

# Action

La lettre mensuelle d' 

# Action, la lettre mensuelle d'Act Up- Paris

Directrice de Publication :  
Victoire Patouillard.

Rédactrice en chef :  
Claire Vannier.

Comité de Rédaction :  
Elise Bourgeois-Fisson - Nicolas Maalouly -  
Claire Vannier.

Ont participé au numéro :  
Guillaume Antoine - François Berdugo - Elise  
Bourgeois-Fisson - Emmanuelle Cosse - Sylvain  
Dambrine - Julien Devemy - Khalil Elouardighi -  
Chloé Forette - Daniel Germain - Xavier Héraud  
- Olivier Jablonski - Catherine Kapusta - Gaëlle  
Krikorian - Aude Lalande - Serge Lastennet -  
Jerôme Martin - Médéric Pouy - Charles  
Roncier - Fabien Rouilly - Régis Samba Kounzi -  
Guillaume Vergne - Younes Mezziane.

Pour la traduction, un grand merci à :  
Vincent Giavelli - Christine Lattin - Frédéric  
Madec - Monique Martin - Judith Oringer - Nick  
Rees-Roberts -

Icono :  
Elise Bourgeois - Elisabeth Chamorand - Julien  
Devemy - Olivier Doubre - Rachel Easterman  
Ulmann - Hugues Fischer - Hortense  
Patouillard - Valérie Laurent-Pavlovsky - Claire  
Vannier

Imprimerie :  
Autographe, 10 bis rue bisson, 75020 Paris.

12.000 exemplaires  
Date : juillet 2002.

Commission Paritaire en cours - ISSN 1158-2197 - Dépôt  
Légal 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 condition d'en citer la source : Action, la

## Sommaire

page 3 - Edito  
page 4 - N/S : G8 et 10 milliards de dollars  
page 6 - N/S : OMS achète  
page 7 - N/S : Post Doha  
page 8 - N/S : Brèves internationales  
page 9 - Contre la criminalisation des séroposés  
page 10 - T&R : Europe et Publicité, Viralgic  
page 12 - T&R : Etudes Post AMM  
page 14 - T&R : New Fill  
page 15 - Droits Sociaux : Permanence Juridique  
page 16 - Homophobie : Droit d'Asile  
page 18 - Santé /R pression : Inquiétudes  
page 21 - Tombola  
page 22 - Femmes : Place dans la Recherche  
page 24 - Prévention : Réduction des Risques  
page 26 - Appel à dons  
page 27 - Vente par correspondance

## Rejoignez Act Up-Paris

Réunion Hebdomadaire chaque mardi 19  
heures | Ecole des Beaux arts, 14 rue Bonaparte,  
6<sup>me</sup>, M° St Germain des Près.

Réunion Publique d'Information : mercredi au  
Centre Wallonie Bruxelles, 46 rue Quincampoix,  
4<sup>me</sup>, M° Châtelet Les Halles ou Rambuteau.

## Pour garder le contact

- Abonnez-vous à la **lettre mensuelle** d'Act Up-Paris  
1 an : 18 €, abonnement de soutien : 24 €  
Libellez vos chèques l'ordre d'Act Up-Paris -  
BP 287 - Paris Cedex 11  
- Abonnez-vous à la **lettre électronique**, bimensuelle  
en allant directement sur  
<http://listes.samizdat.net/www/info/actupinfos>  
ou en envoyant un message à :

Act Up-Paris sur le Net

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

Si l'on s'en tient au calendrier, c'est un climat insurrectionnel qui devrait régner à Barcelone cette année. Il y a quatre ans, à Genève, les organisateurs de la conférence internationale sur le sida affirmaient vouloir "réduire la distance". Deux ans plus tard, à Durban, (Afrique du Sud), les associations activistes parvenaient à imposer la question de l'accès aux traitements dans les pays pauvres comme l'enjeu central de la conférence. En juillet 2002, l'heure ne sera donc pas au bilan : la démonstration de faisabilité de l'accès aux traitements a été faite, un fonds mondial a été créé pour lutter contre l'épidémie, la question de l'engagement des pays riches a été inscrite à l'agenda du G8 en 2001. L'hecatombe qui a lieu aujourd'hui dans les pays pauvres est aujourd'hui connue de tous. Si aucun engagement n'est pris à l'occasion de Barcelone par les chefs d'Etat et les organisations internationales, la conférence sera frappée d'inanité, et le Fonds mondial restera vide de sens, force d'être vide d'argent. La concentration en un lieu unique et pour une durée brève de tous les acteurs de la lutte contre le sida pourrait alors se révéler tragiquement explosive.

La réponse des laboratoires pharmaceutiques à la demande des associations de malades de mise en place d'essais post-AMM qui étudieraient la pharmacovigilance et les effets long terme des traitements, constitue le second enjeu de cette conférence. La lourdeur des effets secondaires impose en effet qu'ils soient étudiés après la mise sur le marché des nouvelles molécules, et c'est la responsabilité que se donnent les laboratoires en matière de santé publique qui se joue ici. Il importe également d'étudier les effets spécifiques des traitements sur les femmes. Cette question a été complètement négligée par les chercheurs, sinon dans le strict cadre de la transmission materno-fœtale. La commission Femmes d'Act Up-Paris a contribué à faire merger, la conférence de Barcelone doit être le terrain de cette bataille féministe dans le champ thérapeutique. Il y a là une urgence vitale.

Enfin, cette conférence doit être l'occasion pour tous les chefs d'Etat européens d'exprimer leur position quant à la directive européenne dite "DTCA" (Direct To Consumer Advertising) qui est actuellement discutée au Parlement européen et qui vise à autoriser la publicité des laboratoires pour les traitements anti-sida.

Nous ferons tout notre possible pour que cette conférence internationale fasse date.

Si nos referimos al calendario, será un ambiente insurreccional el que reinará en Barcelona este año. Hace cuatro años, en Ginebra, los organizadores de la conferencia sobre el sida afirmaban que querían "reducir la distancia". Dos años más tarde, en Durban, en Sudáfrica, las asociaciones activistas conseguían hacer que el problema del acceso a los tratamientos en los países pobres fuese el tema central de la conferencia. Así, en julio de 2002, no se tratará de hacer balance : ya se ha demostrado la posibilidad del acceso a los tratamientos, se ha creado un fondo mundial para luchar contra la epidemia, se ha señalado el compromiso de los países ricos en la agenda del G8 en 2001 : Hoy todo el mundo está informado de la hecatombe que tiene lugar en los países pobres. Si al cabo de la conferencia de Barcelona, los jefes de Estado y las organizaciones internacionales no toman ninguna decisión, la conferencia parecerá inane y el fondo mundial desaparecerá al ver desaparecido su capital. Entonces, la concentración en un lugar dado y para una duración corta de todos los actores de la lucha contra el sida puede resultar trágicamente explosiva.

La respuesta de los laboratorios farmacéuticos a la pedida de las asociaciones de enfermos para que empiecen pruebas post-AMM que estudiarían la farmacovigilancia y los efectos a largo plazo de los tratamientos constituye otro tema importante de dicha conferencia. En efecto, la gravedad de los efectos secundarios supone su estudio tras la puesta en el mercado de nuevas moléculas y lo que estará en juego aquí es la responsabilidad que se otorgan los laboratorios en materia de salud pública. También es importante estudiar los efectos específicos de los tratamientos en las mujeres. Los científicos hicieron poco caso de este problema, salvo quizás en el estricto marco de la transmisión de la madre al hijo. La comisión mujeres de Act Up-París contribuyó a hacer emerger este problema. La conferencia de Barcelona debe ser el testigo de esta batalla feminista dentro del campo terapéutico. Hay allí una urgencia vital.

Por fin, esta conferencia debe ser la ocasión para todos los jefes de Estado europeos de expresar su posición en cuanto a la directiva europea llamada DTCA (Direct To Consumer Advertising) que se discute actualmente en el Parlamento europeo y cuyo objetivo es autorizar la publicidad de los laboratorios para que hagan la promoción de los tratamientos contra el sida.

Haremos todo lo posible para que esta conferencia marque un hito.

Victoire Patouillard  
Présidente de Act Up-Paris

# Sida & G8 : Où sont les 10 milliards de US\$ ?

Un an après l'annonce tonitruante par les États du G8 de la création d'un Fonds mondial contre le sida, la contribution des pays les plus riches n'a pas atteint le dixième des objectifs fixés.

Où sont les 10 milliards de dollars promis ? Les caisses du Fonds mondial sont pour ainsi dire vides. Au cours des 12 derniers mois près de 3 millions de personnes sont mortes du sida, et l'épidémie continue inexorablement de s'étendre.

En 2000, après plus de 15 ans d'épidémie, le Conseil de Sécurité de l'ONU, puis le Conseil National de Sécurité américain annonçaient que la pandémie de sida représentait l'une des plus graves menaces à la stabilité internationale.

Quelques mois plus tard, la Banque mondiale avertissait la communauté internationale que les ravages du sida dans les pays pauvres taient sur le point de réduire en l'espace de 50 ans de développement. Dans le même temps, Jeffrey Sachs, directeur de l'Institut Harvard et chargé de la Commission Santé et Macro-économie de l'OMS, publiait un rapport d'experts estimant les montants nécessaires pour contrôler la pandémie à 10 milliards de dollars par an, soit 0,05% du PNB des 8 pays les plus riches, une somme inférieure à ce que les pays du G8 continuent de percevoir des pays pauvres au titre du service de la dette.

En avril 2001 au Sommet d'Abuja au Nigeria, Kofi Annan, Secrétaire Général des Nations Unies, en appelait à une mobilisation financière internationale sans commune mesure avec les ressources que nous consacrons actuellement [...] pour remporter la guerre contre le sida. Un objectif que l'Assemblée Spéciale des Nations Unies reprenait son compte en juin 2001 lors de la Session Spéciale sur le sida.

Ainsi, en juillet 2001, les 8 États les plus riches du monde annonçaient l'engagement de la création d'un Fonds mondial destiné à recueillir 10 milliards de dollars par an.

Or, ce jour, leurs contributions n'atteignent pas 500 millions de dollars par an, soit moins de 5% des objectifs fixés. Où sont les 10 milliards de dollars promis ? Au cours de ces 12 derniers mois près de 3 millions de personnes sont mortes du sida. En 2015, si la tendance n'est pas inversée, 100 millions de personnes seront séropositives, 95 millions d'entre elles seront condamnées à mort.

Au fil des années, les acteurs de terrain, les malades, les ONG, les médecins se sont mobilisés, jour après jour, pour combattre l'épidémie et sauver les personnes atteintes. Pourtant, sans moyens supplémentaires ils ne pourront ni maintenir leur action, ni l'étendre.

**Les États du G8 portent la responsabilité de la mort de 10 000 personnes chaque jour, la responsabilité d'une progression ininterrompue de l'épidémie qui menace le développement et la stabilité de continents entiers. C'est pourquoi, ils doivent s'engager sans délai à consacrer un minimum de 0,05% de leur PNB au financement de la lutte contre le sida.**

## AIDS and G8 : Where is the US\$ 10 billion?

A year after the Group of Eight Industrialized Countries announced the "historic" creation of a Global Fund to fight AIDS, the contribution of the richest countries does not reach one tenth of the goal set forth by Annan.

Where is the ten billion dollars? There is almost no money left in the coffers of the Fund. In the past 12 months almost 3 million people have died of AIDS and the epidemic continues expanding in size and scope.

In 2000 and more than 15 years after the beginning of the epidemic, the UN Security Council followed by the US Security Council announced that the AIDS pandemic was one of the most serious threats to world stability.

A few months later the World Bank warned the international community that the devastating effects of the epidemic in poor countries were about to annihilate 50 years of development. Then Jeffrey Sachs, the head of the Harvard Institute in charge of the Health and Macroeconomic Commission of the WHO, published an expert report estimating the funds necessary to control the pandemic at 10 billion dollars a year - a mere 0.05% of the GNP of the 8 richest countries, and less than what the G8 countries keep collecting from poor countries as debt service.

In April 2001 at the Abuja Summit in Nigeria, Kofi Annan, the UN Secretary General, called for an international financial mobilization "without any common measure with the resources we presently spend if we want to win the war against AIDS". The UN General Assembly Special Session on HIV/AIDS adopted the same target of 10 billion dollars a year. Thus in July 2001, in Genoa, the 8 richest states announced the creation of a Global Fund to finance the global war on aids.

To date their contributions do not add up to 500 million dollars a year, that is less than 5% of the target. Where is the 10 billion dollars? In the last 12 months almost 3 million people have died of AIDS. By 2015, if the trend is not reversed, 100 million people will be infected with HIV/AIDS and 95 million will eventually die.

Throughout the years, grass-roots activists, people with HIV, NGOs and doctors have mobilised day after day to fight the epidemic and save infected people. However, without more funds they will lose the fight.

**The G8 industrialized countries bear responsibility for the deaths of 10,000 persons every day; responsibility for the continuous expansion of the epidemic which threatens the development and stability of entire continents. This is why the G8 countries must immediately commit to devoting 0.05% at least of their GNP to the funding of the fight against AIDS.**



Chaque État doit aujourd'hui engager 0,05% de son PNB dans la guerre contre le sida.

EVERY STATE MUST COMMIT .05% OF ITS GNP TO THE WAR AGAINST HIV/AIDS.

## XIV<sup>e</sup> Conférence Internationale sur le VIH/Sida Barcelona

Barcelona cannot be one more conference during which we hear people trot out slogans such as « close the gap », « end the silence on AIDS », « the expertise and commitment to act » without anything more crucial coming out of it.

Barcelona cannot be one more conference during which we declare that people infected with AIDS must have access to life-prolonging treatment wherever they may live; prove that it is feasible; repeat that medicines can be produced and sold at a low cost; and show that health care and treatment regimens can be made simple; while at the grass-roots level, for sick people and those who every day battle to save lives, death and exhaustion are their common lot for lack of financial resources.

The war against AIDS was declared by the powerful leaders of this world more than a year ago. Pledges were made, but they have not been honoured.

Where is the ten billion dollars pledged by the G8 countries and the member states of the United Nations?

Where is the ten billion dollars which could make all the difference, enable millions of sick people to remain alive, millions of people not to become infected and field workers to do their job under decent conditions?

Such a question which is preying on many people's minds, must forcefully be raised in Barcelona. If we raise this question, we will prove we are determined to fight and truly angry and justifiably so. At the same time, we will shame all those who refuse to loosen the purse strings.

Today nations and donors must meet their commitments. Their dithering and refusing to give the funds they pledged, leads to our dying, our families and friends dying and brings death and destruction to entire countries and all continents.

We have long gone beyond the limits of what is bearable. A conference for next to nothing will be one too many.

Barcelone ne peut pas être une conférence internationale de plus, pendant laquelle nous entendrons ressasser des slogans tels que « réduire le déficit », briser le silence, savoir et engagement pour agir, sans que rien de plus d'important n'en ressorte.

Barcelone ne peut pas être une conférence de plus pendant laquelle nous réaffirmerons que les malades, quelque soit l'endroit où ils vivent, doivent accéder aux traitements leur permettant de rester en vie; pendant laquelle nous redonnerons les preuves de la faisabilité de cet accès; pendant laquelle nous prouverons que les médicaments peuvent être produits et vendus à très bas prix; pendant laquelle nous redémontrerons qu'il est possible d'alléger les modes de prise en charge et les régimes thérapeutiques; alors que sur le terrain, pour les personnes malades, pour ceux qui chaque jour s'acharment à sauver des vies, la mort et l'épuisement sont omniprésents faute de moyens.

Il y a maintenant plus d'un an que la guerre contre le sida a été officiellement déclarée par les puissants de ce monde. Des engagements ont été pris, mais n'ont pas été respectés.

Où sont les 10 milliards de dollars promis par les États du G8, par ceux des Nations Unies ?

Où sont les 10 milliards qui pourraient changer radicalement la donne, permettre des millions de malades de rester en vie, des millions de personnes d'éviter la contamination ou encore permettre l'ensemble des acteurs de terrain de travailler dans des conditions décentes ?

Cette question ne cessera d'être posée au cours de la Conférence de Barcelone. Elle exprime notre détermination et l'indignation légitime qui s'élève. Elle porte la honte sur ceux qui s'obstinent à tenir serrés les cordons de la bourse.

Aujourd'hui, États et bailleurs doivent faire face à leurs responsabilités. Leur inaction, leur refus de donner l'argent promis condamnent des pays entiers, menacent l'ensemble des continents et même la mort, notre mort, celle de nos familles, de nos amis.

Nous avons depuis longtemps franchi les limites du supportable. Une conférence pour rien sera de trop !

# STOP MEDICAL APARTHEID

# Accelerating Access

## L'OMS compromet la survie des malades

Mai 2002 marquait le second anniversaire de l'initiative Accelerating Access, lancée par l'ONUSIDA en partenariat avec plusieurs agences des Nations Unies (OMS, FNUAP, UNICEF et Banque mondiale) et cinq compagnies pharmaceutiques (Boehringer Ingelheim, Bristol-Myers Squibb, Glaxo SmithKline, Merck & Co., et Hoffman-La Roche). Depuis la fin de l'année 2001 cette initiative se poursuit sous le guide de l'OMS.

Accelerating Access devait permettre aux pays en développement un accès aux médicaments aux prix les plus bas, mais aussi de bénéficier d'un soutien technique des agences des Nations Unies (OMS, ONUSIDA) la mise en place d'un accès national aux traitements antirétroviraux. Deux ans plus tard, les activistes font le bilan : Accelerating Access sert avant tout les laboratoires pharmaceutiques qui tirent profit du label des institutions internationales pour conserver un monopole et limiter les baisses de prix.

Selon les estimations les plus optimistes, après deux ans, seuls quelques milliers de personnes dans le monde auraient dû bénéficier d'un traitement antirétroviral par l'intermédiaire d'Accelerating Access soit moins de 0,1% des 10 millions de personnes séropositives dont le traitement nécessite une mise sous traitement.

Mais deux années d'Accelerating Access ne se soldent pas simplement par de piètres résultats en terme d'accès aux médicaments et de vies sauvées. Cette initiative a également généré de nombreux effets pervers que l'OMS et l'ONUSIDA ont non seulement ignorés mais surtout qu'ils ont cautionnés : instrumentalisation des institutions internationales de santé, discrimination entre pays, contrôle et accaparement des marchés, court-circuitage des systèmes nationaux d'approvisionnement en médicaments, développement de prescriptions irrationnelles et dangereuses (pour plus d'informations <http://www.actupp.org/article498.html>).

Accelerating Access est un exemple criant de compromission

entre institutions internationales de la Santé et industrie pharmaceutique au mépris de l'intérêt des populations et de la santé publique.

L'OMS ne peut impliquer les pays en développement dans des partenariats avec des compagnies privées sans garantir un cadre de négociations transparent, le respect de principes éthiques et un minimum d'obligation de résultats.

**En outre, l'OMS ne peut prendre par texte de partenariats avec l'industrie de marque pour ignorer de libérer l'enjeu majeur en matière de prix et l'origine des baisses de plusieurs molécules ces dernières années : l'accès aux génériques. En effet, la mise en compétition entre médicaments de marques et génériques reste la seule perspective long terme pour pouvoir accéder à la palette thérapeutique la plus large et la plus complète possible aux prix les plus bas.**

Pourtant, en mettant en avant, lors de l'Assemblée Mondiale de la Santé, la question des prix différenciés qui ne serait ni plus ni moins qu'un arrangement avec les industriels détenteurs des marques Gro Harlem Brundtland, directrice de l'OMS, prend le parti d'occulter cette question déterminante.

**Alors que les négociations battent leur plein au conseil de TRIPS l'OMC au sujet de l'exportation des génériques, la directrice de l'OMS refuse de tirer les leçons du passé et condamne les malades en remettant, une fois de plus, leur sort entre les mains des laboratoires de marque.**

# Accelerating Access & WHO

## Endangering people with AIDS

May 2002 has marked the second anniversary of the "Accelerating Access" initiative, launched by UNAIDS in a partnership with several UN agencies (WHO, FNUAP, UNICEF and the World Bank) and five pharmaceutical companies (Boehringer Ingelheim, Bristol-Myers Squibb, Glaxo SmithKline, Merck & Co., and Hoffman-La Roche). Since the end of 2001 this initiative has been under the responsibility of the WHO.

« Accelerating Access » was supposed to provide developing countries with access to medicine at the lowest possible prices, as well as provide technical support for the implementation of national access programs for antiretroviral treatment.

Two years later, people with AIDS examine the results. Accelerating Access serves, above all, pharmaceutical companies who profit from a partnership with international institutions while using the program to maintain their monopolies and to limit any reductions in price.

According to the most optimistic of estimates, after two years Accelerating Access has only resulted in getting an additional 0.1% of people with AIDS on treatment (indeed, WHO rates at 10 million the number of people requiring immediate antiretroviral therapy).

More than just bad results in terms of medicines provided and lives saved, AAI is causing numerous damages that the WHO and UNAIDS have not only been incapable of stopping but that have accepted to cover for. These damages are: instrumentalisation of international health institutions, discrimination between recipient countries, market fixing, short-circuiting of the national drug circulation systems, and spurring irrational

dangerous prescriptions (for more information <http://www.actupp.org/article498.html> — see English PDF version).

Accelerating Access is a striking example of a dishonest compromise between international institutions and the pharmaceutical industry at the expense of people and public health.

The WHO must not allow developing countries to enter into agreements with private companies unless they can guarantee transparent negotiations that respect basic ethical standards and eventually provide results.

**Besides, the WHO cannot use partnerships with brand-name companies as an excuse deliberately to ignore the fact that access to generics has been a determining factor in the drop in prices of several ARVs those past years. As a matter of fact, competition between brand-name and generic drugs remains the long-term solution for access to the widest and most complete range of treatments possible at the lowest prices.**

However, by putting forward the question of differential pricing at the WHA—which would be nothing but an agreement with brand-name companies—, Gro Harlem Brundtland, the Director-General of the WHO, has chosen to dismiss this determining question.

**At a time when the negotiations on the export of generics are at their height at the TRIPS Council of the WTO, the Director-General of the WHO refuses to learn from the past and her putting the fate of sick people into the hands of Big Pharma once more is a sentence of death for people with AIDS.**



# POST DOHA

À Doha en novembre dernier, les États membres de l'OMC ont donné mandat au conseil de TRIPS pour identifier avant la fin 2002 une solution permettant aux pays exportateurs de génériques d'approvisionner les pays ne produisant pas eux-mêmes.

Aujourd'hui, la Commission européenne et les États-Unis, minimisant des besoins sanitaires pourtant reconnus de tous, vont aujourd'hui à l'encontre de l'esprit de la déclaration TRIPS et santé publique de Doha et limitent par tous les moyens l'exportation de génériques.

La santé et l'accès aux médicaments sont des droits fondamentaux, ni l'industrie, ni les pays riches ne peuvent s'y opposer.

**Tous les pays qui souhaitent recourir des génériques doivent être en mesure de le faire aussi simplement que s'ils étaient en mesure de les produire eux-mêmes.**

Last November at Doha the Member States of the WTO instructed the TRIPS Council to find a solution before the end of 2002 making it possible for generic producing countries to export generics to countries which aren't producing themselves.

Now the European Commission and the United States of America, which play down the importance of universally recognized public health needs, run counter to the spirit of the Doha declaration on "TRIPS and Public Health", and restrict the export of generics by all possible means.

Health care and access to medication are fundamental rights, that neither industry nor the rich countries should be allowed to oppose.

**All the countries wishing to use generics should be in a position to do so as easily as if they were able to produce them on their own.**

## Antirétroviraux : comparaison des prix les plus bas proposés dans les pays dits en développement

Les prix sont exprimés en dollar US par patient et par an (prix annuel avec parfois prix journalier en dessous). Les chiffres en gras sur fond gris présentent les meilleures offres de prix.

	<b>Didanosine</b> Videx®	<b>Efavirenz</b> Stocrin® ou Sustiva®	<b>Lamivudine</b> EpiVir®	<b>Nevirapine</b> Viramune®	<b>Stavudine</b> Zerit®	<b>Zidovudine</b> Retrovir®	<b>ZDV+3TC</b> Combivir®	<b>3TC+D4t+ NVP</b> Triomune®	<b>Abacavir</b> Ziagen®	<b>Abacavir+3TC+ZDV</b> Trizivir®	<b>Amprénavir</b> Agenerase®	<b>Indinavir</b> Crixivan®	<b>Nelfinavir</b> Viracept®	<b>Zalcitabine</b> Hivid®	<b>Ritonavir</b> Norvir®	<b>Saquinavir</b> Fortovase®
<b>Détenteur</b> Brevet (US)	Wellcome /gouv. US	Merck	IAF Biochem	Boehringer	Univ. Yale	Glaxo Wellcome	Glaxo Wellcome		Glaxo Wellcome	Glaxo Wellcome	Glaxo Wellcome	Merck	Agouron	Gouv. US	Abbott	Roche
<b>Producteur</b>	BMS	Merck	GSK	Boehringer	BMS	GSK	GSK		GSK	GSK	GSK	Merck	Roche	Roche	Abbott	Roche
<b>Dose /j. (mg)</b>	100 x 4	200 x 3	150 x 2	200 x 2	40 x 2	300 x 2	(300+150) x 2	(150+40+200) x 2	300 x 2	(300+150+300) x 2	150 x 8 (boost par Norvir)	400 x 6	250 x 9	0,75 x 3	100 x 12	200 x 9
<b>Ranbaxy</b> (Inde) oct 01			248	412		318	548	<b>295</b> <b>0,80</b>								
<b>Cipla</b> (Inde) oct 01	584	668	120	201	<b>44</b> <b>0,12</b>	<b>193</b> <b>0,53</b>	285	354				876				
<b>Hetero</b> (Inde) oct 01	555	1040					288		2628			986			3504	
<b>Aurobindo</b> (Inde) oct 01	<b>190</b> <b>0,52</b>	<b>485</b> <b>1,33</b>	<b>91</b> <b>0,25</b>	<b>150</b> <b>0,41</b>	48		<b>270</b> <b>0,74</b>						<b>2924</b> <b>8,01</b>			
<b>Merck</b> (USA) oct 01		500 1,37										<b>600</b> <b>1,64</b>				
<b>BMS</b> (USA) oct 01	310 0,85				55 0,15											
<b>Roche</b> (CH) oct 01													3139 8,6	<b>675</b> <b>1,85</b>		<b>814</b> <b>2,23</b>
<b>GSK</b> (UK) oct 01			234 0,64			584 1,60	730 2,00		<b>1387</b> <b>3,80</b>	<b>2409</b> <b>6,60</b>	<b>3176</b> <b>8,70</b>					
<b>Abbott</b> (USA) oct 01															<b>650</b> <b>1,78</b>	
<b>Boehringer-Ingelheim</b> (All.) oct 01				438 1,20												

Sources : ALCS et MSF (Octobre 2001, Accès aux Anti-Rétroviraux: Démêler l'Écheveau des Réductions de Prix pour les Pays en Développement, web: [www.accessmed-msf.org](http://www.accessmed-msf.org))

NB : La qualité des produits n'a pas forcément été évaluée. Les centrales d'achat doivent donc suivre leurs propres procédures.

# Appel à témoignages

En juillet 2000, le laboratoire Boehringer a annoncé la mise en place d'un programme de distribution gratuite de Viramune® (névirapine) destiné à la réduction de la TME du VIH 1. Cette offre s'adresse aux pays en développement, pour une durée de 5 ans.

Nous avons quelques questions sur les difficultés que rencontrent certains pays pour en bénéficier. C'est pourquoi nous essayons actuellement de faire le point de la situation dans les pays intéressés par cette initiative. Quelle est la situation dans votre pays à l'égard de ce programme ? Contactez-nous.

In July 2001 the pharmaceutical company Boehringer announced the launch of the Viramune® Donation Programme (nevirapine) to reduce mother-to-child transmission of HIV. Such an offer was aimed at developing countries over a period of 5 years.

We have been informed that some countries have found it difficult to benefit from such an initiative. This is why, right now, we are trying to review the situation in the countries interested by this initiative. What is the situation in your country regarding to this program? Contact us.

Act Up Paris - Olivier Jablonski - ojablonski@free.fr

CAMEG  
Centrale  
d'Achats des  
Médicaments  
Essentiels et  
Généralistes

FCFA  
Franc de la  
Communauté  
Financière  
Africaine.

TAC  
Treatment  
Action  
Campaign

TME  
Transmission  
Mère - Enfant

WASN  
Women and  
Aids Support  
Network

## Zimbabwe

Des médicaments bientôt ?

Lundi 27 mai, le gouvernement du Zimbabwe a déclaré un état d'urgence médicale de 6 mois pour attaquer de front l'épidémie de sida. Il autorise ainsi l'importation d'antirétroviraux génériques moins coûteux, sans tenir compte des délais causés par les longues procédures de tests et d'enregistrements imposés par la législation internationale. Cependant, le gouvernement n'a pas précisé quand et comment il comptait fournir ces médicaments et surtout ce qui se passera une fois le délai de 6 mois expiré.

Parallèlement, le 12 juin dernier, WASN a lancé une pétition demandant au gouvernement de fournir systématiquement l'antirétroviral névirapine aux femmes enceintes séropositives (comme traitement de prévention de la TME), et ce avant le 1<sup>er</sup> décembre 2002. Inspiré des actions de la Treatment Action Campaign en Afrique du Sud, le WASN a menacé le gouvernement de poursuites judiciaires s'il refusait. Au Zimbabwe, 7.000 personnes sont contaminées chaque jour, la moitié d'entre elles a entre 15 et 24 ans.

Will generic drugs be available soon ?

On Monday, May 27, the government of Zimbabwe declared a state of national emergency for six months in order to fight the AIDS epidemic. In Zimbabwe 7000 people are infected by HIV every day, half of them between the ages of 15 and 24. The government has thus cleared the way for the import of cheaper antiretroviral generic drugs without the lengthy testing and registration procedures. If such an announcement was welcome news for people with HIV, it raises a number of questions : who is going to pay for the drugs, when and how will the government supply the antiretrovirals, what will happen in six months' time.

Similarly, last June 12 the WASN petitioned the government for the implementation of access to the antiretroviral nevirapine for all pregnant women living with HIV (as prevention of mother-to-child transmission) before december 1, 2002. Like TAC in South Africa, WASN threatened the government to start legal proceedings if it refused.

## Togo accès au Triomune

La CAMEG togolaise a négocié avec le générique indien Cipla une trithérapie Triomune (stavudine + lamivudine + névirapine) au prix de 21.000 FCFA par mois pour les associations titulaires d'un compte à la centrale d'achats, ainsi que pour les institutions.

After negotiations with CAMEG in Togo, the Indian generic drug manufacturer, Cipla agreed to charge all the organizations holding an account with the purchasing group, as well as all Togolese institutions, 21.000 FCFA a month for the combination therapy Triomune (stavudine + lamivudine + nevirapine).





# Criminalisation : STOP

La criminalisation des personnes séropositives va à l'encontre d'une politique de prévention efficace et d'une responsabilisation des pratiques. Ne serait-ce que pour cette raison, nous nous y opposons catégoriquement.

La question de la criminalisation des personnes qui auraient "contaminé" leur partenaire est depuis longtemps d'actualité. Certains pays, tels que les États-Unis, connaissent ainsi des procès qui rendent pénalement ou civilement responsable une personne atteinte pour en avoir contaminé une autre. Mais cette question concerne l'ensemble des pays touchés par l'épidémie, au Nord comme au Sud, où on voit fleurir nombre de propositions pour condamner, voire enfermer dans des centres spécialisés (tels qu'en Suède, ou Cuba), les personnes séropositives. D'autres parleront de "sidatoriums".

Quelles que soient les situations, poser la question de la responsabilité en cas de contamination et accepter de tenir des procès sur ce terrain est pour nous intolérable et inefficace. Quelles que soient les conditions d'une contamination, aussi tragiques qu'elles puissent être, ce n'est en aucun cas en criminalisant et en rprimant juridiquement des personnes que l'on peut mener une véritable politique de santé publique, qui appelle des changements de comportement.

Une relation sexuelle se fait à deux, et, de ce fait, il existe une responsabilité partagée. Tant du côté des personnes séropositives que des personnes séronégatives. L'un ne peut se cacher derrière l'autre : lorsqu'on adopte des pratiques non protégées, cela concerne l'ensemble des partenaires.

Qualifier une contamination de crime ou de délit d'empoisonnement, par exemple, supposerait d'abord que les personnes atteintes aient connaissance de leur statut sérologique. Il suffirait donc de ne pas faire de test de dépistage pour ne pas avoir rendu compte à la justice en cas de contamination. On le voit, la criminalisation s'oppose à une politique de prévention et de dépistage.

Plutôt que de promouvoir ce recours à la justice, contre-productif, mieux vaudrait systématiser les campagnes de prévention ciblées, auprès des personnes hétérosexuelles ou homosexuelles, qu'elles vivent en couple ou soient célibataires, pour rappeler que si elles ne se protègent pas, elles se mettent en danger, et mettent en danger tous leurs partenaires. Privilégier la responsabilisation plutôt que la criminalisation.

Nous le savons, la répression n'a que peu d'efficacité, notamment en termes de comportement. Ce n'est pas par la force que l'on permet des personnes de s'interroger sur leur sexualité et leurs pratiques. C'est bien plutôt par un travail de pédagogie et de responsabilisation que l'on peut inscrire dans le temps la prévention du sida, pour la rendre efficace durablement.



Manif contre Le Pen - Avril 2002

**Criminalization opposes any effective policy of HIV prevention and practice of responsibility. But that's not all.**

The question of criminalizing people who have supposedly "contaminated" their partners has been a much debated issue for long. In countries such as the USA, court cases have been made against people accused of consciously infecting others with the HIV virus. But this is a global issue, affecting both the Northern and Southern countries ; there have been demands everywhere at some stage to condemn, even imprison PWA's in specialised units - take Sweden or Cuba as examples.

Whatever the context, legal action to determine who is guilty or responsible for contamination is unacceptable and ineffective. Whatever the circumstances of a contamination, as tragic as they may be, it is clear that the goal of a public health policy open to people's real life experience must not be to criminalize or repress people by law.

It takes two to have sex : it is therefore a responsibility shared by HIV-positive and HIV-negative people. The fact that some people don't protect themselves is a matter of concern for everyone. Qualifying contamination as a crime, or else as a poisoning offence for instance, would suppose that all HIV-positive people know their serological status. So, not taking an HIV test would be a means of avoiding possible legal action in case of contamination. Clearly, criminalization works against effective HIV prevention and testing.

Instead of promoting legal action, it would be more worthwhile to support prevention campaigns targeting heterosexual and lesbian and gay people, with or without long-term partners, so as to remind them they are in danger if they don't protect themselves and are endangering people they have sex with. Sexual responsibility must be accorded greater importance than criminalization.

Obviously, repression is never going to change people's sexual practices. We can't make people think about their sexuality and sexual practices by force. Rather, for long-term HIV prevention strategies to be effective, the weight must be put firmly on education and sexual responsibility.



# L Industrie Pharmaceutique la conquête de l Europe

Le Collectif Europe & Médicament, dont Act Up-Paris fait partie, rassemble des associations de malades, des revues médicales indépendantes, des associations de défense des consommateurs, et s'est créé pour dénoncer le projet de réforme de la directive européenne sur la publicité et l'information relatives aux médicaments. Ce projet consiste à assouplir les interdictions de publicité sur les médicaments, permettant ainsi à l'industrie pharmaceutique de faire la promotion de leurs molécules, et donc d'optimiser leurs profits. Le lobby de l'industrie pharmaceutique s'est ainsi appuyé sur Erkki Liikanen, commissaire européen en charge des entreprises et de la société de l'information, pour bâtir un projet sur mesure.

Il s'agit entre autres :

- d'admettre la publicité grand public pour les médicaments soumis à prescription (notamment pour les pathologies de diabète, asthme et sida), en autorisant " l'information " des firmes pharmaceutiques auprès des patients. En fait, il s'agit de permettre une information promotionnelle auprès des malades, qui sera l'image de ce qui se fait déjà aux Etats Unis, souvent incomplète, évitant soigneusement de mentionner les effets secondaires des traitements.

- d'accélérer le processus d'AMM. En soi, on pourrait se féliciter, espérant ainsi obtenir plus rapidement les molécules dont nous avons besoin. Dans les faits, il s'agit de réduire de 210 à 150 jours le délai d'examen des dossiers de demande d'AMM, ce qui pourrait conduire à bécotter l'évaluation des produits, cette dernière se faisant dans un temps incompressible. Il faut maintenir le délai de 210 jours, et réserver la procédure accélérée aux situations exceptionnelles, c'est-à-dire aux médicaments constituant un progrès thérapeutique significatif attendu et demandé par des malades n'ayant pas d'autres alternatives thérapeutiques disponibles.

- de supprimer le renouvellement quinquennal des AMM. Actuellement, une AMM n'est délivrée que pour une période de 5 ans renouvelable. Or, les agences du médicament ont souvent transformé ce qui devrait être un nouvel examen du médicament et de son usage en simple formalité administrative. L'industrie pharmaceutique réclame donc l'annulation de cette formalité. Pourtant, la réévaluation des effets indésirables en fonction de données nouvelles et d'usage long terme des traitements est une indispensable garantie de santé publique et de sécurité pour les patients.

- de renforcer le processus de reconnaissance mutuelle des AMM européennes. En bref, ce système permettrait à un médicament d'obtenir une AMM dans l'ensemble des pays de l'Union Européenne, dès lors que l'agence nationale du médicament d'un des pays de l'Union, en charge de valider les données scientifiques des produits, donne son autorisation de mise sur le marché. Cette procédure, très intéressante en théorie, est pourtant peu satisfaisante, du fait d'expertises nationales très hétérogènes, et de procédures très opaques pour l'instant. Le risque est que la délivrance de l'AMM soit faite au rabais, au détriment des malades.

En clair, le projet de directive et de règlement européen émanant de la DGE est une offensive massive contre la santé publique et les malades, au profit des industries pharmaceutiques. Il est d'ailleurs étonnant que les organismes européens chargés du médicament soient rattachés à la DGE de la Commission Européenne, et non celle de la Santé : c'est faire primer les intérêts commerciaux sur ceux de la santé publique.

Pour résister, nous avons rédigé une soixantaine d'amendements, soumis aux parlementaires européens, pour qu'ils les défendent devant le Parlement : la première lecture de la directive aura lieu les 9 et 10 juillet prochains.



Zap de Roche - Novembre 2001

AFSSAPS  
Agence  
Française de  
Sécurité  
Sanitaire des  
Produits de  
Santé

AMM  
Autorisation  
de Mise sur  
le Marché

CEM  
Collectif  
Europe &  
Médicament

DGE  
Direction  
Générale  
Entreprises

# The Pharmaceutical Industry's attempt to conquer Europe

The European Coalition on Medicine is a collective made up of associations supporting patients' and consumers' rights (including Act Up Paris), and of independent medical publications. It was created in order to fight a proposal that would change European policy on advertising and information related to medicine. It would ease restrictions on advertising medication, thus allowing the pharmaceutical industry to promote their drugs and increase their profits. The pharmaceutical industry has worked with Erkki Likkonen, the European Commissioner of Trade, in charge of business and communication, to create a proposal customized to their demands.

Proposed measures include:

-allowing public advertising campaigns for prescription medication (for diabetes, asthma and aids) on the pretext that the drug companies would be distributing "information" to patients. In fact, this would allow companies to promote their drugs through campaigns that often forget to include crucial aspects of treatment, such as side-effects.

-accelerating the commercial authorization process. In itself, this might not be a bad thing, since theoretically it could give patients faster access to the medication they need. This measure would reduce the examination period for medication from 210 days to 150 days. The danger, however, is that this might result in an incomplete, slapdash product examination, since a while is needed to examine the drugs before they are put on the market. It is better to keep the 210 day period, and only accelerate approval in exceptional cases, such as drugs offering an entirely new kind of therapy offering an alternative to people resisting other molecules.

-getting rid of the five-year renewals necessary for market authorization. Currently, market authorization is only given

for five-year renewable terms. Unfortunately, agencies licensing medication often turn what should really be a new examination of the medication and its uses into a mere formality. However, the re-evaluation of undesirable side-effects using new data and information on long-term use is essential for insuring public health and patient safety.

-strengthening the right of European countries to recognize each others' market authorization. This system would allow a drug to receive market authorization in all EU countries after it is approved by the national agency in charge of medications of any EU country. This procedure is interesting in theory, but in practice has some major drawbacks. National expertise verifying scientific data on medicine vary a lot, and the process currently lacks transparency. The risk is that the market authorization would be given too easily, to the detriment of patients.

It's clear that this proposal from the General trade Directorate is a massive attack on public health and patients, and that it benefits only the pharmaceutical industry. It is also surprising that European institutions in charge of medicine are attached to the European Commission's directorate of trade, and not to the directorate of health. This is illustrative of the subordination of public health to commercial interests.

To resist these measures, we have submitted sixty amendments to the European Parliament members to be defended in front of the Chamber. The directive will be put before the European Parliament for the first time on July 9 and 10.



## Viralgic = Intox

Alerte aux profiteurs du sida :  
Viralgic, le faux antirétroviral.

Pharma Concept (Paris) est un laboratoire qui commercialise des huiles essentielles censées renforcer le mécanisme immunitaire des porteurs du VIH. Sur le flacon est inscrit : "anti-viral spécifique des virus VIH 1 et VIH 2". En 2001, l'AFSSaPS a assigné l'an dernier par lettre le laboratoire à arrêter de communiquer sur des propriétés non validées de son produit. Pharma Concept n'en a pas tenu compte, et s'est contenté de déplacer ses activités. Aujourd'hui, le produit reste commercialisé, en Espagne cette fois-ci, avec sa publicités mensongère.



## Watch out for AIDS profiteers : Viralgic, the fake antiretroviral

Pharma Concept is a laboratory that commercializes essential oils apparently designed to reinforce the immunity of people with HIV. On the bottle the product is advertised as a "special anti-viral drug for HIV 1 and HIV 2". The French agency for medicine summoned Pharma Concept to cease advertising their product falsely as an HIV drug, and sent them a letter signed by the director of l'AFSSaPS. Pharma Concept chose not to take this into account, instead displacing sales of the product, which is now currently available in Spain, still carrying its original fake credentials as an HIV-drug.

# Des études post AMM pour une meilleure qualité de vie

Les médicaments anti-VIH que nous prenons quotidiennement sont arrivés il y a longtemps sur le marché : 1987 pour l'AZT, 1996 pour les inhibiteurs de protéase. Les laboratoires ont effectué toutes les études nécessaires l'obtention de la précieuse AMM : une phase I, étudiant la tolérance biologique et clinique, la toxicité et les dosages, une phase II étudiant l'efficacité thérapeutique et les doses optimales, et une phase III qui correspond souvent à plusieurs essais comparatifs pour apprécier l'effet thérapeutique et les effets indoltables à moyen terme. C'est seulement à l'issue de cette troisième phase que l'AMM peut être délivrée.

À partir de là, les médicaments sont prescrits par les médecins et entrent dans le cycle normal de dispensation. Cependant la pharmacovigilance, c'est-à-dire l'étude et la prévention des effets indoltables des médicaments, doit être assurée, entre autres, par les médecins, l'industrie pharmaceutique et les CRPV. Notre expérience nous montre que les effets indoltables sont mal évalués, peu pris en compte par les médecins, souvent mal rapportés par le système global de pharmacovigilance, et mal, voire non-tudis par les laboratoires.

Pour être efficace, la pharmacovigilance ne doit pas rester passive, mais doit devenir active. Les malades comme les médecins ont besoin de connaître les effets à long terme des traitements, bien sûr comme en fastes, dans les conditions normales d'utilisation des médicaments, c'est-à-dire dans la "vraie vie" et non pas dans le cadre optimisé d'un essai. Il s'agit donc de mettre en place des essais de phase IV, pour tudier sur le long terme les effets des traitements. Exigés depuis longtemps par les associations de malades, ces essais permettraient d'affiner nos connaissances sur les médicaments, de préciser les modalités de leur utilisation, de recueillir un maximum d'informations sur la tolérance du produit, l'apparition de toxicité ou d'effets secondaires non identifiés auparavant. Ces essais de phase IV constitueraient un suivi à long terme de l'usage des médicaments, avec un panel très important de patients.

Or les laboratoires entretiennent une confusion terminologique à propos de ce type d'essais : ils affirment pratiquer de telles études, parce que pour eux, tout essai mené sur une molécule ayant déjà reçu une AMM se voit attribuer le terme de "phase IV". Mais ce qu'ils mettent en place tient généralement davantage d'une démarche marketing que d'études cliniques qui porteraient sur les effets à long terme des médicaments, leur concentration et les dosages optimaux, ou encore les différentes stratégies thérapeutiques envisageables.

Actuellement, seuls des organismes de recherche indépendants, publics ou privés, réalisent les rares études post-AMM fiables permettant d'obtenir des informations complémentaires sur les molécules après leur mise sur le marché.

Lorsque nous la sollicitons sur le sujet, l'AFSSaPS nous répond que son seul pouvoir réglementaire est de suspendre l'AMM, ce qui est l'inverse de ce que nous voulons. Les pouvoirs publics semblent être dans l'incapacité de produire un cadre législatif efficace. C'est pourquoi nous exigeons pour que ces études, financées par l'industrie pharmaceutique, soient menées par des organismes indépendants, ce qui aurait l'avantage d'éviter toute confusion d'intérêt et de faciliter l'évaluation des associations de molécules. Nous exigeons que les laboratoires soient également contraints de participer au financement d'une caisse gérée par des autorités officielles. Cette caisse financerait les organismes effectuant les études post-AMM.

Aujourd'hui, après avoir directement demandé ces études post-AMM aux laboratoires, sans résultat, nous exigeons des pouvoirs publics, et notamment de l'AFSSaPS, qu'ils instituent les contraintes légales et les mécanismes nécessaires à la conduite d'études qui apporteront des informations indispensables à la santé des malades. La stratégie thérapeutique étant de plus en plus complexe et la durée des traitements s'allongeant considérablement, ces études sont une réelle nécessité en terme de qualité de la prise en charge thérapeutique. Ce type d'essais aurait dû être mis en place dès les premières distributions des molécules anti-VIH, notamment en 1996 lors de la diffusion des premières trithérapies ; cela n'a pas été fait. Il y a aujourd'hui urgence à contraindre l'industrie pharmaceutique et les pouvoirs publics à se soucier des effets de traitements à long terme.



AFSSaPS  
Agence  
Française  
de Sécurité  
Sanitaire  
des Produits  
de Santé

AMM  
Autorisation  
de Mise sur le  
Marché

AZT  
Azidothymidine

CRPV  
Comités  
Régionaux  
de Pharmacovigilance

## Post-commercialization trials for a better quality of life

The anti-HIV drugs we daily take came on the market long ago : in 1987 for AZT, and in 1996 for the protease inhibitors. The laboratories undertook the 3 necessary tests before the drugs were allowed to be distributed: phase 1, which concerns biological and clinical resistance, toxicity and dosage; phase 2 - medical efficacy and optimal dosage; and phase 3 - often a comparative study of the effective results of the drugs, including side effects.. At the end of this third study permission to distribute the drugs is granted.

The drugs can then be prescribed by doctors. In the meantime, the knowledge of the side effects of these drugs has to be explored more thoroughly through the experience of doctors, the pharmaceutical industry and the CRPV (the local drug vigilance agency). Our experience shows that these side effects are not well-known, rarely taken in consideration by doctors, often badly reported by the global drug-vigilance system, and not closely followed by the laboratories.

Drug-vigilance must be more pro-active. Patients and doctors need to be aware of the long term effects, either positive or negative, in the conditions in which actual patients regularly take these drugs, in REAL LIFE, and not only the hypothetical environment of the laboratories. We are pushing to obtain a fourth phase, to study the long term effects of drug treatment. Piloted by AIDS organisations over a long period of time, these tests could give us a more accurate knowledge of the drugs, and their conditions of use, to collect more substantial information about possible previously unidentified toxic or other side-effects. These tests would constitute a long term study of the use of these drug combination therapies, based on the experience of patients.

However, the laboratories continue to be purposefully vague about the terminology of this fourth type of test : they claim to carry out such tests already, because in the drug companies, any study on a molecule that obtains a commercialization permit is taken as the fourth phase. Mostly, these tests are carried out as part of the marketing procedure, ignoring any medical perspective on the drugs, or questions of maximal dosage or clinical strategy.

At the present, only independant study groups, public or private, are carrying out these vital post-commercialization studies, providing us with additional information on the molecules after their commercialization.

Each time we address this issue with the AFSSaPS , they reply that their only legal power is to suspend the commercialization permit, which is exactly what we do not want. The public sector seems unable to create a coherent legal framework. This is why we are asking these studies, financed by the drug industry, to be undertaken by independant organisations. This would mean a more accurate evaluation by drug associations and would avoid conflicting interests. We ask the laboratories to be obliged to finance such trials, managed by a state organization.

We are constantly pressing the drug companies to undertake such trials, without any degree of success. We INSIST that the public sector, including the AFSSAPS, uses legal means to obtain these studies, in order to improve the health of HIV-positive people on drug combination therapies. As clinical strategy become more and more complex and the period of time over which these drugs are being administered is getting longer, these studies are essentials in order to improve the quality of life for people whom well-being depends on these drugs. These tests should have been put into place at the time of the first combination-therapy drugs treatments ; this didn't happen. Today, the most urgent thing is to force the drug industry and the public sector to care about the long-term effects of drug treatment therapies.

## " sois belle et vide ton porte-monnaie... "

New Fill : Laglenne veut se pr valoir des progrès d un dossier qu elle retarde, et que les associations font avancer.

Pour justifier de prix sans commune mesure avec les coûts de fabrication, les industries pharmaceutiques invoquent souvent la nécessité d'amortir une recherche longue et coûteuse.

Rien de tel pour le New-Fill : son constituant essentiel, l'acide poly-lactique, est utilisé depuis plus de 25 ans pour ses propriétés galéniques (administrer un médicament libération prolongée) et mécaniques (fils résorbables).

Madame Laglenne, qui aime se faire passer pour un gentil médecin, mais qui est aussi la propriétaire de Biotech, a simplement déposé un brevet pour l'utilisation de ce produit dans le traitement des rides.

Il se trouve que ce produit donne également des résultats dans la réparation des lipoatrophies faciales, effet particulièrement stigmatisant des antirétroviraux. Les quantités nécessaires à la réparation d'un visage ravagé par la lipoatrophie sont considérablement plus importantes que pour le traitement des rides, il était raisonnable d'attendre de Madame Laglenne un geste pour en diminuer le coût, d'autant qu'en dehors des essais thérapeutiques et des accès compassionnels organisés dans quelques hôpitaux (l'usage exclusif de leur file active de patients), cette charge financière est assumée par le malade. Mais pour Biotech, un malade du sida ou une dame qui ne veut pas vieillir, c'est du pareil au même.

## The cost of " beauty "

New Fill: Laglenne slows the progress of access to this drug, used to treat scarring side-effects in AIDS patients.

Pharmaceutical companies often justify the prices they charge (much higher than the costs of actually making the drugs) by quoting a necessary and very expensive research.

In the case of New-Fill, this argument doesn't hold. Its basic ingredient, polylactic acid, has been around for more than 25 years, both in medication (where it allows prolonged release) and in absorbable stitches.

Mrs. Laglenne likes to introduce herself as a kind doctor, but the only thing she did was to patent polylactic acid as a product to treat wrinkles.

It appears that this product also helps repair facial lipoatrophies, one of the most stigmatizing side effects of the antiretroviral drugs. Since the amount needed to treat a face ravaged by lipoatrophy is a lot more than to treat wrinkles, one would think that Mrs. Laglenne might think of lowering the price somewhat. Outside the therapeutic trials and the compassionate access provided in some hospitals (only available to their patients), it is the sick who have to cover the cost for the costs of this drug. But for Biotech, it seems, a person suffering from AIDS and a woman who wants to keep her skin looking youthful are one and the same.

Un kit de deux flacons de New Fill est fabriqué pour une somme comprise entre 10 et 15 €. Jusqu'à présent, il était vendu au commerçant 91 €, lequel le revendait 259 € au médecin injecteur (certains praticiens peu scrupuleux font encore une marge sur le produit, ou comptent des actes exorbitants).

Alors qu'une négociation avec l'assurance maladie est en cours pour obtenir la prise en charge de ce produit, Biotech a subitement fait passer le kit à 103 €, et ce au risque de retarder le remboursement du New-Fill. Répercussion pour le malade en fin de chaîne : 274 €. Cette répercussion est donc accessible uniquement à ceux qui peuvent payer entre 1.500 et 2.000 € (5 à 7 séances).

Ce produit n'a pas fini de nous tonner : non content de remplir les rides et les creux du visage, il remplit aussi les poches, de Biotech.



Manif anti-guerre - Novembre 2001

A kit containing two flasks of New Fill is made for a total sum of 10 to 15 €. These kits used to be sold to a distributor for 91 €, who resold them to doctors for 259 €, who would then inject the medication (some unscrupulous doctors took their own margin, or charged exorbitant fees for the treatment).

But during negotiations with health insurers who wanted to cover this product, Biotech suddenly raised the kit's price to 103 €. This sharp rise in price would mean being reimbursed by the Social Security for the cost of New-Fill would be considerably slower. And this brings the price for the sick person at the end of the supply chain up to 274 €. This therapy is therefore only available to those who can afford to pay between 1,500 and 2,000 € (the cost of 5 to 7 sessions).

This is quite an astonishing product. Not only does it fill wrinkles and hollows in the face, it also fills pockets... Biotech's pockets, that is.

# Permanence sociale et juridique / Social and legal advise

Lutter contre le sida, c'est aussi lutter contre toutes les discriminations et les problèmes sociaux que peuvent rencontrer les personnes atteintes, et qui les empêchent de se soigner correctement. Depuis plus de trois ans, Act Up-Paris tient une permanence sociale et juridique qui soutient dans leurs démarches les personnes séropositives confrontées à des problèmes de droit. Cette permanence a aussi pour objectif de dresser une cartographie des problèmes sociaux liés au VIH, de modifier les pratiques des administrations et de participer à la création ou la modification de textes locaux ou réglementaires. La permanence est tenue par des bénévoles, souvent malades eux-mêmes, qui n'ont pas de formation particulière dans les domaines social ou juridique. L'expertise et les solutions qu'ils proposent viennent de leur expérience et de celle de l'association.

Le bilan de la permanence révèle les défaillances des dispositifs de prise en charge sociale des personnes atteintes. Les problèmes principaux auxquels nous sommes confrontés concernent :

- L'accès à un revenu. Les minima sociaux tels que l'AAH (Allocation Adulte Handicapé) sont difficilement accessibles aux personnes atteintes par le VIH qui ne peuvent pas travailler. Leurs montants sont ridiculement faibles, ce qui oblige de nombreuses personnes à vivre de la charité des associations.
- L'accès à un logement. Comme d'autres précaires, les personnes atteintes par le VIH souffrent de l'insuffisance de logements sociaux adaptés à leurs revenus. Par ailleurs, le critère de l'urgence médicale, pourtant inscrit dans la loi, n'est toujours pas appliqué. De nombreuses personnes malades se retrouvent ainsi à la rue, ou dans des logements sociaux en logements provisoires.
- La précarisation des conditions de travail. Le monde de l'emploi n'est pas adapté aux problèmes que peut rencontrer une personne atteinte d'un handicap volontaire. Les possibilités de travailler à son rythme (mi-temps thérapeutique, par exemple) ne sont pas suffisamment développées ni assez accessibles. Par ailleurs, les discriminations vis-à-vis des personnes atteintes (harcèlement, licenciement abusif, refus d'embauche) sont toujours nombreuses.

Le combat pour le maintien et le respect des droits sociaux des malades est donc essentiel et indissociable de la lutte pour de meilleurs traitements : le thérapeutique ne peut aller sans le social, le social sans le thérapeutique. Reste à faire entendre aux pouvoirs publics, toujours prêts à amputer les droits sociaux existants.



Zap, Picketing, Die-in contre la Mairie de Paris - Juillet, Octobre, Décembre 2001

Fighting AIDS means fighting the discrimination and social problems faced by HIV-positive people, which prevent them from getting the right medical treatment. For more than three years now, Act Up-Paris has been offering social and legal advice to help PWA's with the many legal difficulties they face. This service also works as a sort of inventory of social problems related to HIV/AIDS; its aim is to get the various administrations to dispense with discriminatory practices and encourage legal or statutory change. This legal advice service is offered by volunteers, often AIDS patients with no specific training in social work or law. The expertise and counsel they give come from their own personal experience and that of Act Up.

The balance-sheet lists the failures of the social services to respond to the needs of HIV-positive people. The main problem facing us are the following:

- Access to income. The minimum welfare benefits such as the AAH (Allowance for disabled adults) are not easily obtained by those people living with HIV who can't work. These benefits are extremely small, forcing many to live off charity from the various AIDS organisations.
- Access to accommodation. Like other people in socially precarious situations, HIV-positive people suffer from the lack of council flats adapted to their wages. Moreover, criteria such as a medical emergency, although enshrined in law, are still not taken into account by the social services. Many patients end up homeless, or else are moved from hostels into temporary housing.
- Precarious work conditions. The world of employment doesn't fit the problems faced by people with progressive illnesses. There aren't enough possibilities of working at one's own pace or of finding therapeutic part-time jobs, which are few and far between. Moreover, discrimination against PWA's (harassment, improper redundancy, difficulties in getting employed in the first place) is as present as ever.

The fight to get AIDS sufferers' social rights upheld and respected is of course essential, working in tandem with the fight for adapted medical treatment : medical and social issues go hand in hand in AIDS work. Our most pressing task is to make ourselves heard by the State, always ready to cut off existing social rights.

# La France préfère laisser leur sort les personnes persécutées

La France n'accorde pas le droit d'asile aux homosexuel·Les persécutés dans leurs pays, pas plus qu'elle ne condamne ces persécutions.

En novembre 2001, des associations homosexuelles et de défense des droits de l'homme descendaient dans la rue pour protester contre l'arrestation de 52 Egyptiens poursuivis pour homosexualité et mépris de la religion. En janvier, Act Up-Paris couvrait de sang la façade de l'ambassade d'Arabie Saoudite suite à la décapitation de trois Saoudiens accusés de "sodomie, mariage entre eux et corruption de mineurs".

Sur ces deux affaires, la France a gardé le silence, du moins jusqu'à ce que les militants de l'association harcèlent des journées entières le ministre des Affaires étrangères et l'Élysée pour leur arracher de vagues déclarations.

Apparemment, le sort d'un·e homosexuel·e ne vaut pas que l'on froisse des rapports commerciaux. Pourtant, se taire face à l'homophobie, c'est condamner ces homosexuel·es mort. Directement, mais aussi indirectement, parce que l'homophobie fait le lit du sida.

## Un droit d'asile malmené

Parallèlement, l'accès au droit d'asile est de plus en plus malmené par les membres de l'Union Européenne, et en particulier, en France, par l'OFPRA et la CRR.

Michel Raimbaud, directeur de l'OFPRA, écrivait dans un courrier adressé à Act Up-Paris, le 20 février dernier que "l'homosexualité féminine ou masculine (pas plus que le fait d'être transsexuel) n'est pas, en tant que

telle, considérée comme un motif de persécution relevant de la Convention de Genève. (...) Elle est donc nécessairement dépendante des cas d'espèces soumis, se situant eux-mêmes dans des contextes nationaux spécifiques."

"Des contextes nationaux spécifiques" : il s'agit bien là de ce que nous souhaiterions voir plus souvent pris en compte par l'OFPRA et la CRR.

L'homosexualité reste illégale ou pénalisée dans de nombreux pays : la Turquie, pourtant prétendant à l'adhésion à l'Union européenne, la Tunisie, le Maroc, l'Algérie, l'Iran, etc. Or, les recours au Conseil d'Etat et à la CRR des ressortissant·es de ces pays ont été, pour la plupart, rejetés.

Aujourd'hui, pour l'OFPRA et la CRR, être homosexuel·e ou transsexuel·e dans un pays le condamnant ne constitue pas une raison suffisante pour prétendre au droit d'asile en France. Les responsables de ces institutions exigent des preuves de menaces personnelles. La Convention de Genève de 1951 relative au statut des réfugiés est pourtant très claire : l'article 1er-A-2 précise explicitement que le terme de "réfugié" ne s'applique pas seulement aux personnes qui ont subi des persécutions, mais toute personne "craignant" d'être persécuté·e. Mais cette notion de "crainte" est systématiquement cartonnée par les exigences de stigmates de l'OFPRA et de la CRR, obscurcies par l'idée de vagues étrangers qui se feraient passer pour homosexuel·es. Ainsi, selon l'administration française, être homosexuel·e dans un pays qui condamne l'homosexualité dans son code pénal (comme en Algérie, article 333, ou au Cameroun, article 347 bis) ne suffit pas à prouver que l'on est menacé personnellement. L'intéressé doit d'abord mettre sa vie en danger pour pouvoir ensuite demander asile.

## France has chosen to leave persecuted gays to their fate

France does not grant the right of asylum to homosexuals who are prosecuted in their own countries, nor does it condemn such persecutions.

In November 2001 gay and human rights organizations demonstrated to the streets to protest against the arrest of 52 Egyptians who were prosecuted for homosexuality and contempt of religion.

Last January Act Up-Paris splashed blood on the front of the Saudi Arabian embassy after three Saudi Arabians, who were accused of sodomy, intermarriage and corruption of minors, were beheaded. France said nothing about these two cases, at least not until Act Up activists harassed the Ministry of Foreign Affairs and the Élysée Palace for days on end to wring vague declarations from them. The fate of a homosexual is apparently not worth straining trade relations for. Yet, to remain silent when confronted with homophobia is to sentence homosexuals to death both directly and indirectly, as homophobia paves the way for AIDS.

### The right of asylum is endangered

At the same time the right of asylum is less and less respected by the members of the European Union and, in particular in France, by the agency for the protection of refugees and stateless persons (OFPRA). The appeal commission for refugees (CRR), wrote to Act Up-Paris on February 22 that "homosexuality and lesbianism (just as transsexualism) are not as such considered as grounds for persecution coming under the Geneva Convention. Therefore there is necessarily a variety of

individual cases within specific national contexts. "Specific national contexts" is exactly what we would like OFPRA and CRR to take into account more often. Homosexuality is still illegal or penalized in many countries : Turkey, which, however, is applying for membership in the European Union, Tunisia, Morocco, Algeria, Iran etc.. Yet all the appeals to the Council of state and CRR by citizens of these countries have been rejected.

Today for OFPRA and CRR, to be a homosexual or a transsexual in a country where one is liable for prosecution for homosexuality or transsexualism is not sufficient ground to claim the right of asylum in France. Officials require that homosexuals produce concrete evidence that their lives are in danger. The 1951 Geneva Convention on the status of refugees is however very clear : article 1-A-2 is quite explicit : the term "refugee" does not only apply to persons who have been persecuted, but to any person who is afraid of being persecuted. But such a notion of fear is systematically brushed aside by OFPRA and CRR requiring concrete proof of persecution, obsessed as they are with the idea of waves of immigrants passing themselves off as homosexuals or lesbians. Thus, according to the French administration, to be a homosexual or a lesbian in a country that condemns homosexuality or lesbianism in its penal code (as in Algeria, article 333 or in Cameroon, article 347a) is not enough to prove your life is in danger. You must first endanger your life to be able then to seek asylum.



## Une conception archaïque

De plus, l'OFPRA et la CRR ont une vision de l'homosexualité tellement archaïque que qu'il leur est quasiment impossible d'aborder la demande d'un gai ou d'une lesbienne de manière objective et cohérente. Ces deux administrations n'ont choisi de prendre en compte que certaines demandes d'asile : l'homosexualité de l'intéressé doit être visible. Ainsi, si le demandeur a le malheur de se présenter à l'audition de l'OFPRA sans "comportement manifeste", on lui retournera qu'il ou elle peut cacher sa sexualité et donc continuer à vivre dans son pays. Un exemple de réponse particulièrement ironique : "...il n'en résulte pas davantage de l'instruction que M. E (Algérien) qui ne revendiquait pas publiquement son homosexualité et ne la manifestait pas par son comportement... recours rejeté".



Nous contestons l'interprétation restrictive que Michel Raimbaud fait de la Convention de Genève. Quoi qu'il en soit, elle n'est pas appliquée, et nécessite d'être améliorée, notamment par des précisions apportées à l'article 1er-A-2.

Article premier. -- Définition du terme "réfugié"  
A. Aux fins de la présente Convention, le terme "réfugié" s'appliquera à toute personne :  
2) Qui, par suite de événements survenus avant le premier janvier 1951 et craignant avec raison d'être persécuté du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays; ou qui, si elle n'a pas de nationalité et se trouve hors du pays dans lequel elle avait sa résidence habituelle à la suite de tels événements, ne peut ou, en raison de ladite crainte, ne veut y retourner.

## An outdated notion

Moreover, OFPRA and CRR have such an outdated idea of homosexuality that it is practically impossible to examine the application of a gay man or a lesbian in an objective and coherent way. Both agencies have decided to take only some applications for asylum into account. The applicant's homosexuality must be visible. Thus, if the applicant who turns up for the interview does not unfortunately behave like a homosexual, he will be told he can hide his sexual orientation and therefore go on living in his own country. One example of a particularly ironic answer : "the investigation does not reveal more clearly that M.E.(an Algerian) who did not publicly claim he was a homosexual and did not flaunt his homosexuality... appeal rejected"

To implement the Geneva Convention is not enough; it must equally be amended. Article 1-A-2, which defines the word "refugee", uses the phrase "social group" for "sexual orientation" and "sexual identity". This is too vague a term and in 50 years only a few scattered explanations have clarified it. This gives too much leeway to critics of the right to asylum.

To fight against homophobia, it should at least be possible to speak about homosexuality.

There can be no dispute about the right of minorities to safety. You must put pressure on your government and the European Union. Let's work together.



Si l'expression "groupe social" est sensée finir entre autres la catégorie des homosexuel·Les, elle n'est pas suffisante pour permettre l'octroi du droit d'asile. Sans référence aux rares jurisprudences et autres recommandations faites depuis 50 ans, le demandeur a peu de chance de voir sa requête acceptée. "Groupe social" laisse trop de place aux détracteurs du droit d'asile des homosexuel·Les persécutés. Des termes plus explicites comme "orientation sexuelle" et "identité sexuelle" apportent plus de clarté. Pour lutter contre l'homophobie, encore faudrait-il pouvoir parler d'homosexualité.



## Act Up-Paris exige :

- Une véritable formation sur les questions de l'homosexualité et du transsexualisme pour tous les employés de l'OFPRA et de la CRR.
- L'inscription dans l'article 1er-A-2 de la Convention de Genève de 1951 relative au statut des réfugiés, des termes "orientation et identité sexuelle".
- La reconnaissance systématique du statut de réfugié pour les homosexuel·Les persécutés dans leur pays.
- Que l'Europe, et les pays du Nord en général, cessent leur politique d'immigration variable et condamnent sans réserve ces régimes criminels qui bafouent les droits des homosexuels, des lesbiennes et des trans.

La sécurité des minorités est un droit qui ne se négocie pas. Faites pression sur vos gouvernements et sur l'Union Européenne. Organisons-nous.

CRR  
Commission de  
Recours des

Réfugiés  
OFPRA  
Office Français  
de Protection des

## Act Up-Paris demands:

- that all OFPRA and CRR employees be fully trained to deal with asylum cases involving homosexuality and/or transsexualism.
- that article 1-A-2 of the 1951 Geneva Convention on the status of refugees be amended to include the terms "sexual orientation" and "sexual identity".
- that Europe and developed countries in general stop having one policy for some people and another for others; that they forcefully condemn those criminal governments that scorn homosexuals', lesbians', transsexuals' and women's rights.



# L'inscurité des minorités

Dans un entretien accordé au Monde le 30 mai 2002, Nicolas Sarkozy, nouveau ministre de l'Intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales, déclarait "Je n'ai pas tout nommé pour commenter le phénomène mais pour faire reculer la violence et rendre aux Français la première des libertés : la sécurité." Reste à savoir de quelle sécurité il parle probablement pas de la nôtre, physiquement et quotidiennement mise en danger par les arsenaux de lois et de décrets qui nous pourchassent ou nous oublient depuis longtemps. Mise en danger aussi par la libération des idéologies répressives depuis le 21 avril ; par la chasse aux étrangers, la prohibition des stupéfians, la violence de l'univers carcéral ; par l'insulte impunie, quelle soit raciste, sexiste ou homophobe ; par le mépris de l'urgence dans laquelle nous tenons le sida. La sécurité selon Sarkozy, ce n'est ni plus ni moins que notre insécurité. L'insécurité des minorités.

- L'insécurité créée par la présence inquiétante (sommes nous dans un état d'urgence ?), partout, de uniformes et de corps de police, des stations de métro aux jardins publics, des quartiers périphériques au centre-ville, de jour comme de nuit, qui contraignent inlassablement et insultent au passage, sans compter les passages tabac et les bavures - deux personnes sont mortes en l'espace de trois jours Dammarie-les-Lys, ville de la grande banlieue parisienne : Xavier Dem, le 21 mai, abattu d'une balle dans la tête par un policier ; et Mohammed Berrichi, le 23 mai, pris dans une course-poursuite avec la BAC.

- L'insécurité renforcée par le retour des vieux réflexes : les organes de répression, toujours prompts à agir, n'ont pas eu besoin d'attendre les nouvelles circulaires. peine le gouvernement Raffarin nommé, on a vu des préfectures ressortir de vieilles décisions d'expulsion, des magistrats annuler des permissions de sortie et refuser en masse les demandes de libération conditionnelle, des juges prononcer des peines disproportionnées (deux ans de prison ferme pour usage et détention de cannabis prononcés le 17 mai par le tribunal correctionnel de Bonneville en Haute-Savoie, l'encontre d'un malade co-infecté par le VIH et le VHC).

- L'insécurité amplifiée par des actions coup-de-poing vocation lectorale (descentes de policiers sur les boulevards périphériques de Paris pour y coffrer des prostituées), par les prises de position explosives d'un ministre de l'Intérieur outrepassant clairement ses droits (se demandant s'il ne faut pas renvoyer chez eux les demandeurs d'asile afghans, avant même que l'OFPP ait examiné leurs demandes), ou par le vocabulaire guerrier du même ministre, qui pousse ses troupes en armes de "riposte". On ignore les détails créés par l'exclusion des moins de 25 ans du RMI, mais on promet aux jeunes de banlieues des balles en caoutchouc.

- L'insécurité alimentée par l'apparition de groupes de citoyens nerveux qui prétendent faire la loi eux-mêmes, encouragés par les forces de police locale : "pères de famille" se donnant pour objectif d'organiser des rondes contre les dealers et les lieux de change de drogues dans le 18<sup>ème</sup> arrondissement parisien ; habitants du quartier des Quinze Strasbourg, qui veulent faire fuir les clients des prostituées (qu'ils appellent "ces malheureuses esclaves du sexe") pour défendre le prix de leur loyer. Quoi d'autres que des milices privées.

- L'insécurité relayée par le ministre de la Jeunesse et de l'Éducation Nationale, qui, avant même d'être nommé, se prononçait déjà pour l'incarcération des mineurs, placés dans des "centres éducatifs fermés".

- L'insécurité entretenue indirectement, aussi, par le gel des crédits publics aux associations, qui notamment, attribuent des fonds d'urgence aux plus pauvres, organisent des permanences juridiques ou distribuent du matériel de prévention. Gel provisoire, dans l'attente d'un gouvernement plus stable, sans doute, mais qui ne semble concerner ni les corps de police, ni les médecins, qui viennent, eux, demander l'augmentation de leurs tarifs de consultation. En une demi-journée, le ministre de la Santé, Jean-François Mattioli, a réussi à rendre son ministère ses anciennes priorités : contre celui des médecins contre celui des malades.

Pas un membre du gouvernement n'a encore prononcé un mot sur le sida, mais la guerre a déjà été déclarée aux prostituées, aux usagers de drogues, aux étrangers, aux déshérités. Autant dire que le sida a de beaux jours devant lui. Des sans-papiers qui commencent à se soigner vont probablement renoncer. Les "toxiques" refusés aux urgences vont se multiplier. Des usagers de drogues qui commencent à souffler vont se voir rattraper par la course aux droits sociaux. Des prostituées vont se terrer et redevenir inaccessibles aux bus de prévention. La promiscuité et la surpopulation vont accentuer le manque d'hygiène et la violence dans les prisons. Un nombre plus important encore de malades, pour ruser, resteront à l'écart des progrès thérapeutiques : parce que sans cesse aux prises avec la police et avec la justice, ils auront d'autant moins de chances d'accéder à l'information, de se donner les moyens de se protéger, de bénéficier du système de soins, et d'observer correctement des traitements longs et compliqués dont on sait pourtant les effets catastrophiques chez ceux qui ne les prennent pas avec rigueur et régularité. Des années de progrès réalisés tous petits pas, risquent d'être réduites à néant.

Pendant cinq ans, pourtant, nous nous sommes battus contre le gouvernement Jospin, pour que nous n'en revenions plus jamais à l'ancien régime. Pendant cinq ans, Jospin et son gouvernement ont vu se créer le camp d'attente de Sangatte, et laissé pourrir la situation ; ils ont refusé de régulariser 60.000 personnes, en regardant les rapports publics démontrant les conditions d'incarcération, comptabilisant, cinq cents suicides en prison, sans mettre en place aucune réforme pénitentiaire, refusé d'ouvrir des droits sociaux aux personnes qui se prostituent, et de réfléchir à la création d'un statut social pour ces travailleursEUSEs, fait la sourde oreille aux demandes de révision de la loi de 70 sur les drogues ; envoyé les flics aux chômeurs ; opposé aux sénateurs d'Act Up-Paris qu'"il n'y a pas que le sida dans la vie" ; refusé d'accorder aux homosexuels les mêmes droits qu'aux hétérosexuels ; etc. Pendant cinq ans, les socialistes ont préféré ignorer les minorités, plutôt que de s'employer à réduire leur insécurité. Aujourd'hui Jean-Pierre Raffarin et son dauphin, Nicolas Sarkozy, n'ont plus qu'à se en prendre, directement, nous. Depuis deux mois on tape sur les minorités, on les encercle, on les opprime bien, bientôt voudra-t-on les supprimer, l'instar de Jean-Marie Le Pen ?

Sarkozy déclarait au Monde le 30 mai 2002 : "L'insécurité est une question réelle, pas un sujet fantasmagorique". Sur ce point, au moins, nous sommes d'accord avec lui : les actions qu'il a entreprises depuis le 10 mai ont des effets réels. Les minorités, désormais, sont physiquement en danger. Plus que jamais, il faudra être sur tous les fronts, constamment.

BAC  
Brigade Anti-  
Criminalit

OFBRA  
Office  
Fran ais  
de Protection  
des R fugi s  
et des  
Apatrides

RMI  
Revenu  
Minimum  
d Insertion

VHC  
Virus de  
l'H patite C



## Minorities in danger

In an interview with *Le Monde* on May 30 2002, Nicolas Sarkozy, France's recently appointed "Minister of Internal Affairs, National Security and Civil Liberties", declared: "I wasn't given this job to analyze the situation. I'm here to stop violence and provide French people with the most important of liberties: safety." Whose safety is he talking about? Probably not ours, which has for long been threatened everyday physically by an arsenal of laws that either target us or forget us. Threatened by the recent resurgence of repressive ideologies since April 21. By the hunting down of foreigners, the ban on drugs, the violence of the penitentiary system. By the insults – racist, sexist, homophobic – that go unpunished. By the scorn shown towards our protest that AIDS is an emergency. For us, as a minority group, Sarkozy's "safety" means nothing more than danger.

- Danger from the alarming presence (are we in a state of emergency?) of police patrols night and day – everywhere from subway stations to public parks, from the suburbs to the city centers. Alongside this constant surveillance, threatening enough in itself, are the actual police beatings and errors: two people were killed in the space of three days in the Parisian suburb of Dammarie-les-Lys: Xavier Dem on May 21, shot in the head by a police officer; and Mohammed Berrichi on May 23, killed whilst being chased by the Anti-Criminality Brigade.

-Danger from a return of the repressed: repressive State institutions, always quick to act, did not even need to wait for their new orders. Raffarin's government was barely in place when police headquarters began issuing deportation orders; when magistrates began overturning their decisions to release prisoners, refusing all requests for parole; when judges began imposing unbelievably stiff penalties: on May 17, the Bonneville correctional court in Haute-Savoie gave a person afflicted with both HIV and hepatitis C a two year minimum prison sentence for use and possession of marijuana.

-Danger amplified by hard-line actions designed to get votes, such as the arrest of prostitutes along the highways circling Paris. Danger from hasty decisions taken by an Interior Minister who is clearly overstepping his authority, suggesting that a number of asylum-seekers from Afghanistan be sent home, whilst the French agency for the protection of refugees had already approved their requests for asylum. Danger from the rhetoric of war used by Mr. Sarkozy, speaking as he has done of equipping his troops with weapons for counter-attack. Troops, ignorant of the disaster wrecked on young peoples' lives by denying the under 25's any access to minimum welfare, are now loading their guns with rubber bullets to be aimed at the deprived youth of Paris' slum suburbs.

-Danger fuelled by the creation of groups of citizens who are taking the law into their own hands, encouraged by the local police. The "Pères de Famille" ("Fathers") of Paris' 18th arrondissement want to set up a system of patrols against drug dealers in drug-ridden areas of the city. Residents of the "Quinze" neighborhood in Strasbourg are leading a witch-hunt against prostitutes' clients, whom they call "miserable sex slaves", so as to keep their property values high. "Private militias" is the term to describe such groups.

-Danger from the recently appointed Minister of Youth and Education, who had previously spoken out in support of the incarceration of minors, placing them in so-called "closed educational centers."

-Danger fuelled indirectly by the government's freeze on all funding to associations that grant emergency funds to people in extreme poverty, that provide legal aid, or that distribute HIV prevention material. This is no doubt a temporary freeze, while the administration finds its feet, but this doesn't seem to bother the police or even doctors, who have just received the right to increase their fees. In the

course of just half a day, the Minister of Health, Jean-François Mattéi, succeeded in restoring the former priorities of his ministry: doctors first, patients second.

No one in the new administration has so far said anything about AIDS, but war has already been declared against prostitutes, drug users, foreigners and prisoners. AIDS will certainly thrive in such an environment. Undocumented immigrants who have just started to receive treatment will probably prefer to give it up than be exported. More and more drug addicts will be refused emergency treatment. Those who had just started to reintegrate into society will end up being caught in the net of repressive legislation. Prostitutes will have to hide, thus seeing their access to sources of prevention withdrawn. Prison overcrowding will make the current violence and lack of hygiene worse. More and more AIDS victims will remain untreated; due to constant harassment by police and the law, they will be less able to get access to vital prevention information, or to take advantage and follow the lengthy and complicated course of existing drug treatments, therapies that have disastrous effects if they are not taken carefully and regularly. Years of progress, made step by step, risk being destroyed.

We fought against the Jospin administration for five years so that we would never have to witness this kind of low again.. During those five years, Jospin and his administration created the Sangatte refugee camp, letting the situation for thousands of immigrants worsen. Jospin's administration refused to regularize the

status of 60,000 immigrants. It was shown public-funded reports denouncing prison conditions, with figures of some five hundred-odd prison suicides, without putting into place one single penitentiary reform. It refused to grant rights to prostitutes, or even to consider creating a special social status for the work they do. It turned a blind eye to the demands to revise the 1970 Law on drug consumption and classification. It sent the police to harass the unemployed. It told HIV-positive members of Act Up-Paris that "there is more to life than just AIDS." It refused to give gay men and lesbians the same rights as heterosexuals. What's more, for five years, Jospin's socialist administration preferred to ignore minorities, rather than to minimize the dangers they face. Today Raffarin and his crony Nicolas Sarkozy have essentially taken a direct stance against us. For two months they have harassed, intimidated and oppressed minorities. Perhaps they intend to get rid of them altogether, à la Jean-Marie Le Pen?

On May 30, 2002, Sarkozy told Le Monde, "This danger is real, not some kind of ghost." At least we agree with him on that point. The action he has taken since May 10 has had real effects. Minorities are now in real physical danger. More than ever, we must remain strong on all fronts.

**SAUNA HAMMAM  
JACUZZI**

**EU SAUNA  
PHARE!**

**SOUTIENT  
ACT UP  
PARIS!**

**UNIVERS GYM**

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

**Nouveau!**  
Permanence gratuite  
et anonyme de l'A.M.G.  
(Association des Médecins Gais)  
tous les mardis  
de 20h à 22h!

<http://www.univers.net>  
Tél.: 01.42.61.24.83

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

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



# TOMBOLA AU PROFIT D'ACT UP

TIRAGE LE MERCREDI 25 SEPTEMBRE AU WAGG (Alcalzar)

Résultats sur le web : [www.actupp.org](http://www.actupp.org)

Validité des billets : un mois après le tirage

62, rue de Mazzarine  
Openbar de 23H à 0H30

**1er lot : un séjour d'une semaine pour 5 personnes à la Plagne en savoie en janvier, avril ou juillet 2003, et puis : des repas spectacles** et conso pour deux au Moulin rouge, au Crazy Horse, chez Michou, au Brasil Tropical, au Lido, à Artishow, à Pau caraïbes, des cartons de **vins et champagne** (6 ou 12 bouteilles), des carnets de 10 **entrées** à Univers Gym, de multiples **repas** pour deux dans une vingtaine de restaurants, une centaine d'invitation pour les Docks, des centaines de **parfums** : Lacroix, Dupont, Burberry, Paul Smith, (Inter Parfum), Givenchy, Balmain, Carven, Guy Laroche, Ungaro, Jean Paul Gauthier, des **entrées** à Disneyland , au Futuroscope, au Parc Astérix, à CentralPark, des **abonnements** à diverses revues (Têtu, Elle, etc.), des dizaines de **coupes** chez Guy Daniel coiffure, des dizaines de **places de théâtre** pour deux, des **CD** par centaine, une **oeuvre d'art** de Nicolas Maalouly, des **jeux informatiques** (Infogrammes), des dizaines de **K7 vidéos** (IEM, French Art, Ultima Récital, Bedos, Palmade, Smain, Muriel Robin, etc.), deux encyclopédies, des centaines de livres de poche, des sous vêtements (Sweetman, Gil, Calvin Klein,) **et beaucoup d'autres lots.**

Merci à tous les donateurs

**Prix du billet**

**3 €**

Par correspondance : chèque à l'ordre d'Act Up + enveloppe affranchie pour les billets

**AIDEZ NOUS A POURSUIVRE NOTRE COMBAT**



Manif du 1er décembre 2001

Il y a 5 ans, lorsqu'on a vu nos corps se transformer, on pressentait qu'il s'agissait d'un problème hormonal. Quand on posait le problème aux médecins il nous répondaient : "faites un régime, vous les femmes, vous aimez à les régimes !" Aujourd'hui, on parle de lipodystrophies.

L'avancée de la recherche et l'arrivée des trithérapies font que les séropositifs sont désormais face à des traitements "au long cours". Avant 1996, ils devaient, soit vivre dans l'urgence, ne pouvant imaginer être "socialement correct" (à quoi bon envisager l'avenir, puisqu'il n'y en a pas), soit vivre dans l'angoisse du moindre symptôme et avoir une hygiène de vie sans faille, une manière de gagner du temps, de repousser l'échéance le plus loin possible. Mais, dans le cadre d'une espérance de vie plus longue, la recherche sur les traitements et leurs effets indolores ne peut continuer à ignorer les femmes car des différences biologiques existent et elles doivent être prises en compte.

Aujourd'hui, lors des conférences et des colloques, une constatation fait au moins l'unanimité parmi les médecins : il existe très peu de résultats d'essais cliniques sur les femmes infectées, hormis celles concernant la transmission mère-enfant. Et lorsque les chercheurs se penchent sur les rares résultats, ils sont forcés de constater qu'il existe des différences entre les sexes.

Il est essentiel pourtant que les études menées apportent des réponses, tant au niveau de l'infection elle-même qu'au niveau de l'évolution de la maladie, des traitements et de leurs effets indolores.

L'ostéoporose est un exemple flagrant de cette absence de données différenciées, mais pourtant essentielles. Les femmes sont naturellement sujettes à une progression de la décalcification des os avec la ménopause. Quand on sait que des hommes séropositifs, jeunes et sans antécédents souffrent d'ostéoporose, on est en droit d'exiger des données concernant les femmes, dont le processus naturel, les traitements et le virus lui-même, forment un cocktail inquiétant.

Actuellement, la spécificité des femmes séropositives n'est étudiée que dans une dimension sociale. Elles sont prises en compte comme faisant partie d'un grand tout. On cible alors pour les aborder des groupes de population : drogués, africaines, prostituées. Elles ne deviennent un sujet de recherche que dans la mesure où elles sont utiles à la société : la femme en tant que mère. Mais c'est en partant de ce même principe qu'elles peuvent en

## DifférentEs !

être exclues. La crainte qu'elles soient enceintes pendant le déroulement de l'essai, rend leur enrôlement difficile. Il arrive aussi, qu'on les exclut des essais, sous prétexte qu'elles en fausseraient les données. Mais de quelles données s'agit-il dès lors qu'elles excluent le corps de la femme du champ de la recherche médicale ? Il est temps de changer cette perception des choses.

La recherche biomédicale a progressivement affirmé l'importance d'un recrutement massif de femmes dans les essais cliniques afin de déterminer et de mesurer les différences, notamment en matière d'effets indolores. Il est plus que temps aujourd'hui de le mettre en pratique, de considérer que les posologies des médicaments ne tiennent pas compte du poids des patientes, que le système hormonal représente une différence fondamentale entre les hommes et les femmes, que leur cycle influence les marqueurs virologiques et immunologiques, que ce cycle peut être perturbé par les effets indolores des traitements, que les dérèglements lipidiques feront qu'elles ne vieilliront sans doute pas comme les hommes, etc.

En janvier 2001, les résultats d'une étude américaine sur la névirapine (Viramune®) ont montré que les effets indolores sont plus fréquents et plus graves chez les femmes que chez les hommes. Cette étude a entraîné la prescription massive de névirapine dans le cadre de la transmission mère-enfant. Force a été de constater alors que les femmes subissaient des réactions différentes de celles des hommes, telles que des éruptions cutanées (sept fois plus élevées chez les femmes, pour des raisons encore inconnues ce jour), et des atteintes hépatiques importantes. Avant cette étude, les femmes ont une fois de plus découvert leur dépendance à l'impact des traitements sur elles : non seulement les réactions sont différentes, mais elles sont plus violentes et ont abouti à la mort de plusieurs d'entre elles.

Un an après, les résultats d'une étude comparative confirment cette nette tendance à la surexposition de névirapine chez les femmes. L'étude a été réalisée sur peu de patientes, mais en parfaite parité de sexes. Elle était destinée à comparer les profils pharmacocinétiques de cet antiviral entre hommes et femmes. Les chercheurs en ont déduit que l'application d'une posologie standardisée est l'origine de cette surexposition. Aussi conseillent-ils aux prescripteurs de l'adapter en fonction du poids des patientes. Depuis peu, les communications se multiplient sur les complications neuropsychiatriques, les dépressions, les troubles du sommeil de patientes soumises à la névirapine... Que va-t-on encore découvrir ? Les conclusions de cette étude nous rappellent que le modèle du corps étudié par la médecine, est celui de l'homme.

# DiffErEnt !

Five years ago, when we saw our bodies were changing, we felt that the problem was hormonal. But how women perceived their bodies was the last thing doctors were concerned with at that time, and when we talked to them about these changes, they would say to us: "Go on a diet, you women, you love diets!" Today, people talk about lipodystrophia.

Due to advances in research and the arrival of tritherapies, people who are HIV positive are now faced with "long-term" treatments. In this framework, research on treatments and their side effects can't go on ignoring women, because biological differences do exist and must be taken into account.

At present, the specific conditions of HIV positive women are only studied within a social dimension. In order to include them, certain population groups are targeted: women on drugs, African women, prostitutes. And they can only be a subject for research to the extent that they are "useful" to society, that is as mothers.

During conferences and colloquia, at least one observation is shared by doctors: clinical tests on women infected by HIV are rare—except as far as the mother-child transmission. And when they are concentrated on these particular results, one has to admit that there are differences between the sexes.

Osteoporosis is a flagrant example. As a matter of fact, women are subject overall to progressive bone decalcification at the time of menopause. It's possible we will be seeing an accumulation of factors, and that these symptoms will be reinforced, in those women who are HIV-positive, through side effects of the treatments used against HIV.

Another example illustrates the disastrous effects of not having specific feminine aspects taken into consideration on the therapeutic level:

In January 2001, the results of an American study on nevirapin (Viramune®) show that side effects are more frequent and more serious in women. This study was done because in the framework of mother-child transmission, nevirapin has been mass-prescribed. And its having been mass-prescribed is what led us to the necessary observation that women had different reactions from men, such as skin rashes (seven times higher in women than in men for reasons still unknown to this day) and high levels of liver attacks. Before this study, women had once again discovered at their expense the difference in impact of treatments: not only were the reactions to nevirapin stronger in women, but they also caused death in some of them.

Lilas - Avril 2002



A year later, results of a comparative study confirm a clear tendency for women to be overexposed to nevirapin. This study was done on few patients, but was perfectly equal for both sexes. It was supposed to compare the pharmacokinetic profiles between men and women of this antiviral.

Researchers inferred from this that applying standardized dosage is what causes this overexposure. They therefore advise prescribers to adapt it according to the patient's weight.

Only recently neuro-psychiatric complications, depression, sleep disturbances are also mentioned...What else will be discovered? Most of all, how much more time do we have to wait for women to die of side effects before specific studies are developed?

Biomedical research has started to confirm more and more the importance of recruiting women in clinical tests, so as to determine and measure the differences as far as side effects. This is overdue.

It is overdue today, to act on the fact that current dosages of medicine do not take the patient's weight into account, that the hormonal system represents a fundamental difference between men and women, that their cycle influences the virological and immunological markers, that this cycle may be disturbed by side effects, that because of lipid imbalances undoubtedly they won't age the way men do...

Until very recently, research only considered women as "problems" they might pose, as complications they might bring into the testing: there was the fear that they could be pregnant during tests, the women found themselves eliminated from some tests because they would falsify the data.

But what scientific data are we discussing, if it excludes women's bodies from the field of medical research? Up until now, the model for bodies that medicine studies is the man's body. It is time to change this perception of things.

The emergency today is not so much representing women in numbers in testing, as it is in the responses that should be given to infection itself as well as in the evolution of illness, treatments and their side effects in women.



# Sexe : de la prévention, pas de la réduction des risques



Zap du PS - Février

Indépendamment d'un pourcentage qui l'accompagnerait (et qui est impossible de déterminer à l'heure actuelle) un risque reste un risque. Le risque d'être contaminé par le VIH est un risque vital.

Quand on suce une bite sans préservatif, on prend un risque. Quand on lèche une chatte sans digue dentaire aussi. Que ces risques soient minimes ne change rien à l'affaire. Ils existent, et le seul moyen de les éviter est d'utiliser une capote ou une digue dentaire. Il n'y a pas de vaccin, pas d'autres moyens de se protéger.

Les contraintes de la prévention nous sont imposées par la réalité des modes de transmission du virus, et l'absence d'autres outils efficaces que ceux qui sont disponibles actuellement : la capote (utilisée avec du gel pour les sodomies), le fémidom, les digues dentaires ou les carrés de latex pour les cunilingus, les gants pour les fists. En fonction de nos pratiques, nous n'avons pas d'autre choix que d'utiliser ces outils, et d'assumer leurs contraintes, si nous voulons nous protéger et protéger nos partenaires.

Ces évidences sont aujourd'hui remises en cause. Par les barebackers bien sûr, prenant la prise de risque, comme Guillaume Dustan, qui continue à prôner ses positions nauséuses et criminelles. Mais Dustan s'est aujourd'hui trouvé un allié objectif auprès de certains acteurs de prévention de... Aides. Au cours des États Généraux que l'association a organisés avec Sida Info Service, elle a en effet présenté une série de flyers scandaleux. Au recto, des accroches comme "Sans capotes, plus il y a de mecs, plus il y a de risques", ou "Sans capotes, mieux vaut se retirer avant d'jaculer". Au verso des "argumentaires" incitant les personnes non pas à se protéger, mais à "réduire les risques" de contamination. Ainsi "Si vous êtes sûr d'être sûr et qu'un homme jacule en vous, vous risquez d'être contaminé par le VIH. Si il se retire avant d'jaculer, cela réduit le risque de contamination (mais le risque existe quand même !)".



Aides abandonnerait-elle la prévention ? Parce qu'ici, il ne s'agit plus de prévention mais d'information sur des probabilités de contamination : "ceci est moins risqué que cela". Et le postulat de départ est une pratique contaminante ("Sans capote..."). Aides aurait voulu les cautionner, elle ne s'y serait pas prise autrement. La capote est voquée, en petit, au dos, mais elle est intégrée dans cette échelle de risques : "Le préservatif reste le meilleur moyen de se protéger". Or, ce n'est pas le "meilleur" moyen, c'est le SEUL.



L'ambition de ces documents est donc de nous expliquer comment prendre moins de risques d'être contaminé en baisant sans capote. Comment croire que l'on peut arrêter la reprise des contaminations en diffusant ce genre de message ? Cela revient à donner des arguments à tous ceux qui prétendent que la capote n'est pas fiable. Et jusqu'à un nouvel ordre, telle n'est pas la mission des associations de lutte contre le sida.

Par ailleurs, ces flyers participent d'une confusion des genres. On y mélange risques réels de contamination et risques statistiques en affirmant "Sans capote, plus il y a de mecs, plus il y a de risques". Et surtout, on mélange ce qui relève de la prévention sur le terrain, pendant laquelle il est possible d'aborder tous les aspects des contaminations, et la prévention faite avec des brochures ou des flyers. Il est totalement inconscient de délivrer un message type "réduction des risques" sans le moindre discours d'accompagnement.



Nous avons envoyé une lettre à Christian Saout, président de Aides, pour qu'il abandonne ce projet. De sa réponse, et des campagnes de Aides à venir, peut découler un nouveau rapport de force entre Aides et Act Up : si Aides persistait dans cette voie, nous la considérerions désormais, sur le plan de la prévention, comme un ennemi. On ne peut pas, d'un côté, signer une charte de responsabilité avec les établissements gays, et se comporter en irresponsable dans ses propres campagnes de prévention.



# Sex : Prevention, Not Risk Reduction

When you suck a cock without a condom, you're taking a risk. Likewise when you lick a cunt without a dental dam. That these risks are slight changes nothing; they exist, and the only way to avoid them is to use condoms or dental dams. There is no vaccine, nor any other means of protection.

These sexual constraints are forced on us by the reality of how HIV is transmitted, and by the absence of any other effective means of prevention currently available than the condom (used with a water-based lubricant for anal sex), the femidom, dental dams or latex squares for cunilingus, and rubber or latex gloves for fist-fucking. According to our sexual practices, we don't have any other choice than to use these prevention tools and to accept their constraints if we want to protect ourselves and our partners.

These basic facts of prevention are currently being questioned: by so-called barebackers (who advocate risk-taking), people like Guillaume Dustan, who continue to spread their criminal ideology of unsafe sex. However, Dustan has now found an unexpected ally in prevention workers themselves... in the organisation AIDES. During a recent conference on the state of AIDS work in France, organised by AIDES and Sida Info Service, AIDES distributed an alarming series of prevention leaflets. On the front, erroneous catchphrases like "Without condoms, more partners, more risk", or else "Without condoms, better to pull out before coming". On the back, arguments inciting people not to protect themselves, but to "reduce the risks" they take. So, we are informed that "if you're HIV-negative and another man ejaculates in your arse, you risk being contaminated by HIV. If he pulls out before coming, you reduce the risk of possible contamination (even if there is still a risk!)".

So, has AIDES given up on HIV prevention? These leaflets aren't concerned with prevention, but rather with informing people on the probability of contamination - weighing up which sexual practice is less risky than another. Alarmingly, such an outlook takes unsafe sex ("Without condoms...") as the ground for prevention. AIDES seems to be supporting unsafe sex as the norm; if not, why advertise it as such? Condoms are mentioned, in small print on the back of the leaflets, but only in the context of a sliding-scale of sexual risk: "The condom is still the best means of HIV prevention". It's not the "best" means, it's the ONLY means of prevention.

The aim of these leaflets is to explain to us "how to take fewer risks of being contaminated whilst fucking without condoms". Yet, how can AIDES believe that it's possible to halt the increase in HIV contamination through this sort of unambitious damage-limitation ideology? This only gives weight to all those arguments that claim that condoms aren't a reliable means of prevention. Such arguments are not the goal of organisations fighting the spread of HIV/AIDS.

What's more, the AIDES prevention leaflets are misleading: the actual risk of contamination is confused with a statistical risk based on promiscuity - "Without condoms, more partners, more risk". More importantly, AIDES are mixing up grass-roots level prevention work (the aim of which is to assess all aspects of HIV contamination) with poster prevention campaigns. This message of "risk reduction", without any essential information or explanation of HIV contamination, is in itself a thoughtless risk.

We have sent a letter to Christian Saout, the director of AIDES, inciting him to ditch this project. According to his response, and future AIDES prevention campaigns, an unprecedented power struggle could emerge between Act Up and AIDES: if they persist in this irresponsible message of risk reduction abandoning HIV prevention, Act Up will view them as an enemy. You can't one minute sign up to a charter on responsibility with gay bars and clubs, and the next distribute irresponsible prevention campaigns.



## BON DE COMMANDE

Complétez et retournez le talon ci-dessous accompagné d'un chèque à l'ordre de Act Up-Paris - BP 287 - 75525 Paris Cedex 12

Tee-Shirt	Taille	Prix	Couleur	Quantité	Montant
- Silence=Mort (S, L), Col re=Action (S, M, XL), Action=Vie (S, M, XL)	S n M n L n XL n	16 €			
- Agn s b. avec Act Up-Paris [blanc ou noir]	S n M n L n	16 €			
- Agn s b. Herv Guibert [blanc]	M n L n XL n	8 €			
- logo Act Up-Paris [jaune, bordeaux, vert, bleu nuit (14 ans, S, XL), bleu clair (S, XL), blanc (S, M, XL)]	S n M n L n XL n	16 €			
- Barbara Bu [blanc, pierre, kaki, bleu nuit (S)]	S n M n	16 €			
- JC de Castelbajac, Information=Pouvoir en lettres orange sur camouflage	S n	16 €			
- Louise Attaque, couple avec louisette sur manche [kaki (XL), noir (S, M)]	S n M n XL n	16 €			
- Knowledge is a weapon [bleu nuit (S, L, XL), rouge, vert (S), noir, bleu clair (XS)]	XS n S n M n L n XL n	16 €			
- Knowledge is a weapon (col V) [noir, rouge, bleu nuit, kaki]	XS n	16 €			
- Ignorance is your enemy [noir, vert pomme (M, L, XL), rouge (XS, S, XL), bleu nuit, bleu clair]	XS n S n M n L n XL n	16 €			
- Ignorance is your enemy (col V) [noir, kaki, rouge]	XS n	16 €			
- Jos L vy [bleu nuit]	S n L n	16 €			
- Safe Sex Queen [noir, col V (M, L, XL), gris m tal (S, M, L), bleu nuit, kaki, moutarde, taupe (L, XL)]	S n M n L n XL n	16 €			
- Noir D sir Le vaisseau de l espace, motif rouge et jaune [noir]	S n M n L n XL n	16 €			
- Noir D sir Le vaisseau de l espace, motif rouge et jaune, manches longues [noir]	S n M n L n	20 €			
- Noir D sir Le vaisseau de l espace, motif rouge et jaune, col V [noir, kaki, perle]	XS n	16 €			
<b>D bardeur</b>					
- Knowledge is a weapon, bretelles [noir, perle, parme]	XS n	16 €			
- Ignorance is your enemy, bretelles [noir, perle]	XS n	16 €			
- Noir D sir Le vaisseau de l espace, motif rouge et jaune, bretelles [noir, kaki, perle, parme]	XS n	16 €			
- Jos L vy [bleu nuit]	S n L n	16 €			
<b>Sweat-Shirt</b>					
- Frise verticale Act Up-Paris [bleu nuit, noir]	M n L n XL n	16 €			
- Act Up-Paris sur manches, avec capuche [noir]	M n L n XL n	28 €			
- Act Up-Paris sur manches, sans capuche [noir, bleu, rouge (M, L)]	M n L n XL n	25 €			
- Noir D sir Le vaisseau de l espace, motif rouge et jaune [noir]	M n L n	25 €			
<b>Coupe-Vent</b>					
- Act Up-Paris devant [vert, bleu nuit(S)]	S n M n L n	23 €			

Remplir les cases et préciser le montant total de l'achat en incluant les frais de port. Frais de port : 3 € Total : .....€

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

Par prélèvement  
j'autorise Act Up-Paris  
à prélever la somme de :

10 €   
20 €   
30 €

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 41 D)  
à l'ordre d'Act Up-Paris

30 €   
50 €   
80 €

autre montant :

\* après déduction fiscale mon don  
ne me revient qu'à 25 €

J'ai bien noté que je recevrai par  
retour du courrier un reçu fiscal  
me permettant de déduire 50% du  
montant de ce don de mes  
impôts.

Pour les prélèvements, je recevrai  
un reçu récapitulatif des sommes  
versées pendant l'année courant  
janvier.

Act Up-Paris  
BP 287

75525 Paris cedex 11

Tél : 01 49 29 44 75

Fax : 01 49 06 10 74

3815 actup@actup.org

Email : actup@actup.org

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

site : 394 895 569 00025 - APE : 913E

Par carte bancaire

30 €   
50 €   
80 €

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 PRÉLEVEMENT MENSUEL.**  
LA FORMULE EST SOUPLE ET AINSI  
VOUS CONCRETISEZ VOTRE SOUTIEN  
TOUT AU LONG DE L'ANNEE.

LES INFORMATIONS CONTENUES DANS LA PRÉSENTÉ DEMANDE NE SERONT UTILISÉES QUE POUR LES BESOINS NÉCESSITÉS DE LA GESTION ET  
POURRAONT DONNER LIEU A UN EXERCICE DU DROIT INDIVIDUEL D'ACCÈS ET D'EMBOÎTAGE, DANS LES CONDITIONS PRÉVUES PAR LA  
DÉLIBÉRATION N° 80 DU 10 AOÛT DE LA COMMISSION INFORMATIQUE ET LIBERTÉS INDIVIDUELLES ACT UP.

**AUTORISATION DE PRÉLEVEMENT :**

JA AUTORISE L'ÉTABLISSEMENT TENEUR DE MON COMPTE À PRÉLEVER SUR CE DÉBITER SI SA SITUATION LE PERMET, TOUTS LES PRÉLEVEMENTS  
CRÉDITES PAR LE CRÉANCIER CI-DESSOUS EN QUOI DE L'ITÊRE SUR UN PRÉLEVEMENT JE POURRAIENT AVEZ SUSPENDRE L'EXÉCUTION PAR  
SIMPLE DEMANDE A L'ÉTABLISSEMENT TENEUR DE MON COMPTE. JE RÉSERVE LE DROIT DE RÉVOQUER CE DÉBITER A TOUT MOMENT.

N° NATIONAL D'ÉMETTEUR

421 849

NOM, PRÉNOMS ET ADRESSE DU DÉBITEUR :

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER :

ACT UP-PARIS  
BP 287  
75525 PARIS CEDEX 11

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

CODE ÉTABLISSEMENT

CODE GUICHET

N° DE COMPTE

CLÉ RB

DATE

Signature :

AUTORISATION DE LA POSTE :

PA / B / 07 / 96

PRÉRE DE RENVoyer CET IMPRIME A ACT UP, ENVI JOIGNANT,  
SNP, UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (RIB), POSTAL (RPI) OU DE  
CAUSE D'ÉPARONE (RCE).