

# Action.

La lettre mensuelle d'Act Up-Paris n°73, mars 2001



# Sommaire

Parlons-en ... 2  
Malades 1 Labos 0 (match Afrique du Sud) ... 4  
Malades 0 Labos 1 (match Burkina) ... 4  
OMS/OMC sale plan ... 6  
Idées shopping ... 7  
Responsables et/ ou irresponsables ... 8  
Essais de phase IV ... 12  
Fosamax ... 13  
Femmes ... 14  
Prométhée enchaîné ... 18  
Planet Africa ... 20  
Homophobie News ... 21  
Zap Tibéri ... 22  
PILS ... 23  
AG des usagers ... 24  
Usagers emprisonnés ... 25  
Joli mois de mai ... 26  
M6 ... 27

## 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 Czentre • Khalil  
Elouardighi • Germinal Pinalie • Alice  
Meier • Hugues Fischer • Aude  
Lalande • Claire Vannier • Joëlle Kri-  
korian • Younès Mezziane • Sylvain  
Coudret (feu la fraise) • Marie de  
Cenival • Delphine Fabing • Véro-  
nique Collard • Marie de Cenival •  
Gérald Sanchez • Serge Lastennet •  
Hortense Patouillard • Jérôme Mar-  
tin • Arlindo 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

# Irresponsables et amnésiques.

Ce n'est malheureusement pas une surprise. La récente enquête "presse gaie" a révélé des chiffres catastrophiques sur la prévention chez les homos. Une enquête de Sida Info Service le confirme. Les réactions face à cette enquête sont pourtant étonnantes. Certains médias gais n'en parlent pas, d'autres tels qu'Illico minimise les chiffres. Et en plus on nous reproche d'en parler, d'en faire trop, de trop montrer du doigt les homo, que les hétéros eux aussi ne se protègent pas, bref, qu'à parler d'une réalité, celle du relapse, on a pour principale action de stigmatiser les pd. Cette vieille rengaine, aussi chère aux pd qui ne veulent pas qu'on parle du relapse qu'aux pouvoirs publics qui ne veulent pas qu'on parle trop des pd, a donc trouvé un second souffle. Mais qui stigmatise ? Qui fait le jeu de l'épidémie ? Lorsqu'on dit que 33% des femmes étant au stade sida sont issues de la population immigrée, c'est de la stigmatisation ou simplement de la réalité d'une épidémie, aussi dramatique qu'elle soit. Lorsque les chiffres montrent que chez les usagers de drogues, les contaminations baissent régulièrement et de manière pérenne, c'est de la stigmatisation ou la simple preuve que les programmes de réduction des risques ont permis de changer les pratiques d'injection et de les rendre plus safe. Lorsque des pd déclarent volontairement dans l'enquête presse gaie qu'ils sont 23% à avoir eu une relation sexuelle non protégée, c'est de la stigmatisation ou la simple réalité d'un relâchement massif. Act Up peut agacer, énerver, parce que jour après jour nous ne lâchons pas. On peut nous reprocher d'être moralisateur, nous avons au moins un courage que beaucoup non pas : nous ne nous voilons pas la face et nous assumons ce qui se passe aujourd'hui. Les pd se protègent moins. Les

hétéros ne se protègent toujours pas. Les MST sont en augmentation spectaculaire. Et les contaminations VIH continuent. Les morts aussi, les échappements thérapeutiques également.

L'INVS vient de nous transmettre une enquête épidémiologique descriptive sur les cas de syphilis à Paris pour l'an 2000. " Parmi les cas diagnostiqués en 2000, trois quart d'entre eux concernaient des hommes homosexuels. La moitié des cas diagnostiqués étaient infectés par le VIH et parmi les patients séropositifs, 69 % connaissaient leur séropositivité avant le diagnostic de syphilis ", écrit l'INVS. Ce qui veut dire également que 31% des patients ont appris leur séropositivité à ce moment. Ces chiffres font froid dans le dos. Ils sont désespérants et décourageants. Il n'empêche qu'ils révèlent des pratiques et montrent bien qu'il s'agit de quelque chose de massif à Paris. Alors, que préférez vous ? Qu'on cache ses chiffres et qu'on fasse le jeu de l'épidémie, comme l'ont fait les pouvoirs publics pendant longtemps ? Ou qu'on transmette ces données, qu'on crée de l'information et de la prévention pour éviter qu'à l'avenir, ces chiffres soient confirmés.

La réalité est peut être difficile à avaler, mais nous n'avons pas d'autre choix que de l'assumer. Les 10 premières années de l'épidémie de sida ont été marquées par la contamination et la mort de milliers de personnes, majoritairement des homos, des usagers de drogues et des hémophiles, pendant que les pouvoirs publics ignoraient de manière criminelle l'épidémie, refusait de faire de la prévention envers les homos (" c'était contraire aux bonnes mœurs " et " stigmatisant "), de faire la publicité pour les préservatifs, de vendre des seringues, de chauffer les lots de sang. Voilà. On va fêter les 20 ans de l'épidémie de sida, ses 38

millions de personnes atteintes dans le monde, 14 millions de morts, dont 40000 en France.

Baisers sans capote, ne pas se protéger, c'est irresponsable. C'est insulter nos morts et leurs souffrances. Rappelez-vous des amis qui ont été contaminés dans les années 80 à cause d'une capote qui a explosé parce qu'à l'époque on ne faisait aucune information sur l'utilisation de lubrifiant. Rappelez-vous des amis qui ont découvert leur sida quelques jours avant leur mort. Rappelez vous de ces personnes qui se sont retrouvées exclues du fait de leur séropositivité. Rappelez vous également de ce que c'est d'être séropo aujourd'hui. On ne se construit pas d'identité en devenant séropo. Il n'y a aucun romantisme à être contaminé. En aucun cas, cela vaut le coup d'être vécu. A Act up, nous ne sommes pas suicidaires. Certes des salopes, mais pas suicidaires. A Act Up nous n'oublions pas les 20 ans d'épidémie derrière nous. Encore aujourd'hui nous croyons que cela vaut la peine de coller des affiches dans les rues de Paris, que cela vaut le coup de se battre pour des campagnes de prévention qui parlent aux homos. Peut être que nous nous trompons. Peut être que tout cela se calmera quand chacun aura attrapé le sida, une mst, pris un traitement d'urgence ou je ne sais quoi d'autre encore. Après tout, faites ce que vous voulez. Contaminez-vous. Prenez des risques. Mettez en jeu votre vie. Amusez-vous à prendre une trithérapie. Apprêtez vous à avoir des lipodystrophies, des rash cutanées, des diarrhées et des cauchemars. Rejoignez 140 000 personnes déjà contaminées en France. Cela ne taira pas ni notre fureur, ni notre désespoir.

Emmanuelle Cosse.



## **Les trente neuf compagnies pharmaceutiques qui attaquaient le gouvernement Sud Africains ont finalement du retirer leur plainte.**

Le conflit avait pour objet la réforme de la loi sud-africaine sur les médicaments, qui simplifie les procédures d'attribution de licences obligatoires\* et qui instaure la possibilité d'importations parallèles de médicaments brevetés entre pays du Sud. Les activistes Sud-Africains, qui s'étaient portés partie civile au procès, avaient convaincu le juge d'exiger que les laboratoires révèlent la hauteur de leurs coûts de fabrication et de leurs marges de bénéfices. Ces derniers ont donc préféré retirer leur plainte et laisser passer la réforme.

Ce retrait constitue une indubitable victoire, un camouflet au terrorisme légal international auquel se livre l'industrie pharmaceutique occidentale pour conserver ses monopoles et ses prix au niveau mondial. On se souvient en particulier des mises en demeure de Glaxo il y a un an, contre l'initiative

Ghanéenne visant à fournir des médicaments à une centaine de malades en se fournissant chez le génériqueur Indien Cipla : le laboratoire Britannique avait alors menacé les parties intéressées de procès pour atteinte à ses brevets. Après dix mois de lutte et qui sait combien de morts, Glaxo reconnaissait enfin il y a deux mois n'avoir jamais eu de brevets au Ghana.

La mobilisation des personnes atteintes en Afrique du Sud et des opinions publiques en Occident a permis avec ce retrait d'empêcher que l'industrie pharmaceutique occidentale ne bloque l'accès aux traitements — en particulier génériques — pour les malades d'Afrique du Sud. Après cette victoire, la Session Spéciale des Nations Unies qui se tiendra du 25 au 27 juin, puis le G8 en juillet, devront définitivement imposer la primauté des enjeux de santé publique sur ceux de la propriété intellectuelle.

## **Le Premier Sommet International pour l'Accès aux Médicaments Génériques anti VIH/sida victime de son succès**

Dans le but d'assurer la tenue du Sommet dans les meilleures conditions techniques et politiques, le Comité International, regroupant une quinzaine d'associations du Nord et du Sud partenaires sur ce projet, a décidé de son report. Une nouvelle date sera fixée dans les semaines à venir.

Aujourd'hui, la mobilisation grandissante sur la question des génériques et copies oblige à repenser les modes de travail et d'implications de chacun.

Avec le retrait de leur plainte en Afrique du Sud, les laboratoires pharmaceutiques nous en donnent la preuve, le Premier Sommet International pour l'accès aux médicaments génériques est une nécessité. Depuis un an, c'est avant tout sur le terrain de la protection de la propriété intellectuelle que les laboratoires et leurs principaux alliés se sont montrés les plus actifs et les plus dépendants. Pourtant les rapports de force peuvent désormais être modifiés. Des pays du Sud produisent actuellement eux-mêmes des médicaments génériques ou des copies contre le VIH/sida à des prix sans commune mesure avec ceux affichés par l'industrie du Nord. En l'espace d'un an, ils ont ainsi démontré que le prix exorbitant des médicaments n'est pas une fatalité ; que l'industrie du Nord ne se pliera qu'aux règles de la concurrence. Aujourd'hui, l'urgence qu'il y a à traiter les millions de personnes atteintes dans les pays en développement impose de multiplier rapidement les sources de production dans les pays du Sud et de développer les importations Sud/Sud.

C'est pourquoi les associations de malades et les ONG impliquées pour l'accès aux traitements dans les pays en développement ont pris l'initiative d'organiser le premier Sommet International pour l'accès aux médicaments génériques anti VIH/sida.

Ainsi, les associations de plus de 50 pays se réuniront pour s'informer sur la production, l'importation et la promotion de médicaments génériques et de copies de qualité. Avec nombre de spécialistes de la santé et du médicament, les acteurs de terrain entendent définir les stratégies et les alliances dont ils ont besoin aujourd'hui pour permettre l'accès aux médicaments génériques et aux copies.

A cette occasion, interlocuteurs politiques, organismes internationaux, coopérations bilatérales, bailleurs de fonds seront invités à entendre leurs propositions. Ils pourront alors accorder aux malades la même attention qu'ils prêtent traditionnellement aux industriels, aux exigences du terrain la même écoute que celle qu'ils réservent aux multinationales, aux génériques la même place que celle qu'ils donnent aux médicaments de marque. Ce sommet sera, avec leur soutien, l'occasion d'élaborer un agenda politique concret autour d'objectifs répondant de façon durable et réaliste à l'inaccessibilité des traitements.

**Les malades du Sud doivent pouvoir bénéficier de l'intégralité de la palette thérapeutique anti VIH/sida à prix coutant dans les meilleurs délais. C'est là le but du Premier Sommet International pour l'accès aux médicaments génériques anti VIH/sida.**

[ 15:44:14 Mardi 24 Avril 2001 ]

**OUAGADOUGOU, 24 avr (AFP) - Le gouvernement burkinabé ' n'avait pas été associé' à la préparation d'un sommet international pour l'accès aux médicaments génériques contre le sida à Ouagadougou, dont les organisateurs ont annoncé le report, a-t-on appris mardi de source gouvernementale.**

**Evoquant notamment des ' réticences' des autorités du Burkina Faso, les ONG organisatrices de ce sommet, prévu du 3 au 7 mai à Ouagadougou, ont annoncé mardi à Paris son report à une date et dans une ville qui n'ont pas encore été fixées.**

**[Le ministre] a par ailleurs confirmé que les autorités de Ouagadougou sont actuellement engagées dans des négociations avec les grandes firmes pharmaceutiques pour obtenir une réduction du prix des traitements contre le sida.**

**' Les négociations ont partiellement avancé de façon bilatérale', a indiqué M. Tapsoba. Il a annoncé la tenue d'une table ronde avec les firmes pharmaceutiques du 7 au 11 mai à Ouagadougou, sans vouloir toutefois y voir un lien avec le report du ' sommet' sur les génériques.**



**Pas à Ouagadougou du 3 au 7 mai,  
mais prochainement et toujours très motivés.**



# OMS et OMC remettent la vie des séropos entre les mains des labos

Dimanche 8 avril à Oslo, OMS et OMC entendaient orchestrer la recherche d'une solution globale au problème de l'accès aux traitements dans les pays en développement en invitant les grands laboratoires pharmaceutiques à débattre de différenciation des prix en l'absence des malades.

La discussion a notamment fait émerger la proposition suivante : la concession par les industriels du Nord de licences volontaires à quelques producteurs bien ciblés moyennant royalties. On imagine le deal : octroi au concurrent d'un droit exceptionnel de copier une molécule, de la distribuer à un prix fixé de façon totalement opaque, dans des conditions draconiennes de contrôle de son utilisation en échange de royalties, extension de brevets, détaxes, ou autres remises d'impôts.

**OMS et OMC partent d'une hypothèse absurde et fautive : la solution reposerait sur la philanthropie des laboratoires occidentaux.**

Nous n'avons obtenu qu'une seule chose de ces multinationales : qu'elles alignent leurs prix sur ceux des producteurs de génériques en Inde et au Brésil. Ces laboratoires font aujourd'hui ce qu'ils prétendaient impossible il y a deux ans — des prix plus bas au Sud. Mais s'ils le font, c'est qu'ils y sont contraints par la concurrence. Ne confondons pas bonté d'âme et loi du marché.

En revanche nous n'avons toujours pas obtenu :

- de traitements à prix coûtant. Personne n'est d'ailleurs en mesure d'évaluer le coût réel d'un médicament ; les industriels refusent de communiquer les informations qui permettraient de le calculer.
- une véritable concurrence, ouverte et durable qui permette d'atteindre les prix les plus bas aujourd'hui comme demain.

A l'heure actuelle, ni les pays du Nord, ni les institutions internationales n'ont le courage de soutenir politiquement ce principe que certains pays du Sud tentent de mettre en œuvre. Ils se placent du côté des grands laboratoires qui préféreront octroyer des licences volontaires au coup par coup et pour des durées limitées plutôt que de voir les pays du sud organiser seuls leur production et leur accès aux médicaments.

Nous ne voulons pas de ces arrangements. Au Nord, ces industriels rentabilisent largement leurs investissements et dégagent des bénéfices colossaux. Dans les pays en développement, l'important est de pouvoir produire ou importer librement des copies des molécules nécessaires à la survie des malades. Le Sud n'a pas besoin des grands laboratoires.

Ce dont le Sud a besoin c'est de moyens financiers et techniques pour multiplier les capacités de production ; c'est d'un accès à toutes les informations permettant de fabriquer les nouveaux traitements dans les plus brefs délais.

Ce dont les malades du Sud ont besoin, c'est d'accéder à l'intégralité de la palette thérapeutique anti-rétrovirale à prix coûtant.

Rien ne doit être concédé aux multinationales. Institutionnaliser la licence volontaire, ce serait :

- renoncer aux licences obligatoires, donc au seul outil de pression permettant de faire baisser les prix,
- restreindre encore les possibilités laissées aux pays en développement dans les accords de l'OMC sur la propriété intellectuelle,
- s'en remettre au bon vouloir des laboratoires.

**Le droit à la santé ne peut pas être une exception, limitée à quelques pathologies, limitée dans le temps, limitée à quelques molécules, dans quelques pays et pour quelques patients.**

**Les droits inscrits dans les accords TRIPS (licences obligatoires) ne doivent pas être rognés. Au contraire ils doivent devenir la règle.**

**Le droit de copier pour vivre ne saurait être concédé au coup par coup. Il doit s'imposer partout où il est nécessaire à la survie, sans condition.**

**La propriété intellectuelle doit être abolie, partout où elle tue.**

# Idées shopping...

## Coût des traitements par capsule (en dollars US)

Prix les moins chers indiqués en gras

Source MSF

DCI / INN	Far Manguinhos Brésil	Cipla Inde	Hetero Inde	Aurobindo India	Lab PISA Mexique	Protein Mex.	Combinop. Espagne	Samchully Corée	GPO Thaïlande	Argentine
<b>Abacavir</b> 300 mg			<b>5,322</b>			**				
<b>Didanosine</b> 25mg caps	0,162	<b>0,100</b>		en cours		**			0,616	0,750
<b>Didanosine</b> 100mg caps	0,487	<b>0,400</b>		en cours		**				1,880
<b>Didanosine</b> 200mg caps		<b>0,800</b>	<b>1,077</b>	en cours						1,880
<b>Efavirenz</b> 200mg caps	1,600	<b>0,840</b>	1,050	encours						0,392
<b>Indinavir</b> 400mg caps	0,341	0,260	<b>0,134</b>	en cours						1,990
<b>Lamivudine</b> 150mg caps			<b>0,685</b>	en cours						3,487
<b>Nelfinavir</b> 250mg caps	1,250	0,460	<b>0,277</b>	*						
<b>Nevirapine</b> 200mg caps			<b>0,589</b>	en cours						1,217
<b>Ritonavir</b> 100mg caps			<b>0,454</b>	en cours						0,165
<b>Saquinavir</b> 200mg caps				*					0,261	0,229
<b>Stavudine</b> 30mg caps	0,097	<b>0,090</b>	<b>0,064</b>	*		**		**	0,355	0,390
<b>Stavudine</b> 40mg caps	0,270	0,095				**		**	0,308	0,197
<b>Zalcitabine</b> 0,75mg caps	0,080		<b>0,041</b>	*				**		
<b>Zidovudine</b> 100mg caps	0,146	<b>0,140</b>		*		0,297		**		
<b>Zidovudine</b> 300mg caps		<b>0,420</b>		*		**	0,278	**		
<b>ZDV + 3TC</b> 300mg/150mg caps	0,676	<b>0,660</b>					1,000	**		0,817
<b>Zidovudine</b> 50mg/5ml sirop		<b>2,000</b>								
<b>3TC</b> 50mg/5ml sirop		<b>3,000</b>								
<b>NVP</b> 50mg/5ml sirop		<b>4,000</b>								

Far Manguinhos (federal manufacturer in Brazil) : Prix publics 2001 / Public prices 2001.

Cipla & Hetero : Prix offert par le gouvernement en février 2001.

Offre humanitaire de Cipla : d4t 40 mg, \$0.55 / 3TC 150 mg, 0,15\$ / nevirapine 200 mg, 0,273\$.

Protein : Prix indiqués à MSF en janvier 2001.

Lab PISA, Samchully et GPO: identifiés dans la base de données de UNICEF.

GPO : Prix indiqués à MSF en Décembre 2000.

Argentine : Prix publics de l'appel d'offre de sept. 2000. Pas d'origine précisée sauf pour l'amprenavir, le ritonavir et l'efavirenz produits localement. Depuis mars 2000 de nouveaux producteurs d'indinavir et de nevirapine.

Combinopharm : Prix offerts à MSF en janvier 2001 (et à la Côte d'Ivoire dans le cadre de l'Accelerated Access Initiative).

\* Les prix d'Aurobindo ne sont pas fournis par molécule mais la dernière offre (Mars 2001) est de : 295\$ pour une trithérapie par patient et par an (zidovudine, lamivudine et nevirapine).

\*\* Prix non communiqués.



# RESPONSABLES

**Au mois de mars dernier, l'Institut de Veille Sanitaire présentait les résultats préliminaires de l'enquête " Presse Gay 2000 ". Près de 5000 homosexuels ont répondu à ce questionnaire concernant leurs comportements sexuels et préventifs, notamment l'utilisation du préservatif. Le résultat est sans équivoque : pour la première fois depuis le lancement de cette enquête en 1985, les résultats mettent en évidence une dégradation des comportements préventifs.**

**En quelques chiffres :**

- Les pénétrations anales sans capote avec des partenaires occasionnels augmentent de 17,5 % en 1997 à 23 % en 2000.
- Le pourcentage de fellations sans capote est passé de 57,1 % en 1997 à 73,4 % en 2000.
- En Ile-de-France, en 1997, 18% des moins de 25 ans déclaraient avoir eu des pénétrations anales non protégées avec des partenaires occasionnels. En 2000, ils sont 31 %. Parmi les 30 - 44 ans, l'augmentation des pénétrations sans protection est similaire.
- Le relâchement est généralisé quel que soit le statut sérologique des individus : les séropos qui ont eu au moins une pénétration anale non protégée passent de 26 à 38 %, les séronegs, de 15 à 21 %.
- 11,7 % des personnes ayant répondu au questionnaire avouent se protéger moins qu'avant en raison de l'existence des nouveaux traitements.

**Ces chiffres en attestent, le relapse est une réalité.**

Le relâchement de la prévention n'est pas un fantasme d'Act Up-Paris. Après une période de stabilité, les pratiques à risques augmentent significativement et dangereusement pour la première fois depuis le début de l'épidémie. D'un côté, il semble qu'aucune prévention n'ait été faite auprès des jeunes pédés qui sont toujours aussi mal renseignés sur leur sexualité, les risques de transmission et les moyens de se protéger. De l'autre, la génération plus " ancienne " baisse la garde. Malgré une apparente surinformation sur le sida et les risques de transmission, la lassitude, le silence, les attitudes irresponsables prennent le dessus et les pratiques à risques en sont encouragées.

Mais que pensent les autres associations de lutte contre le sida de ces chiffres et de leur interprétation ? Et surtout que font-elles ? Les réactions ont été extrêmement minimalistes. Comme en a attesté le colloque sur la " réduction des risques sexuels " d'Aides PIF, les associations continuent d'être tiraillées entre " référentiel analytique ", " complexité " du sociétal et création de " sous-groupes de travail ".

Aides, confrontée désormais à la réalité des chiffres, entend prendre en compte une nouvelle dimension des comportements des pédés face à la capote. Pour Aides, le temps ne serait plus à la prévention, mais à la " gestion des risques ". 20 ans de lutte contre le sida n'auraient donc servi à rien ? Revenir au principe cher aux pouvoirs publics et à d'autres dans les pires années, la " gestion de l'épidémie ".

Que les associations de lutte contre le sida et les pouvoirs publics (DGS, CFES, pour ne citer qu'eux) s'accomodent de ce qui est réellement un relapse et surtout l'installent au centre de leurs politiques de prévention est inacceptable. On attendrait d'elles qu'elles assument leur responsabilité : qu'elles rappellent aux pédés, et à tous les autres, qu'ils doivent se protéger pour ne pas se contaminer, se protéger pour ne pas contaminer les autres, se protéger pour ne pas se surcontaminer.

Il y a déjà presque 3 ans, Act Up dénonçait le " retour au silence ". La réduction est au cœur des débats mais la prévention reste aux oubliettes. La communauté homo, forte d'une plus grande visibilité et de droits étendus, n'aurait plus à craindre l'épidémie ? Tout serait pour le mieux dans le meilleur des Marais possible ? Amnésie ou lipodystrophies seraient les deux seules alternatives proposées ? Depuis 2 ans, Act Up-Paris dénonce certains comportements (relapse et bareback) chez les pédés et un prévisible renouveau de l'épidémie. Les chiffres de l'enquête de l'Institut de Veille Sanitaire confirment nos peurs et nous laissent craindre le pire. Avant cette enquête, on nous annonçait déjà 4000 à 6000 contaminations par an — 4000 à 6000 contaminations de trop. Les chiffres nous indiquent aujourd'hui un taux de contamination en pleine accélération. La multiplication des comportements à risque conduirait ainsi à 500 ou 750 contaminations supplémentaires cette année. Les trois quart du champ de la lutte contre le sida vont-ils s'accomodent de voir se chiffre croître d'année en année ? La prévention, c'est ne pas céder aux joies de la trithérapie : aux joues creuses, aux diarrhées quotidiennes, aux problèmes cardiaques, ou à l'ostéoporose.

En l'état actuel des possibilités thérapeutiques et des perspectives de la recherche il n'y a pas d'état d'âme à avoir en matière de prévention. Aucun discours sur le danger plus ou moins grand de telle ou telle pratique n'est acceptable. Une fellation sans capote, une sodomie sans capote, que l'on soit actif ou passif, avec ou sans éjaculation, sont potentiellement contaminantes. Lorsque l'on est contaminé, on l'est à 100%, il n'est plus question d'échelle de risque.

**Oui, nous sommes des donneurs de leçons. Oui, nous avons une éthique. Notre histoire, les ravages du sida autour de nous, nous imposent de nous souvenir et de voir ce qui nous entoure. Nous ne criminalisons pas les séropos. Nous ne criminalisons pas les séronegs. Nous dénonçons les irresponsables, en premier lieu ceux qui font profession du sida. Nous sommes exigeants envers les autres parce que nous sommes exigeants envers nous-mêmes. Nous voulons vivre. Vivre une sexualité heureuse et épanouie. Etre beaux, forts, fiers, safe et unis contre l'épidémie. Et responsables.**

## Illico : la cata qu'on attendait

Dans la presse pédé, il y a manifestement plusieurs manières d'interpréter les chiffres de l'enquête " InVS / Presse Gay 2000 ". Alors que *Têtu* titre sur " les chiffres de l'irresponsabilité " et s'inquiète de la recrudescence des prises de risques tant chez les séropos que chez les séronégs, *Illico* préfère, dans son édition du 15 mars 2001, affirmer : " ce ne sera pas la cata qu'on attendait ". Qu'importe à Jean-Baptiste Coursaud et Jean-François Laforgerie, tous deux journalistes à *Illico*, la conclusion du premier paragraphe de leur article : " Les oublis de protection, indéniablement, sont de plus en plus fréquents ". Pour eux, ce ne sera pas la cata. Comment peut-on dans le même temps reconnaître la recrudescence des pratiques à risques, donc une remontée des contaminations par le VIH/sida, et affirmer que la situation n'est pas dramatique ? Les journalistes, et le directeur de publication d'*Illico*, Jacky Fougeray assument-ils donc la responsabilité d'un discours qui tient le VIH pour mineur ?

Que les chiffres de l'enquête InVS montrent sans équivoque le relâchement des gays en matière de prévention du VIH, donc une explosion plus que probable de l'épidémie dans notre communauté, JBC et JFL s'en foutent. La seule chose qui les intéresse, c'est de " prouver " que le bareback n'existe pas.

Ce qu'ils résument en une formule, martelée tout au long de l'article : " relâchement oui, bareback non ". Pour eux, le bareback n'est qu'une " hypothèse ". Pour réfuter cette hypothèse, ils ont un argument imparable : " Rien n'interroge les répondants sur cette question ". Puisqu'on ne pose pas la question, c'est que cela n'existe pas, logique. *Illico* utilise, au lieu de les critiquer, les lacunes de l'enquête presse gay afin de dénier toute réalité au bareback.

Les journalistes entretiennent sciemment l'équivoque entre le relapse — dont ils reconnaissent la réalité, mais en minimisent l'impact — et le bareback. Le bareback serait tout d'abord (rubrique " Deux mots ", page 7) : " un choix délibéré (et parfois théorisé) de certains séropositifs (et d'un certain nombre de séronégatifs) d'avoir des rapports sexuels non-protégés ". Selon cette définition, le bareback concerne tout le monde, séropos et séronégs.

Deux pages plus loin, le bareback devient (rubrique " quid des séropos ? "): " dans sa définition exacte, la volonté affichée par certains séropositifs de baiser sans capote entre eux ". En deux pages, *Illico* oublie et les séronégatifs et tous les homos qui ignorent leur statut sérologique. On a la rigueur qu'on peut. Eux n'en ont aucune, ce qui leur permet de citer des chiffres pour illustrer leur propos : " ceux des séropos qui baisent sans capote avec d'autres séropos ne sont que 14 sur 593 (répondants) " (rubrique " quid des séropos ? ", page 9). Selon la seconde définition d'*Illico*, le bareback serait donc un phénomène minoritaire. Mais selon la première ? En l'espace de deux pages, les séronégs ne barebackent plus ? Pourtant, selon l'enquête, parmi les séronégatifs qui ont pris des risques avec des partenaires occasionnels, 5 % déclarent ne pas s'être protégés alors qu'ils savaient leur partenaire séropo. 11 % des séropos ayant pris des risques déclarent ne pas s'être protégés alors qu'ils savaient leur partenaire séronégatif. Ces chiffres là sont oubliés, *Illico* les oublie. Il est vrai qu'alors l' " hypothèse " du bareback serait plus difficile à " réfuter ".



Dans l'une comme dans l'autre des deux définitions il est question de " volonté affichée " ou de " choix délibéré ". Pour *Illico*, on aurait dû le parier, tout est affaire de liberté. Jamais de responsabilité et de prévention.

Sida. Le mot n'apparaît que deux fois. JBC et JFL ne veulent pas entendre parler de transmission du VIH au sein de la communauté. Tout débat public sur la reprise de l'épidémie chez les gays — débat que l'enquête pourrait susciter — doit être évité. L'InVS a intitulé son enquête : " Sur la recrudescence des prises de risques et des MST parmi les gays ", mais, pour eux, il s'agit d'une enquête sur la sexualité gay en général (voir le surtitre de leur article). L'enquête nous donne certes des chiffres sur les pratiques sexuelles, mais il ne faut pas s'y tromper, elle n'est pas là pour analyser la sexualité, elle est là pour décrire l'évolution des comportements de la communauté par rapport au sida.

JBC et JFL ne voudraient pas qu'on en parle. Leur acharnement à minimiser la gravité du relapse en témoigne : ils passent sous silence la dynamique actuelle de l'épidémie de sida chez les gays. Ils font ainsi l'économie de toute réflexion sur la réponse à apporter à ce relâchement, alors que, journalistes d'un gratuit homo distribué massivement dans les bars et les lieux de consommation sexuelle, ils ont un rôle essentiel à jouer dans la diffusion des informations et des débats concernant une maladie qui a déjà tué plus de 25 000 d'entre nous.

Ce qu'*Illico* veut, avant tout, c'est que la communauté donne une image bien lisse et bien propre d'elle-même. Voilà l'avertissement donné par le magazine en guise de conclusion de l'article : " Soyez préparés : les médias hétérosexuels vont nous tomber dessus à bras raccourcis ". L'homophobie, réelle ou supposée, des médias hétéros serait donc plus dangereuse que l'épidémie de sida. Pour *Illico*, le VIH n'est pas un problème parce qu'il risque de décimer à nouveau les pédés, il l'est parce qu'il peut nuire à leur image de marque. En ne jouant pas son rôle d'information et d'alerte, *Illico* est pourtant bien plus dangereux que les médias hétéros. En maniant constamment un discours ambigu, en n'osant pas appeler les PD à mieux se protéger, *Illico* joue le jeu des pouvoirs publics et, comme eux, se voile la face. Contrairement à eux, nous n'attendons pas une nouvelle explosion de l'épidémie. Car nous ne sommes pas irresponsables.





# IRRRESPON

**Vous êtes séronégatif.** Mais en êtes-vous sûr ? À quand remonte votre dernier test ? 21 % des pédés séronégatifs — ou qui croient l'être — déclarent avoir pénétré sans capote un partenaire occasionnel dont ils ignoraient le statut sérologique.

La communauté homosexuelle a été la plus touchée par le sida. Pour cette raison, elle a été la première à se mobiliser pour enrayer la progression de l'épidémie. Aujourd'hui, tout confirme un relâchement des pratiques de safe sex. Ce constat est insupportable. Tous les jours, vous croisez des amis, des amants qui subissent les effets secondaires des traitements : visages creusés par les lipoatrophies, lipodystrophies, diarrhées, nausées, fatigue, troubles de la libido, neuropathies, ostéoporose etc. Combien parmi vous qui ont baisé sans capote devront bientôt prendre un traitement et en subir les effets secondaires ? Tous auraient pu les éviter. Tous auraient pu éviter aussi les MST que l'on croyait disparues (syphilis, gonorrhées, etc.), qui sont actuellement en pleine recrudescence.

Aujourd'hui, vous laisser aller à une sexualité non-protégée est irresponsable. En baisant sans capote, vous mettez votre vie en danger.

Act Up-Paris combat le relâchement du safe sex et le bareback. Parce que le combat mené par les gays contre le sida a été notre fierté, le relapse est inacceptable. Vous savez que vous pouvez être contaminés et mourir du sida. Comme déjà 25000 pédés.

## Protégez-vous, protégez vos partenaires,

# SABLES.

**Vous êtes séropositif.** Depuis 1 mois ou 15 ans, peu importe. 38 % des pédés séropositifs déclarent avoir pénétré sans capote un partenaire occasionnel dont ils ignoraient le statut sérologique. Vous connaissez les ravages causés par le sida depuis 20 ans. Vous savez aussi que des MST que l'on croyait disparues (syphilis, gonorrhées, etc.) sont actuellement en pleine recrudescence.

La communauté homosexuelle a été la plus touchée par le sida. Pour cette raison, elle a été la première à se mobiliser pour enrayer la progression de l'épidémie. Aujourd'hui, tout confirme un relâchement des pratiques de safe sex. Ce constat est insupportable. Vous êtes séropositif, vous êtes en première ligne de l'épidémie et vous connaissez la lourdeur des traitements.

Aujourd'hui, vous laisser aller à une sexualité non-protégée est irresponsable. En baisant sans capote, avec des séronégatifs, vous prenez le risque de les contaminer, donc de mettre leur vie en danger. En baisant sans capote, entre séropositifs, vous prenez le risque de contracter une souche du virus résistante à tous les traitements actuels. Ou de contracter une autre MST. Comme si le sida ne suffisait pas.

Act Up-Paris combat le relâchement du safe sex et le bareback. Parce que le combat mené par les gays contre le sida a été notre fierté, le relapse est inacceptable. Vous êtes séropositif et vous savez que vous pouvez mourir du sida. Comme déjà 25000 pédés.

**on vous l'a déjà dit.**

**Act Up-Paris™**



## Essais de phase IV

Les effets secondaires des antirétroviraux sont désormais le principal sujet d'inquiétude pour les séropositifs sous traitement. Après des années de thérapie, nous constatons tous les jours la toxicité de ces traitements : diarrhées, troubles lipidiques, lipodystrophies, lipoatrophies du visage, des fesses et des jambes, neuropathies, risques cardio-vasculaires, troubles du système nerveux central, perte de la libido, fatigue, etc. La liste des effets secondaires documentés est loin d'être close et nous en découvrons chaque jour de nouveaux.

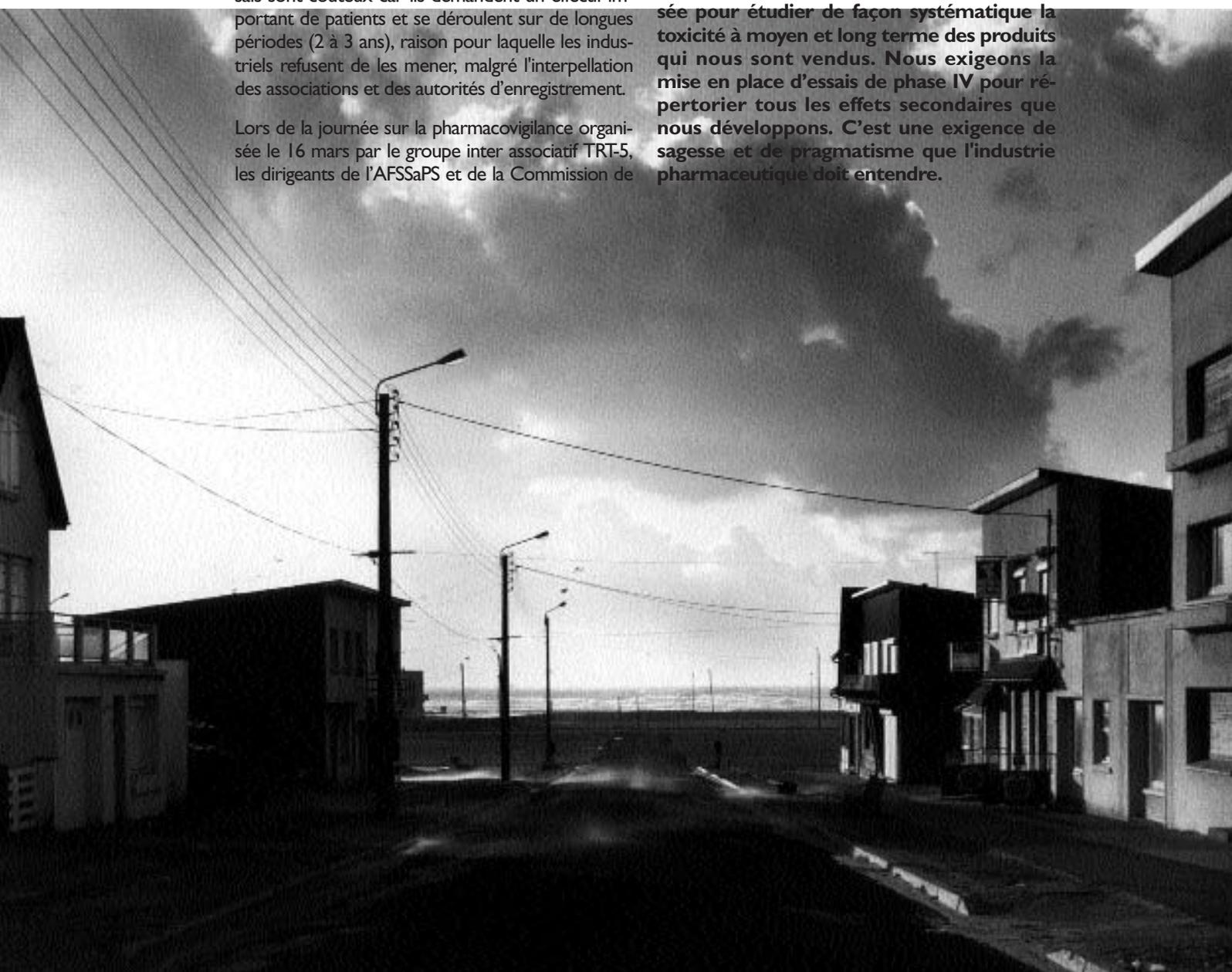
L'industrie pharmaceutique refuse pourtant de reconnaître l'existence de ces effets. Les laboratoires rechignent à lancer des études qui permettraient de mieux en comprendre l'incidence et continuent de construire leurs stratégies de marketing sur l'explicitation de l'efficacité virologique et immunologique des molécules et l'occultation de leurs effets secondaires éventuels.

Or, les laboratoires, quand ils obtiennent une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) de leurs produits, doivent théoriquement lancer des essais dits de Phase IV dans le but d'évaluer la tolérance des médicaments sur le long terme. Ces essais sont coûteux car ils demandent un effectif important de patients et se déroulent sur de longues périodes (2 à 3 ans), raison pour laquelle les industriels refusent de les mener, malgré l'interpellation des associations et des autorités d'enregistrement.

Lors de la journée sur la pharmacovigilance organisée le 16 mars par le groupe inter associatif TRT-5, les dirigeants de l'AFSSaPS et de la Commission de

transparence ont rappelé à l'industrie que seuls les essais de Phase IV peuvent apporter les informations attendues sur les effets secondaires des antirétroviraux et ouvrir des pistes de recherche pour réduire la toxicité de ces molécules. A l'instar des autres représentants de l'industrie pharmaceutique, M. Chauvin, du laboratoire Abbott, a néanmoins vigoureusement refusé de discuter cette question.

**Nous sommes séropositifs ; nous n'avons pas d'autre alternative que de "gober" ces molécules, aujourd'hui et pour de longues années. Nous sommes confrontés à des laboratoires qui refusent de lancer les études qui permettraient d'améliorer la qualité de vie des malades et de lutter contre leur dégradation physique. Ces mêmes laboratoires engrangent des bénéfices colossaux dans le domaine du VIH parce que les autorités sanitaires leur accordent des prix particulièrement élevés lors de la mise sur le marché des médicaments. Les essais de phase IV en constituent pour nous la contrepartie : une partie des bénéfices de l'industrie pharmaceutique doit être utilisée pour étudier de façon systématique la toxicité à moyen et long terme des produits qui nous sont vendus. Nous exigeons la mise en place d'essais de phase IV pour répertorier tous les effets secondaires que nous développons. C'est une exigence de sagesse et de pragmatisme que l'industrie pharmaceutique doit entendre.**



## Réponse en attente

Président Directeur Général de MSD  
3 avenue Hoche  
75114 PARIS cedex 08

Objet : FOSAMAX

Paris, le 26 avril 2001

Monsieur,

Suite à une plainte d'Act Up auprès de la DGS, de l'AFSSaPS et de la CNAM, ces organismes ont décidé d'élargir provisoirement le remboursement du Fosamax®, qui avait une AMM limitée au traitement de l'ostéoporose post-ménopausique avérée, et aux hommes, sous certaines conditions. La prescription doit être réalisée après examen, par le service rhumatologie, et après évaluation des risques d'intolérance et d'interactions médicamenteuses.

Cette demande a mis plus de huit mois pour aboutir à ce résultat, alors qu'il y a de nombreux cas d'ostéonécrose et d'ostéoporose chez les patients VIH sous traitement antirétroviral. Les malades qui n'ayant pas d'autre alternative, devaient donc acheter ce traitement et le payer de leur poche (263 FF par mois). MSD, sollicité par les associations de lutte contre le sida pour mettre à disposition ce produit en compassionnel pour les malades VIH en attendant que l'AFSSaPS ait statué, a refusé.

La première raison à l'attentisme des autorités sanitaires est que ce produit a été évalué uniquement pour les femmes et dans un cadre bien limité, ce qui induit que les données de tolérance/efficacité et sécurité n'ont pas été évaluées pour les hommes, ni les possibles interactions médicamenteuses avec les antirétroviraux. Or, comme vous le savez, ce produit a un profil d'effets indésirables assez préoccupant pour les malades VIH, notamment le risque d'érosion œsophagienne, pouvant conduire à une sténose, ainsi que les conditions d'administration à jeun qu'il faudrait aménager avec celles de certains ARV.

L'autre raison, qui fait suite à la première, est qu'avant l'élargissement d'une AMM, le laboratoire, MSD en l'occurrence, se doit de monter un essai pour valider cette nouvelle indication, de compléter ainsi les datas sur l'intérêt du Fosamax® dans cette indication, et de déposer une demande d'élargissement d'AMM.

Les autorités sanitaires ont répondu à l'urgence de la situation, MSD ne l'a pas fait et a préféré " faire le mort ". Aucun essai n'est prévu à ce jour, après vérification auprès de plusieurs responsables de votre laboratoire, pour valider le bénéfice et la tolérance de ce produit pour les hommes. Ce constat renforce le sentiment que nous autres, malades, avons : les laboratoires MSD ont une politique non éthique vis-à-vis des produits de santé.

C'est pourquoi nous vous posons deux questions auxquelles nous attendons des réponses claires : à quelle date avez-vous prévu de mettre en place l'essai sur le Fosamax® pour valider l'élargissement de l'AMM aux hommes? Où va-t-il avoir lieu et quelles en sont les modalités ?

Dans l'attente d'une réponse précise à cette demande, veuillez croire, Monsieur le Directeur Général, en notre ferme détermination.

La Commission Traitement&Recherche  
Act Up-Paris



## n°34 Réunion Publique d'Information **VIH et hépatites, une double priorité** Mercredi 6 juin, de 19h à 22h

Centre Wallonie-Bruxelles - 46, rue Quincampoix - entre Beaubourg et Bd Sébastopol - M°Châtelet-Les-Halles ou Rambuteau.

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.

Comment envisager une proposition de traitement ? Quelles sont les meilleures stratégies thérapeutiques ? Quels sont les examens importants et les paramètres à surveiller pour le suivi et le traitement des hépatites ? Qu'en est-il de la consommation de l'alcool ? Autant de questions auxquelles nos invités apporteront des réponses.



Qui s'intéresse aujourd'hui à la question du sida des femmes d'un point de vue thérapeutique ? Qui s'interroge sur les problèmes médicaux spécifiques rencontrés par les femmes, sur leur place dans les essais ? Ils sont rares ceux qui, dans le milieu médical ou associatif, s'obstinent à porter ces questions.

Pourtant, les rares données qui sont produites sur ce sujet soulèvent immédiatement des questions cruciales en termes de choix de priorité et de méthodologie : quels sont les champs de recherche à explorer en priorité — et/ou : faut-il définir des priorités ? Vers quelle méthodologie faut-il s'orienter ? Faut-il imaginer des essais spécifiquement féminins ? Faut-il systématiser, dans tous les essais, les bras féminins, de façon à obtenir des résultats sexués dans tous les domaines ? Toutes ces interrogations appellent des réponses.

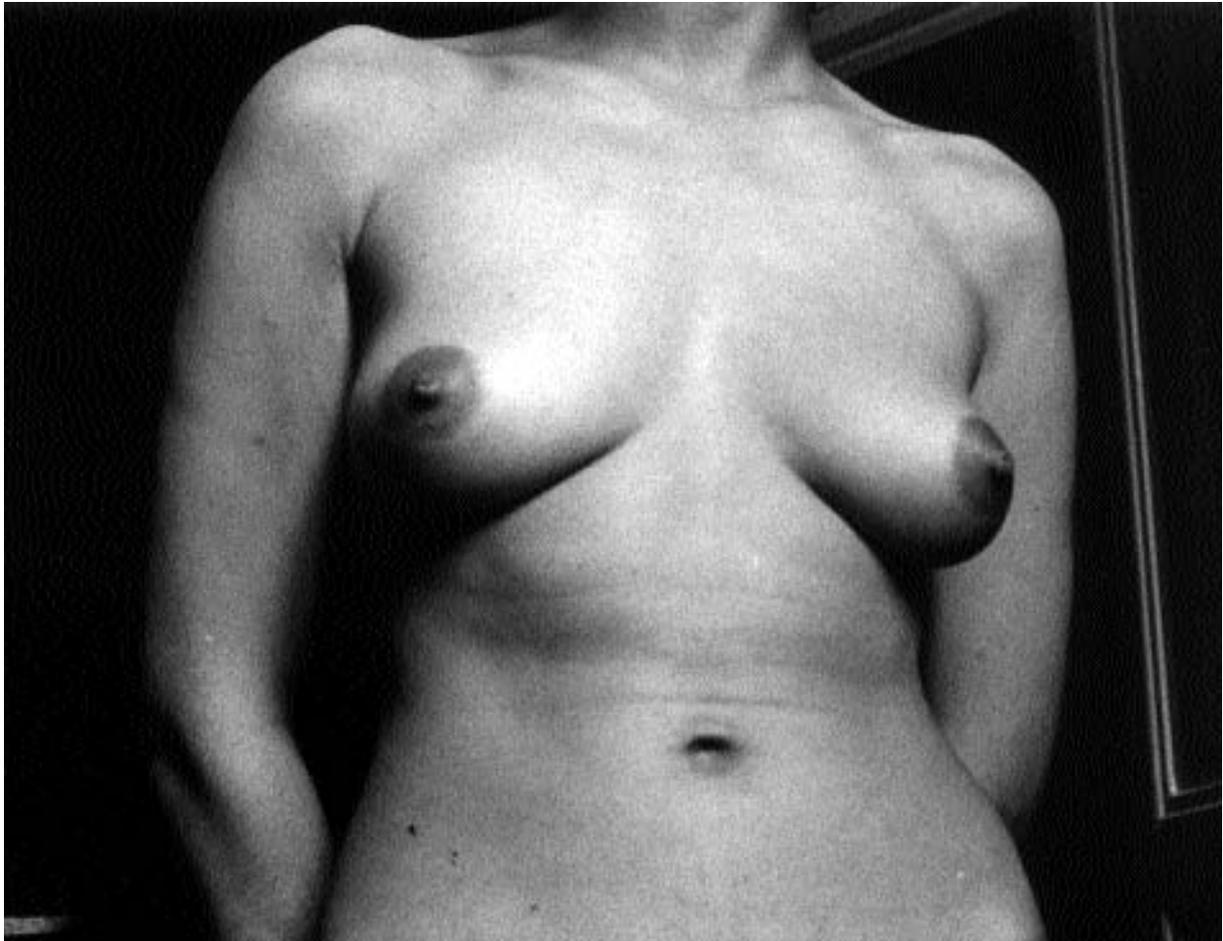
Elles ne pourront en trouver cependant que si la question des spécificités féminines s'impose au champ de la recherche.

Le 16 mars dernier, la journée d'étude organisée par le TRT-5 sur les effets indésirables des traitements, donnait l'occasion à la commission femmes d'Act Up-Paris de faire le point sur la question.

En France, les femmes sont sous-représentées dans les essais thérapeutiques. Tout ce qu'on sait d'elles provient d'études réalisées hors du champ sida. Il est possible de trouver des informations sur l'ostéoporose des femmes, sur le diabète des femmes, sur les problèmes liés au cycle menstruel, mais à peu près rien sur le sida des femmes. Pourtant, la représentation des femmes dans les essais est une revendication que nous portons de-

puis longtemps déjà. Encore aujourd'hui, alors que le nombre de femmes séropositives augmente, elle se heurte à une sorte d'indifférence ou de surdité.

Contrairement à ce qu'avancait l'ANRS il y a quelques années, le nombre de femmes incluses dans les essais n'est pas à l'heure actuelle représentatif du nombre de femmes infectées (25% de femmes pour 75% d'hommes). Sans tenir compte des essais concernant la transmission mère-



enfant (TME), le taux de femmes incluses avoisine les 18%. Dans les essais menés par l'industrie pharmaceutique, les chiffres sont souvent plus bas encore. D'une manière générale, dans les essais de phase I (qui testent la toxicité du produit et fournissent une première évaluation des dosages), les femmes frôlent l'invisibilité. Les représentations les plus surannées des femmes — simple ventre reproducteur — perdurent ; et les labos continuent de nous répéter qu'ils ne veulent pas leur faire courir le risque de mettre au monde des enfants anormaux (les femmes peuvent toujours tomber enceintes en l'espace d'un rien de temps, comme chacun sait) ou d'avoir des problèmes ovariens, etc., alors que la réalité est sans doute plus crue : inclure des femmes à ce stade des essais complexifierait la recherche, et coûterait par conséquent plus cher. Dans les essais de phase II (où sont évaluées la dose et l'efficacité du produit), la situation n'est guère plus satisfaisante — par exemple, dans l'essai de phase II mené actuellement sur le T-20 par Roche, 3 femmes seulement ont été recrutées sur 70 volontaires. A procéder ainsi, le jour où un produit est mis sur le marché, ses effets spécifiques sur les femmes restent le plus souvent inconnus — il ne reste plus alors qu'à les découvrir *in vivo*.

Le problème de la place faite aux femmes ne concerne pas que la recherche fondamentale. Récemment, divers chercheurs se sont penchés sur les différences de prise

en charge, chez les hommes et chez les femmes séropositifs ou malades du sida (on peut notamment citer une enquête Aides/Ipsos réalisée en 1999 ainsi qu'une étude américaine consacrée aux soins cliniques dont bénéficient les femmes). Les résultats de ces études convergent et montrent que les femmes sont en général diagnostiquées plus tard, sont plus nombreuses à se présenter aux urgences, sont moins nombreuses à recevoir une prophylaxie anti-pneumocystose et également moins nombreuses à recevoir une multithérapie. En d'autres termes, elles ont tendance à être " *sous traitées* " (moins traitées, et/ ou moins bien traitées) par rapport aux hommes. Et ce n'est pas sans conséquence puisqu'elles sont globalement, aussi, plus exposées au décès.

Sous-représentées dans la recherche, moins bien traitées au moment de la prise en charge, les femmes séropositives sont ainsi régulièrement mises hors jeu, tandis que les retards pris dans l'analyse de leurs besoins thérapeutiques aggravent leur situation à l'égard du sida. Il apparaît significatif à ce titre qu'une proportion plus importante de femmes que d'hommes disent arrêter leur traitement à cause des effets secondaires ou décident d'elles-mêmes de diminuer les dosages de leurs traitements antirétroviraux. On a coutume de dire qu'elles ont plus de mal à accepter de se soigner que les hommes, ou que la coquetterie leur rendrait insupportables certains effets secondaires (comme les lipody-



strophies), mais n'est-ce pas avant tout parce que les effets spécifiques que leur causent les traitements ne sont pas pris en compte ?

S'agissant des effets secondaires des traitements, les données manquent cruellement en effet, mais trois séries de problèmes peuvent déjà être dégagées.

Tout d'abord, les effets secondaires communs aux hommes et aux femmes peuvent trouver des formes plus accentuées, et parfois beaucoup plus graves chez les femmes (lipodystrophies, ostéoporose, ostéonécrose, etc.).

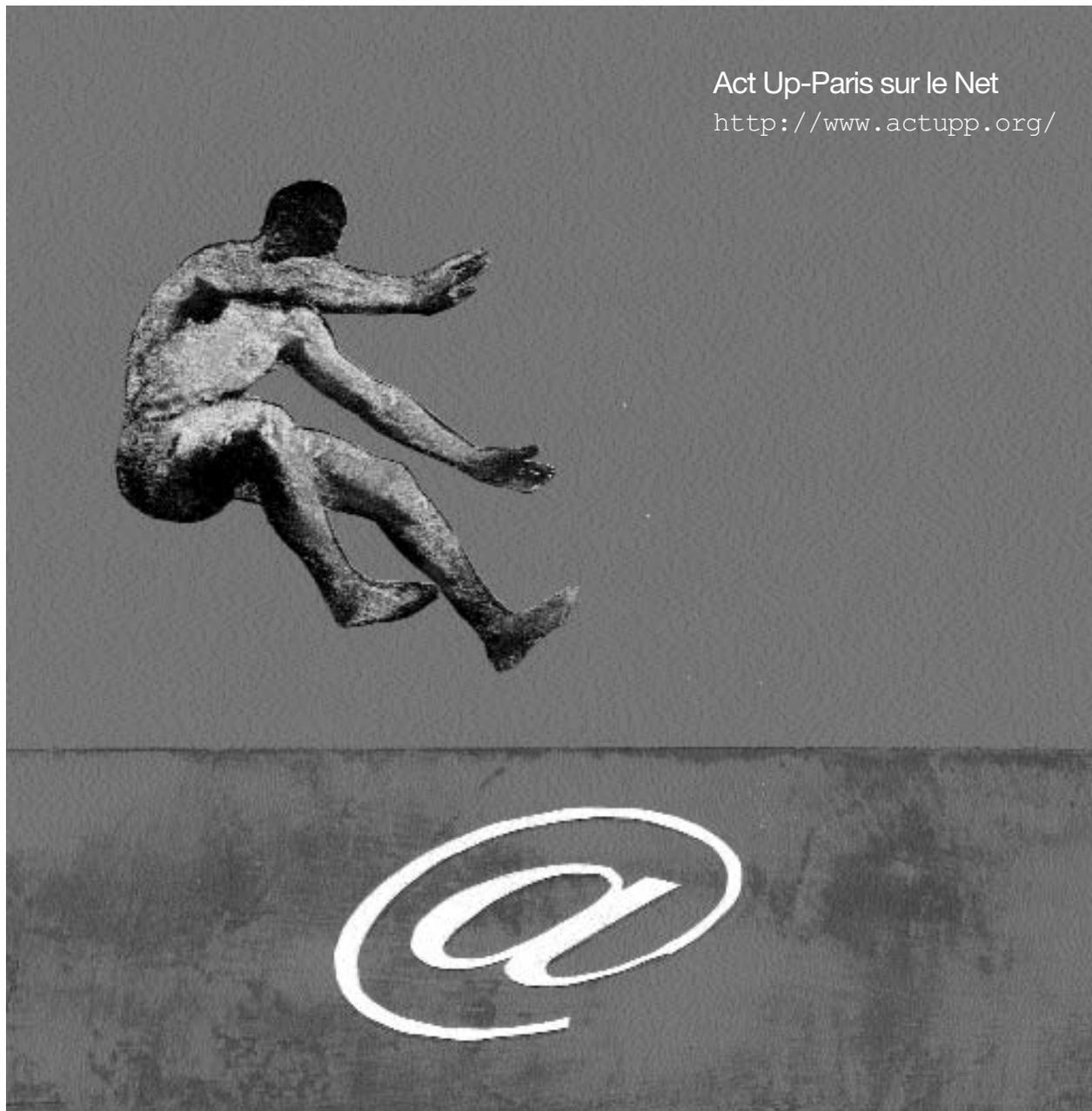
En ce qui concerne les lipodystrophies, par exemple, il semble qu'il y ait des différences importantes en fonction du sexe. Ainsi, dans plusieurs études américaines, les femmes se montrent plus sujettes à des dépôts de graisse que les hommes (63% vs 8%) qui sont eux plus exposés à la fonte des tissus adipeux (55% vs 8%) (source : EATN, été 2000, pp.8 et 11).

Les problèmes d'ostéoporose et d'ostéonécrose ne sont pas non plus des problèmes spécifiques aux femmes, du moins en tant qu'effets secondaires des traitements antirétroviraux ; cependant, parce qu'elles ont une densité osseuse a priori moindre que celle des hommes, et dans la mesure où la ménopause est généralement chez les femmes une période d'accélération de l'ostéoporose, la prise de traitements exigerait un suivi plus étroit des

femmes sur ces questions. Le Professeur Rozenbaum à Rotshchild a pourtant préféré exclure les femmes de son investigation, répondant aux activistes qui l'interrogeaient à ce sujet qu'il était " trop compliqué d'intégrer aussi les données qui les concernent ".

On peut encore signaler l'exemple de la névirapine, cet analogue nucléosidique utilisé de plus en plus massivement dans le cadre de la prévention de la transmission mère-enfant, et dont la consommation peut provoquer des effets secondaires très violents (éruptions cutanées et/ ou atteintes hépatiques parfois mortelles) affectant de façon beaucoup plus importante les femmes que les hommes : si on ne tient pas compte de la différence des sexes, comme nous l'écrivions dans le dernier n° d'Action (n°72), ces effets indésirables se développent chez 17% des personnes exposées à ce produit, mais si on tient compte de la différence des sexes, le risque de les développer est 7 fois plus élevé chez les femmes.

En second lieu, on constate des effets secondaires liés ou accrus par des posologies mal adaptées. Ce qui nous renvoie au problème de l'absence des femmes dans les essais de phase II ; et repose par ailleurs le problème de l'accès aux dosages plasmatiques qui permettraient d'ajuster plus efficacement les posologies aux besoins de chaque malade, comme à celui des galéniques disponibles pour les traite-



ments (les produits fournis sous forme de gélule sont difficilement sécables et présentent des dosages souvent trop élevés pour les personnes de faible poids). Par ailleurs, différentes études ont montré que les variations hormonales influent sur les mécanismes de métabolisation des produits. Une étude menée en 1995 (Currier, 2000) a montré par exemple que les femmes métabolisaient l'AZT deux fois moins vite que les hommes, et devaient voir adapter par conséquent les posologies de leur traitement. Enfin, la troisième série d'effets secondaires spécifiques aux femmes est liée au cycle menstruel (anémie, irrégularités du cycle, interactions entre hormonothérapies de substitution, problèmes de stérilité, etc.). Un certain nombre de complications sont signalées par des femmes autour de nous, ou repérées de manière empirique, mais elles font rarement l'objet d'investigations systématiques, au moins en France.

Le recensement de ces effets, s'il soulève plus de questions qu'il n'apporte de résultats, témoigne en tout état de cause de la nécessité d'étudier les problèmes spécifiques des femmes. Par ailleurs, il ne faut pas se voiler la face : le peu que l'on sait aujourd'hui, on le sait parce qu'on l'a cherché. Si certaines choses ont été découvertes par hasard et de façon dramatique (par exemple les effets secondaires de la névirapine), la plupart des données évoquées ici sont issues d'études de cohorte réalisées aux Etats-Unis et dans différents pays européens (en Allemagne, en GB). Mais en France, aucune cohorte de femmes n'a vu jusqu'à présent le jour. Le retard est considérable. Il y a urgence à réagir. Il y a urgence également à ce que les associations s'emparent de ces questions.

## Désorganisation à Bichat

**Suite à un certain nombre de plaintes, remarques et remontée d'informations, exprimées tant par des patients suivis à l'hôpital Bichat que par une partie du personnel, Act Up-Paris a adressé au mois de février 2001 un courrier à la direction de l'hôpital afin de dénoncer les conditions scandaleuses d'accueil et de soins des patients séropositifs suivis dans ses services.**

En effet, la récente réorganisation du service des maladies infectieuses, conduisant au regroupement de tous les services d'immunologie, se traduit par l'entassement des patients dans des locaux exigus, d'une propreté douteuse aggravée par l'exécution de travaux sur les bâtiments avoisinants. En outre, la confidentialité n'est dans les faits plus assurée, dans la mesure où les consultations à l'hôpital de jour, dans le service des maladies infectieuses, marquent automatiquement la séropositivité des personnes. Ainsi, nombre de patients et patientes d'origine étrangère, craignant à juste titre d'être identifiés et stigmatisés au sein de leur communauté d'origine, n'osent plus fréquenter l'hôpital. Par ailleurs, les consultations qui sont proposées aux patients suivis dans le cadre de protocoles d'essais cliniques ou de cohortes se font dans des conditions inadmissibles, le plus souvent entre deux portes, sans qu'un véritable espace isolé leur soit réservé — y compris dans le cas de l'essai Vaccino qui exige pourtant la mise à disposition d'une chambre avec toilettes.

Suite à cette lettre, la direction de Bichat nous a proposé une rencontre. Conscients du problème, les professeurs en charge du service des maladies infectieuses ont entendu nos revendications, de même que la direction de l'hôpital, semble-t-il. Sa directrice nous a assuré qu'un certain nombre de dispositions allaient être prises dans les mois qui viennent. Nous prenons acte de ces engagements et attendons que des mesures concrètes soient mises en place. A défaut de réponses satisfaisantes dans un délai court, Act Up-Paris manifestera, cette fois publiquement, son mécontentement.





### Des effets secondaires...

La prise des traitements antirétroviraux peut conduire à des troubles hépatiques sévères dus à une toxicité des molécules sur le foie. Ceci se vérifie pour la majorité des traitements.

Ainsi, parmi les analogues nucléosidiques, l'AZT (Retrovir®), la ddl (Videx®), le ddC (Hivid®), l'abacavir (Ziagen®) peuvent favoriser une élévation des transaminases avec, parfois, des atteintes hépatiques sévères.

La classe des analogues non nucléosidiques propose un tableau à peu près comparable. On a observé des atteintes hépatiques marquées par des réactions allergiques avec l'efiravenz (Sustiva®), la delavirdine (Rescriptor®) et surtout la névirapine (Viramune®).

Les antiprotéases présentent, elles aussi, un danger d'atteinte hépatique, au départ du traitement ou quelques mois après son initiation. Le Prévion® (adéfovir à 60 mg), par exemple, dans la classe des nucléotides, provoque, outre sa toxicité rénale majeure, des atteintes hépatiques — le produit a d'ailleurs été retiré de la commercialisation.

En avril 2001, l'agence du médicament (AFSSaPS) a adressé un courrier de mise en garde sur l'utilisation d'Hydréa®, produit éventuellement utilisé pour augmenter l'efficacité de Videx® et de Zerit® : des cas graves de toxicité sur le foie ont été signalés. Les personnes qui prennent ce produit doivent donc s'assurer d'un bilan hépatique et pancréatique mensuel.

La prise des thérapies antirétrovirales, de quelque type qu'elles soient, suscite un risque d'hépatotoxicité, qui peut être grave et qu'il est impossible de négliger ou de nier.

Les effets secondaires des antirétroviraux nécessitent donc un suivi hépatique régulier et rapproché — qui n'est pas toujours satisfait.

## Toxicité hépatique des thérapies antirétrovirales

*Des effets secondaires à la coinfection : Prométhée enchaîné.*

*“ Injustement puni par Zeus pour avoir accordé le feu à l'humanité, Prométhée fut enchaîné. Un rapace dévorait inlassablement son foie. ”*

### ... à la coinfection : le malade enchaîné.

Le croisement de deux pathologies, dont l'une est liée au foie (hépatites virales), l'autre au VIH, amplifie de façon très significative les difficultés.

Dans le cas des personnes touchées par le VIH et le VHB, déjà sous thérapie anti-VIH, la lamivudine (EpiVir® ou au 3TC), qui agit sur les deux virus, devient souvent inefficace contre le VHB parce que ce virus mute et devient résistant. Or l'adéfovir, toujours indisponible en France, agit contre le VHB mutant. Qu'attend-on pour distribuer l'adéfovir aux patients résistants au 3TC ? Il y a urgence ; des personnes coinfectées meurent ou risquent de mourir d'une hépatite que l'on néglige de contrôler, parce que les autorités se désintéressent de la question et/ ou que cela n'entre pas dans la stratégie commerciale du laboratoire Gilead qui a l'exclusivité sur cette molécule. Cette situation est d'autant plus paradoxale et inacceptable que la charge virale du VIH de nombreuses personnes coinfectées est en deçà ou proche du seuil d'indéteçtabilité.

La coinfection réduit de façon significative l'espérance de vie des patients — en partie en raison d'une multiplication de la répllication virale du virus de l'hépatite C, trois fois plus forte chez un malade séropositif au VIH que chez un séronégatif. De même, on constate une évolution plus rapide vers la cirrhose chez les malades coinfectés.

En outre, la majeure partie des antirétroviraux étant métabolisés par le foie, une atteinte hépatique forte se déclare chez les patients coinfectés, à l'initiation ou au milieu du traitement anti-VIH. Cette atteinte (cytolyse) est la signature d'une aggravation des lésions du foie, qui peut conduire à la cirrhose, voire au cancer (carcinome hépatocellulaire).

Tous ces paramètres obligent les malades coinfectés et leurs médecins à limiter les choix, théoriquement possibles, parmi l'éventail thérapeutique normalement proposé.

En conséquence, une extrême vigilance dans le suivi de l'administration des molécules chez les personnes coinfectées est nécessaire.

### 'Prométhée'-nous autre chose que l'interféron.

Lorsque l'insuffisance hépatique d'une personne coinfectée devient importante, elle exige un traitement spécifique dans un service d'hépatologie. Une multitude de problèmes se surajoute : d'abord, les effets secondaires graves des traitements à base d'interféron (dérégulation thyroïdienne, asthénie, anémie, dépression, etc.) alourdissent encore ceux des

traitement contre le VIH. Ensuite, la longueur de ces traitements, de six mois à un an, nécessite souvent un arrêt de longue maladie (A.L.M.) : les difficultés sociales et juridiques surgissent alors. Enfin, ces thérapies donnent des résultats moins satisfaisants chez les personnes coinfectées que chez les monoïnfectés. A l'issue d'un parcours harassant, ils sont surtout loin d'être probants si l'on vise la négativation du VHC et l'éradication virale.

Chez les coinfectés, la première indication du traitement est avant tout le ralentissement de la fibrose, et donc la limitation de l'évolution des lésions déjà existantes sur le foie. Si les médecins ne cessent de nous parler de coinfectés qui ont pu, grâce au traitement, redevenir " *simple-ment* " séropositifs au VIH, il ne nous a jamais été donné de rencontrer un seul de ces malades " *ex-coinfecté* ".

### **Les malades et Act Up déchaînés !**

C'est pourquoi il importe que le début d'une thérapie anti-VIH soit précédé d'un bilan hépatique complet et systématique (recherche de l'ADN du VHB, de l'ARN du VHD, de l'ARN du VHC, dosage des transaminases et du taux de prothrombine).

Il serait temps également qu'une coordination réelle entre service d'infectiologie, spécialisé dans le traitement contre le VIH, et service d'hépatologie se mette enfin en place dans tous les hôpitaux. Le patient est écartelé entre l'avis du spécialiste VIH, soucieux de maîtriser le virus, quelquefois aux dépens du foie, et l'avis de l'hépatologue, pré-occupé par le suivi et les conséquences d'une trithérapie hépatotoxique. En conséquence, le patient coinfecté suit un parcours labyrinthique sans fin dans les couloirs de l'hôpital entre ces différents services.

Par ailleurs, les essais en cours pour le traitement des personnes coinfectées sont largement insuffisants en nombre : les autorités doivent réfléchir à l'ouverture de nouveaux protocoles spécifiques.

En outre, les recommandations thérapeutiques officielles pour les personnes coinfectées ont besoin d'une mise à jour urgente qui soit coordonnée avec les recommandations à venir en matière de VHB et VHC.

Enfin, les efforts consentis par les patients sont disproportionnés au regard des faibles résultats à l'issue du traitement par interféron. L'offre thérapeutique demeurant très restreinte et contraignante, Act Up demande avec force aux autorités gouvernementales et aux laboratoires un vrai déploiement financier pour promouvoir d'autres voies thérapeutiques que celles qui sont proposées aujourd'hui dans le traitement des hépatites.

**Les personnes touchées par le VIH ne veulent pas mourir d'une hépatite médicamenteuse ou virale : elles exigent que le respect de la personne prime sur les intérêts commerciaux des laboratoires ou l'inertie gouvernementale. A ce titre, des efforts doivent être fait rapidement pour la mise au point et la distribution de molécules moins toxiques pour le foie. Nous voulons libérer Prométhée.**

# IEM



**PLANET AFRICA est en difficulté.**

L'association qui porte depuis 1996 les activités internationales d'Act Up Paris, en réseau avec les groupes africains de personnes atteintes par le VIH, risque d'arrêter son activité et de fermer ses portes.

Créée en 1996 par Act Up-Paris et le RAP+ (Réseau Africain des Personnes Séropositives), cette structure a permis de mettre en réseau via Internet et le courrier électronique des associations de malades (au Burkina Faso, au Cameroun, au Mali, au Togo, Bénin, Sénégal, Burundi, Côte d'Ivoire, etc.) et de regrouper nos forces pour favoriser l'accès aux traitements et aux soins pour toutes les personnes vivant avec le VIH/SIDA dans les pays du sud.

Aujourd'hui, les grands Laboratoires Pharmaceutiques commencent à perdre du terrain dans leur obstination à empêcher les pays du sud d'utiliser les copies génériques de leurs médicaments. Cependant malgré quelques victoires, rien n'est gagné, et 34 millions de malades du sida attendent toujours ces traitements essentiels à leur survie. La mobilisation et les pressions ne doivent pas se relâcher.

Pour que nous puissions poursuivre cette lutte pour l'accès aux médicaments contre le sida en Afrique et plus largement dans les pays du sud.

Pour que persistent nos pressions sur les institutions internationales et les pays occidentaux.

Pour que nos missions en Afrique se multiplient et permettent de faire respecter le droit des malades africains dans les programmes d'accès aux soins ou de recherche clinique.

Pour que nos échanges avec les groupes d'activistes africains favorisent toujours un échange d'information maximale sur le droit des malades et sur les médicaments, et donc une mobilisation efficace parce qu'avertie.

Pour que la vivacité de ce réseau Nord/Sud continue de faire entendre les revendications des associations de lutte contre le sida à travers le monde et dans les pays les plus démunis.

**Nous avons besoin de votre soutien d'URGENCE.**

Envoyer vos dons à Planet Africa - 45 rue Sedaine 75011 Paris

Je verse à l'association Planet Africa la somme de :

100F  500F  1000F  Autre :

Par chèque à l'ordre de Planet Africa

Nom, prénom, adresse postale et électronique :

-----  
-----  
-----

Pour tous renseignements supplémentaires Sylvain Coudret 01 49 29 44 75



## Homophobie : brèves

I

**Act up-Paris, Aides, Le Centre Gay et Lesbien de Paris, la Ligue des Droits de l'Homme, Prochoix, Sida Info Service et SOS Homophobie ont publié en 1999 un " Manifeste pour une stratégie contre l'homophobie ".**

En 2000, les groupes parlementaires de la majorité plurielle convaincus par ce document ont déposé " une proposition de loi contre l'incitation à la haine homophobe ". Le parti communiste, soutenu par de nombreux signataires, a demandé au gouvernement d'inscrire à l'ordre du jour de l'Assemblée nationale un projet de loi relatif à cette question. Malgré toutes ces démarches, aucune loi n'a été adoptée à ce jour.

Si les incitations à la haine raciste, antisémite et xénophobe sont enfin pénalisées, l'injure et la diffamation collectives, sexistes comme homophobes restent impunies. En outre, les associations qui ont pour objet de lutter contre les discriminations en raison de l'orientation sexuelle ne peuvent toujours pas se constituer partie civile pour défendre les victimes de tels délits.

**L'opportunité d'adopter ce texte de loi n'est plus à démontrer. Aussi, nous avons demandé à Lionel Jospin, Premier Ministre, d'inscrire d'urgence un projet de loi de pénalisation de l'homophobie à l'ordre du jour de la prochaine session parlementaire.**

II

**Dans le cadre de la " Quinzaine contre l'homophobie ", événement inter associatif qui se tiendra à Paris du 9 au 20 juin, SOS homophobie, organise un séminaire public : " Discriminations et violences homophobes : l'inégalité au quotidien ".**

L'homophobie est devenue, depuis le vote du PaCS, une véritable question de société. On en parle, parfois même très bien, mais comment évaluer ce qu'elle recouvre, aujourd'hui, en France ? Comment et avec quelle fréquence s'exprime-t-elle à l'école, en famille, au travail, dans les décisions de justice... ? Se manifeste-t-elle de la même façon à Paris qu'en province, envers les gays que les lesbiennes, les jeunes que leurs aînés ? Pour mettre en place les outils de prévention et de répression adaptés à la lutte contre l'homophobie, il faut préalablement en déterminer le profil. Quelles sont les tendances qui se dégagent des cinq années d'observation et d'analyse. C'est ce que nous indiqueront les invités à ce séminaire sur la base de leur travaux de terrain. Tandis que juristes et responsables politiques évalueront le chemin restant à parcourir jusqu'à l'égalité des droits.

Programme : Précédé d'une conférence de presse à 11 h, le colloque se tiendra à Paris, le samedi 9 juin 2001 de 14h00 à 18h00.

Parmi les invités : Jean-François Fiévet, Président de Gare ! (Les gays et lesbiennes du rail.) ; Monique Beaussier, Responsable CGT du collectif de lutte contre l'homophobie ; Xavier Prieur, Président de DEGEL (Les étudiants de l'université de Jussieu) ; Martine Gross, CoPrésidente de l'APGL ; Maître Mathioudakis, Avocate et Vice-Présidente du CGL de Paris, etc. Contact presse : 06.89.33.78.07.





## Zap Tibéri

Un zap de pure vengeance. Il y a longtemps que ce n'était pas arrivé à Act Up. En détruisant des dossiers de demandes d'appartements sociaux juste avant de quitter la Mairie de Paris, Jean Tibéri et son équipe ont réveillé la bête qui sommeillait en nous.

En effet, le nouveau cabinet de Mylène Stambouli, adjointe verte à la lutte contre l'exclusion, chargée entre autres des dossiers de logement émanant des associations de lutte contre le sida, reconnaît n'avoir trouvé à son arrivée, en mars dernier, qu'une centaine de demandes de logement, dont tous les éléments motivant le caractère prioritaire des demandes — notification COTOREP indiquant un handicap, soutien des associations — avaient disparus.

Impossible dans ces conditions pour le nouveau cabinet de défendre ces dossiers auprès de la préfecture ou des services centraux de la mairie. Les personnes atteintes en demande de logement sont donc dans l'obligation de recommencer des procédures longues de plusieurs années.

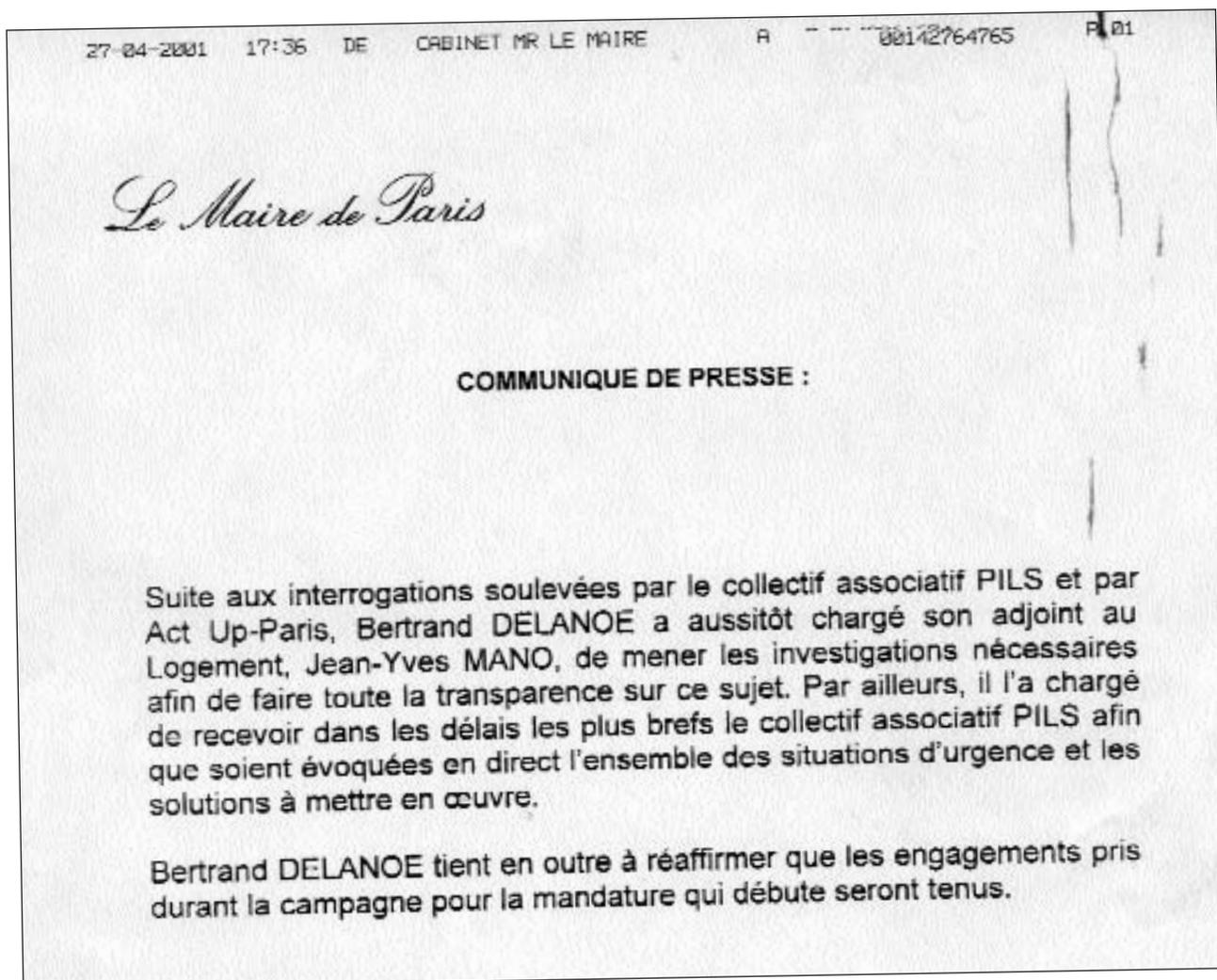
En conséquence, Zap-sang à la mairie du V<sup>ème</sup>.

L'action a duré trois minutes montre en main ; le temps nécessaire pour couvrir de sang le Temple du maire sortant, hurler quelques slogans, nous faire traiter d' "ordures" par une tibériste.

Mais ce zap était également un avertissement à la nouvelle majorité. Parce que nous n'avons toujours pas de réponse trois semaines après une demande de

rencontre de la PILS (Plateforme Interassociative Logement Sida) avec la nouvelle équipe municipale. Parce que Bertrand Delanoë ne s'empressait pas de répondre à nos demandes d'information sur la situation exacte des dossiers de demande d'appartements sociaux. Il aura fallu ce zap pour faire réagir les élus de gauche parisiens, obtenir un rendez-vous et une enquête sur les demandes d'appartements sociaux à la Mairie de Paris.

Bertrand Delanoë devra répondre dans les plus brefs délais aux questions que nous lui posons et concrétiser ses engagements de campagne. Avec 70 000 demandes d'appartements sociaux à Paris, plus de 600 séropos à la rue, la gauche ne peut plus se permettre de jouer la montre.



L'après-midi du Zap Tibéri, ce fax nous est parvenu de la Mairie de Paris.

# PILS

## Plateforme Interassociative pour le Logement Sida



**Mi-février 2001, à l'initiative d'Act Up-Paris, des associations de lutte contre le sida et d'hébergement des personnes atteintes se sont réunies pour monter une plateforme inter associative (Act Up-Paris, Actions Traitements, ALTERNATHIV, ARCAT SIDA, AUREOLE, Basiliade, Cité Saint Martin, MIJAOS, PASTT, S.A.O./Amicale du Nid, SOLENSI, SOS Habitat et Soins).**

L'objectif de cette plateforme, dans le cadre des municipales, était d'interpeller les candidats à la Mairie de Paris sur la situation dramatique des séropos sans logement dans la capitale. En effet, plus de 20 000 personnes séropositives sont soignées dans les hôpitaux parisiens. La commission Aspects sociaux d'Act Up-Paris suit parmi elles de nombreuses personnes rencontrant des difficultés de logement et pour lesquelles nous ne pouvons trouver que des solutions provisoires, ou un relogement loin de Paris. Cette situation a des conséquences graves sur leur état de santé : impossibilité à respecter les contraintes d'un traitement antirétroviral en vivant dans la rue ou étant mal logé ; difficultés à accomplir de longs trajets pour se rendre à l'hôpital quand on est atteint d'une pathologie grave.

Aujourd'hui, nous constatons que :

- les appartements sociaux sont en nombre totalement insuffisant à Paris et en région parisienne ;
- les minima sociaux (RMI, Allocation Adulte Handicapé, pension invalidité, etc.), de même que les handicaps ou les problèmes de santé ne constituent pas des garanties suffisantes pour les bailleurs sociaux ;
- certains bailleurs sociaux pratiquent des discriminations intolérables 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 ;
- des dispositifs à l'origine provisoires (appartements thérapeutiques, appartements-relais, appartements d'insertion,

hôtels sociaux) sont engorgés faute d'attribution de logement de droit commun ;

- l'attribution du FSL — Fonds de Solidarité Logement prévu pour couvrir la caution et les impayés de loyer — connaît de nombreux retards et dysfonctionnements.

C'est pourquoi, nous avons exigé des candidats aux municipales un engagement sur :

- l'augmentation massive et immédiate du nombre d'appartements sociaux disponibles sur Paris ;
- la prise en compte d'un taux d'incapacité COTOREP d'au moins 50 % comme critère de priorité ;
- la prise en compte du lieu où est soignée la personne dans le choix du logement ;
- la prise en compte des minima sociaux (RMI, AAH, pension invalidité, etc.) comme critère prioritaire et non discriminant ;
- la transparence des critères d'instruction des demandes, avec présence de représentants associatifs aux commissions d'attribution ;
- la création d'une commission de recours, qui sera particulièrement vigilante sur les refus non motivés et sur l'application du principe de non-discrimination ;
- la limitation des délais d'attribution à trois mois maximum, (ce qui éviterait l'engorgement des structures provisoires d'hébergement) ;
- la création d'une allocation de maintien dans les lieux, prenant immédiatement le relais en cas d'impayé de loyer, et venant compléter le dispositif FSL.

Bertrand Delanoë qui avait répondu à nos revendications est maintenant le nouveau maire de Paris. Aujourd'hui, toutes les structures, quelle que soit leur spécificité, sont totalement saturées. Plus personne ne trouve de solutions d'hébergement aux demandes qui affluent. La nouvelle équipe municipale doit donc intervenir en urgence et ne pas se contenter de grands effets d'annonce de campagne.



## AG des drogues (et 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. La logique prohibitive de la loi de 70 (relative à la lutte contre la drogue et la toxicomanie) nous fait taire depuis trente ans. Ce que la prohibition vise, ce n'est pas notre santé ou notre bien-être, mais bien nos modes de vie, modes de vie que nous refusons de changer et que nous considérons comme légitimes. Quand il s'agit de nous, la liberté, c'est le crime.

Non, le débat prohibition/ non-prohibition n'est pas dépassé. Nous sommes plus de 90 000 à avoir été arrêtés pour usage de drogues en 1999 : pour nous, usagers de drogues, il n'est pas question de choisir un camp, l'Etat l'a déjà fait pour nous, et ce, quel que soit le produit. La prohibition nous fait prendre des risques, juridiques et sanitaires, que nous ne voulons pas prendre. Le bilan d'une telle politique est catastrophique : surdoses du fait de l'absence de tout contrôle sur la composition des produits qui circulent, contaminations par le virus du sida et/ ou des hépatites. Sous couvert de mener une politique de santé publique, l'Etat organise le contrôle social des usagers de drogues.

Nous revendiquons, comme les femmes avant nous dans leur lutte pour l'avortement, le droit de disposer de notre corps librement, y compris dans notre manière de prendre du plaisir. Nous sommes des adultes conscients des risques que nous prenons, pas des irresponsables suicidaires à remettre dans le droit chemin et à soigner. Nous ne sommes pas des délinquants ; nous ne sommes pas des malades, et nous refusons de nous laisser déposer de nos envies et de nos expériences. Nous ne nions pas que les drogues peuvent être dangereuses, et c'est précisément parce qu'elles peuvent l'être que nous exigeons d'être informés sur la composition des produits, sur les moyens d'en minimiser les risques et les plaisirs qu'ils procurent.

La loi de 70 ne peut plus durer ; elle nous met en danger, elle nous criminalise, elle nous infantilise. Partout en Europe, on s'interroge sur la façon de sortir de la logique dévastatrice de la prohibition ; la France ne pourra rester longtemps à l'écart. Parce que le débat sur les drogues est monopolisé par les scientifiques et les pouvoirs publics, sans jamais ne serait-ce que consulter les principaux intéressés, Act Up-Paris vous invite le 22 mai 2001 à une Assemblée Générale des drogues et de ceux qui les aiment. C'est à nous, usagers de drogues de milieux et de pratiques divers, de nous mobiliser pour savoir quelles alternatives opposer à la prohibition, de prendre la parole pour ne plus être dans l'illégalité parce que nous nous faisons simplement plaisir.

### Assemblée générale publique mardi 22 mai 2001 à 19h

Ecole des Beaux-Arts, Amphithéâtre des Loges,  
14 rue Bonaparte 75006 Paris  
Métro Saint-Germain-des-Prés

## Près de 6% des détenus en Prison : usage & détention

**Un seul suffirait pour attester des aberrations de la loi pénale française en matière de stupéfiants, et il sont près de 3000 ! Au 1<sup>er</sup> novembre 2000, 2892 personnes étaient détenues dans les prisons françaises pour usage et/ ou détention illicites de stupéfiants.**

Nicole Maestracci, présidente de la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie (MILDT), voulait nous rassurer. Nicole Maestracci, d'une manière générale, voudrait arriver à convaincre : Non, non, vraiment, l'esprit français de la lutte contre les drogues n'est plus à la répression de l'usage. Oui, oui, le nombre des détenus dans les prisons françaises pour usage et/ ou détention de

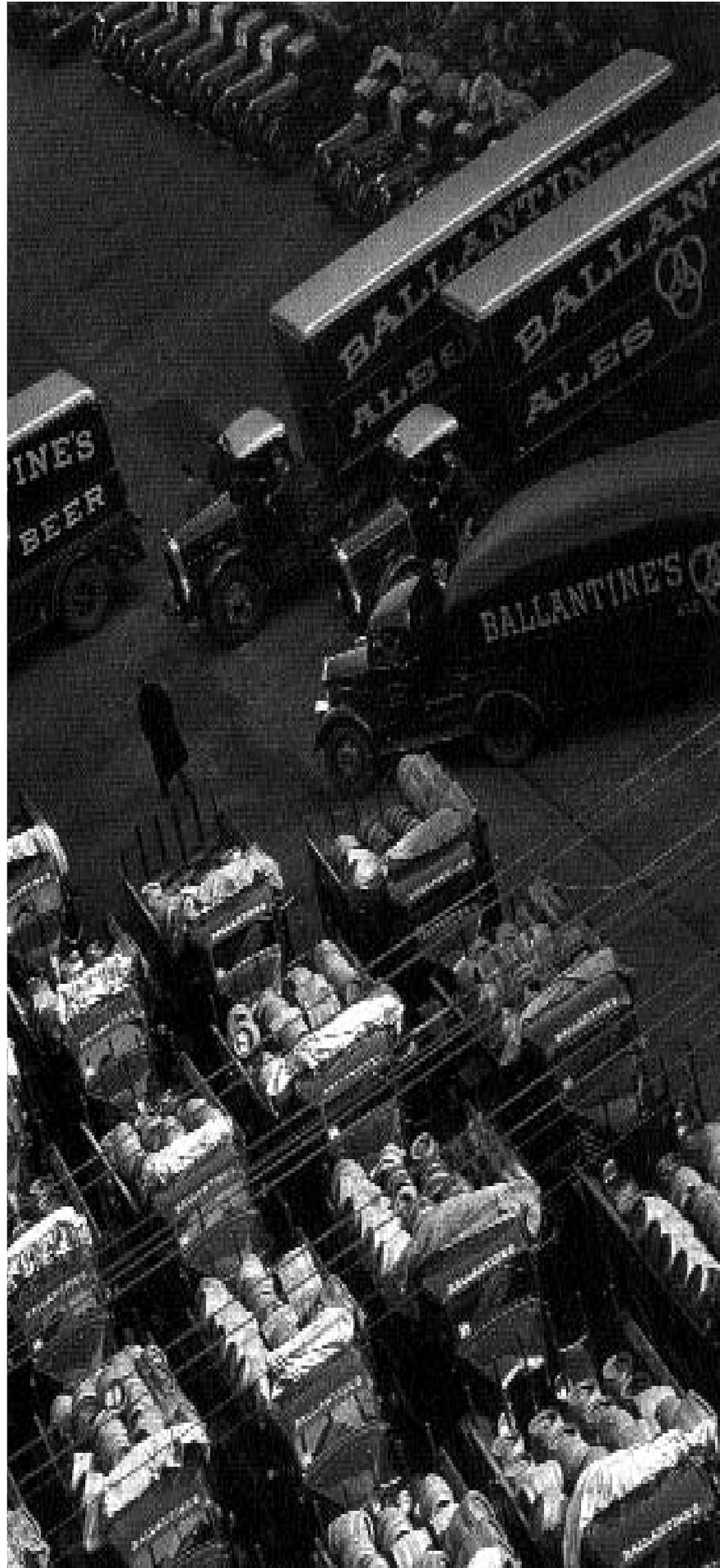
drogues est insignifiant. Des circulaires ont été éditées en ce sens, il ne peut aller qu'en diminuant.

Mais il en va tout autrement. Pendant longtemps, les seuls chiffres disponibles dataient de 1994. A l'époque, on comptait 168 personnes incarcérées pour simple usage de stupéfiant. Et rien que pour cette infraction. La dernière enquête datant du 1<sup>er</sup> novembre 2000 indique une augmentation sensible de ce chiffre : 197 détenus purgeraient une peine pour simple consommation. Ils représenteraient 0,4% de la population carcérale. Pour relativement faibles que soient ces chiffres, ils montrent néanmoins une augmentation de 15% des incarcérations. Ce qui n'empêche pas Martine Viallet, directrice de

l'Administration Pénitentiaire, d'écrire :  
" l'évolution portant sur des petits effectifs, il est difficile de conclure à une augmentation du nombre de détenus pour usage ".

L'esprit de la lutte contre les drogues pourrait changer sans qu'on en change les lois ? Voilà un moment que nous en doutons ; aujourd'hui les chiffres nous donnent raison. Quoiqu'en dise Nicole Maestracci, la justice française s'accommode bien de l'incarcération pour simple usage de drogues. Dans une note datée d'avril dernier, une chargée de mission de la MILDT n'écrivait-elle pas, à propos de cette " frange résiduelle " d'environ 200 usagers de drogues mis en prison pour simple usage, " peut-être a-t-on atteint là un seuil plancher incompressible ? ".

Mais ce n'est pas tout. A ces 200 personnes, il faut également ajouter les 2 692 détenus pour " usage et détention " de stupéfiants. Ces derniers, à eux seuls, représentent 5,5 % de la population carcérale. Cette seconde série de chiffres ne fait l'objet d'aucun commentaire dans la note de l'Administration Pénitentiaire consacrée à l'enquête du 1<sup>er</sup> novembre 2000. Et elle n'est même pas reprise dans la note de la MILDT qui nous est parvenue. Et pour cause : elle y susciterait un réel embarras. Car qui, à la MILDT, serait à même de nous expliquer ce qui peut bien fonder la différence entre délit d'" usage simple " et délit d'" usage et détention " ? Qui nous expliquera comment on use de drogues dans détenir de drogues ? Feuillotez les livres spécialisés : la différence est si floue que les auteurs en sont réduits à comparer la structure et la durée des peines prononcées pour " usage simple " d'un côté, et " usage et détention-acquisition " de l'autre, pour essayer de comprendre ce qui fonde la différence. Et cela pour conclure : " on peut penser que les condamnations pour usage seul et pour usage et détention-acquisition visent souvent des comportements et des publics semblables " (OFDT, Drogues et Toxicomanies : indicateurs et tendances, édition 1999, p.122). On ne saurait mieux dire : **ce ne sont pas près de 200 personnes qui sont enfermés aujourd'hui dans les prisons françaises pour simple délit d'usage de drogues, mais près de 3000. 0,4 % et 5,5%, ça fait près de 6%. 6% de détenus qui n'auraient jamais dû entrer dans les statistiques du ministère de la Justice.**



**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.**





## 1<sup>er</sup> Mai

### TRAVAIL EN PRISON = ESCLAVAGE LÉGAL LES SYNDICATS IGNORENT LES MALADES

Act Up-Paris a défilé le 1<sup>er</sup> mai pour rappeler aux syndicats les exigences des malades dont ils continuent d'ignorer les problèmes : difficultés d'accès à l'Allocation Adulte Handicapé, discriminations à l'embauche en raison de l'état de santé, de l'orientation sexuelle ou l'appartenance ethnique, licenciements abusifs, etc. En réduisant leur combat au seul droit à l'emploi, les syndicats majoritaires oublient les personnes les plus vulnérables et nous laissent seuls face à l'arbitraire qui prédomine dans le monde du travail, et face aux pressions des pouvoirs publics, qui entendent nous exclure du système des allocations et nous obliger à travailler, au mépris de notre état de santé.

Nous avons défilé le matin dans le cortège général de la CNT, avec le Leonard Peletier Support Group, l'Observatoire du Droit des Usagers

et Ras les Murs, sous la banderole " *Travail en prison, esclavage légal* " pour exiger l'application immédiate et sans conditions du droit du travail en détention. Absence de contrat de travail, de congés payés ou maladie, d'avantage de la retraite ; salaire ridicule ; baisse drastique des minima sociaux ; interdiction du droit de grève, de contestation, de syndicalisation, etc. Le travail en prison représente une véritable manne pour les employeurs, la SODEXHO, EURRET, GECEP, GEPSA, avec la complicité de l'administration pénitentiaire, qui gère cet esclavage légal, et du ministère de l'Emploi et de la Solidarité, qui refuse d'accorder aux travailleurs détenus leurs droits.

Sur ces deux séries de revendications, la CGT a montré son refus de tout débat avec d'autres syndicats et avec les associations. En faisant tout d'abord intervenir la préfecture

pour empêcher le cortège de la CNT d'accéder à la manifestation unitaire de l'après-midi. Il aura fallu une heure de négociation avec les forces de l'ordre pour obtenir le droit de manifester avec nos propres revendications. En refusant ensuite qu'Act Up tracte dans son propre cortège. Pour la CGT, le droit des malades n'est qu'une affaire de pédés ; le travail en prison ne concernerait que les matons. Les militants sont-ils d'accord avec la politique et les pratiques de leurs représentants ?

**Le mercredi 27 juin 2001**  
**Act Up-Paris présente**

Depuis 11 ans Act Up-Paris organise de nombreuses soirées de fundraising dans les clubs. L'objectif est toujours d'ancrer cette association de lutte contre le sida dans le sillage de la house. Ce soir, Patrick Vidal, Dimitri from Paris, Romain BNO et Ivan Smagghe s'associent à Act Up pour une soirée qui devrait être sur le meilleur sound system parisien, le mariage entre le militantisme le plus hardcore et la musique la plus sophistiquée...

A real underground disco & house party au profit d'Act Up.  
Remember: no guts, no glory.

House Ball, le mercredi 27 juin 2000 au Rex Club, 5 boulevard Poissonnière, 75002 Paris.

Donation à la porte 50 FF reversés entièrement à Act Up.  
De 23h00 au petit matin. No guest list.

OPEN BAR DE 23H00 à 0H00.

# HOUSE BALL

**PATRICK VIDAL**  
**DIMITRI FROM PARIS**  
**IVAN SMAGGHE**  
**ROMAIN BNO**

# 2

# M6 n'aime pas les séropositifs

Les organisateurs de l'émission *Loft Story* ont annoncé que la sélection des participants passe par un examen médical au cours duquel on demande un test de dépistage du virus du sida et des virus des hépatites B et C. **Imposer de tels tests est illégal et discriminatoire. Rien ne peut justifier de telles pratiques.**

Selon le responsable de l'émission, A. de Gemini, M6 n' "imposerait" pas de test de dépistage. Cela dit, si vous refusez de passer ces tests, vous êtes refoulé — ces tests sont donc "imposés". Selon le même A. de Gemini, M6 n' "exclurait" pas les séropos. Mais, si vous l'êtes, tous les autres participants auront été informés par l'équipe de *Loft Story* de votre statut sérologique, au mépris du secret médical. Et selon ces responsables, il est "éthique et moral" d'informer les gens qui vont vivre avec vous que vous êtes séropo. **Pour M6, nous, séropositifs, malades du sida, sommes potentiellement dangereux pour notre entourage : il faut donc l'avertir de notre état de santé.**

**M6 ne prend aucune précaution : instauration d'un test de dépistage obligatoire, violation du secret médical, discriminations fondées sur l'état de santé.**

Que faut-il comprendre ? Que les personnes atteintes par le VIH n'ont pas de vie sexuelle ? Que nous sommes incapables de nous protéger ? Qu'une personne séropositive ne pourra avoir plusieurs partenaires ? Faut-il rappeler à M6 qu'une relation sexuelle se fait à deux et que de ce fait, la prévention se discute à deux.

M6 se moque également des impératifs de prévention : lorsqu'on lui parle de capote, de fémidon, de gant, de digue dentaire ou de gel ; lorsqu'on lui explique qu'un test de dépistage négatif ne préserve pas du VIH (fenêtre de séroconversion) ; lorsqu'on lui demande quel matériel de prévention sera mis à disposition des participants, A. de Gemini a honte et ne sait pas quoi répondre. **Plutôt que d'informer clairement son public et les participants de ses émissions sur le VIH/sida et les MST, M6 préfère les laisser dans l'ignorance.**

En guise de dernière excuse, le responsable de M6 répète : " ce n'est qu'un jeu télévisé ", sous-entendant que les malades que nous sommes auraient mieux à faire que de s'occuper de son émission. Il a raison : assurances, emploi, logement, crédits, traitements — autant de domaines où nous avons quotidiennement à combattre les discriminations dont nous sommes victimes. **Nous avons effectivement mieux à faire que de nous occuper d'une émission de télé. Mais en important ces pratiques discriminatoires dans le cadre d'un jeu télévisé, M6 les légitime aux yeux du grand public. En refusant de faire de la prévention du sida, et en avouant leur ignorance dans ce domaine, les responsables de la chaîne deviennent complices de l'épidémie.**

**Nous exigeons des responsables de M6 :**

- **Qu'ils cessent toute pratique discriminatoire dans la sélection des candidats ;**
- **Qu'ils garantissent aux candidats l'accès au matériel de prévention : préservatifs, masculins ou féminins, gel, digues dentaires ou encore gants en latex, et à une information claire sur les MST et le VIH/sida.**
- **Qu'ils communiquent régulièrement auprès du grand public sur les risques de transmission du VIH/sida et les moyens de se protéger.**

**Dans le cas où M6 exigerait un test de dépistage et n'apporterait aucune garantie quant à la confidentialité de ces données, nous exigeons des autorités compétentes (CSA, Ministre de la Santé, Ministre de la Justice) qu'elles prennent les mesures nécessaires pour faire cesser ces pratiques.**



Pub télé média 185x133  
allogay



## n°4 Réunion Publique d'Information, Toulouse **Dépistez votre stress oxydatif !**

**Mercredi 13 juin, de 19h à 22h**

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

Plusieurs stratégies permettent de pallier, avec plus ou moins d'efficacité, aux effets toxiques des traitements anti-VIH. L'usage de micro-nutriments (vitamines, minéraux, antioxydants, hormones, acides gras essentiels, oligo-éléments, acides aminés) peut-il contribuer à amoindrir ou à résorber certains effets secondaires ? Nos invités s'efforceront de répondre à ces questions, en nous expliquant d'abord le mécanisme du "stress oxydatif" ainsi que les principales carences engendrées par le VIH ou les traitements ; un clinicien VIH témoignera ensuite de sa pratique de prescripteur.

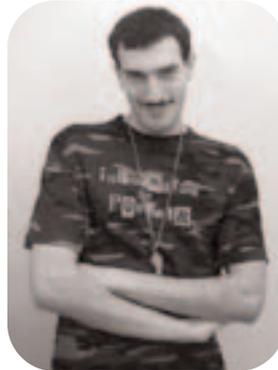
# TEE-SHIRT > SWEAT-SHIRT > BADGE > SIFFLET



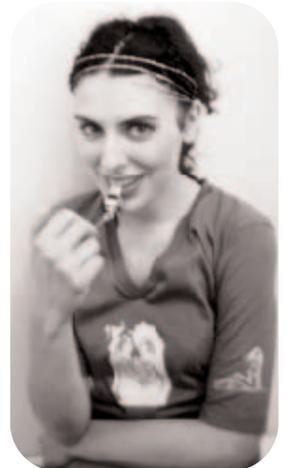
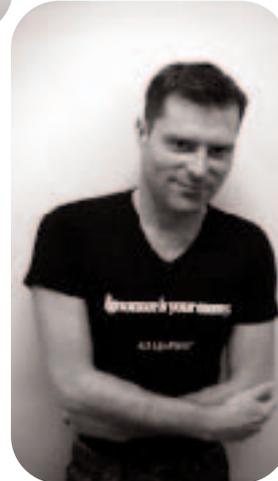
par Barbara Bui



par Agnès B.



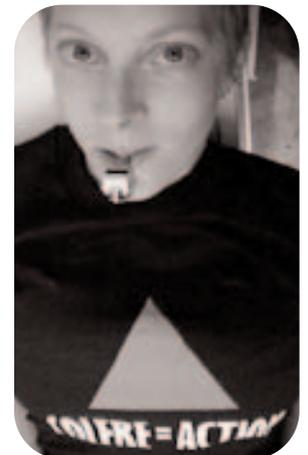
par Castelbajac



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 (XL uniquement), 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, kaki  
 tee-shirt > Louise Attaque, couple avec louisette sur manche < kaki (XL uniquement), 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 > Louise Attaque, (Agnès b) < kaki  
 tee-shirt & débardeur > José Lévy < bleu nuit  
 sweat shirt > act up-paris sur manche avec capuche < bleu, noir, marron, kaki\*\*

\* ignorance is your enemy, existent également : noir taille U<sub>n</sub>, bleu nuit taille U<sub>n</sub>, rouge taille U<sub>n</sub>, kaki taille U<sub>n</sub>.  
 \*\* act up-paris sur manche avec capuche : bleu S<sub>n</sub> uniquement, marron XL<sub>n</sub> uniquement.

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

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

10 F   
 10 F   
 10 F

retrouvez ces militantEs avec tee-shirts et colifichets en couleur sur [www.actupp.org](http://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 43 29 41 75

Fax: 01 43 08 16 74

Email: actup@actup.org

Web: http://www.actup.org

skel: 3318355690025 / 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 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 A ACT UP, EN Y JOIGNANT, SVP, UN HOUCV D'IDENTITÉ BANCAIRE (RIB), POSTAL (RBP) OU DE CASSÉ (RPA) (RPA) (RPA).

PUB AGL

# PUB CONNEXION