériques et la pratique des importations parallèles.

Le Brésil et l'Inde produisent et vendent déjà des versions géné-

riques de cinq médicaments antirétroviraux à des prix jusqu'à 30 fois inférieurs. Ainsi, le producteur indien Cipla propose une trithérapie à 350\$ par an quand le même traitement coûte 10 400 \$ aux Etats-Unis. Pour étouffer dans l'oeuf cette industrie prometteuse qui fait vaciller leur monopole, les industries pharmaceutiques multiplient les pressions et n'hésitent pas à bafouer les lois. Sous pression du lobby pharmaceutique, les USA intentent un procès au Brésil devant l'Organisation Mondiale du Commerce. Le 5 mars, une coalition de 40 industries pharmaceutiques attaquait en justice l'Afrique du Sud pour avoir envisagé d'utiliser la pratique légale des importations parallèles. Il faut modifier la lettre même des accords sur la propriété intellectuelle.

Au Nord, l'amélioration des traitements pour réduire leur toxicité.

Les effets indésirables des traitements ruinent la qualité de vie des malades. Pourtant, l'industrie pharmaceutique persiste à nier ces effets indésirables et refuse de travailler à l'amélioration de ces produits. La situation de monopole que leur confèrent les brevets leur épargne toute concurrence pendant 20 ans.

Au Nord, la mise à disposition précoce de nouvelles molécules pour les malades en échappement.

Entre 5 et 10% des malades du Nord ne sont plus suffisamment sensibles aux traitements disponibles sur le marché. Depuis deux ans, nous réclamons que les laboratoires mettent à disposition de ces malades en situation d'urgence les molécules en cours de développement dont l'efficacité est déjà prouvée. Jusqu'ici, ils n'ont cédé que quand nos exigences rencontraient leurs impératifs commerciaux.

Au Nord, les pouvoirs publics français compartaient sans doute sur les prix astronomiques consentis par la Sécurité Sociale pour obtenir des contreparties (réduction de la toxicité des médicaments et mise à disposition précoce de nouvelles molécules) d'entreprises qu'on aurait alors pu qualifier de " *citoyennes* ".

A l'échelle mondiale, les institutions internationales comptaient sans doute sur les privilèges accordés aux industries pharmaceutiques par la législation sur la propriété intellectuelle (monopole mondial de 20 ans), pour obtenir de celles-ci une tolérance vis-à-vis de productions — légales — de génériques indispensables à la survie des malades.

Les responsables politiques se sont trompés. Arc-boutés sur leurs privilèges et leurs monopoles, les industries pharmaceutiques ne feront aucune concession. Il ne faut pas attendre de leur part une attitude éthique, mais prendre les mesures coerci-



tives qui s'imposent. Il ne s'agit pas de convaincre les laboratoires mais de les contraindre.

Ces profits démesurés font de l'industrie pharmaceutique la plus rentable du monde. Encore une fois, quels que soient ses objectifs économiques, elle ne peut pourtant se dédouaner des impératifs de santé publique et des exigences des malades.

Après avoir fait du profit sur nos vies pendant 15 ans, il faut désormais que les laboratoires payent leur dette.

Nous leur ferons payer leur dette.

Nous fermerons leurs usines.

Nous boycotterons leurs produits.

Nous ruinerons leur image de marque.

Act Up-Paris exige :

- **des pouvoirs publics français : qu'ils se dotent de l'arsenal juridique nécessaire afin de juguler le pouvoir absolu des laboratoires dans l'intérêt des malades ; qu'ils dénoncent l'attitude des compagnies pharmaceutiques en Afrique du Sud et soutiennent publiquement les actions des gouvernements brésilien et sud-africain**
- **des institutions internationales : qu'elles abolissent les brevets partout où ils tuent.**

Act Up-Paris exige des industriels du sida :

- **qu'ils mettent à disposition immédiatement les molécules en développement pour les malades en situation d'urgence**
- **qu'ils réduisent la toxicité de leurs médicaments**
- **qu'ils vendent à prix coûtant les antirétroviraux aux pays du Sud, sans aucune contrepartie et sans aucune limitation de volume ni de durée**
- **qu'ils cessent leurs pressions sur les pays qui tentent d'avoir recours aux médicaments génériques.**

Le monde merveilleux des laboratoires.

L'industrie pharmaceutique est la plus rentable au monde, et l'une des plus riches.

Pour mieux comprendre le rapport de force qui existe entre cette industrie et les gouvernements africains, il suffit de comparer le poids économique de ces entreprises avec celui des Etats qui tentent de lutter contre leur pouvoir absolu.

Les bénéfices 2000 de Merck, toutes pathologies confondues, sont équivalents au produit intérieur brut (PIB) de la République Démocratique du Congo (7 milliards de \$).

Les bénéfices 2000 de Pfizer sont équivalents au PIB de l'Ethiopie (6,5 milliards de \$). Ceux de BMS équivalent au PIB du Gabon. Ceux d'Abbott au PIB du Mali. L'Ouganda, un des premiers pays à avoir mis en place un accès aux traitements contre le sida, a un PIB équivalent aux bénéfices prévus en 2002 pour Glaxo-Smithkline (6,3 milliards de \$). Le Sénégal, qui vient de négocier une réduction de prix avec les grandes compagnies pharmaceutiques, a un PIB équivalent aux bénéfices 2000 de Glaxo (4,8 milliards de \$).

Le fossé est encore plus criant quand on voit que les ventes 2000 du médicament Zerit® (d4T), produit par BMS, sont équivalentes au PIB du cap Vert, celles du Videx® (ddl, produit par BMS) au PIB des Comores, celles de Combivir® (combinaison d'AZT et de 3TC en un seul médicament produit par Glaxo) au PIB du Lesotho.

Pour finir, les ventes totales de médicaments anti-VIH de Glaxo sont équivalentes au PIB du Tchad (1,6 milliard de \$).

	Chiffre d'affaire 2000	Bénéfices 2000	Bénéfices 2002	Médicament	Ventes 2000	Ventes 2003
Glaxo-SmithKline	26 000	4 750	6 600	Retrovir	86,4	60,5
				Epivir	430,5	311
				Combivir	818	1168
				Ziagen	210	427,4
				Trizivir	28,8	294
				Agenerase	89	209
				Total	1 656	2 515
Pfizer	29 600	6 500	10 200	Viracept	423	325
Merck & C°	40 000	6 900	8 000	Crixivan	560	520
BMS	21 700	4 700	5 200	Zerit	618	838
				Videx	183	309
Abbott	13 700	2 800	3 400	Norvir	123	105
				Kaletra	31	300
Roche	16 600			Invirase	198	169
Boehringer Ingelheim				Viramune	199	260

Tous ces montants sont exprimés en millions de dollars.

Sources : Rapports annuels des laboratoires.

Pour les PIB des pays africains, Banque Mondiale.





L'assistance médicale en procréation.

Nous n'avons jusqu'à présent évoqué dans *Action* que la situation des couples sérodifférents dont l'homme est séropositif (cf. *Action* n° 70 et 71). Il est grand temps d'aborder celle des couples dont la femme est séropositive et qui sont aujourd'hui d'office exclus de toute possibilité de recourir à l'assistance médicale à la procréation (AMP). En effet, conformément aux dispositions de l'arrêté ministériel du 12 janvier 1999, l'accès des couples sérodifférents à l'AMP ne peut se faire que dans le cadre d'un protocole de recherche. Or, il n'existe à ce jour aucun protocole concernant les couples dont la femme est séropositive. Et pour cause... Les instances nationales chargées d'examiner l'aspect éthique de la mise en place de ces recherches sont toujours sur la réserve à ce sujet. Ainsi, le CCNE (Comité Consultatif National d'Éthique) signifiait dans son avis de 1999 qu' " il [avait] été convenu de traiter d'abord cette situation (celle des couples dont l'homme est séropositif) où n'existe pas de risque direct pour l'enfant à naître ". Une étude ultérieure sur les couples dont la femme est séropositive avait alors été différée. Plusieurs raisons étaient invoquées pour justifier cette prise de position. D'abord éthiques : les médecins envisageaient difficilement l'accès à l'AMP pour des femmes séropositives à cause du risque de transmission de la mère à l'enfant. En outre, pendant longtemps, la plupart trouvait impensable d'aider à faire naître des enfants, orphelins potentiels de leur mère. Puis médicales : les médecins considéraient que la conception pouvait se faire naturellement, par injection du sperme de l'homme, à l'aide d'une seringue par exemple, avec un moindre risque de contamination pour l'homme.

Aujourd'hui ces arguments ne sont plus convaincants.

Sur le plan éthique, d'abord, maintenir la distinction entre couples sérodifférents revient à interdire aux femmes séropositives la possibilité d'avoir des enfants ; or ce discours ne peut plus raisonnablement être tenu. Certes, il existe un risque de transmission de la mère à l'enfant lorsque la femme est séropositive, mais les traitements actuellement disponibles permettent de réduire considérablement ce risque (à près de 2 %). En outre, les interventions de réduction de la transmission mère-enfant pratiquées pendant la grossesse et au moment de l'accouchement réduisent encore de moitié une éventuelle contamination. Par ailleurs, il est avéré qu'une meilleure écoute par les médecins des femmes séropositives exprimant leur désir d'avoir un enfant et un plus grand soutien jouent également un rôle décisif pour limiter au maximum les risques pour l'enfant pendant la grossesse.

Enfin, l'invoication du risque de voir disparaître la mère semble tout à fait absurde : dans le cas où le père est séropositif, le risque pour l'enfant d'être un jour orphelin de l'un de ses parents est le même, l'accès à l'AMP sera pourtant rendu possible d'ici quelques semaines (cf. *Action* n°71).

Quant à interdire l'accès à l'AMP aux femmes ayant des problèmes de stérilité, sous prétexte qu'elles sont séropositives, cela constitue une discrimination inacceptable.

Sur le plan médical, le refus de proposer l'AMP aux femmes séropositives, sous prétexte qu'elles peuvent procréer naturellement et que cela représente un risque faible de contamination pour l'homme, est irrecevable ; plusieurs cas de contamination ont d'ailleurs été recensés. Combien d'hommes devront être contaminés avant que les pouvoirs publics décident d'agir ?

Pour toutes ces raisons Act Up-Paris demande aux instances éthiques de reconsidérer leur position et d'accepter l'AMP pour les couples sérodifférents dont la femme est séropositive. Leur refus ce droit reviendrait à entériner une discrimination inacceptable et à institutionnaliser un risque de contamination pour des hommes.



Névirapine : inégalité hommes / femmes.

Depuis longtemps, la commission femmes d'Act Up-Paris réclame la mise en place systématique d'essais thérapeutiques permettant d'obtenir des résultats sexués. En effet, la majorité des traitements anti-VIH n'a été soumise à aucun test permettant d'étudier les différences entre hommes et femmes, notamment en ce qui concerne les réactions à ces médicaments ; les femmes représentent seulement 18 % des personnes intégrées dans les essais ; et l'on découvre toujours très tard les effets secondaires qui les affectent. C'est ce qui se passe actuellement avec la névirapine ou Viramune®, un antirétroviral très utilisé dans les multithérapies. De récentes observations indiquent que ce traitement provoque chez les femmes des éruptions cutanées beaucoup plus graves que chez les hommes, ainsi que des troubles sévères du foie.

Les effets secondaires les plus courants de cet analogue nucléosidique apparaissent dans les deux premiers mois de traitement. Il s'agit d'éruptions cutanées, parfois sévères (syndrome de Stephen Johnson) et qui peuvent être mortelles, et — les deux sont peut-être liés — d'atteintes du foie, du type hépatite, qui peuvent également entraîner la mort. Des rashes cutanés légers ou moyens apparaissent chez 17% des personnes, hommes et femmes confondus ; dans 0,05% des cas ils sont mortels. De récentes analyses indiquent que le risque de développer un de ces effets secondaires serait sept fois plus élevé chez les femmes.

Les premiers soupçons sont apparus l'année dernière, lorsque la commission de contrôle médical sud-africaine a subitement stoppé une étude sur une nouvelle association de molécules, parmi lesquelles la névirapine. Dans le cadre de cet essai, deux femmes sont en effet mortes d'hépatite fulgurante, tandis que plusieurs autres ont développé de sévères maladies du foie .

Utilisée aux USA en prophylaxie d'urgence en association avec d'autres molécules, la névirapine a également provoqué de très graves troubles du foie chez trois infirmières qui ont dû avoir recours à des greffes, tandis qu'une quatrième était victime d'une éruption cutanée particulièrement grave.

Ces différentes observations ont poussé les chercheurs à ré-examiner les dossiers médicaux de leurs patients afin de vérifier cette tendance et d'envisager des explications concernant la plus grande sensibilité des femmes à cette molécule. L'évaluation des dossiers de 358 patients (27% de femmes, 73% d'hommes), montre bien que le risque d'éruption cutanée ou de troubles hépatiques est sept fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes ; différence qui, pour l'instant, reste inexpliquée. Sur ces

358 patients, deux femmes et deux hommes ont développé des syndromes de Stephen Johnson — ce, alors que les femmes ne représentent qu'un quart des personnes impliquées dans l'étude.

Une piste semble actuellement émerger pour tenter d'expliquer cette différence de réaction : sur 23 femmes prenant une contraception orale, 4 d'entre elles (soit 17%) ont développé des rashes sévères, alors que sur 72 femmes qui n'étaient pas sous contraceptif oral, 7% ont été affectées par cet effet secondaire.

Au delà du cas de la Viramune®, d'autres médicaments sont connus pour être responsables de réactions beaucoup plus importantes chez les femmes que chez les hommes : ampicilline, bactrim/septra, fansidar, warfarine. De fait, le problème de la plus grande sensibilité des femmes aux effets secondaires n'est pas nouveau. En 1970 et 1980, deux études, ne concernant pas le VIH, avaient mis en évidence une incidence des réactions cutanées de 35% à 50% supérieure chez les femmes, toutes classes de médicaments confondues.

Les réactions aux traitements sont souvent différentes chez les hommes et chez les femmes. L'obstination des milieux scientifiques et médicaux à mépriser cette hypothèse nous prive à la fois des avancées que pourrait offrir la science et des mesures de précaution qui devraient être mises en place pour améliorer le suivi des femmes. Quand on sait la lourdeur des traitements VIH/sida, quand on connaît la gravité des toxicités et effets secondaires déjà identifiés, il devient évident que la prise en compte des différences hommes / femmes est urgente, et indispensable.

Les femmes séropositives doivent être prises en compte, à toutes les étapes de la recherche. Les essais thérapeutiques doivent être réfléchis et conçus de façon à obtenir des données et des résultats sexués, et ce au cours de toutes les phases successives. Aujourd'hui, les femmes contaminées par le VIH représentent 40% des personnes atteintes dans les pays en voie de développement, et plus de 25 % dans les pays occidentaux. On ne peut ignorer les effets secondaires auxquels sont exposées celles d'entre elles qui ont accès aux traitements.



Back from Chicago, cru 2001.

Du 4 au 8 février dernier s'est tenue à Chicago la " 8^e conférence sur les rétrovirus et les maladies opportunistes ". Cette conférence rassemble tout ce que le milieu du sida compte de chercheurs et de médecins spécialistes. Elle a été conçue pour permettre chaque année aux scientifiques de se rencontrer et de travailler dans la " sérénité ", loin de l'effervescence des conférences mondiales et des tribulations activistes.

La tendance de cette huitième année s'inscrit dans la lignée des dernières : après une forte prépondérance de la clinique, la recherche médicale s'oriente de plus en plus vers la compréhension des mécanismes, tant de la cible à combattre, le VIH, que de l'immunité. L'évolution des techniques biomédicales, ces dernières années, se fait sentir dans le domaine du sida comme dans d'autres : la lutte contre le virus passe de plus en plus par une analyse fine du fonctionnement des protéines virales, des mécanismes de l'infection, des stratégies de l'immunité, afin que soient mises au point des molécules capables d'agir suivant un schéma théorique soigneusement élaboré et expérimenté en laboratoire. Le temps du " screening ", de l'essai plus ou moins aléatoire, évolue progressivement vers une pharmacie de synthèse, fine mécanique de la biologie moléculaire.

C'est dans ce contexte que les 3446 participants à la conférence — chercheurs, biologistes et cliniciens, mais aussi journalistes et, pour une petite poignée, activistes — en grande majorité américains, se sont retrouvés dans les salons feutrés du Sheraton de Chicago. Le bilan de cette édition de la conférence dépend du point de vue qu'on adopte : pour les malades, à court terme, probablement pas de quoi satisfaire les attentes. À long terme, les perspectives semblent nettement plus intéressantes.

Une grande partie des sessions avait pour thème l'analyse des portes d'entrée utilisées par le virus, des mécanismes auxquels il recourt pour déjouer les réactions du système immunitaire et des stratégies possibles pour le combattre sur ce terrain. Les travaux présentés portaient principalement sur la présence virale dans les muqueuses, le rôle des cellules folliculaires dendritiques et des récepteurs et co-récepteurs des lymphocytes CD4, ainsi que les différences de réactivité selon la variété des génotypes de ces cellules. L'intérêt de ces recherches est avant tout de comprendre les premières phases de l'infection afin de proposer des stratégies permettant de la combattre tôt. L'objectif des nouveaux traitements, les fameux inhibiteurs de fusion — il s'agit du tant attendu T-20 de Roche, mais aussi du T-1249 déjà annoncé et d'autres à venir — est d'agir au niveau de la fusion du virus avec les cellules cibles. D'autres stratégies d'action, en amont de la fusion, sont également étudiées : le recours à des inhibiteurs de liaison ainsi qu'à des inhibiteurs des co-récepteurs cellulaires, dont le rôle serait d'empêcher que les cellules se lient au virus.

L'amélioration de l'efficacité des classes de molécules déjà commercialisées constitue un autre axe de recherche. Ainsi, les futurs inhibiteurs de la transcriptase inverse ou de la protéase bénéficieront des résultats des recherches sur la structure moléculaire des protéines cibles. Ces stratégies thérapeutiques qui consistent à " coller " sur les sites actifs d'une protéine du virus une molécule bloquant son fonctionnement, sont jusqu'ici, déjouées par les mutations virales qui modifient légèrement la forme des protéines cibles et rendent la fixation des molécules inhibitrices impossible. La connaissance des structures protéiniques doit permettre la mise au point de nouveaux médicaments mieux adaptés à la cible, même en présence de mutations. Mais l'objectif est surtout d'obtenir un traitement agissant sur les virus résistants eux-mêmes, pouvant notamment empêcher l'émergence de résistances en modifiant la fonction même de la protéine cible.

Pas moins de 14 molécules nouvelles sont actuellement recensées et vont subir la longue série des essais cliniques permettant leur mise à disposition commune, du T-20 dont les essais de phase III doivent débiter prochainement (enfin !) jusqu'au SC-311125, un petit inhibiteur du co-récepteur CCR5 en essai de phase I chez des volontaires sains. On trouve dans cette liste quelques molécules que nous attendons depuis longtemps déjà : le tenofovir (PMPA) ou encore le tipranavir considéré actuellement comme étant en phase I/II de son développement.

Cette course aux nouveaux traitements est notamment due au développement de résistances virales aux médicaments. A Chicago, trois présentations — américaine, française et suisse — se sont opposées quant aux conclusions à tirer sur ce sujet. Pour les Américains, les personnes nouvellement contaminées par des virus résistants à au moins une classe de médicaments sont en nette augmentation. Du point de vue de l'étude française, on constate plutôt une stabilité des contaminations par des virus résistants. L'étude suisse a, elle, été jusqu'à conclure à une baisse de ce type de contamination. Il n'en demeure pas moins que, selon l'étude française présentée par Marie-Laure Chaix de l'hôpital Necker, 10% des personnes contaminées le sont par des virus résistants. Ceci confirme la nécessité, pour une personne nouvellement infectée, d'effectuer, avant même de commencer un traitement, un test de résistance afin de connaître la sensibilité du virus qu'elle a contracté aux médicaments existants.

Autre sujet de préoccupation en matière de résistance : l'analyse du contenu des réservoirs en terme de virus résistants. Les réservoirs, on le sait, contiennent des cellules infectées dans lesquelles le VIH a copié son patrimoine génétique et qui sont devenues inactives. Une des présentations de la conférence a confirmé les hypothèses selon lesquelles le VIH possède des mécanismes favorisant la stabilité de ces cellules et leur indétectabilité par les sentinelles du système immunitaire — les fameux lymphocytes " *natural killers* ". Reste à savoir quelles souches virales sont présentes dans ces réservoirs. Les données soumises à Chicago attestent que leur contenu en terme de résistances est extrêmement stable dans le temps et qu'il est principalement le résultat de l'histoire de la maladie à ses débuts. Ainsi, une personne longuement traitée qui a commencé par prendre des médicaments insuffisamment efficaces (à une époque où les trithérapies n'étaient pas la règle) a acquis dans ses réservoirs des virus résistants qui persistent dans le temps, quand bien même elle prend par la suite un traitement particulièrement efficace. A l'inverse, une personne ayant suivi un traitement précoce totalement supprimeur de la charge virale, et qui subit un échec à ce traitement, a très probablement des réservoirs totalement exempts de virus mutés. Ces résultats renforcent l'idée selon laquelle le premier traitement doit absolument être choisi avec beaucoup de rigueur pour être efficace à coup sûr.

Effets toxiques et effets secondaires ont également occupé une part importante des discussions à Chicago : toxicité mitochondriale, neuropathies, problèmes osseux, anomalies de répartition des graisses et risques d'atteintes cardio-vasculaires, etc. Ainsi, l'apparition d'ostéoporoses et d'ostéonécroses causées par la toxicité des traitements a une fois de plus été mise en évidence. De même que l'intervention de cette toxicité dans les problèmes de formation osseuse chez les enfants contaminés sous traitement. Dans le domaine cardio-vasculaire, les conclusions sont identiques : la mesure des dépôts de graisse (plaques d'athérome) dans les vaisseaux sanguins chez des personnes traitées montre que les risques classiques d'accident sont extrêmement aggravés par l'effet des traitements. Sorte de corollaire des lipodystrophies, ces atteintes semblent fréquentes chez les personnes longuement traitées (le risque d'accident cardio-vasculaire peut alors se mesurer par échographie des vaisseaux sanguins). Ainsi, globalement, on constate une sorte de vieillissement précoce des personnes malades sous traitement.

IEM



La plupart des études attestent cependant que les traitements ne sont pas seuls en cause dans l'apparition d'effets secondaires : leur action s'associe à celle du virus. Ainsi, les neuropathies sont plus fréquentes chez les personnes fortement immunodéprimées ou ayant une forte charge virale.

Par ailleurs, si les traitements réduisent la survenue des maladies opportunistes, ils n'empêchent pas l'action du virus dans certaines parties de l'organisme qu'ils pénètrent difficilement. Ainsi, on observe de plus en plus d'atteintes neurologiques chez les personnes séropositives depuis qu'elles sont traitées, vraisemblablement parce que le système nerveux est difficilement pénétré par les médicaments. Il semble également que les cellules rénales puissent être sérieusement touchées.

Vis-à-vis des effets secondaires, l'objectif pour les chercheurs est double : d'une part, mettre en évidence la responsabilité des médicaments et les mécanismes biologiques impliqués dans l'apparition de ces effets, d'autre part, élaborer des méthodologies cliniques permettant d'évaluer leur importance et leur évolution, ainsi que les signes avant-coureurs de risques aggravés. Si quelques interventions thérapeutiques pour lutter contre ces effets indésirables ont été présentées à Chicago, dans la plupart des cas, la suppression des médicaments mis en

cause semble encore être la seule mesure efficace. Ainsi, par exemple, il apparaît que la plupart des solutions testées pour combattre les neuropathies, essentiellement causées par la toxicité des traitements, s'avère totalement inutile — ce qui est particulièrement dramatique pour les malades à qui il ne reste que peu d'options thérapeutiques nouvelles. Devant ce peu de résultats on peut regretter que la question de la toxicité des médicaments n'ait pas pour les chercheurs le même caractère de priorité que celle de leur efficacité.

Dans ces conditions, la seule perspective pour lutter contre les effets secondaires, leur persistance et leur aggravation, semble être l'arrêt des traitements ; ce qui pourrait être la finalité de deux pistes de recherche actuelles : l'immunothérapie et les interruptions de traitement.

L'immunothérapie vise à permettre au système immunitaire de reprendre le dessus sur l'infection. Peu de résultats réellement probants ont vu le jour jusqu'à présent, bien que les pistes de recherche foisonnent. Chicago n'a pas apporté en la matière de résultats résolument nouveaux. Néanmoins les études se poursuivent. La recherche française est très présente sur ce terrain ; les travaux d'équipes comme celle de Brigitte Autran (Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris) sont souvent cités ; ceux d'Yves Levi (Hôpital Henri Mondor, Créteil) également, no-



tamment sur l'efficacité d'une vaccination anti-tétanique chez des personnes ayant suivi une reconstruction du système immunitaire par un traitement à l'interleukine II. Mais l'élément le plus capable de stimuler l'immunité naturelle semble encore être le virus lui-même. La suppression de la charge virale avec des traitements efficaces ayant comme conséquence secondaire " d'endormir " le système immunitaire, les interruptions de traitements ont ainsi été introduites afin de " rebooter " l'immunité naturelle. Elles constituent également une perspective de réduction des effets toxiques des médicaments, voire de retour en arrière des mutations du virus. Toutes ces pistes ont fait l'objet de récents travaux présentés à Chicago. On en retiendra surtout deux : une étude montrant que chez des personnes traitées peu après l'infection, l'arrêt du traitement après un an a permis d'obtenir de bien meilleurs résultats — tant virologiques qu'immunitaires — que chez des malades jamais traités ; une seconde étude de Antony Fauci consistant à proposer un traitement en pointillés (une semaine avec, une semaine sans) montre chez les personnes qui l'ont suivi des résultats comparables à ceux observés chez des malades ayant suivi une thérapie continue. Cette formule présente le grand intérêt de permettre d'absorber deux fois moins de médicaments ! L'étude se poursuit et permettra de vérifier si les effets délétères des traitements sont moindres avec cette prise en charge.

Sur le plan de la recherche vaccinale, les résultats piétinent manifestement. En témoigne cette remarque d'un chercheur canadien : " la recherche de vaccin contre le sida a au moins un résultat à son actif, celui d'être le domaine qui a fait le plus de sacrifices d'animaux de laboratoire. "

Si la conférence sur les rétrovirus est essentiellement scientifique et médicale, elle s'accompagne généralement d'une introduction et d'une conclusion à connotation plus " socio-politique ". Le cru 2001 n'a pas fait exception à la règle et l'on y a vu s'opposer deux thèses. Ainsi, la plénière d'ouverture était marquée par le discours de Jeffrey D. Sachs apportant un soutien à peine conditionnel à la toute puissante industrie pharmaceutique. Pour lui seul un soutien massif des pays du nord à l'industrie (disons dans les deux milliards de dollars), pourrait permettre de rendre les traitements accessibles dans les pays les plus touchés et les plus pauvres sans porter atteinte aux grands laboratoires et à leurs recherches. Les génériques, écartés d'une phrase bien construite, ne peuvent en aucun cas à ses yeux constituer de solution puisqu'ils restent, malgré leur faible coût, bien trop onéreux pour l'Afrique. Apparemment la concurrence

entre l'industrie occidentale et l'industrie des génériques, constituant le plus intéressant mécanisme de réduction des prix, ne trouve pas place dans les projections de cet éminent chercheur. Anne Valérie Kaninda de *Médecins sans Frontière* lui a donc répondu lors de la plénière de clôture rappelant la nécessité de développer d'urgence l'accès aux traitements génériques et aux copies. Espérons que les chaleureuses acclamations à ce discours émanaient d'une assistance de scientifiques consciente que son but n'est pas seulement la réussite de ses recherches ou ses bonnes relations avec l'industrie, mais aussi et surtout le bien-être de millions de malades qui espèrent des solutions à leur souffrance et des traitements dont le bénéfice dépasse de très loin les risques qu'ils font prendre.

Nota : Pour les anglophones, la plupart des sessions sont accessibles sur le site internet de la conférence : www.retroconference.org en image (diapos) et son. On peut notamment y entendre la présentation d'Anne Valérie Kaninda. Par ailleurs tous les travaux présentés sont résumés dans les abstracts.

**SAUNA HAMMAM
JACUZZI**



UNIVERS GYM

**"Le Sauna préféré
des Parisiens !"**

**SOUTIENT
ACT UP
PARIS !**

<http://www.univers.net>

Tél. : 01.42.61.24.83

Ouvert 7j./7 de 12 h à 1 h WE jusqu'à 2 h
20/22 rue des Bons Enfants - Paris 16^e

Métro:
Palais Royal-Musée du Louvre (lignes 1 & 7)
ou Station Les Halles (ligne 4 & R.E.R.)



Les hépatites à la loupe.

Lors de la 8^e Conférence sur les Rétrovirus et les Infections Opportunistes à Chicago de nombreuses études ont été présentées sur les conséquences du croisement de deux épidémies, la coinfection par le VIH et les hépatites. Nous vous présentons ici deux d'entre elles, l'une réalisée par une équipe de recherche française, l'autre par une équipe espagnole.

Etude 1 : Cette étude (Abstract n°567) est publiée par l'équipe des services immunologiques et hépatologiques de l'Hôpital de la Pitié-Salpêtrière à Paris. Elle porte sur l'analyse des conséquences à long terme (complications et mortalité) d'une cirrhose du foie pour des patients coinfectés VIH-VHC. S'il a déjà été démontré que le VIH réduit par trois le délai d'évolution vers la cirrhose, cette étude détaille les risques liés au VIH à partir d'une cirrhose compensée (début de cirrhose, fonctions vitales du foie non atteintes). L'étude concerne 373 patients VHC+ au stade de cirrhose compensée suivis de 1988 à 1999. 41 d'entre eux étaient coinfectés VIH-VHC, 266 VHC+ avaient déjà une cirrhose compensée lors de la première biopsie du foie. 133 patients ont pu être traités par bithérapie interféron-ribavirine.

Les conséquences liées à la coinfection VIH-VHC en termes de complications et de mortalité ont été évaluées par une analyse multivariée en fonction de l'âge et de la consommation d'alcool. Par rapport aux patients VHC+ seulement, le groupe de patients coinfectés VIH-VHC présentait les caractéristiques suivantes : plus d'hommes et plus d'usagers de drogues par voie intraveineuse, une consommation d'alcool plus importante, une activité histologique plus forte (état des lésions du foie et niveau d'activité du VHC mesurés par le score Métavir), des patients plus jeunes au moment de l'infection VHC et au moment de la cirrhose. La proportion de patients traités était par contre équivalente.

Les complications survenues concernant 74 patients VHC+, dont 12 coinfectés VIH-VHC, sont les suivantes : 36 ascites (gonflement de l'abdomen par de l'eau), 16 hémorragies internes (dues à des varices œsophagiennes), 11 encéphalopathies (atteintes du cerveau). Ces complications sont le diagnostic d'une cirrhose décompensée imposant une inscription en urgence sur les listes d'attente pour greffe du foie. Sur cette période, 23 carcinomes hépatocellulaires (cancer du foie) ont également été recensés. L'analyse multivariée fait ressortir trois facteurs prédictifs de complications : la séropositivité VIH, l'âge au moment de la cirrhose et la consommation d'alcool. La répartition de ces complications était plus forte chez les hommes, chez les patients ayant une forte consommation d'alcool, ainsi que chez les coinfectés VIH-VHC (en comparaison au monoinfecté) : 50% (coinfectés) versus 13% (VHC+) à 2 ans, 70% versus 40% à 5 ans. Le taux de mortalité

par an est aussi nettement plus élevé chez les patients coinfectés VIH-VHC : 21% versus 4,5% à 2 ans, 43% versus 12% à 5 ans. Ce taux est plus faible chez les patients ayant pu bénéficier d'un traitement VHC : 7% versus 5% à 2 ans, 21% versus 10% à 5 ans.

Les analyses multivariées font ressortir plusieurs facteurs prédictifs de mortalité : un âge élevé, pas de traitement contre le VHC et la séropositivité VIH. En conclusion, les risques de complications d'une cirrhose du foie compensée, due au VHC, et de décès sont augmentés par la séropositivité VIH, mais la survie peut être améliorée par un traitement contre le VHC par bithérapie interféron ribavirine.

Note : Quel va être l'enjeu et le prix à payer dans les 5 ans à venir en terme de greffes du foie (toujours inaccessibles aux patients VIH+) et de décès chez les patients coinfectés VIH-VHC ? Il est évident que des mesures doivent être prises rapidement afin d'informer et d'améliorer la qualité du suivi spécifique et de l'accès aux soins dans des services compétents, pour les 35 000 coinfectés VIH-VHC. En France, on oublie qu'il y aurait environ 15% des séropositifs traités coinfectés VIH-VHB, soit environ 15 000. Une étude espagnole a précisé les conséquences actuelles des hépatites virales dans les services hospitaliers VIH.

Etude 2 : Cette étude (Abstract n°297) a été publiée par l'équipe de l'Institut de Santé Carlos III à Madrid et s'intitule " *Quelle est l'incidence des hépatites virales chroniques pour les patients séropositifs VIH en terme d'hospitalisations et de mortalité ?* "

De janvier 1996 à septembre 2000, 843 patients VIH+ ont été hospitalisés. 82% sont injecteurs de drogues, 36% VHC+, 4,3% VHB+ (AgHBs+), 1,6% VHD+. Si 46% sont coinfectés par une hépatite, 15% sont coinfectés par plusieurs hépatites. Sur 5 ans, ont été dénombrées 7% d'admissions pour cirrhose décompensée. L'incidence annuelle d'admissions pour hépatopathie sévère (" *phase finale* " d'une maladie virale chronique du foie) a augmenté de 5,2% en 1996 à 8,4% en 2000. Alors que le nombre de décès de patients VIH au cours d'une hospitalisation a chuté depuis l'arrivée des antirétroviraux, la mortalité pour complications hépatiques a explosé : 10,9% (6/55) en 1996, 18,5% (5/27) en 1997, 36,7% (8/22) en 1998, 61% (11/18) en 1999, 42,9% (6/15) en 2000.

Conclusion : En Espagne, en cas de coinfection VIH-VHC, le VHC est en cause dans 2 décès sur 3, pour hépatopathie sévère. Le taux des atteintes hépatiques a décuplé dans les admissions hospitalières en 5 ans. Elles sont responsables de la moitié des décès VIH à l'hôpital. Les stratégies de prévention des hépatites, notamment les campagnes de vacci-

nation contre le VHB et VHA, ainsi qu'un accès au traitement contre le VHC (interféron ribavirine) doivent donc être impérativement favorisés.

Note : Il va sans dire que nous ne supporterons pas d'entendre les regrets de ne pas avoir mis en place assez tôt une cohorte de suivi hospitalier en matière d'hépatite, y compris pour le DMI2 (base de données clinique des patients VIH+ à l'hôpital) dans lequel les médecins VIH ont longtemps demandé de mentionner les données hépatiques. Après avoir obtenu en juin 1999, de la Direction Hospitalière une enquête sur la coinfection VIH-VHC — puisque l'INVS ne s'intéresse pas à ce sujet "mineur" — nous demandons aujourd'hui aux pouvoirs publics de publier très rapidement une étude nationale aussi précise, répondant aux mêmes questions et tenant compte des répartitions régionales.

Si l'hépatite virale a été découverte en 1943, en revanche les virus en cause n'ont été isolés que bien plus tard (1965 VHB, 1973 VHA, 1978 VHD, 1988 VHC, 1990 VHE). Depuis, à chaque nouvelle conférence internationale d'hépatologie, la découverte de nouvelles souches virales est attendue. C'est seulement en 1990 que la spécialité médicale d'hépatologie a été officiellement reconnue en France. En janvier 1999, Bernard Kouchner avait personnellement lancé à grand renfort de médias le Plan National Hépatite C, suite aux prévisions épidémiologiques de 1995 qui confirmaient l'arrivée de cette nouvelle épidémie. On prévoyait alors 500 000 personnes touchées par le VHC, dont environ 20% devaient développer une cirrhose dans les 20 ans à venir, ce qui signifiait 100 000 cirrhoses VHC à traiter. Actuellement on compte en France environ 100 000 patients VIH sous traitement antirétroviral. En ce qui concerne l'hépatite B, les enquêtes épidémiologiques sont aléatoires et incomplètes, mais, à en croire les spécialistes, il y aurait en France environ 100 000 personnes souffrant d'une hépatite B chronique. Ces trois virus imposeraient donc

pour un nombre à peu près identique de personnes (100 000) un suivi médical lourd.

Mais les perspectives thérapeutiques pour ces patients restent maigres et les institutions françaises refusent de se mobiliser.

Ainsi, le dernier espoir thérapeutique contre le VHB s'est récemment soldé par un échec majeur mettant bon nombre de patients dans une situation très risquée. Les premiers signes d'efficacité sur le VHB d'une molécule couramment utilisée contre le VIH, la lamivudine (3TC® pour le VIH et ZEFFIX® pour le VHB) étaient prometteurs, surtout pour les coinfectés VIH-VHB. Mais en matière d'hépatite B, faute de décision des pouvoirs publics, il n'existe en France aucune coordination de la recherche permettant de pu-



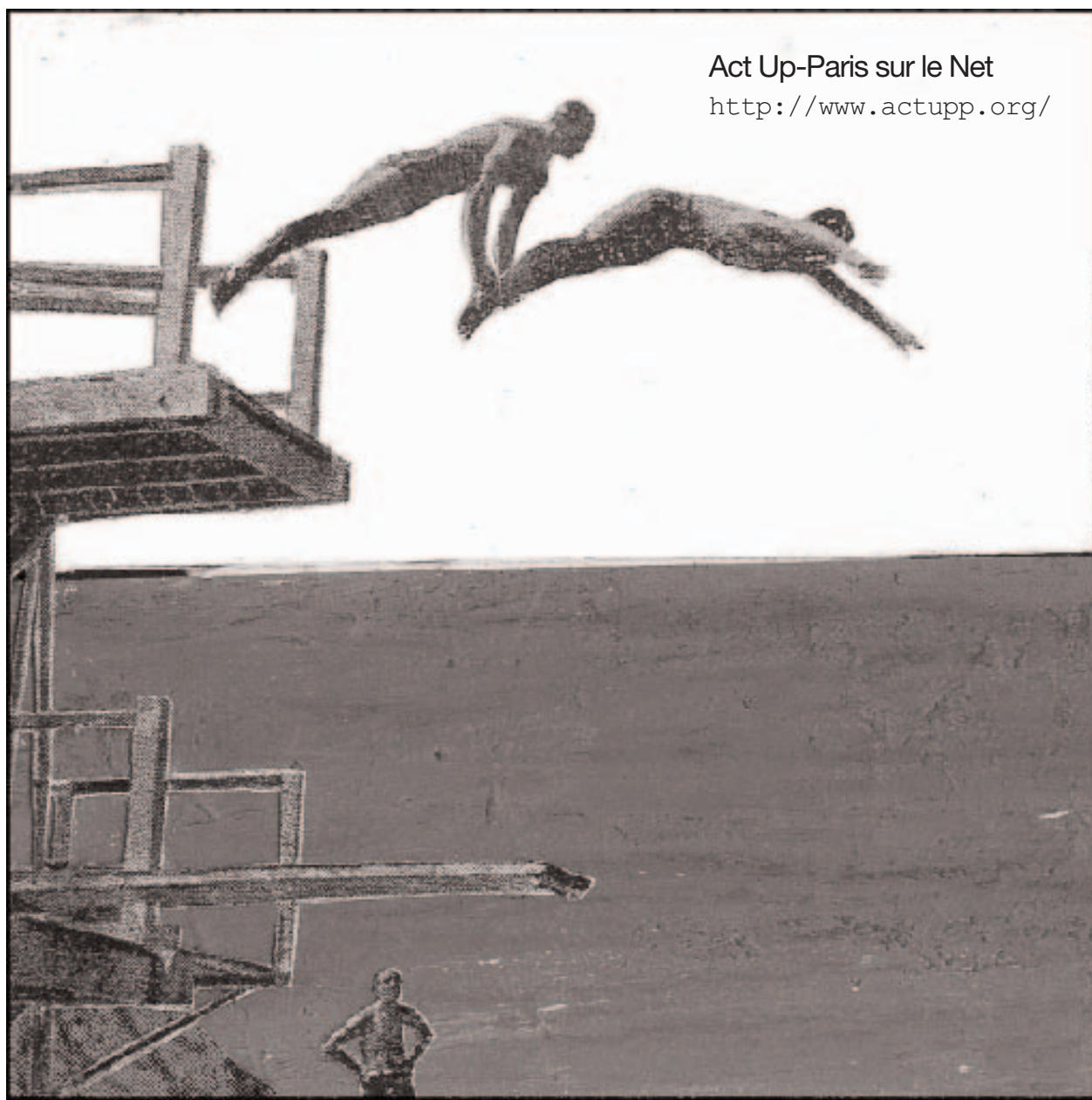


blier rapidement des recommandations thérapeutiques. Ainsi, faute d'étude plus rigoureuse, les médecins ont été enclins à prescrire massivement et trop rapidement cette molécule bien que les hépatologues se soient rapidement aperçu qu'elle générerait des résistances, impliquant parfois des mutations du virus lui-même. Aujourd'hui, les patients à qui on a "vendu" ces effets prometteurs se retrouvent en impasse thérapeutique avec une charge virale VHB qui flambe et dans certains cas un réveil dangereux de leur hépatite.

Une autre molécule, l'adéfovir, permet, malgré les résistances et les mutations du VHB, de contrôler efficacement la progression de la charge virale VHB. Pourtant, le laboratoire américain GILEAD, propriétaire de cette molécule, ne voit pas l'intérêt aujourd'hui de s'investir sur un marché qu'il juge insuffisant en terme de perspectives financières. Aussi il n'autorise l'accès à ce traitement qu'à de rares services hépato de renom. La DGS (Direction Générale de la Santé) et l'AFFSaPS (agence du médicament) n'ont jamais réagi pour exiger de ce laboratoire une mise à disposition rapide et urgente de ce traitement. Le Ministère préfère se soucier d'équilibre financier plutôt que de réagir

efficacement. Les infections virales, sans un plan de lutte coordonné, risquent encore longtemps d'être traitées au cas par cas. " *Les infections virales sont devenues la première cause mondiale de réduction de l'espérance de vie et la deuxième cause de décès dans le monde* " écrivait Anthony S. Fauci, directeur du NIAID, Institut National des Maladies Infectieuses et des Allergies aux États Unis, le 1^{er} mars 2001.

" *La coinfection du VIH-VHC est un sujet alarmant, mais il est enfin à l'ordre du jour de la recherche grâce au Plan VHC* ". C'est ce que l'on peut entendre dans les couloirs des institutions. Pourtant la prise en compte des coinfections VIH-VHB est reléguée aux calendes grecques. Des campagnes d'information sur les hépatites A et B et des campagnes énergiques d'incitation au dépistage et à la vaccination sont indispensables. Après l'expérience de 15 ans de lutte contre le sida, de deux ans de Plan National Hépatite C, il est impensable que l'Etat poursuive dans sa logique de petites économies financières sur le VHB.



Act Up-Paris sur le Net

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

COPY=RIGHT in NY City.

28 février 2001 : Kofi Annan, Secrétaire Général des Nations Unies, déclare la guerre aux labos. Kofi Annan veut faire “ de l'accès aux traitements une priorité absolue ” et entend devenir le leader du “ combat politique pour l'accès aux médicaments génériques ” !

Au même moment, concluant en beauté la première réunion préparatoire de la session spéciale des Nations Unies sur le VIH/sida, les médias du monde entier entonnent le même chant : le combat de l'Afrique du Sud contre les 39 multinationales de la pharmacie qui l'attaquent en justice est une guerre de libération contre un nouvel “ apartheid sanitaire ” qui oppose le Sud au Nord. La position des industriels est indéfendable, au point que Bush qui leur doit tant de milliards ne peut plus les suivre, au point que l'OMS qui leur était tant dévouée leur demande de retirer leur plainte (pour se rétracter trois jours plus tard, OUF !), au point que le gouvernement allemand, qui aime tant son Boehringer Ingelheim, entonne le même couplet.

Les grands labos ont chaud. Les activistes du monde entier piétinent leur image de marque et l'opinion publique internationale les vomit. Oubliées leurs promesses trompeuses, place aux génériques !

Extrait de l'intervention d'Act Up-Paris à la cession préparatoire de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/sida, le 27 février :

“ Il ne faut plus rêver, à moins d'être dupes et complices de l'épidémie, que les grands labos vont transformer leur stratégie de dumping destructeur de la concurrence, de prix discounts en période de solde pour des traitements dont le Nord ne veut plus, en une véritable politique de tarification différentielle basée sur des critères autres que le pur clientélisme.

Nous croyons en la nécessité d'une dynamique basée sur la compétition, et comme il est dit dans le rapport de M. le Secrétaire des Nations Unies, qu'il faut “ trouver les moyens pour utiliser vraiment les possibilités des accords sur le commerce pour accroître l'accès aux traitements ”. Mais alors, il faut être logique : il n'y a pas aujourd'hui, dans le monde,

une seule copie générique de l'efavirenz, de l'amprenavir, du saquinavir, de ces traitements cruciaux pour la survie des malades.

Pas de copie, pas de concurrence, donc pas de compétition, et des prix qui ne baisseront pas de façon probante.

Qu'allons-nous faire ? Attendre que d'autres pays que le Brésil, aujourd'hui en procès devant l'OMC, ou l'Afrique du Sud, attaquée par 39 multinationales, aient les ressources et suffisamment de courage politique pour revendiquer la remise en question des règles en faveur du profit des grands laboratoires privés qui sous-tendent les accords internationaux sur la propriété intellectuelle ?

Et demain, quand d'autres traitements apparaîtront sur le marché, croyez-vous réellement que la politique de discount de ces laboratoires les rendra accessibles au plus grand nombre ?

Nous avons besoin d'engagements — ici, dans ce forum des Nations Unies — qui permettent la copie systématique et à grande échelle de tous les traitements indispensables à la survie des malades, et libèrent ainsi les pays qui s'engagent dans la lutte contre l'épidémie du coût politique exorbitant de la licence obligatoire.

Nous demandons aux Etats Membres et aux Agences des Nations Unies de remettre radicalement en question la lettre même des accords TRIPS. ”

Appelé à la rescousse par la délégation américaine, M. Sturchio des laboratoires Merck demande immédiatement la parole. Dommage, il n'a rien à proposer.

Une semaine plus tard, Merck annonce la baisse des prix de 40 et 50 % de ses deux antiviraux, indinavir et efavirenz. Joli coup médiatique.

Dommage, pourtant, pour le Brésil qui ne pourra pas bénéficier de l'opération : ils n'avaient qu'à pas menacer de produire eux-mêmes ces traitements à prix coûtant. Dommage, encore, pour l'Amérique Latine qui restera sur la touche. Et le bruit commence à courir que tous les pays africains ne seront pas concernés... A quand la liste exhaustive des conditions restrictives de cette offre ?

Il nous faut des génériques.

Le 17 août 2000, les Nations Unies s'interrogent : les accords de l'OMC sur la propriété intellectuelle sont-ils compatibles avec les droits de l'homme ? Qu'ils interrogent les malades du Brésil ou de l'Afrique du Sud.

E/CN.4/SUB.2/RES/2000/7
17 August 2000
Original: ENGLISH

Intellectual property rights and human rights - Sub-Commission on Human Rights resolution 2000/7

The Sub-Commission on the Promotion and Protection of Human Rights,

3. Reminds all Governments of the primacy of human rights obligations over economic policies and agreements;

4. Requests all Governments and national, regional and international economic policy forums to take international human rights obligations and principles fully into account in international economic policy formulation;

5. Requests Governments to integrate into their national and local legislations and policies, provisions, in accordance with international human rights obligations and principles, that protect the social function of intellectual property;

6. Requests intergovernmental organizations to integrate into their policies, practices and operations, provisions, in accordance with international human rights obligations and principles, that protect the social function of intellectual property;

7. Calls upon States parties to the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights to fulfil the duty under article 2, paragraph 1, article 11, paragraph 2, and article 15, paragraph 4, to cooperate internationally in order to realize the legal obligations under the Covenant, including in the context of international intellectual property regimes;

8. Requests the World Trade Organization, in general, and the Council on TRIPS during its ongoing review of the TRIPS Agreement, in particular, to take fully into account the existing State obligations under international human rights instruments;

9. Requests the Special Rapporteurs on globalization and its impact on the full enjoyment of human rights to include consideration of the human rights impact of the implementation of the TRIPS Agreement in their next report;

10. Requests the United Nations High Commissioner for Human Rights to undertake an analysis of the human rights impacts of the TRIPS Agreement;

11. Encourages the Committee on Economic, Social and Cultural Rights to clarify the relationship between intellectual property rights and human rights, including through the drafting of a general comment on this subject;

12. Recommends to the World Intellectual Property Organization, the World Health Organization, the United Nations Development Programme, the United Nations Conference on Trade and Development, the United Nations Environment Programme and other relevant United Nations agencies that they continue and deepen their analysis of the impacts of the TRIPS Agreement, including a consideration of its human rights implications.



Du 3 au 7 mai 2001 se tiendra à Ouagadougou (Burkina Faso) le premier Sommet pour l'accès aux médicaments génériques anti-VIH/sida, à l'initiative d'Act Up-Paris et du Réseau Médicaments et Développement (ReMeD).

Aujourd'hui, l'immense majorité des 36 millions de personnes vivant avec le VIH/sida ne peut accéder aux multithérapies en raison des prix pratiqués par les compagnies pharmaceutiques détentrices des brevets sur ces médicaments (près de 10 000 euros par an et par patient). Seules quelques dizaines de milliers de personnes séropositives bénéficient actuellement de versions génériques ou de copies de ces traitements. Il est urgent que l'accès à ces produits soit généralisé à l'ensemble des pays du sud.

Ce sommet sur les génériques constitue une initiative sans précédent des associations de personnes atteintes engagées pour l'accès aux traitements dans plus d'une trentaine de pays, majoritairement africains. Il permettra aux participants d'étudier toutes les perspectives de production et d'importation de médicaments génériques ou de copies de bonne qualité, afin que des actions soient entreprises

dans les plus brefs délais. Il est en effet primordial que les dispositions légales prévues dans le cadre des accords de l'OMC puissent être exploitées par les pays du sud dans l'intérêt des malades du sida et pour assurer la défense des enjeux de santé publique.

À l'issue de quatre jours de réflexion stratégique, les acteurs de terrain inviteront les bailleurs de fonds internationaux et les responsables politiques à prendre des mesures concrètes afin que cette initiative puisse déboucher au plus vite sur une disponibilité effective des génériques dans les pays du sud.

Le Sommet international pour l'accès aux génériques anti-VIH/sida est soutenu par : ANSS (Association de personnes atteintes, Burundi), Comité Burkinabè pour les Génériques, Health Action International, Consumer Project on Technology, Health Gap Coalition, International Coalition of Women with HIV, Médecins Sans Frontières, Planet Africa, Réseau Africain des Personnes Séropositives, Réseau Santé Bouaké, Treatment Action Campaign, Women Fighting Aids in Kenya, OXFAM (GB).

Sommet international pour l'accès aux médicaments génériques anti VIH/sida. 3 - 7 mai 2001, Ouagadougou.

Les laboratoires pharmaceutiques occidentaux ont imposé au niveau international des prix de vente exorbitants : une trithérapie coûte en moyenne 5000 FF par mois. Malgré de rares initiatives nationales, seules quelques centaines de patients ont pu accéder aux traitements, dans les pays où des programmes d'accès ont été implantés (Côte d'Ivoire, Sénégal, Ouganda...).

Les traitements restent beaucoup trop chers. Dans ces conditions, de nombreux gouvernements et la majorité des financeurs refusent de s'engager pour l'accès aux traitements des séropositifs dans les pays pauvres.

En Côte d'Ivoire, après deux ans de négociations avec les compagnies pharmaceutiques, le prix pour un mois de trithérapie reste de 3000 FF. Face à cette situation, de plus en plus de pays s'intéressent à la production de copies. Ainsi, en Côte d'Ivoire, la pharmacie centrale a finalement décidé d'importer des copies d'antiviraux, moins chères et d'aussi bonne qualité, en provenance d'Inde et d'Espagne.

En Thaïlande, au Brésil ou en Inde, les industries locales (publiques ou privées) se sont lancées

dans la production de médicaments antirétroviraux et de certains traitements contre les maladies opportunistes particulièrement coûteux, réduisant ainsi drastiquement les prix de vente.

L'apparition sur le marché de copies fabriquées par les producteurs du Sud pose enfin clairement la question du prix et ouvre de nouvelles perspectives pour les pays en développement. L'ONUSIDA a d'ailleurs mis en évidence dans une étude rendue publique à l'occasion de la Conférence Internationale de Durban sur le Sida en juillet 2000 que la mise en compétition des producteurs de copies avec les grands laboratoires constitue à l'heure actuelle le mécanisme le plus efficace pour permettre une réduction effective des prix de vente de médicaments dans les marchés du Sud, plus en adéquation avec la capacité de paiement des pays.

Des solutions existent pour permettre la multiplication des sources de production de médicaments copiés à des prix nettement inférieurs à ceux pratiqués par les compagnies détentrices des brevets, ainsi que l'importation pour les pays ne disposant pas de capacités locales de production. Des dispositions légales sont en effet inscrites dans les accords TRIPS (accords relatifs à la propriété intellectuelle) contractés dans le cadre de l'Organisation Mondiale du Commerce en 1995. Ainsi, un laboratoire détenteur d'un brevet prêt à négocier

avec un pays tiers peut céder une autorisation de production locale en échange de royalties : il s'agit alors d'une licence volontaire. Si le laboratoire n'est pas prêt à négocier, un Etat, souverain, peut décider de faire fabriquer par une industrie locale une copie d'un produit dont il a besoin : c'est ce qu'on appelle une licence obligatoire. Cette disposition permet également à un pays ne disposant pas de capacités de production propre d'importer des copies de traitements.

C'est dans ces brèches, prévues par les accords TRIPS comme autant de garde-fous au monopole des grands laboratoires, que des gouvernements et des associations de malades ont tenté de s'engouffrer. Jusqu'à présent pourtant, ces dispositions se sont révélées inexploitablement par les pays les plus pauvres : aucun d'entre eux ne s'est vu octroyer de licence volontaire, aucun d'entre eux n'a pu importer de copies de médicaments à partir de pays intermédiaires, aucune licence obligatoire n'a pu être mise en place.

En l'état des rapports de forces, les " brèches ", étroites, sont inexploitablement. L'intimidation est la règle à tous les stades de circulation des génériques, et les exemples de tentatives avortées abondent.

Les menaces de procès, de rétorsions économiques, la perspective d'affrontement avec les laboratoires occidentaux et les gouvernements qui les soutiennent, Etats-Unis en tête, ont jusqu'à présent eu raison des tentatives des pays pauvres.

Peter Piot, directeur exécutif de l'ONUSIDA, le signalait dans son discours à la Commission européenne le 28 septembre 2000 : " *Le contrat actuel, par lequel nous avons accepté des prix élevés en échange de traitements innovants et de meilleure qualité, a fonctionné pour le bénéfice de tous dans les pays riches. Quoiqu'il en soit, aujourd'hui, en particulier à cause du sida, ce contrat est à remettre en question, puisqu'il exclut des millions de gens de l'accès à ces mêmes produits.* "

Les accords internationaux ont en effet servi avant tout les intérêts des lobbies pharmaceutiques qui dictent leurs lois aux pays. Ils ont ainsi imposé une protection organisée de leur monopole : un respect des brevets sur 20 ans, au lieu de 10, dans tous les Etats membres de l'OMC.

Face à l'urgence qu'impose l'épidémie de sida, il est essentiel que la production de copies se développe dans les pays pauvres et que les importations sud/sud soient rendues possibles afin que les coûts de production des copies diminuent. Les pays en développement ne doivent subir aucun chantage économique, et ne doivent plus être sous la menace de recours devant les tribunaux de leur pays ou de l'OMC. Ils doivent être soutenus dans la mise en place de leur législation sur la propriété intellectuelle dans l'objectif d'utiliser au mieux de leurs intérêts les mesures de sauvegarde de santé publique prévues dans les accords ADPIC. Aujourd'hui il est urgent que des industries locales puissent produire des médicaments génériques dans les pays qui disposent de l'infrastructure nécessaire et exporter ces produits génériques dans les pays privés de capacité de production.

C'est la raison d'être du Sommet pour l'accès aux médicaments génériques anti VIH/sida : donner les moyens aux acteurs du sud d'agir et de se faire entendre.

L'offre générique.

Les deux principaux pays producteurs de génériques d'antirétroviraux à l'heure actuelle sont le Brésil et l'Inde. Ils produisent la totalité des antirétroviraux de première génération (AZT, d4T, ddl, ddC, 3TC), un antirétroviral de deuxième génération (la névirapine) et, dans le cas du Brésil, un antirétroviral de troisième génération appartenant à la classe des antiprotéases (l'indinavir).

La fabrication, au Brésil et en Inde, de copies de ces médicaments, pourtant développés par des laboratoires occidentaux, est entièrement légale. En effet, ces produits n'ont jamais été protégés par aucun brevet, ni au Brésil, ni en Inde, parce qu'à l'époque où ils ont été inventés, les médicaments faisaient partie en Inde et au Brésil de la liste des produits non-brevetables. Ainsi il n'existait pas de monopole de fabrication sur les médicaments, et les entreprises locales étaient libres d'en fabriquer des copies. Les prix des antirétroviraux génériques sont en moyenne 80% inférieurs à ceux pratiqués par les laboratoires occidentaux.

Toutefois, avec l'uniformisation des systèmes de propriété intellectuelle imposée par la mondialisation et l'OMC (créée le 1er janvier 1995), le Brésil doit depuis 1996 concéder aux industriels des brevets de 20 ans sur les médicaments. L'Inde, quant à elle, a jusqu'en 2005 pour s'aligner sur les législations occidentales en matière de propriété intellectuelle.

En Thaïlande, jusqu'en 1992, les brevets n'étaient accordés que sur les procédés industriels de fabrication, et non sur les produits eux-mêmes. Ainsi, les médicaments en eux-mêmes n'étaient pas sous brevet, et si tant est qu'un autre procédé de fabrication existe, rien ne s'opposait légalement à la production de copie. C'est pourquoi l'AZT, la d4T et la ddl, qui ont été brevetés avant 1992, existent en version copiée dans ce pays.

L'exemple de l'AZT.

Certains autres pays produisent de l'AZT : c'est le cas de l'Espagne, du Canada, de la Russie ou du Bénin. L'AZT fut inventé en 1964 dans le cadre de la recherche contre le cancer. Au début des années 80, il fut testé contre le VIH et l'on découvrit son effet antirétroviral. Le brevet originel sur la molécule AZT était " tombé " en 1974 : le laboratoire public américain à l'origine de la découverte déposa, en 1985, un brevet sur l'utilisation de l'AZT contre le VIH. Un brevet d'utilisation d'une molécule donne à son détenteur un monopole sur la commercialisation de médicaments contenant cette molécule et devant être utilisés dans l'indication qui vient d'être découverte (par exemple l'indication VIH, par opposition au cancer). Les pouvoirs publics américains cédèrent au laboratoire britannique Glaxo une licence exclusive mondiale sur le brevet d'utilisation de l'AZT : dorénavant, dans tous les pays où le brevet était déposé, les médecins devaient utiliser, de manière exclusive, l'AZT de Glaxo pour traiter leurs patients séropositifs.

Toutefois, en 1985 un grand nombre de pays ne reconnaissaient pas les brevets, soit sur les produits, soit sur les médicaments, soit sur l'utilisation du médicament. Ainsi, le brevet sur l'AZT n'est pas déposé dans tous les pays : il n'existe alors pas de monopole, et des versions génériques d'AZT en usage anti-VIH peuvent être fabriquées ou importées. D'autre part, il reste tout à fait légal, dans les pays où le brevet d'utilisation de l'AZT existe, de fabriquer tous les ingrédients nécessaires à la formulation de comprimés d'AZT aux doses de l'indication VIH, et d'exporter ces " comprimés en kit " vers des pays où il n'y a pas de brevet sur l'AZT, et où l'on pourra aisément et en toute légalité reformuler le comprimé final à partir de ses ingrédients. Néanmoins, l'AZT reste un vieux médicament du sida, utilisé de nos jours par une faible part des séropositifs (du moins au Nord). En effet, ce sont les antirétroviraux ultérieurs, en particulier ceux de troisième génération (anti-protéases), qui présentent le plus d'intérêt pour les malades.



Qu'est ce qu'un brevet ?

Brevet : Titre légal accordé par un État, ou un regroupement d'États dans un Office régional de brevets (OAPI, ARIPO), pour son seul territoire, assurant un monopole pour une durée limitée (au minimum 20 ans) pour la production, la vente et l'importation d'une invention sur le territoire national.

Médicament breveté :

Médicament fabriqué et vendu exclusivement par le laboratoire qui en détient le brevet, commercialisé sous un nom de marque. Les premiers brevets d'antirétroviraux de première génération tomberont en 2007, ceux de troisième génération en 2013.

Qu'est ce qu'un générique ?

1/ Un médicament générique est la copie d'un médicament original, rendue possible par la chute du brevet initial dans le domaine public à la fin de la période légale de protection. Il peut alors être produit et commercialisé sous sa Dénomination Commune Internationale (DCI, nom chimique de la molécule) à un prix inférieur à celui du ou des médicaments de marque correspondants.

2/ Médicament commercialisé en dehors d'un monopole de brevet. Ainsi, lorsque dans un pays le brevet d'un médicament de marque donné n'est pas déposé et qu'on en trouve des copies, ces copies sont couramment qualifiées de génériques (bien qu'elles puissent parfois bénéficier d'un nom de marque).

Médicaments essentiels :

Médicaments qui répondent aux besoins de santé de la majorité de la population. Ceux-ci doivent par conséquent être disponibles en tout temps et en quantité suffisante. L'OMS a élaboré et révisé périodiquement une liste des médicaments essentiels (Model List of Essential Drugs) qui est modulable selon les pays et s'adapte aux différents besoins sanitaires.

Un certain nombre de médicaments considérés comme essentiels du point de vue de la santé, tels que les antirétroviraux, sont exclus de la liste de l'OMS à cause de leur coût.

Importations parallèles :

Importation de médicaments de marque (brevetés) auprès d'un pays tiers, plutôt que directement du laboratoire producteur, pour bénéficier des prix sensiblement plus bas que les compagnies pharmaceutiques concèdent à certains pays.

Dans l'Union Européenne, l'importation parallèle de produits est largement utilisée et considérée comme une manière très efficace de réduire les prix.

Depuis la création de l'OMC (1995), le gouvernement des États-Unis a pris une position très agressive contre les importations parallèles, alors que cette pratique est très utilisée par les États-Unis eux-mêmes.

Licence Volontaire :

Autorisation de produire, de vendre ou d'importer un produit — médicament par exemple — accordée par le détenteur d'un brevet à une entreprise ou un gouvernement. La licence est en fait un contrat, négocié entre le détenteur du brevet et le demandeur, qui peut inclure toute obligation que le premier souhaite exiger, en particulier le versement d'une somme discrétionnaire pour l'achat de la licence. A ce jour, en matière de traitement anti-VIH, aucun laboratoire n'a accepté d'octroyer une licence volontaire à un pays demandeur.

Licence Obligatoire :

Procédure administrative légale (figurant dans les accords ADPIC) par laquelle un gouvernement émet d'office une licence (autorisation) d'exploitation d'un brevet donné, autorisant la production, la vente et l'importation d'un produit sans la permission du détenteur du brevet. Les sources majeures d'intérêt des licences obligatoires concernent la défense, la concurrence, la recherche et la santé. Les États-Unis et l'Europe sont les deux régions du monde émettant le plus de licences obligatoires.

OMC :

L'Organisation Mondiale du Commerce fait suite à l'Accord Général sur les tarifs douaniers et le Commerce (GATT) signé en 1947 par 23 pays et destiné à protéger et à réglementer le commerce international. Plusieurs séries de négociations sur le commerce international ont finalement donné naissance à l'OMC, dont le domaine de responsabilité légale couvre tout ce qui concerne le commerce international. Avant la création de l'OMC, le GATT ne prenait pas en compte le degré de protection légale à accorder à la propriété intellectuelle, et chaque pays avait ses propres approches de la question des brevets. L'Accord général sur les aspects des Droits de Propriété Intellectuelle liés au Commerce (ADPIC ou TRIPS en anglais) décrit les normes minimales que doivent adopter les pays membres (OMC) pour s'assurer que les nouveaux produits, y compris les médicaments, soient protégés par un brevet d'une durée de 20 ans minimum. Ces normes doivent être intégrées dans la législation nationale dans des délais précis qui dépendent pour chaque pays de son niveau de développement et des lois en vigueur concernant les brevets (au plus tard en 2006). De nombreux pays sont actuellement soumis à de fortes pressions (en particulier de la part des États-Unis et des industries pharmaceutiques) les incitant à adopter une législation qui assure un niveau de protection par brevet encore plus élevé que celui requis par l'ADPIC et le droit international du commerce. Plusieurs pays ont adopté ou envisagent d'adopter une législation bien plus restrictive, comprenant par exemple une interdiction des licences obligatoires.

Entrée en résistance

Nous, malades du sida au Burkina.

(association Vie Positive)

Abidjan en 1997, Lusaka en 1999, Harare et Durban en 2000... Les conférences internationales se succèdent ; beaucoup d'engagements non-tenus, beaucoup de projets sans aboutissement, beaucoup de discours sans âme et sans suite. Toutes ces rencontres internationales ne servent bien souvent que le jeu des instances onusiennes qui s'enorgueillissent de les avoir organisées, celui des laboratoires pharmaceutiques qui les financent et en tirent le bénéfice publicitaire. Ces vitrines de l'hypocrisie et de l'argent gaspillé donnent de la lutte contre le sida une image faussée, celle d'un combat vain et stérile. Pourtant, en Afrique comme ailleurs, on ne devrait pouvoir parler de prévention ou de prise en charge, d'accès aux soins et aux antirétroviraux, sans mettre enfin un visage sur tous ceux qui chaque jour mènent un double combat, contre leur propre maladie d'une part, contre l'épidémie et ses conséquences d'autre part. La lutte contre le sida, en Afrique comme ailleurs, ne se fait pas seulement pour les malades : elle se fait, aussi et surtout, par et avec les malades. Par et avec nous.

Nous qui prenons la parole aujourd'hui, nous qui sommes séropositifs ou malades du sida au Burkina Faso et qui voulons nous faire entendre, nous devons faire face à de nombreux obstacles : la discrimination, le rejet et l'exclusion, l'isolement, le manque de moyens et la pauvreté, l'incompétence du système de soins, l'inaccessibilité aux antirétroviraux, la corruption du système judiciaire, l'épuisement psychologique d'un combat incessant, des murs qui étouffent les cris et qui refusent de s'abattre, mais aussi et surtout les doutes, les souffrances et les angoisses qu'on vit quotidiennement lorsqu'on est infecté par le VIH/sida.

Conscients que les enjeux sont notre santé et notre vie, nous avons décidé de nous mobiliser et de nous solidariser. Conscients de l'exigence de la lutte, nous sommes devenus exigeants.

Depuis trop longtemps, les instances onusiennes, les bailleurs de fonds internationaux et les laboratoires occidentaux considèrent leur rôle sur le continent africain comme celui de donateurs de leçon, observant les malades africains depuis leurs bureaux climatisés et ne pensant l'épidémie qu'en termes de profits ou de données statistiques. Cette vision réductrice, irresponsable et meurtrière entre directement en conflit avec les actions que nous avons initiées, nous, hommes et femmes, séropositifs et malades du sida qui nous mobilisons au sein d'ONG ou d'associations à base communautaire.

Cette parole qu'on nous a refusée, nous commençons à nous l'approprier.

Cette capacité à nous prendre en charge et à agir qu'on nous déniait, nous la revendiquons.

Cet accès aux soins, aux examens et aux médicaments, qu'on nous promet sans nous l'offrir qu'au compte-gouttes, nous l'exigeons.

Cette lutte, menée trop longtemps en notre nom, est désormais notre lutte.

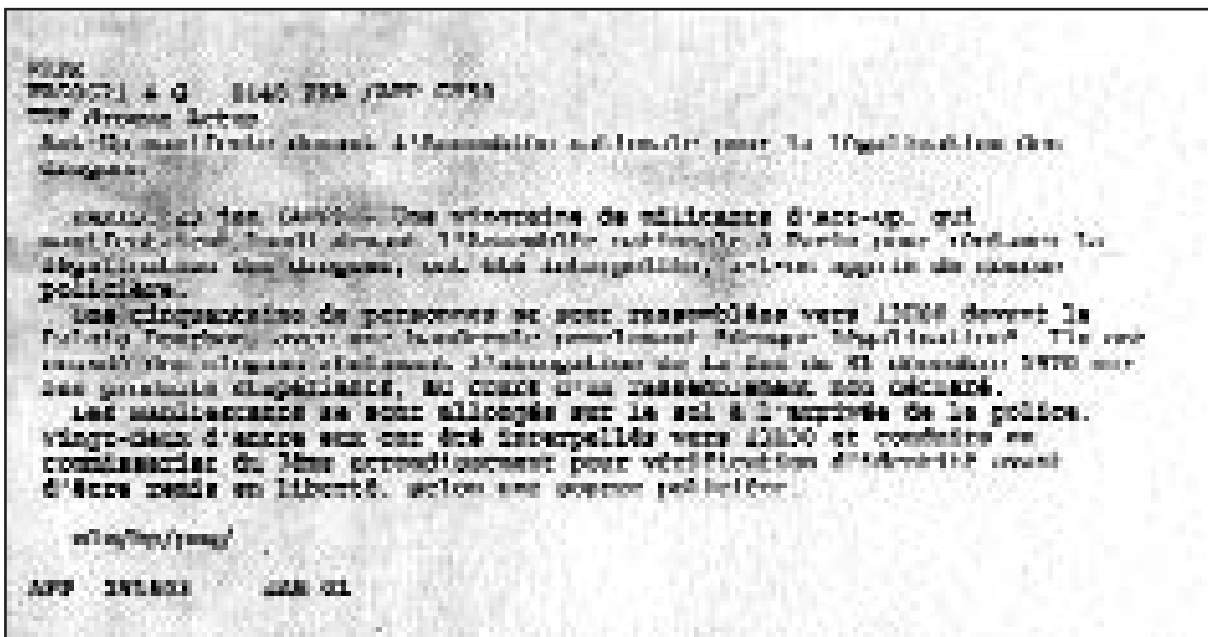
Et cette lutte a désormais un visage, le nôtre.

Rejoignez Act Up-Paris

Réunion Hebdomadaire le mardi à 19 heures 30,
École des Beaux-Arts, 14 rue Bonaparte, 6ème, M° St Germain-des-Prés.



Libé et les drogues : le goût du sens commun.



nalisation du cannabis est dépassée ” puisque des circulaires du ministère de la justice incitent déjà les magistrats à ne pas incarcérer les simples usagers ; de raconter qu’on peut en finir avec la répression des usages sans changer les lois ; de répéter que la politique française n’a rien à envier à celle de ses voisins. Les responsables politiques, résistant depuis deux mois à la pression que fait peser la dépénalisation du cannabis en Belgique, se décrédibilisent chaque jour un peu plus — à plus forte raison quand ils se prétendent de gauche. La situation devrait pourtant se dénouer. L’usage du cannabis sera bientôt dépénalisé en France. Mais le jour où le cannabis aura été admis, rien sans doute n’aura avancé sur les autres “ drogues ” : aucun signe d’avancée, aujourd’hui, vers une reconnaissance officielle du testing ; toujours pas de projet d’ouverture de salles de shoot ; aucune perspective de distribution médicale d’héroïne, pour les usagers qui ne supportent ni les produits de substitution, ni les lois du marché noir ; toujours les mêmes blocages du côté de la recherche, là où nous aurions besoin que les interactions entre drogues (ecstasy, héroïne, cocaïne, etc.) et “ drugs ” (traitements anti-VIH, notamment) soient davantage connues. Aucune ouverture, en somme, qui nous permette, ni de voir avancer la réflexion sur un cadre législatif capable de tolérer et d’encadrer, enfin, la production et la consommation des drogues — de toutes les drogues — ni d’ouvrir des brèches dans le système actuel, vicié par la prohibition de part en part, verrouillé de tous les côtés. Nous avons donc autre chose à faire que de focaliser sur le cannabis.

Libé a pourtant décidé que le cannabis nous obsédait. *Libé* a décidé que les Français ne parlaient plus que de cannabis. *Libé* a décidé que la dépénalisation du cannabis était l’objectif ultime de tout discours sur les drogues en France.

Peu importe que notre dossier de presse (“ Drogues : 30 ans de répression = 22 000 morts, 350 000 contaminations, 1 million d’arrestations ”, paru dans le dernier numéro d’*Action*) ait été égaré dans les couloirs de la rédaction (il paraît que l’auteur de la brève ci-contre ne l’a jamais reçu). Les sources du journaliste nous ont été indiquées, il s’agit de la dépêche de l’AFP, reproduite ici. Aucun journaliste de *Libé* n’était sur le lieu de l’action. Pourtant, la dépêche de l’AFP ne parle à aucun moment de “ drogues douces ”, ni de “ fumer ” quoi que ce soit. Aucun militant n’a prononcé ni le mot de “ cannabis ”, ni celui de “ Belgique ”, ni évoqué un quelconque “ joint ”. Personne n’a jamais crié “ fume, c’est du belge ” (expression dont on apprend, à l’occasion, qu’elle sert aussi d’invitation à se faire faire une fellation, dans un argot quelconque). Si les journalistes de *Libé* ne sont pas homophobes, ils ont en tout

La dépénalisation du cannabis ne nous intéresse pas. Au sens où elle n’a pas besoin de nous pour se faire. Au sens où elle est aussi évidemment indispensable qu’évidemment insuffisante. Il y a fort à parier que Nicole Maestracci, tenue par l’interdit imposé sur la loi de 1970 par Chirac et Jospin, n’en peut plus de tenir des discours auxquels elle ne croit plus elle-même — d’affirmer que “ la dépen-

cas une curieuse conception du journalisme. Et une longue pratique de l'humour gras.

C'était dans le *Libé* du 29 janvier. Quelques jours avant, le 23 janvier, un article avait été publié dans *Rebonds*, signé de trois noms plutôt connus de la réduction des risques (François-Xavier Colle, Anne Coppel, Serge Hefez), dont le titre et le contenu contrastaient curieusement. Le texte contestait la criminalisation des usages de drogues dans leur ensemble, et concluait sur la nécessité d'une " *dépénalisation partielle de l'usage* ", toutes drogues confondues. Le titre, lui, n'en annonçait pas moins : " *Pour une dépénalisation du cannabis* ". Renseignements pris, le titre avait été fabriqué par les journalistes de *Libé* (ils en ont le droit). Les auteurs avaient été mis devant le fait accompli. La revendication qu'ils exprimaient concernant la loi de 1970 était beaucoup plus large que celle qu'annonçait le titre, en effet.

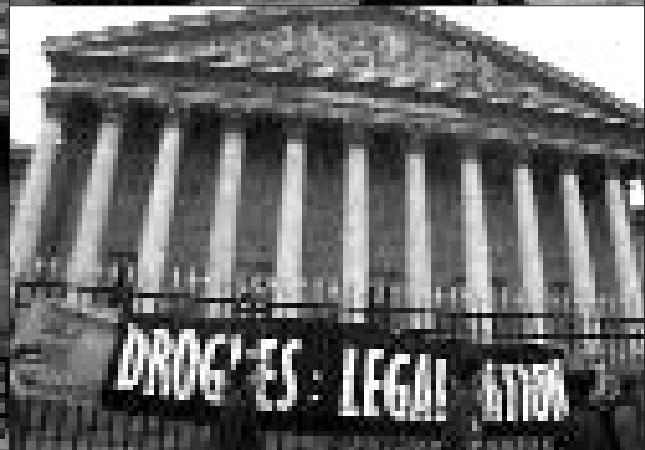
De deux choses l'une. Soit les journalistes de *Libé* sont bêtes ; ils ne comprennent rien ; ou bien ils sont obsessionnels — et assez lâches pour faire parler leurs revendications par la bouche d'autres qu'eux. Soit ils font autre chose que du travail d'information ; ils soignent l'ordre des choses, en bons petits soldats ; ils vont au plus facile, amoureux du sens commun. Reformatant les débats au passage, avant même qu'ils soient lancés, pré-mâchant le travail des pouvoirs publics. On les a vu agiter les vieux épouvantails homophobes à propos des débats sur le relapse et le bareback, donner la parole aux psys les plus trivialement attachés à l'ordre symbolique à propos de l'adoption par les couples homosexuels. Concernant les drogues, ils suppriment tout ce qui dépasse, et rabattent au plus ras de ce que la culture courante des post-soixante-huitards leur a appris : banalité du cannabis, épouvante de l'héroïne.

Le débat sur les drogues aujourd'hui, c'est : " *cannabis = dépénalisation, le reste = tabou* " ? *Libé* a du goût pour la majorité bien-pensante. *Libé* lui rend bien service.

AG des drogues (ou plutôt de ceux qui les aiment)

Nous, usagers de drogues, sommes les principaux absents et les principales victimes du discours officiel sur les drogues, alors que nous sommes les premiers concernés. Le débat prohibition/non-prohibition n'est pas dépassé. Et pour nous, il n'est pas question de choisir un camp, l'Etat l'a fait à notre place ; ce, quels que soient les produits que nous consommons : héroïne, cocaïne, ecstasy, LSD, kétamine, cannabis... La loi de 1970 ne peut plus durer : elle nous met en danger, elle nous criminalise, elle nous infantilise. La prohibition nous fait prendre des risques, juridiques et sanitaires. C'est à nous, usagers de tous les milieux et de toutes pratiques, de nous mobiliser pour savoir par quoi nous voulons la remplacer, de prendre la parole pour que notre citoyenneté ne s'arrête pas au moment précis où nous nous faisons plaisir.

Le mardi 22 mai 2001 à 19h, Ecole des Beaux-Arts, Amphithéâtre des Loges, 14 rue Bonaparte 75006 Paris, M° Saint-Germain-des-Prés





GRACES MEDICALES : ATTENDRE ET MOURIR.

Condamner un malade à la prison, c'est menacer gravement son état de santé. Lui refuser une grâce médicale, c'est le condamner à mort.

Jeudi 1^{er} mars 2001, des militants d'Act Up-Paris ont manifesté devant l'Administration Pénitentiaire, rue du Renard à Paris, afin de dénoncer une fois de plus la difficulté pour les détenus malades ou atteints de pathologies graves d'obtenir une grâce médicale.

Dénoncer les lenteurs administratives et l'archaïsme criminel de ce dispositif n'est pas pour nous chose nouvelle. Nous avons toujours eu, depuis nos débuts, à nous préoccuper des détenus malades du sida ou atteints de pathologies graves : à l'époque les demandes de grâces étaient nombreuses, ainsi que les décès ; et les grâces n'étaient accordées qu'aux personnes en fin de vie, le plus souvent la veille de leur mort. En 1996, un rapport sur les grâces médicales a été demandé au professeur Gentillini et à M. Pradel par H. Gaymard et J. Toubon, alors ministres de la santé et de la justice. Le pré-rapport restera lettre morte pour cause de dissolution. E. Guigou et B. Kouchner, nommés en 1997, M. Lebranchu et D. Gillot à leur suite, n'ont pas rouvert ce dossier, malgré nos pressions. Des rendez-vous, des courriers communs avec d'autres associations se confrontant sur le sujet aux mêmes difficultés. Une action contre l'administration pénitentiaire en février 2000, une manifestation au mois de novembre 2000, rien n'y fait, les détenus malades continuent d'attendre qu'on s'intéresse à leur sort.

Aujourd'hui, la prise en charge médicale des personnes atteintes par le VIH / sida s'est améliorée. On meurt moins, mais on en meurt encore. Les conditions de détention, elles, n'ont pas évolué, et une pathologie comme l'infection à VIH est incompatible avec l'enfermement. En prison, les contraintes d'une multithérapie anti-rétrovirale sont aggravées. Il est plus difficile de soigner les infections opportunistes. On ne peut choisir son médecin. Garder son état de santé confidentiel est impossible. Le matériel d'hygiène (savon, papier toilette, etc.), mais aussi les vitamines et les compléments nutritionnels, dont ont souvent besoin les séropositifs, sont vendus à des prix inaccessibles. Bref, la prison est pathogène. Les malades doivent en sortir.

Les grâces médicales devraient permettre de libérer rapidement toute personne atteinte d'une maladie grave. Dans la réalité, il n'en est rien. Le dispositif est complexe, d'une len-

teur extrême. Il exclut d'emblée les détenus en préventive, puisqu'il faut être condamné pour pouvoir bénéficier d'une grâce. Pour les détenus purgeant une peine, il faut atteindre un stade avancé de la maladie pour pouvoir en faire la demande. Elle est alors adressée au Président de la République, qui la transmet à la chancellerie.

Cette dernière doit nommer un médecin expert qui rend son avis. Enfin, le Président de la République, ayant tout pouvoir, gracie ou non, selon son humeur. Le parcours est trop lent, les refus nombreux. Pour exemple, Act Up a déposé une demande de grâce pour un détenu le 31 mars 2000. Malgré nos relances, à ce jour nous n'avons toujours pas de réponse. Ce détenu a entre temps fait une grève de la faim, qui a aggravé son état de santé. Qu'importe, pour l'administration pénitentiaire, puisqu'il n'est pas encore mort.

Il n'existe aucune étude de la part des ministères de la justice ou de la santé sur les grâces médicales. Combien de demandes sont adressées par an ? Combien sont refusées ? Combien sont accordées ? Avec quel délai de réponse ? Ce silence témoigne de l'indifférence des pouvoirs publics face à la situation dramatique des malades en détention.

Marylise Lebranchu nous promet une nouvelle loi pénitentiaire avec, peut-être, une réforme du système des grâces. Les détenus gravement malades n'ont pas le temps d'attendre l'automne prochain, les débats parlementaires, le vote de la loi, les décrets d'application. Les administrations doivent, dès maintenant, raccourcir les délais de traitement des dossiers, prendre en compte les demandes de tous les détenus atteints d'une pathologie grave, et non pas seulement des personnes en fin de vie ; et enfin assurer l'indépendance des médecins-experts qui sont nommés.

Sans ces mesures concrètes, immédiates, les administrations et les pouvoirs publics se rendront complices de l'aggravation de l'état de santé de tous les détenus atteints de pathologies telles que le VIH. Nous en avons assez que les débats qui agitent régulièrement l'opinion publique et la sphère politique sur l'état catastrophique des conditions de détention n'aboutissent à rien, si ce n'est à construire des prisons neuves.

Que les pouvoirs publics libèrent les sans-papiers, les usagers de drogue, les prostituées, les précaires, les malades et tous les autres.

En attendant, qu'une réforme immédiate du dispositif des grâces médicales conduise au moins vers la libération de tous les détenus atteints de pathologies graves.

[Texte publié dans l'Humanité le 2 mars 2001]

Homos et détention.

S'il existe des sujets difficiles et délicats à traiter, l'homosexualité en détention en est un. A Act Up, nous recevons de plus en plus de témoignages sur la difficulté de vivre sa sexualité en détention. Au-delà de la répression d'actes commis, la prison sanctionne les sentiments, les émotions, les sensations.

La sexualité est "interdite" en prison. Aucun texte n'en parle explicitement, c'est une règle qui n'est écrite nulle part, mais elle est appliquée. Si l'administration a vent de relation entre détenus, c'est l'isolement assuré. La prison est un lieu dépourvu de tout privé ou intime. Quiconque peut être vu à tout moment et poursuivi, voire condamné, "pour avoir imposé à la vue d'autrui des actes obscènes ou susceptibles d'offenser la pudeur".

La répression de la sexualité reste un moyen de pression particulièrement efficace sur les détenus, leurs familles ou leurs proches, *a fortiori* quand il s'agit d'homosexualité.

Des relations entre hommes et entre femmes existent pourtant en prison comme ailleurs. Des livres, des articles ont été écrits sur l'homosexualité en détention, notamment sur l'homosexualité dite "de circonstance", qui naît, nous explique-t-on, de la promiscuité. Mais avouer son homosexualité ou la revendiquer en prison, c'est s'exposer aux mauvaises réactions des gardiens comme des autres détenus. En témoigne ce détenu que nous avons rencontré : "si j'avoue mon homosexualité, je risque de me retrouver à l'isolement, soi-disant pour me protéger. Mais moi je ne veux pas être mis à l'isolement parce que le régime de détention n'est pas le même. L'isolement est trop dur à vivre, je ne le supporterai pas". Les insultes, les propos homophobes restent le lot quotidien dans beaucoup des cas. Les histoires insupportables sont affaires courantes. Comme celle de ces deux garçons qui vivaient "plutôt bien" leur liaison jusqu'au jour où un surveillant a surpris un "acte offensant la pudeur" ; s'enchaînèrent alors séparation, brimades, transfert. Ou encore celles de ces deux femmes qui se retrouvèrent au mitard simplement pour avoir couché ensemble. Les brimades physiques, les viols font également partie des traitements subis par les détenus dont l'homosexualité est connue. Les victimes de ces actes peuvent naturellement porter plainte, pour coups et blessures, pour viol, pour harcèlement moral ou physique, mais combien seront entendues, défendues, combien arriveront devant un tribunal et obtiendront gain de cause ? Très peu, parce que, dans la plupart des cas, le doute est mis en avant — "peut être étaient-elles consentantes", "peut être provoquent-elles leurs codétenus" — ou

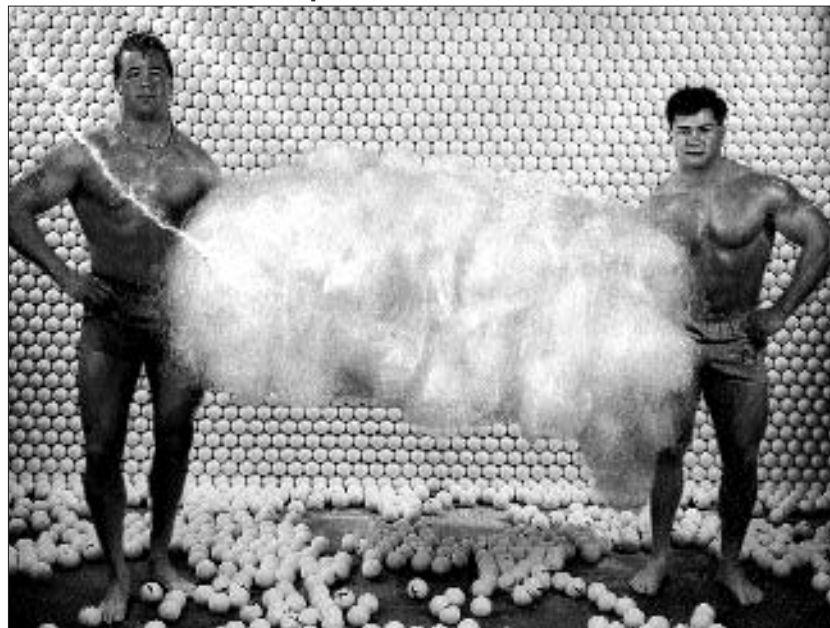
encore parce que personne, des surveillants ou du service médical, n'accepte de les entendre. Les procédures sont lentes et difficiles, bien souvent assorties de pressions — "si tu parles, je te tue".

Dans ces conditions, bien des drames restent dans le silence et il est extrêmement difficile d'obtenir des témoignages précis, vérifiables, concernant ce que subissent les détenuEs. La censure du courrier (pratique courante et moyen de pression et de contrôle connu en prison) fait toujours obstacle.

Des actions sur ce sujet peuvent être envisageables, mais il faut anticiper les répercussions sur les détenus qui restent en prison ce qui limite les possibilités. Et pourtant, nous ne pouvons pas nous taire.

Les chefs d'établissements pénitentiaires et le Ministère de la Justice pensent peut-être que la vocation du système pénitentiaire n'est pas de lutter contre l'homophobie. Doivent-ils pour autant fermer les yeux sur celle-ci ? Il est impératif de continuer à alerter et informer le personnel de surveillance. La reconnaissance de l'homosexualité depuis ces dernières années a évolué partout sauf en détention. Le Ministère de la Justice doit mettre en place des formations sur les problématiques liées au respect des différences, et notamment sur l'homophobie.

Nous devons également continuer à nous battre pour que les unités de vie familiale soient accessibles à tous les détenus, hétéros ou homos. Faudra-t-il être marié, pacsé, en concubinage pour pouvoir soutenir nos proches, nos amants ? Nous réclamons le droit de vivre notre sexualité à l'intérieur comme à l'extérieur des prisons.





Accès au logement pour les séropos.

Parmi les problèmes sociaux auxquels les séropositifs sont confrontés, l'accès à un véritable logement est l'un des plus cruciaux. La permanence juridique d'Act Up a reçu en moins de deux ans près de 80 personnes en difficulté de logement à Paris : soit parce qu'elles étaient menacées d'expulsion, soit parce qu'elles galéraient depuis trop longtemps dans des structures soit-disant "transitoires", soit parce qu'elles n'avaient aucun hébergement. Toutes les associations, qu'elles s'occupent de logements sociaux de droit commun, d'hébergement thérapeutique ou de logement d'urgence, sont dépassées par le nombre croissant des demandes et l'absence de réelles solutions.

Les causes de cette situation sont multiples, mais la principale reste l'absence de politique sociale en matière de logement. A Paris, le nombre d'appartements sociaux est nettement insuffisant. Malgré les innombrables appartements inoccupés, les bureaux vides, les administrations sont incapables de répondre dans des délais raisonnables aux demandes de logement sociaux. Améliorer les conditions de logement des séropos à Paris, c'est avant tout augmenter massivement et immédiatement le nombre d'appartements sociaux. Pour ce faire, la nouvelle équipe municipale doit prendre toutes les mesures qui s'imposent — réquisition, réhabilitation, construction.

Par ailleurs, la grande majorité des appartements "sociaux" parisiens ne sont pas réellement prévus pour les personnes disposant de faibles revenus. Ainsi, les critères de ressources exigés par la plupart des bailleurs excluent d'emblée les bénéficiaires de minima sociaux (RMI, Allocation Adulte Handicapé) ou d'une pension d'invalidité au profit de salariés. Il faut donc dès maintenant encourager la création d'appartements réellement destinés aux plus précaires.

La complexité du dispositif réduit d'autant plus les chances des demandeurs. Services sociaux de la mairie, élus, préfecture, bailleurs sociaux, travailleurs sociaux et associations, les interlocuteurs sont multiples, leurs pouvoirs respectifs inégaux. Les responsabilités de chacun sont systématiquement renvoyées sur d'autres en cas de dysfonctionnements du système : les élus d'arrondissement accusent la Mairie de Paris, qui accuse la Préfecture, qui accuse les bailleurs sociaux, qui accuse etc. Ce qui rend de surcroît les commissions d'attribution, auxquelles les associations n'ont pas accès, particulièrement opaques.

Au sein de ce dispositif, les bailleurs sociaux ont un pouvoir exorbitant. Certains d'entre eux pratiquent des discriminations fondées sur l'orientation sexuelle, l'identité de genre, la nationalité, la taille et la composition de la famille, ou encore l'usage de drogues. Ces discriminations sont d'autant plus graves qu'il est impossible aux demandeurs de prouver qu'ils en ont été victimes, les bailleurs justifiant toujours de leur refus en invoquant des critères de ressources. Le dispositif doit donc être simplifié et rendu plus transparent, notamment en intégrant des représentants associatifs aux commissions d'attribution et en créant une commission de recours, accessible aux associations, qui sera particulièrement vigilante aux refus suspects ou non motivés.

Le dispositif d'attribution d'un logement social prévoit la prise en compte de handicaps ou de graves problèmes de santé (notamment par le biais d'une notification COTOREP). Pourtant, dans les faits, ces critères ne sont absolument pas reconnus. Là encore, les bailleurs sociaux ont tout pouvoir. Ils peuvent refuser l'attribution d'un logement à une personne

que la Mairie, sur recommandation des associations de défense des malades, leur aura présentée comme prioritaire. Lorsque nous demandons aux élus municipaux d'intervenir, leur réponse va de l'aveu d'impuissance au plus grand cynisme. Ceux-ci doivent dès maintenant prendre les mesures nécessaires pour qu'un taux d'incapacité à partir de 50 % soit pris en compte comme critère de priorité dans l'accès à un logement social. Dans le cas du VIH, il est par exemple impossible de respecter les contraintes d'un traitement en étant dans la rue ou mal logé.

Enfin, dernier obstacle à l'obtention d'un appartement, l'attribution d'une aide au logement comme le Fonds de Solidarité Logement (FSL) souffre de nombreux retards et dysfonctionnements. Le FSL est supposé couvrir le dépôt de garantie ainsi que le premier mois et, dans certains cas, les impayés de loyer. Mais les critères d'obtention sont inadaptés et les délais beaucoup trop longs. Lorsqu'un demandeur l'obtient, c'est généralement beaucoup trop tard et il a dû s'endetter pour payer les frais de prise de logement, ou a été expulsé pour n'avoir pas pu payer son loyer. Ces retards et dysfonctionnements doivent disparaître et il est nécessaire de créer une allocation de maintien dans les lieux qui, complétant le dispositif FSL, prendra immédiatement le relais en cas d'impayé de loyer.

Parce qu'ils ne trouvent pas de logement définitif, les séropos et les malades doivent se contenter de structures provisoires : hôtels sociaux, appartements d'insertion, appartements relais, appartements thérapeutiques. Ces structures, en nombre insuffisant, sont engorgées. Par ailleurs, elles n'ont pas pour vocation de pallier aux carences du logement social de droit commun. Elles répondent à des besoins spécifiques. Beaucoup de personnes se trouvent ainsi dans des appartements de coordination thérapeutique (ACT), alors qu'elles n'ont pas ou plus besoin des services médico-sociaux proposés par ces structures, mais parce qu'elles n'ont aucune autre possibilité de logement et que les responsables des ACT ne peuvent les mettre à la rue.

En outre, ces ACT, peu nombreux (il n'y en a que 100 à Paris), connaissent des difficultés majeures de financement. Un volet de la loi de financement de la Sécu prévoyant qu'ils soient désormais totalement financés par l'Assurance Maladie a été annulé en janvier par le Conseil Constitutionnel. Depuis, l'Etat et la Sécurité Sociale se renvoient la balle pour trouver une solution. Tandis que les malades logés en ACT attendent, faute de financement, que leur hébergement ferme et qu'ils se retrouvent à la rue.

En juin 2000, Act Up interrompait le Conseil de Paris pour dénoncer l'incompétence des élus, tant de gauche que de droite, sur la question du logement des séropos. Suite à ce zap, deux rendez-vous étaient fixés avec des élus tibéristes, puis des élus PS. Aucune réponse satisfaisante n'a été donnée. Claude Griscelli pour la droite, Bertrand Delanoë pour le PS se sont contentés de vagues promesses électorales et se sont engagés à soutenir quelques dossiers sans qu'aucun résultat ne soit obtenu. A l'occasion des élections municipales et à l'initiative d'Act Up, diverses associations s'occupant de logement et d'hébergement se sont regroupées en une plateforme interassociative. L'objectif est clairement de faire pression sur les nouveaux élus et d'obtenir les mesures d'urgence qui s'imposent. Ces élus ne peuvent plus se réfugier derrière la complexité du dispositif et renvoyer leurs responsabilités à d'autres (préfecture et bailleurs sociaux) pour ne rien faire et laisser des centaines de séropos à la rue.

Pub télé média 185x133
allogay



n°3 Réunion Publique d'Information, Toulouse **VIH-VHC, Quelles priorités ?**

Mercredi 21 mars, de 19h à 22h

Université des Sciences Sociales, amphî Raynaud, place Anatole France, 31000 Toulouse.

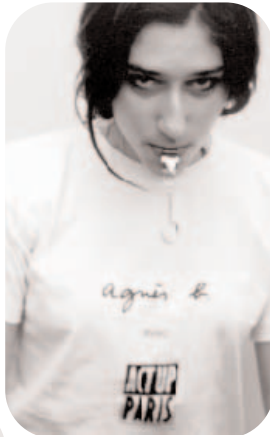
Le 21 mars 2001, à 19h, Act Up-Paris et Act Up-Toulouse organisent la 3^e Réunion Publique d'Information.

La co-infection soulève de nombreux problèmes cruciaux pour les malades. Il est désormais avéré que l'infection par le VIH aggrave la maladie liée au VHC, expose les malades à des lésions hépatiques plus sévères et à une évolution plus rapide vers la cirrhose.

Suite à l'annonce de la co-infection, comment envisager une proposition de traitement ? Quelles sont les meilleures stratégies thérapeutiques à l'heure actuelle ? Quels sont les examens importants et les paramètres à surveiller pour le suivi et le traitement du VHC ? Qu'en est-il de la consommation d'alcool ?

Pour répondre à ces questions : Dr Barange (Hôpital Purpan), Dr Garipuy (Hôpital Ducuing), Gérald Sanchez (Act Up-Paris) ainsi qu'un psychologue (sous réserve) participeront à la 3^e RÉPI de Toulouse.

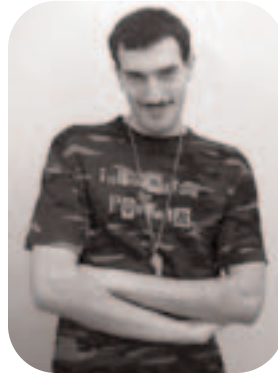
TEE-SHIRT > SWEAT-SHIRT > BADGE > SIFFLET



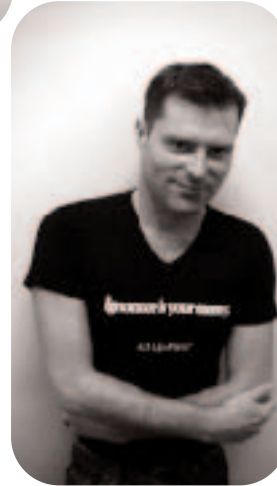
par Barbara Bui



par Agnès B.



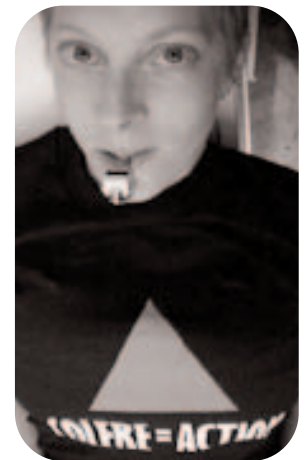
par Castelbajac



par Louise Attaque



par José Lévy



- tee-shirt > silence = mort, colère = action, action = vie
- tee-shirt > agnès b. avec act up-paris < blanc ou noir
- tee-shirt > logo act up-paris < jaune, violet, bleu nuit, bleu clair, vert, bordeaux
- tee-shirt > barbara bui < blanc, bleu nuit, gris, sable, kaki
- sweat-shirt > act up-paris sur manche < bleu ciel, bleu nuit, rouge, blanc, kaki
- sweat shirt > frise verticale act up-paris < bleu nuit, noir
- tee-shirt > J.-C. de Castelbajac, information = pouvoir < en lettres orange sur camouflage
- tee-shirt > Louise Attaque, le groupe < bleu clair, noir
- tee-shirt > Louise Attaque, couple avec louisette sur manche < kaki, noir*
- tee-shirt > knowledge is a weapon < bleu clair, vert, mauve, bordeaux, kaki, rouge, brique, marron
- tee-shirt > ignorance is your enemy < bleu nuit, bleu ciel, vert, rouge, mauve, orange, kaki, bordeaux**
- tee-shirt > logo arc-en-ciel < blanc
- tee-shirt & débardeur > José Lévy < bleu nuit
- sweat shirt > act up-paris sur manche avec capuche < bleu, noir, marron, kaki***

* Louise Attaque, couple avec louisette sur manche : kaki F n, XL n uniquement.
 ** ignorance is your enemy, existant également : noir taille U n, bleu nuit taille U n, rouge taille U n, kaki taille U n.
 *** act up-paris sur manche avec capuche : bleu S n uniquement, marron XL n uniquement.

Taille	Prix	Quantité	Couleur
S n M n L n XL n	100 F	<input type="checkbox"/>
S n M n L n XL n	100 F	<input type="checkbox"/>
S n M n L n XL n	100 F	<input type="checkbox"/>
S n M n L n	150 F	<input type="checkbox"/>
M n L n	160 F	<input type="checkbox"/>
M n L n	160 F	<input type="checkbox"/>
M n	100 F	<input type="checkbox"/>
	100 F	<input type="checkbox"/>
S n M n XL n	100 F	<input type="checkbox"/>
S n M n L n XL n	100 F	<input type="checkbox"/>
TU n	100 F	<input type="checkbox"/>
M n L n XL n	50 F	<input type="checkbox"/>
S n L n	100 F	<input type="checkbox"/>
S n M n L n	180 F	<input type="checkbox"/>

sifflet
 badges : j'ai envie que tu vives personne ne sait que je suis séfarade
 silence=mort, action=vie, colère=action

10 F
 10 F
 10 F

retrouvez ces militantEs avec tee-shirts et colifichets en couleur sur www.actupp.org.

bon de commande

Bon de commande. Complétez et retournez accompagné d'un chèque libellé à l'ordre d'Act Up-Paris. BP 287. 75525. Paris cedex 11.

Nom Prénom Adresse
 Après avoir coché les cases, précisez ici le montant total de votre chèque n'oubliez pas les frais de port, 20 F Total F

► **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 561 410)
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

RPMV.

75325 Paris cedex 11

Tel: 01 49 29 41 75

Fax: 01 49 08 16 74

Email: actup@actup.org

Web: <http://www.actup.org>

skel: 391835 569 0025 - A/E: 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 SOUPLE ET AINSI
VOUS CONCRÉTISEZ VOTRE SOUTIEN
TOUT AU LONG DE L'ANNÉE

LES INFORMATIONS CONTENUES DANS LA PRÉSENTE DEMANDE NE SONT UTILISÉES QUE POUR LES SEULS BESOINS DE LA GESTION ET POURRONT DONNER LIEU À UN EXERCICE DU DROIT INDIVIDUEL D'ACCÈS ET DE MODIFICATION, DANS LES CONDITIONS PRÉVUES PAR LA DÉLIBÉRATION N° 80 DU 1480 DE LA COMMISSION INFORMATIQUE ET LIBERTÉS. S'ADRESSER À ACT UP.

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT :

J'AUTORISE L'ÉTABLISSEMENT TENEUR DE MON COMPTE À PRÉLÈVER SUR CE DÉBITET, SI SA SITUATION LE PERMET, TOUTS LES PRÉLÈVEMENTS LIQUIDÉS PAR LE CRÉANCIER CI-DESSOUS. EN CAS DE LITIGE SUR UN PRÉLÈVEMENT, JE POURRAI EN FAIRE SUSPENDRE L'ÉCARTILION PAR SIMPLE DEMANDE À L'ÉTABLISSEMENT TENEUR DE MON COMPTE. JE RÉGLERAI LE DIFFÉREND DIRECTEMENT AVEC LE CRÉANCIER.

N° NATIONAL D'ÉMETTEUR

421 849

NOM, PRÉNOMS ET ADRESSE DU DÉBITEUR :

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER :

ACT UP-PARIS
BP 287
75325 PARIS CEDEX 11

nom et adresse postale de l'établissement
teneur du compte à débiter

CLÉ D'UTILISATION

CODE GUIDÉ

N° DE COMPTE

CLÉ RB

DATE

Signature :

AUTORISATION DE LA POSTE :

PA / B / 07 / 96

PRÉRE DE RENVoyer CET IMPRIMÉ À ACT UP, EN Y JOIGNANT, SVP, UN HOUCV D'IDENTITÉ BANCAIRE (RIB), POSTAL (RBP) OU DE CASSÉ (RPA) (RPF).

PUB AGL

PUB CONNEXION