

- 2 **REPÈRES**
ESSAIS
- 4 **GS-01-927**
- 5 **CBAF 3021**
DOSSIER
- 6 **FEMMES ET VIH**
QUESTIONNAIRE
- 11 **EFFETS SECONDAIRES PSY**
ZOOM
- 15 **REPONSE A ABBOTT**
- 16 **BREVES**
- 18 **GLOSSAIRE**
- 20 **LE NERF DE LA GUERRE**

[édito]

Qui se rappelle de la campagne d'Act Up, "Guerre aux labos" ? Est-ce que ce slogan a été vraiment compris, par ceux qui nous suivent et ceux qui nous regardent de loin ? On ne le croirait pas à lire la directive que l'Union Européenne propose actuellement, et qui permettra de libérer l'information et la publicité venant de l'industrie en direction des malades de trois pathologies : l'asthme, le diabète et le sida.

Pour l'instant, contrairement à certains pays comme les USA, les industriels n'ont pas le droit de communiquer directement vers les patients. Le contenu de leurs publicités est donc réglementé car les pouvoirs publics ont réalisé, très tôt, que ces pathologies méritaient un traitement particulier. C'est une garantie importante pour s'assurer que les laboratoires ne disent pas n'importe quoi sur leurs produits. Aujourd'hui, cette garantie est remise en cause. Menacé par les pressions sur les brevets et l'accès aux génériques dans les pays en développement, le lobby industriel veut s'assurer une mainmise plus forte dans les pays riches. Ses actions concernant la DTCA sont inquiétantes. Si la directive passe, les conséquences seront catastrophiques. Nous voyons, déjà les dérives du marketing de ces industriels : les brochures distribuées aux médecins sont souvent mensongères (l'efficacité des produits est exagérée, on minimise leurs effets secondaires minimisés). Par ailleurs, personne, ni l'Europe, ni les états membres, ne pourra effectuer un véritable contrôle du contenu des campagnes de marketing. Cette directive européenne, qui prévoit une libération de la publicité pour une période test de 5 ans, ne sera qu'une brèche ouverte qu'il sera impossible, plus tard, de réguler.

Depuis quatre ans, la stratégie des industriels a beaucoup évolué : fusions multiples, présence de plus en plus forte des représentants « marketing et communication » dans les réunions entre l'industrie et les associations, large arrosage financier des associations, etc. La part du marketing, dans le développement d'une molécule, est désormais plus importante que celle de la recherche. Cette dérive qui aboutit, aux USA, à des publicités où l'on peut voir des séropositifs au mieux de leur forme, escaladant symboliquement des montagnes, a prouvé, statistiquement, son impact sur le relâchement des pratiques de safe sex. Ainsi, depuis 1997, au moment de l'arrivée des antiprotéases, la Food And Drug Administration (FDA) américaine a considérablement assoupli ses règles éthiques et les labos ne parlent plus des effets secondaires dans leurs campagnes. A travers la presse, la radio, les programmes communautaires

et surtout internet, la pression des industriels est partout et l'information objective sur la réalité des traitements diminue d'autant. Cette dérive aboutit aussi à un contrôle de plus en plus puissant de l'industrie sur les associations et sur les médias. Si la presse gay accepte la publicité des industriels, il sera désormais totalement impossible de dire la vérité sur les complications des traitements développés et les avertissements en seront biaisés. Il n'y a qu'à voir les protestations du groupe de presse Impact Médecin, qui édite une douzaine de journaux professionnels, face à l'intrusion de plus en plus insistante de la publicité dans le rédactionnel des articles. L'objectif avoué des laboratoires est de toucher directement les patients qui vont influencer ensuite la prescription des médecins.

Enfin, il faut bien comprendre que face à la puissance des grands laboratoires, le tissu associatif ne fera plus le poids si cette directive est mise en place. Déjà, certains groupes européens comme l'EATG ont pris parti pour l'industrie, une grande majorité de leur budget de fonctionnement dépend directement des grands groupes. Le problème est que la directive européenne a besoin de s'appuyer sur le point de vue d'associations qui n'existent pas ou, pire, qui ne sont pas représentatives des patients, comme l'EATG. En revanche en France, le TRT-5, qui regroupe les principales associations de lutte contre le sida s'oppose fermement et condamne cette directive, en lien avec Health Action International (HAI), une association plus vigilante des droits des malades. Avec eux, Act Up mène une campagne de protestation auprès de l'agence européenne du médicament (l'EMA), mais aussi le gouvernement français et les députés européens.

[la grille]

la grille de lecture des essais cliniques en cours ou à venir (ci-dessous) vous aide à repérer le protocole qui vous conviendrait.

Pour le détail des conditions d'entrée dans les essais, reportez-vous aux différentes rubriques des pages qui leur sont consacrées (pages 4 à 10), notamment à qui s'adresse cet essai, et quels sont les critères pour y entrer. Enfin, repérez au-dessus de chaque titre d'essai la section qui définit le genre auquel il appartient (antirétroviral, infections opportunistes, primo-infection, études de médicaments).

CRITÈRES	GS-01-927	CNAF 3021				
NAÏFS	NON	NON				
PRÉ-TRAITÉS	OUI	OUI				
CHARGE VIRALE	>10.000	INDIFFÉRENT				
NOMBRE DE CD4	<20%	INDIFFÉRENT				
INFECTIONS OPPORTUNISTES	INDIFFÉRENT	INDIFFÉRENT				

les médias d'act up-paris

Pour vous informer et lutter efficacement contre le sida, Act Up-Paris a progressivement mis en place une série de médias accessibles à tous. Pour permettre à chacun de puiser aux meilleures sources l'information dont il a besoin. Et parce que plus que jamais, information = pouvoir.

► action, la lettre mensuelle d'Act Up-Paris

Action fait le point sur nos réflexions politiques, nos actions, leurs résultats (disponible par abonnement, 7 numéros par an, 15,24 € soit 100 F).

► action = vie

Cette publication traite des droits sociaux des personnes atteintes par le VIH. Elle est distribuée dans plus de 120 services hospitaliers à Paris et en Ile de France, sa diffusion s'étend peu à peu aux régions. Elle est également insérée dans Action.

► internet

[http : //www. actupp. org/](http://www.actupp.org/)

Retrouvez protocoles en ligne, mais aussi les communiqués de presse, les infos médicales et sociales, les rendez-vous d'Act Up-Paris. **Sur notre site :** <http://www.actupp.org/>

► la revue de presse hebdomadaire d'act up-paris

Elle regroupe les principaux articles parus dans la presse française et internationale commentant des actions d'Act Up ou des sujets sur lesquels nous travaillons. Disponible sur demande contre frais de port, 1,52 € soit 10 F.

► pif, page des idées folles

Le pif est le journal interne d'Act Up-Paris, il a pour but d'améliorer la communication interne. La pif est ouverte à tous et à toutes.

► les "répi" (réunions publiques d'information)

À Paris, elles ont lieu tous les deux mois depuis deux ans et abordent autant les maladies opportunistes que les traitements antirétroviraux, la nutrition, les essais cliniques, les comptes rendus des principales conférences scientifiques, les droits sociaux etc. Chaque RéPI donne lieu à la publication d'un dossier complet, ainsi qu'à un compte rendu adressés à toute personne qui en fait la demande (contre frais de port, 2,29 € soit 15 F). Des RéPI sont organisées en province.

► information = pouvoir

Pour le moment trois brochures ont été éditées dans cette collection d'Act Up-Paris : **La première concerne les essais cliniques** pour les personnes atteintes par le VIH. Pour mieux comprendre le principe des essais, comment ils sont menés, ce que vous pouvez en attendre, les questions que vous devez vous poser avant d'y participer. **La deuxième est un glossaire** ayant pour but de mieux comprendre les termes médicaux, d'interpréter son bilan sanguin, de participer plus activement au dialogue avec son médecin. Une liste des institutions et associations de lutte contre le sida complète ce deuxième numéro ainsi que de nombreuses pages supplémentaires sur les hépatites dans le cadre des co-infections VIH / Hépatites. L'aide à la lecture des bilans a également été complétée pour mieux comprendre les enjeux des examens liés aux hépatites.

La troisième est un guide des droits sociaux qui permet une information claire et précise de tous les droits auxquels peuvent prétendre les personnes séropositives. Une liste plus complète des institutions, associations et administrations termine ce recueil.

Pour en obtenir, écrivez à Act Up-Paris, BP 287 75525 Paris cedex 11. (contre frais de port, 3,05 € soit 20F)

► protocoles, bulletin d'information sur les essais cliniques en cours

Protocoles présente une information mise à jour régulièrement sur les essais thérapeutiques, les études physiopathologiques et les études de cohorte menées en France sur l'infection à VIH. Vous y trouverez le **résumé des essais en cours, les conditions d'entrée, ainsi que le commentaire critique** des membres de la commission Traitements & Recherches d'Act Up-Paris. Disponible par **abonnement** (équivalent à la couverture des frais d'envoi) : **7,62 € soit 50 Francs pour 6 numéros.**

protocoles
est un bulletin édité
par Act Up-Paris.

**Directrice
de la publication**
Victoire Patouillard

**Rédactrice
en chef**
Claire Vannier

Design
Bleu Cobalt

Maquette
Sylvère Beltrando
Didier Billon

**Ont participé
à ce numéro**
Didier Lestrade
Hugues Fisher
Fabrice Pilorge
Médéric Pouyé
Catherine Kapusta
Alice Meier Oehlke

Iconographie
Claire Vannier

Imprimerie
Autographe/Paris

réunion publique d'information

► la 38ème RéPI
d'Act Up-Paris
aura pour thème :

Sexualité, VIH et plaisir

Elle se déroulera le mercredi 3 avril
de 19H00 à 22H00
au Centre Wallonie Bruxelles.

repères

► essais, les lieux

Nous avons indiqué pour chaque essai les coordonnées de l'investigateur principal. La liste des différents centres qui recrutent à Paris comme en province peut vous être communiquée par téléphone au

01 49 29 44 75,

le jeudi de 14h00 à 19h00.

► réfléchir

La loi oblige les investigateurs des essais à fournir aux patients une note d'information ainsi qu'un formulaire de consentement éclairé que le patient doit obligatoirement signer avant de participer à un essai. Vous pouvez l'emporter avec vous et prendre le temps qu'il faut pour réfléchir avant de le signer. Il est possible de demander conseil auprès d'un autre médecin, de votre entourage ou d'une association.

► adhésion au traitement

Il est important que vous demandiez à votre médecin quels sont les effets secondaires que vous risquez de ressentir et les contraintes de prise des traitements proposés dans un essai. En effet - et c'est particulièrement important avec les antiprotéases - il est indispensable de suivre son traitement en respectant rigoureusement

les doses et les horaires de prise pour éviter au maximum les risques de résistances, voire d'échec, qui surviennent lorsque ces conditions ne sont pas remplies. De même, ne réduisez pas les doses et n'arrêtez pas votre traitement, ne serait-ce que pour une seule journée, sans en parler d'abord avec votre médecin.

► bilans

Nous vous conseillons de demander systématiquement une photocopie de vos résultats de charge virale et de CD4 et de les conserver pour garder une trace précise de votre histoire au cas où vous seriez amené à consulter d'autres médecins.

► résultats complets

Les résultats de l'essai auquel vous aurez participé devront vous être communiqués par les investigateurs. Il leur sera peut-être difficile de préciser au moment de l'inclusion dans l'essai quand ces informations seront disponibles. En effet, la durée totale de l'essai et son analyse peuvent varier, notamment en fonction du rythme des inclusions.

vigilance

► au préalable

Avant d'entrer dans un essai, il est important de bien réfléchir. N'hésitez pas à poser toutes vos questions à votre médecin, ou à l'investigateur, **ne laissez subsister aucun doute**, votre décision n'en sera que mieux éclairée. Quelques points notamment doivent être éclaircis, avant d'accepter ou de refuser l'entrée dans un essai.

- **L'essai prévoit-il des actes invasifs ?** (biopsie, endoscopie, prélèvement, prise de cheveux, fibroscopie, ponction lombaire...). Ces actes peuvent prendre du temps, provoquer des douleurs ou être éprouvants. Mieux vaut en être averti avant.

- **Les examens nécessitent-ils d'être à jeun ?** Dans ce cas vérifier que cela ne fasse pas sauter une prise de votre traitement.

- **En cas de prélèvements de sang importants** (plus de 7 tubes, soit environ 40 ml) **serai-je prévenu au préalable ?** Il est important de le savoir afin de pouvoir vous restaurer avant.

- **En cas d'effets secondaires dus à l'essai** (actes, examens ou traitements), **des traitements sont-ils prévus ?** Une panoplie de médicaments anti-effets secondaires existe (douleur, nausées, diarrhées, etc.), vous pouvez l'exiger.

► frais, organisation

La participation à un essai vous permet de bénéficier de quelques avantages.

- **remboursements de frais de transport** (défraiement).

- **bonnes conditions de soins** (ambulance avec position allongée après une ponction lombaire, salle d'attente correcte, nourriture en bonne quantité et de bonne qualité).

GS-01-927

[gilead sciences]

Étude de Phase I/II (recherche de dose) destinée à évaluer l'efficacité, la tolérance et le profil pharmacocinétique du Ténofovir DF en combinaison avec d'autres agents antirétroviraux, dans le traitement de l'enfant et de l'adolescent infectés à un stade avancé.

► à qui s'adresse cet essai ?

À 30 patients, **enfants ou adolescents (4 à 17 ans inclus)**, si possible répartis entre les moins de 12 ans et les 12 ans et plus, infectés par le VIH-1, avec une charge virale plasmatique supérieure à 10.000 copies/ml et un pourcentage de CD4 inférieur à 20% des lymphocytes totaux, en échec ou intolérants à 2 combinaisons médicamenteuses au moins.

► commentaire

Essai monté par l'industrie pharmaceutique : Gilead Sciences.

Le Ténofovir Disoproxil Fumarate (Ténofovir DF) est **actif contre le VIH et contre le VHB** (virus de l'hépatite B). C'est un inhibiteur nucléotidique de la transcriptase inverse et la **tolérance à ce médicament semble meilleure** que celle des précédentes molécules de cette classe médicamenteuse, en particulier le Prévéon dont la toxicité notamment rénale a entraîné son retrait du marché. Il s'agit d'observer les différentes étapes du métabolisme des médicaments dans l'organisme (résorption, distribution, transformation, élimination) en fonction du temps et de la dose administrée. Le but est de **définir une posologie adaptée aux enfants et aux adolescents** en fonction de leur poids et qui préserve l'efficacité du médicament tout en essayant d'obtenir le minimum d'effets indésirables liés aux traitements. L'étude pharmacocinétique nécessite une **hospitalisation pendant 24 à 48 heures** afin d'effectuer les prélèvements sanguins.

Il s'agit d'une étude de phase I/II, donc antérieure à une éventuelle autorisation temporaire d'utilisation ou de mise sur le marché. C'est une **opportunité pour les enfants ou adolescents d'avoir un accès précoce** à une molécule dont on a déjà pu observer une efficacité antirétrovirale chez des adultes en situation d'échappement.

► quels sont les traitements proposés ?

1 à 4 comprimés de 75 mg en fonction du poids des patients et **en une seule prise par jour** pendant un repas, et ce pendant 48 semaines.

► quel est l'objectif de l'essai ?

Les objectifs principaux sont :

- évaluation de la **tolérance** de Ténofovir DF administré en association avec d'autres agents antirétroviraux pendant une période allant jusqu'à 48 semaines.
- mesure sanguine du Ténofovir DF à l'**état d'équilibre** après administration quotidienne de doses de 75, 150, 225 ou 300 mg en combinaison avec d'autres médicaments.
- évaluation du **niveau d'exposition** au Ténofovir.

► comment se déroule l'essai ?

L'essai se déroule en deux étapes :

1ère étape : inclusion de 10 patients à l'hôpital Necker Enfants Malades à Paris, parmi lesquels 5 naïfs ou plus de Ténofovir DF et maximum 5 patients recevant déjà du Ténofovir DF. Chez les patients naïfs, une étude pharmacocinétique après administration d'une dose unique sera réalisée, et ce groupe ne recevra pas de Ténofovir au jour 2 de l'étude. Chez les patients en cours de traitement par Ténofovir DF, une étude pharmacocinétique à l'état d'équilibre, c'est-à-dire dans les conditions habituelles de la prise quotidienne du traitement sera réalisée après 7 jours de traitement à une posologie adaptée à leur poids.

2ème étape : en fonction des profils pharmacocinétiques établis au cours de la première étape, les 20 patients supplémentaires seront inclus dans les 3 centres.

► quels sont les critères d'évaluation ?

Les **effets indésirables** et la tolérance biologique L'**efficacité** par la réduction de la charge virale et l'augmentation du pourcentage de CD4.

La **pharmacocinétique**, observée régulièrement afin d'ajuster les doses.

► où se déroule l'essai ?

C'est un essai multicentrique qui se déroule dans trois hôpitaux : Service d'hématologie pédiatrique, **Hôpital Necker Enfants Malades à Paris**, service d'hématologie pédiatrique, **Hôpital Armand Trousseau à Paris**, service de pédiatrie et d'oncologie pédiatrique, **Hôpital d'Enfants de la Timone à Marseille**.

qui contacter ?

► **investigateur principal**
Pr Stéphane Blanche,
Hôpital Necker 75015 Paris

01 44 49 48 24

01 49 29 44 82

LA LIGNE D'INFORMATION D'ACT UP-PARIS SUR LES ESSAIS CLINIQUES
 LES MERCREDI, JEUDI ET VENDREDI DE 14H00 A 18H00

cnaaf 3021

[glaxosmithkline]

Suivi à « long terme » de 2 trithérapies Combivir + Ziagen et Combivir + Viracept initiées en première intention depuis au moins 2 ans chez des patients infectés par le VIH-1 dans le cadre de l'essai CNAF3007-Ecureuil

► à qui s'adresse cet essai ?

A des patients adultes infectés par le VIH-1 **ayant participé à l'étude précédente CNAF3007** soit au maximum **151 personnes**, à l'exclusion de ceux ayant quitté l'étude avant son terme.

► commentaire

C'est une étude montée par un laboratoire pharmaceutique. C'est l'**un des protocoles les plus ineptes** qu'il nous ait été proposé de décrire. A court et long terme, l'intérêt pour les patients est nul. Sur le plan de la santé d'abord, puisqu'il n'y a pas d'accès à un traitement ou à une stratégie thérapeutique innovante. Avec la méthodologie proposée, **le résultat ne peut produire de renseignements utiles sur la tolérance ou les bénéfices à long terme des traitements** car une observation d'un traitement sur deux ans ne correspond pas à un long terme, et les patients étant sortis de l'étude initiale pour cause d'intolérance au traitement sont écartés d'office. Il n'y a donc pas de perspective d'avancée des connaissances utiles à la recherche.

Cette étude a une visée essentiellement marketing, elle ne reflète aucun « suivi à long terme » comme c'est écrit dans l'énoncé puisque les conditions mêmes de l'étude signalent une **absence de suivi pendant au moins un an !** Il s'agit sans doute de trouver des éléments marketing pour alimenter l'argumentaire des visiteurs médicaux de GlaxoSmithKline.

C'est de plus une tentative assez pitoyable d'essayer de faire passer une pseudo étude pour un essai de Phase IV : elle n'est montée que pour tenter de rétorquer plus tard aux associations et aux organismes officiels que des études « de phase IV » ont bien été effectuées. Pourtant elle n'en remplit aucune des conditions. Il ne s'agit pas d'un suivi à long terme, les effets indésirables du traitement que l'on propose d'observer sont ceux qui ont été identifiés de longue date pour le Ziagen, soit la lipodystrophie et l'acidose lactique. Mais aucun scan n'est proposé pour examiner avec précision les éventuels troubles de répartition des graisses, seul suffit le fait de vérifier si « ça se voit ». De plus l'éventuelle veille de survenue d'effets secondaires est biaisée car c'est l'activité du VIH lui-même et non les médicaments qui est supposé être la cause. **Appeler cet essai une « étude de phase IV » serait un mensonge.**

► quel est l'objectif de cet essai ?

Objectif principal : mesurer l'activité antirétrovirale des deux trithérapies chez les patients ayant participé à l'étude de CNAF3007, 1 an minimum après la fin du suivi.

Objectifs (très) secondaires : décrire les résultats cliniques, immunologiques et biologiques pour les deux groupes de patients, décrire les modifications des traitements depuis la 48ème semaine de l'essai CNAF3007, mesurer la résistance phénotypique et génotypique à l'inclusion si la charge virale est supérieure à 1.000 copies par ml.

► comment se déroule l'essai ?

Les évaluations cliniques et biologiques seront effectuées le jour même de l'inclusion ou dans les 4 semaines suivantes selon le confort du patient, **cet essai dure donc une journée pour chaque patient.**

► quels sont les traitements proposés ?

Pas de changement de traitements, les patients inclus poursuivent leur traitement actuel.

► quels sont les critères d'évaluation ?

Critère principal : pourcentage de patients indétectables au seuil de 50 copies / ml après un minimum de 2 ans de traitement antirétroviral.

Critères secondaires : pourcentage de patients ayant une charge virale inférieure à 400 copies/ml après un minimum de 2 ans de traitement, variation du nombre de CD4 depuis le début de l'étude précédente « Écureuil », durée du maintien sous les seuils de 50 et 400 copies/ml (données rétrospectives), évolution de la charge virale pour les patients ayant eu un blip (charge virale supérieure à 50 copies/ml non confirmée par un second prélèvement) au cours de l'étude Écureuil, pourcentage de patients ayant maintenu le traitement initial, description des modifications du traitement antirétroviral initial, incidence des événements liés au VIH depuis la 48ème semaine de l'étude Écureuil, pourcentage de personnes ayant progressé au stade sida, recherche des signes morphologiques spécifiques du syndrome lipodystrophique, de trouble métaboliques (lipidiques, glycémiques) et d'une augmentation des lactates et pyruvates sanguins et profil de résistance phénotypique et génotypique du VIH-1 pour les patients ayant une charge virale supérieure à 1000 copies/ml.

qui contacter ?

► **coordinateur clinique de l'essai**

Pr Sophie Materon,

Hôpital Bichat 75018 Paris

01 40 25 78 83

01 49 29 44 82

LA LIGNE D'INFORMATION D'ACT UP-PARIS SUR LES ESSAIS CLINIQUES
LES MERCREDI, JEUDI ET VENDREDI DE 14H00 A 18H00



**répi
femmes**



les oubliées de la recherche

En 2001, le nombre de femmes contaminées dans le monde était supérieur à celui des hommes. La place des femmes dans cette pandémie commence seulement à être l'objet de colloques et de conférences, mais pour le moment les informations restent peu accessibles, et les questions restent sans réponse : y-a-t-il des spécificités féminines sur le plan immunologique et virologique ? Les posologies sont-elles adaptées ? Les effets indésirables sont-ils plus graves chez les femmes ? Quelles conséquences peuvent avoir le VIH et les traitements sur la physiologie féminine (cycle hormonal, ménopause, cancer du col de l'utérus, ostéoporose...) ? Pour tenter de répondre, à ces interrogations, nous avons organisé une RéPi en décembre dernier, réunissant Christine Rouzioux, virologue, Sophie Matheron, infectiologue et Isabelle Heard, gynécologue. Ce n'est pas anodin si ce sont trois femmes médecins qui nous ont parlé des spécificités féminines et ce n'est certainement pas une coïncidence.

► généralités

L'intérêt de la communauté médicale en charge des patientes infectées par le VIH s'est essentiellement centré sur la prise en charge des femmes enceintes et très peu sur les femmes elles-mêmes. Cet intérêt-là est beaucoup plus récent. Mais on ne s'occupe pas encore assez des modes de contamination et de la perception du VIH chez ces femmes qui sont en général jeunes, récemment contaminées et qui n'ont pas encore été mises sous traitement. C'est maintenant que nous devons rentrer dans le long terme afin de construire des études pour mesurer ces différences.

► essai

Actuellement, il y a très peu d'essais mis en place pour démontrer une différence homme/femme. Si les essais cliniques confirment la sous-représentation des femmes, c'est que leur inclusion n'a été recommandée qu'en 1993. La justification de cette inégalité est le risque de grossesse et les effets que les variations hormonales pourraient provoquer sur les résultats. De plus, très souvent l'avis des médecins investigateurs freine ce recrutement. Enfin, la difficulté d'accès aux soins qu'ont les femmes diminue d'autant leur accès aux essais thérapeutiques.

► femmes et recherche clinique

Après une enquête menée auprès des cliniciens sur les différents essais, on obtient quelques informations sur la participation ou la sous-représentation



des femmes dans les essais en France. Dans les essais antérieurs à 1993-1996, il y en avait vraiment peu. Actuellement, on est en réelle progression : entre 20 et 30 % selon les essais. Mais cela n'est pas encore suffisamment représentatif de la population féminine séropositive qui vit en France. Quant aux cohortes, le pourcentage est à peu près équivalent : environ 20%, avec des exceptions comme la cohorte du VIH-2 qui a inclus 60% de femmes. Par ailleurs dans la cohorte mère/enfant on retrouve 40% de femmes africaines, c'est un peu le reflet des nouvelles infections en France. Mais en règle générale, il existe une sous-représentation de certains groupes ethniques, notamment dans les essais thérapeutiques, reste problématique même si on nous assure d'une grande communion de travail entre les équipes.

► différences

En ce qui concerne les recherches sur les différences entre les hommes et les femmes, il n'y en a pas encore énormément. Seules une douzaine sont à peu près solides, et intéressantes. Elles sont le plus souvent abordées par des statisticiens, des épidémiologistes dans des études de cohortes. Le point le plus important concerne l'impact des traitements. Voici les différences qui en ressortent. Les femmes ont un taux de CD4 significativement plus élevé, dans les premières années de l'infection, mais la survenue du sida se passe à peu près au même moment. Pour le virus, c'est le contraire, les hommes ont une charge virale un peu plus élevée, au moins dans les premières années. Ces différences sont insuffisantes pour justifier de critères thérapeutiques différents entre les hommes et les femmes.

► cd4 et charge virale

Dans la littérature, les différences homme/femme sur les CD4 sont décrites par plusieurs cohortes et montrent qu'il y a une diminution médiane annuelle de la pente des CD4 plus importante chez les femmes. Plusieurs études aux résultats contradictoires montrent de plus, un nombre et un pourcentage plus élevés de CD4 chez les femmes que chez les hommes et un taux de CD4 plus élevé chez les femmes au moment du diagnostic de sida. Une étude portant sur des femmes toxicomanes montre que malgré un succès virologique, les femmes ont un taux de CD4 qui diminue. Les résultats cependant sont peut être biaisés par le mode de contamination, d'autres études sont donc, une fois de plus, nécessaires pour répondre.

Si on sait que les œstrogènes et la progestérone ont des effets immunorégulateurs, la question est de savoir si les hormones féminines influencent la charge virale et les CD4. On sait que les patientes sous contraceptifs oraux ont une tendance à avoir un nombre moins élevé de CD4. Une étude concernant des patients toxicomanes suivis après leur séroconversion montre que pour un même niveau de CD4 les femmes ont une charge virale moins élevée.

Une autre étude montre que l'augmentation de la charge virale est plus rapide chez les femmes que chez les hommes.

Puisqu'il y a une différence de Cd4 et de charge virale entre homme et femme, la recommandation actuelle est d'exercer chez les femmes une surveillance immunovirologique plus rapprochée afin de dépister au plus tôt une chute de CD4.

► cycles

Une étude prospective montre que les patientes infectées présentent des cycles irréguliers dans deux cas sur trois, des métrorragies (hémorragie survenant en dehors de la période des règles) dans 15% des cas, mais la comparaison avec les femmes non infectées par le VIH ne montre pas de différence significative. Par contre, une autre étude met en évidence une différence notable et une durée de cycle plus courte chez les femmes infectées.

Chez des femmes infectées dont on mesure la charge virale une fois par semaine, on note une diminution entre le début de la phase folliculaire et le milieu de la phase lutéale, ce qui indique une influence du cycle sur la charge virale.

Certaines études montrent une diminution de la fertilité chez des femmes qui en sont à un stade avancé de la maladie ; l'augmentation de la prolactine s'accompagne d'une diminution de la fertilité. Mais il est difficile d'évaluer la qualité du cycle. On sait que près de 20% des cycles d'une femme sont des cycles anovulatoires ou improductifs en termes de reproduction. Ce qui veut dire que pour un cycle sur cinq, soit deux cycles par an, l'ovulation n'est pas de bonne qualité. Certes c'est une difficulté pour les chercheurs mais la nécessité de mettre ce genre d'essai en place est assez évidente.

► posologie

La question de la posologie rapportée au poids ne concerne pas spécifiquement les femmes. Dans la recherche sur le VIH, on n'a jamais raisonné sur une dose d'antirétroviral rapportée au poids, alors que, dans toute l'histoire de la thérapeutique anti-infectieuse, on raisonne en milligrammes-kilo. Ceci s'explique par le fait que la cible n'est pas la même. On sait que la cible des antirétroviraux est à l'intérieur des cellules, le but est donc de déterminer quelle est la concentration intracellulaire nécessaire, et cela ne dépend pas du poids, mais de la quantité de cibles. Et c'est beaucoup plus difficile à doser car il faut atteindre la dose efficace tout en s'assurant qu'elle ne soit pas toxique. Ce qui est impératif et urgent, c'est la mise en place, à large échelle, des dosages plasmatiques. En attendant, pour changer les doses, une fois qu'on s'est aperçu qu'elles étaient toxiques, il suffit d'utiliser des formes galéniques adaptées aux enfants. A les formes pédiatriques, on peut tout inventer. Mais, cela dépend de la relation avec le médecin et de sa volonté d'y réfléchir.



► prescription

Il y a des choses qui sont totalement admises : chez une femme susceptible d'avoir un enfant, on ne commence pas un traitement avec des médicaments à fort potentiel tératogène, c'est-à-dire qu'on ne donne pas de ddC (Hivid), ni d'Efavirenz (Sustiva). A indication équivalente, une femme avec des enfants, a fortiori des enfants infectés, est un critère de difficultés de respect des contraintes horaires. Il est donc conseillé de choisir un traitement le plus simple possible.

Par ailleurs si on prend en compte les risques de lipodystrophies et de complications métaboliques, on a tendance à donner un traitement sans inhibiteur de protéase.

► interactions

Il est clairement établi qu'il y a une diminution d'efficacité des contraceptifs oraux avec la rifampicine (administrée dans la prophylaxie de certaines méningites et dans le traitement de la tuberculose en association avec d'autres antituberculeux), et avec deux classes de médicaments antirétroviraux : les inhibiteurs de protéase et les analogues non nucléosidiques. Le ritonavir (Norvir) et le nelfinavir (Viracept) diminuent de 40 à 47 % la concentration d'œstro-progestatifs, et la névirapine (Viramune) provoque une diminution de 19%. Par contre l'efavirenz (Sustiva) en augmente la concentration. D'autres cas d'interactions médicamenteuses peuvent apporter des modifications mais ils sont encore très mal connus. On observe cependant des modifications pharmacocinétiques pendant la grossesse de tous les médicaments, sans doute liées à la modification générale du volume de distribution.

► effets secondaires

Une étude a mis en évidence que les femmes avaient un risque d'effets secondaires à la ddI (Videx) trois fois plus élevé que les hommes. D'ailleurs, une étude rétrospective montre qu'il y a globalement plus d'effets secondaires chez les femmes que chez les hommes. Mais ceux-ci ne sont pas exactement les mêmes. Le ritonavir (Norvir) provoquerait moins de diarrhées chez les femmes mais plus de paresthésies péri-buccales (légères anesthésies autour de la bouche). Les décès liés à l'acidose lactique touchent très majoritairement les femmes. Les modifications corporelles ne sont pas les mêmes : les hommes souffrent plus de lipotrophie du visage et des membres inférieurs que les femmes, qui elles subissent plus souvent une augmentation du volume de leur tronc et de leurs seins. De plus, l'association lipotrophie/lipohypertrophie est plus fréquente chez les femmes.

► observance

Une étude australienne montre que sur la question des bénéfices espérés les hommes sont beaucoup plus optimistes que les femmes. Une enquête française confirme que les facteurs prédictifs de mauvaise observance sont les conditions de vie, le stade

avancé de la maladie, les mauvaises relations patient-soignant et la différence liée au sexe féminin. Souvent, elles ont une moins bonne connaissance de leur situation médicale, elles sont plus jeunes, plus souvent toxicomanes, et lorsqu'elles ont des enfants c'est souvent elles qui s'en occupent au détriment de leur propre santé. Mais chez des personnes participant au choix de son traitement ou qui s'investissent dans une association de lutte contre le sida, la différence homme/femme disparaît.

► ménopause

Grâce aux traitements, les femmes séropositives ont la chance de vieillir. Alors qu'il y a quelques années, la question ne se posait même pas, aujourd'hui la ménopause concerne beaucoup de femmes contaminées. Jusqu'à présent, mais on n'a ni reculé, ni étudié, la séropositivité ne semble pas être déclencheur d'une ménopause précoce. Elle peut, par contre, être à l'origine d'un fort amaigrissement ou d'une grande fatigue qui peuvent provoquer des troubles des règles, voire l'absence des règles, sans pour autant être une ménopause. Les ovaires sécrètent des œstrogènes naturels qui ont un effet protecteur sur le risque cardio-vasculaire. A la ménopause, la leptine (hormone protéique), les triglycérides, ainsi que l'insuline augmentent et aggravent les risques cardio-vasculaires. Les femmes rejoignent ainsi un profil cardio-vasculaire équivalent à celui des hommes et perdent le bénéfice des œstrogènes en terme de protection. Les trithérapies provoquent elles aussi la perte progressive de cette protection. Un des effets souhaités du traitement hormonal substitutif, conseillé aux femmes ménopausées, est de préserver ce bénéfice. Il n'y a d'ailleurs pas de différences de traitements entre femmes séropositives et séronégatives, et pas de contre-indication à mettre en place ces traitements. Au contraire : ils sont bien tolérés et peuvent éviter les problèmes d'ostéoporose, pathologie dont on ne trouve pas de marqueurs spécifiques et qui fait partie également des effets secondaires des trithérapies. Les hormones prescrites, à savoir œstrogènes et progestérones, qui se substituent à celles que fabriquaient les ovaires, ne sont pas métabolisées par le foie déjà fatigué par les traitements, elles ont un métabolisme cutané, ainsi il n'y a pas de compétition avec les traitements antirétroviraux.

► gynécologues

Aujourd'hui on fabrique des chirurgiens-gynécologues ou des obstétriciens, mais on ne forme plus de gynécologues depuis 1985. Or ce sont des médecins qui ont une écoute un peu particulière dans le trajet de la vie d'une femme. Mais cela ne suffit pas. Il serait bien que tous les gynécologues sachent ce que sont des CD4, une charge virale, et qu'il est important de faire des frottis plus souvent pour les femmes séropositives. Mais en même temps on ne peut pas demander à tous les gynécologues de venir de prendre totalement en charge ces femmes. Le minimum serait que dans les congrès



de gynécologie, il y a des sessions consacrées au VIH, ce qui n'est pas le cas actuellement. Une formation générale paraît évidente, mais ce devrait être la même chose pour les dentistes, et les autres études médicales : la formation concernant le VIH doit faire partie aujourd'hui de la formation des futurs médecins et de la formation continue des médecins qui sont déjà opérationnels.

► papillomavirus

Une femme séropositive, sur trois a un frottis anormal. Ce problème gynécologique est dû à des lésions du col de l'utérus et à l'infection par le papillomavirus, agent de ces lésions du col. Le papillomavirus est un virus extrêmement banal, et courant, il provoque une infection très transitoire dont les femmes se débarrassent le plus souvent sans qu'il n'y ait aucun signe d'infection. Lorsqu'on réalise un frottis à une femme qui vient de se faire contaminer par un papillomavirus, on ne remarque rien, le frottis est tout à fait normal. Dans certaines circonstances, ce papillomavirus va rentrer dans les cellules du col, à un endroit très précis entre le vagin et l'utérus, qui est en perpétuel remaniement au cours de la vie de la femme. Le frottis fait alors à cet endroit révélera des cellules plus grosses avec à l'intérieur le papillomavirus. Là encore, la plupart du temps, les femmes s'en débarrassent naturellement. C'est une lésion dit de bas grade. Mais, dans certaines circonstances, la femme ne va pas arriver à s'en débarrasser, il peut alors se mettre à infecter de plus en plus de cellules, et entraîner une activité de multiplication cellulaire intense. On passe alors d'une lésion de bas grade à une lésion de haut grade. Cette évolution qui commence par une simple infection et aboutit au cancer prend quinze années pour se développer.

Les médicaments pris à la suite d'une greffe, le tabac, l'infection à VIH et l'immunosuppression qui en découle sont des facteurs qui diminuent l'immunité locale et favorisent probablement la persistance du papillomavirus. Par ailleurs, il existe plus de 60 types différents de papillomavirus plus ou moins agressifs. Le cumul de tous ces facteurs peut accélérer la fréquence de ces lésions du col, qu'on appelle dysplasies. Dans la population générale, la fréquence des dysplasies, est de l'ordre de 2 à 3%. Chez des femmes immunodéprimées ou infectées par le VIH la fréquence des lésions du col est de 30%. Cette fréquence augmente avec le degré d'immunosuppression. Chez des femmes ayant moins de 200 CD4, la prévalence des lésions du col est de l'ordre de 60% et le taux de persistance ou de réapparition de la lésion est supérieur à 90%. Quand plus de la moitié (60%) des femmes guérissent spontanément, chez les femmes séroposi-

tives, seulement 20% d'entre elles vont se débarrasser de leurs lésions sans intervention.

► améliorations

Dans le cas d'une lésion de haut grade, l'absence de médicament efficace impose l'acte chirurgical : la conisation. Dans 90-95% des cas on obtient une guérison complète. Mais pour les femmes séropositives gravement immunodéprimées cette opération devient inutile et au contraire, comporte un risque important de persistance ou de récurrence. Si l'on multiplie les actes chirurgicaux, on risque une véritable amputation du col.

Avec l'arrivée des trithérapies, on a constaté une régression spontanée de ces lésions, il y a deux fois plus de régression chez des femmes sous trithérapie que chez celles non traitées. Une publication récente fait état d'un moindre taux de récurrence après chirurgie chez des femmes ayant retrouvé une bonne restauration immunitaire sous traitement antirétroviral. C'est donc un petit bonus par rapport aux craintes du passé.

Aujourd'hui, cela fait 15 ans que l'épidémie sévit, la question de la survenue du cancer du col de l'utérus est d'autant plus d'actualité. Il est extrêmement important que les femmes séropositives soient attentives et fassent des coloscopies puis une biopsie si nécessaire. Il est conseillé de réaliser un examen gynécologique deux fois par an.

* Un compte rendu plus détaillé de cette RéPI est disponible au local d'Act Up-Paris.

questionnaire

Le traitement antirétroviral contre le VIH a souvent des effets méconnus sur le moral des personnes. L'objectif de ce questionnaire est donc d'établir une liste complète et objective de ces différents effets ressentis par les malades sous traitements. Il s'agit d'un questionnaire totalement anonyme, établi par les associations et dont les données seront analysées par un service dont la neutralité est absolue. Ainsi, plus le nombre de réponses sera important, plus les données recueillies seront fiables et

exhaustives. C'est pourquoi nous vous incitons vivement à remplir ce questionnaire, pour savoir si les modifications du moral sont fréquentes ou non et faire pression sur les laboratoires afin que les médicaments à venir soient mieux adaptés. Cela nous permettra également de mettre l'industrie pharmaceutique face à ses responsabilités. Et puis cela ne vous prendra que 10 minutes environ.

► VOUS

Votre âge : ans

Vous êtes : Homme Femme Transsexuelle

Vous avez été infectéE par le VIH :

- Par transfusion
- Par produits anti-hémophiliques
- Par relations sexuelles avec un homme
- Par relations sexuelles avec une femme
- Par usage de drogues en intra-veineux
- Par accident professionnel
- Vous ne savez pas

Vous possédez un Baccalauréat (général ou professionnel)

- Oui
- Non

Diriez-vous que votre logement actuel est :

- Pas du tout confortable
- Peu confortable
- Assez confortable
- Très confortable

Votre activité professionnelle (une seule réponse)

- Vous avez un emploi
- Vous êtes étudiantE ou en formation
- Vous êtes demandeurSE d'emploi
- Vous êtes à la retraite
- Vous faites des petits boulots
- Vous êtes en arrêt maladie longue durée
- Vous percevez l'AAH ou une pension d'invalidité
- Autres

Actuellement,

- Vous vivez seulE sans partenaire principalE
- Vous vivez seulE et avez unE partenaire principalE qui vit sous un autre toit
- Vous vivez en couple

► TRAITEMENTS

Vous prenez actuellement :

- Rétrovir
- Combivir
- Epivir
- Trizivir
- Ziagen
- Zerit
- Videx
- Hivid
- Viréad
- Viramune
- Rescriptor
- Agénérase
- Fortovase
- Norvir
- Viracept
- Crixivan
- Kalétra
- Invirase
- T20
- Macrolin
- Hydréa
- Sustiva

Depuis quelle date prenez-vous votre traitement anti-VIH actuel ? (mois/année)

Si vous ne prenez pas de Sustiva actuellement, en avez-vous déjà pris ?

- OUI
- NON

Si OUI, de quelle date à quelle date ?

..... (mois/année) à (mois/année)

Pourquoi avez-vous arrêté Sustiva :

.....

Votre traitement actuel est-il votre 1er traitement contre le VIH ?

OUI

NON

Si NON quelle est la date de mise sous premier

traitement antirétroviral : (mois/année)

Etes vous traitéE actuellement par Interféron ?

(Introna, Roféron, Laroféron, Viraféron, Pegasys, Viraféron-Peg, PEG-intron)

Oui

Non

Prenez-vous ou avez vous pris dans les 6 derniers mois un traitement contre la dépression ?

Oui

Non

Si Oui le(s)quel(s) :

.....

.....

Avez-vous déjà été prisE en charge pour une dépression au cours de votre vie ?

Oui, une fois

Oui plusieurs fois

Non, jamais

► examens

Connaissez-vous le taux de vos T4 de votre dernier bilan ?

Taux de T4 = CD4/mm3

Si vous ne le connaissez pas, pouvez-vous le situer ?

Il est au dessus de 500

Il est entre 350 et 500

Il est entre 200 et 350

Il est inférieur à 200

Connaissez-vous la charge virale de votre dernier bilan ?

Charge virale =copies/ml

Si vous ne la connaissez pas, pouvez-vous la situer ?

Elle est indétectable

Elle est détectable, mais inférieure à 5000 copies/ml

Elle est entre 5 000 et 30 000 copies/ml

Elle est supérieure à 30 000 copies/ml

► effets secondaires

Pour vous, les effets secondaires de votre traitement sont :

Inexistants

Pas du tout gênants

Peu gênants

Assez gênants

Très gênants

Au cours de ces 4 dernières semaines, votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a-t-il gênéE dans votre vie sociale et relationnelle (avec les autres, votre famille, vos amiEs, vos connaissances ?)

Pas du tout

Un petit peu

Moyennement

Beaucoup

Enormément

► sensations

Les impressions suivantes sont ressenties par la plupart des gens. Pourriez-vous indiquer la fréquence avec laquelle vous avez éprouvé les sentiments ou les comportements présentés dans cette liste durant la semaine écoulée ? (Pour répondre, cochez la case correspondant à la fréquence comme dans l'exemple ci-dessous)

0. Jamais, très rarement (moins d'un jour)

1. Occasionnellement (1 à 2 jours)

2. Assez souvent (3 à 4 jours)

3. Fréquemment, tout le temps (5 à 7 jours)

J'ai été contrariéE par des choses qui d'habitude ne me dérangent pas

0 1 2 3

Je n'ai pas eu envie de manger, j'ai manqué d'appétit

0 1 2 3

J'ai eu l'impression que je ne pouvais pas sortir du cafard, même avec l'aide de ma famille et de mes amiEs

0 1 2 3

J'ai eu le sentiment d'être aussi bien que les autres

0 1 2 3

J'ai eu du mal à me concentrer sur ce que je faisais

0 1 2 3

Je me suis sentiE dépriméE

0 1 2 3

J'ai eu l'impression que toute action me demandait un effort

0 1 2 3

J'ai été confiantE en l'avenir

0 1 2 3

J'ai pensé que ma vie était un échec
0 1 2 3

Je me suis sentiE craintifVE
0 1 2 3

Mon sommeil n'a pas été bon
0 1 2 3

J'ai été heureuxSE
0 1 2 3

J'ai parlé moins que d'habitude
0 1 2 3

Je me suis sentiE seulE
0 1 2 3

Les autres ont été hostiles envers moi
0 1 2 3

J'ai profité de la vie
0 1 2 3

J'ai eu des crises de larmes
0 1 2 3

Je me suis sentiE triste
0 1 2 3

J'ai eu l'impression que les gens ne m'aimaient pas
0 1 2 3

J'ai manqué d'entrain
0 1 2 3

Au cours de la semaine écoulée, avez-vous eu des troubles du sommeil ? (réveils fréquents, difficultés d'endormissements ou réveil précoce, cauchemars)

Δ J'ai parfaitement bien dormi

Δ J'ai assez bien dormi

Δ J'ai assez mal dormi

Δ J'ai très mal dormi

► impressions

Au cours de la semaine écoulée, avez-vous ressenti (ou votre entourage a-t-il constaté pour vous) les impressions suivantes ? (Pour répondre, cochez la case correspondant à la fréquence comme dans l'exemple ci-dessous)

0. Jamais, très rarement

1. Occasionnellement

2. Assez souvent

3. Fréquemment, tout le temps

De planer, d'être cool
0 1 2 3

D'être irritable, susceptible ou de mauvaise humeur
0 1 2 3

D'être survoltéE ou agitéE
0 1 2 3

D'avoir des pensées suicidaires
0 1 2 3

D'avoir des colères ou des disputes avec votre entourage plus souvent que d'habitude
0 1 2 3

De parler plus fort que d'habitude
0 1 2 3

D'avoir le sentiment d'être tenduE ou inquietE
0 1 2 3

D'avoir des bouffées d'angoisse
0 1 2 3

D'avoir des difficultés de mémoire
0 1 2 3

D'être facilement distrait
0 1 2 3

D'être fatiguéE dès le matin
0 1 2 3

D'être somnolentE dans la journée
0 1 2 3

D'être boulimique
0 1 2 3

D'avoir des crises de fou rire
0 1 2 3

D'avoir des sensations de vertige
0 1 2 3

D'avoir mal à la tête
0 1 2 3

D'avoir une augmentation des pulsions sexuelles plus souvent que d'habitude

0 1 2 3

De faire des dépenses et achats inconsidérés

0 1 2 3

De vous sentir exagérément optimiste ou même euphorique

0 1 2 3

► alcool, drogues, substitution

Les questions que nous vous posons maintenant concernent vos éventuelles consommations d'alcool ou d'autres produits pouvant interférer avec le moral. C'est pourquoi nous vous les posons car elles sont nécessaires pour interpréter correctement les résultats de l'enquête. Nous vous rappelons que ce questionnaire est totalement anonyme.

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?

△ Oui
△ Non

Au cours des 12 derniers mois, votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?

△ Oui
△ Non

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?

△ Oui
△ Non

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?

△ Oui
△ Non

Au cours des 6 derniers mois, avez-vous utilisé de l'héroïne ?

△ Non
△ Occasionnellement
△ Régulièrement

Avez-vous injecté l'héroïne au cours des 6 derniers mois ?

△ Oui
△ Non

Au cours des 6 derniers mois, avez-vous utilisé de la cocaïne ?

△ Non
△ Occasionnellement
△ Régulièrement

Avez-vous injecté la cocaïne au cours des 6 derniers mois ?

△ Oui
△ Non

Au cours des 6 derniers mois, avez-vous utilisé du cannabis ou de l'ecstasy ?

△ Non
△ Occasionnellement
△ Régulièrement

Prenez-vous actuellement un traitement de substitution ? (Subutex, Méthadone, Skénan, Moscontin ?)

△ Oui
△ Non

► aller retour

Vous avez obtenu ce questionnaire par :

△ Une association
△ Un hôpital ou un lieu de soins
△ Une revue d'informations
△ Internet

Merci d'avoir pris du temps pour remplir ce questionnaire. Il s'agit d'une réalisation du groupe inter-associatif TRT-5, qui regroupe les principales associations de lutte contre le sida : Act Up, Aides, Actions Traitements, Arcat, Dessine moi un mouton, Sol En Si, Sida Info Service et Nova Dona. Merci de l'envoyer à AIDES, Délégation Régionale PACA, 1, rue Gilbert-Dru, 13002 Marseille.

en réponse

Dans un courrier qu'il nous adresse, le laboratoire Abbott nous fait remarquer que nous avons laissé passer quelques coquilles à propos d'un de leurs produits phares du moment : Kaletra.

► glissade

La frénésie du bouclage nous a fait placer cet inhibiteur de protéase dans la catégorie des inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse dans notre tableau récapitulatif des appellations des médicaments antiviraux. **Nous prions nos lecteurs de bien vouloir nous excuser pour cette bourde.**

► désaccord

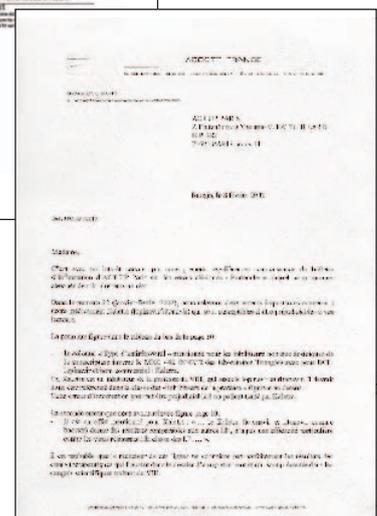
Mais le laboratoire nous interpelle aussi sur le **commentaire quelque peu lapidaire** que nous faisons à propos de cette même molécule dans la présentation des résultats de la conférence d'Athènes. **Abbott cite deux exemples d'essais cliniques** ayant conclu d'une part à l'efficacité supérieure de Kaletra par comparaison à Invirase chez des patients pour qui il s'agit d'un premier traitement et d'autre part à l'intérêt de cette molécule chez des patients en échec multiples et résistants aux inhibiteurs de protéase déjà utilisés. Nous en prenons bonne note et nous nous empressons de vous faire part, chers lecteurs, de notre commentaire. Alors, avons nous été tête-en-l'air en écrivant ce commentaire peu enthousiaste ? Peut être pas. Comme vous le savez, **notre commentaire est celui de personnes atteintes et non pas de cliniciens** avides de chiffres et de statistiques. Et lorsqu'il nous faut commenter en quelques lignes nos impressions sur l'ensemble des travaux présentés dans une conférence, tenir compte du contexte général et y aller de notre sensibilité de malades, parfois, nous donnons priorité à ce dernier point. **Alors, prenons le contexte** : on est en attente de molécules pour les personnes qui sont en échappement, on a de plus en plus de mal à supporter les effets secondaires et tout particulièrement les lipodystrophies et, depuis quelques conférences, on voit arriver un certain nombre de molécules nouvelles, prometteuses. **Mais la jungle des conférences est redoutable à qui ne sait pas décrocher** et l'on voit des résultats parfois à la limite de la contradiction selon celui qui les présente. C'est pourquoi nous apprécions plus particulièrement les synthèses générales sur les nouvelles molécules qui permettent une comparaison plus objective, que la foison d'essais cliniques en tous genres. C'est ainsi qu'on découvre parfois une molécule qui, certes comme le dit Abbott, la tête dans le guidon, n'est pas mal du tout, et même plutôt bien, mais dont on nous annonce aussi qu'elle n'a pas de

meilleurs résultats en matière de remontée de cholestérol et de triglycérides que les autres. Alors, tout en sirotant un chocolat chaud à l'aspartam avec une brioche au yaourt et de la margarine allégée, on ne saute pas de joie.

Par ailleurs, la **comparaison avec le saquinavir** (Invirase) est tout de même un peu facile. Car nous n'avons pas non plus commenté, faute de place, cette présentation d'Athènes qui montrait que le saquinavir accompagné d'une dose booster de Ritonavir est une alternative tout aussi intéressante. Et pour qui connaît la longue histoire du saquinavir, il n'est pas surprenant qu'administré sans booster, il ait une efficacité moindre.

Reste le **problème des virus résistants**. Nous nous réjouissons de savoir que le Kaletra est efficace en essai clinique après 48 semaines chez des personnes en échappement préalable. Nous avons simplement été moins enthousiastes à la vue des profils de résistance du Kaletra par comparaison à ceux des antiprotéases à venir tels l'atazanavir ou le tipranavir.

Alors, quand on doit résumer le produit en quelques lignes, que peut-on dire ? Bon produit, monsieur Abbott, mais on aimerait bien retrouver une charge virale indétectable à perte de vue à coup sûr en changeant de traitement, l'épreuve redoutée pour tout malade qui a déjà essayé pas mal de produits et essuyé un peu tous les types d'effets secondaires. Et on voudrait retrouver aussi son ventre plat et ses abdos en tablette de chocolat, même en mangeant de la brioche au beurre !



brèves

► répi parisienne

Le **mercredi 3 avril**, de 19h à 22h se tiendra la 38ème Réunion Publique d'Information sur le thème : **Sexualité, VIH et plaisir**. " Docteur, je ne bande pas ", est une plainte qui restera sans réponse si nous ignorons où chercher. Pour que notre médecin nous entende, il faut savoir identifier ces choses qui nous font jouir. La sexualité et le plaisir sont déjà en soi compliqués. Ils se compliquent encore plus quand se greffent par-dessus la séropositivité et la toxicité cumulée des médicaments.

Le principe que sous-tend le besoin d'une sexualité, et qui nous intéresse ici, est le plaisir. En parler et le préciser dans le cadre de la séropositivité est important autant pour revendiquer le plaisir que pour se protéger et protéger l'autre. Pour aborder ces questions et évaluer la nature de ces " problèmes " qui concernent à la fois les hommes et les femmes, nous avons invité : Philippe Arlain (Psychologue avec une pratique d'écoute de sexologue) ; Francis Lallemand (Hôpital Saint Antoine) ; Serge Hefez (Psychologue, réseau Espace) ; Philippe Fauché (Gynécologue) et un sociologue de la cohorte APROCO (sous réserve).

Cette nouvelle RéPI se tiendra au Centre Wallonie Bruxelles - 46, rue Quincampoix, Métro : Châtelet Les Halles ou Rambuteau

► répi toulousaine

Le **Mercredi 17 avril**, de 19h à 22h se tiendra la 7ème Réunion Publique d'Information d'Act Up-Toulouse sur le thème : **Echec, échappement, impasse thérapeutique**.

Quelles solutions pour les malades ? En France, selon les données du DMI2, 6% des personnes séropositives sous traitement sont en échec thérapeutique, soit entre 1.600 et 2.300 personnes qui ont moins de 200 CD4 et une charge virale supérieure à 30.000 copies. Parmi elles, 700 à 1.000 personnes ont été exposées aux trois classes de médicaments disponibles.

Qu'elles sont les définitions de l'échec thérapeutique ? De l'échappement ? Et de l'impasse thérapeutique ? Quelles stratégies peut-on proposer aux patientEs en échec de tout traitement ? Quelles sont les nouvelles molécules ? Comment en accélérer la mise à disposition pour tous et toutes ? Quels conseils peut-on donner aux séropositifEs pour éviter de développer des résistances aux traitements ?

Pour répondre à ces interrogations, nous avons invité : Jacques Izopet (virologue, Hôpital Purpan), Bruno Spire (Aides Marseille, TRT-5), et un infectiologue.

Cette nouvelle RéPI se tiendra à la salle du Sénéchal, 17 rue de Rémusat.

► et d'autres

Act Up-Nord organise sa 1ère RéPI le **12 juin** prochain, à **Lille** sur le thème « **Traitements et effets secondaires** ». Et Act Up-Lyon en organise une sur le thème : « **Toxicité cumulée des traitements** », le **29 mai**, à **Lyon**.

► alerte syphilis, bis repetitam

En septembre dernier Act Up-Paris lançait une alerte à la syphilis par la distribution d'un grand nombre de tracts dans les bars du Marais et la publication d'un encart en couverture d'Action, notre lettre d'information politique, elle-même très largement diffusée. En effet les chiffres de l'Institut de Veille Sanitaire dont nous disposons alors montraient une **forte évolution du nombre de cas de syphilis à Paris, ceux-ci passant de 4 cas en 1998 à 28 cas en 2000**.

En 2001, la syphilis touchait 93 Parisiens, dont plus des 4/5 étaient homosexuels ou bisexuels.

En outre le docteur Bani Sadr, infectiologue à l'hôpital Saint Louis et plusieurs de ses collègues, nous ont confié leur grande inquiétude devant le nombre croissant de leurs patients séropositifs se présentant en consultation avec les symptômes de la syphilis. Ce qui est de mauvaise augure pour les chiffres de l'année en cours. Cette explosion de contamination nous oblige à renouveler notre alerte.

La syphilis se transmet par le contact direct des muqueuses pendant un rapport sexuel et par échange de fluides corporels. À mesure que la maladie progresse, le risque de contaminer de nouveaux partenaires s'accroît.

La syphilis augmente aussi les risques de contamination par le virus du sida.

Cette épidémie peut facilement être enrayée en pratiquant régulièrement un test de dépistage, surtout en cas de rapports sexuels fréquents avec des partenaires occasionnels. Plus vous êtes dépisté tôt, plus vite la syphilis peut être traitée. Diagnostiquée au début de l'infection, elle se soigne simplement par injections de pénicilline. Utilisez une capote ou une digue dentaire pour chaque fellation, cunilingus et pénétration.

En tout état de cause si vous êtes séropositif et que vous avez un doute, demandez un dépistage de la syphilis à l'occasion de vos examens habituels.

► questionnaire affsaps sida

Outre le questionnaire relatif aux effets secondaires psychologiques présenté dans ce numéro et élaboré par les associations, une autre initiative du même acabit a été prise par l'AFFSaPS. En effet, **afin d'avoir une meilleure vue d'ensemble des effets secondaires provoqués par les traitements antiretroviraux, l'AFFSaPS a élaboré un questionnaire de pharmacovigilance à destination des patients**. Ce questionnaire a pour objectif de recueillir de manière fiable et complète le type et la fréquence des effets secondaires ressentis par les patients sous traitement.

Après de multiples discussions, notamment avec des représentants d'associations, il a été décidé de mettre en place une phase pilote dont le but est d'évaluer la pertinence et la faisabilité du projet. Ainsi, ce questionnaire sera dans un premier temps distribué dans **9 centres pilotes** à Villejuif dans le service du Pr. Vittecoq, à la Pitié Salpêtrière dans le service du Pr. Katlama, à Saint Antoine dans le service du Pr. Girard, à Pompidou dans le service

ZOOM

du Pr. Weiss, à Strasbourg dans le service du Pr. Lang, à Nice dans le service du Pr. Chichmanian, à Clermont-Ferrand dans le service du Pr. Zenut et à Bordeaux dans le service du Pr. Haramburu. Il y sera disponible auprès du médecin traitant, de la pharmacie centrale, du secrétariat du service VIH et dans les principales associations. Cette première phase, appelée « expérience pilote de déclaration patient » (EPDP) doit **démarrer fin mars 2002 et durer jusqu'en août 2002**. Elle sera suivie d'une phase d'évaluation qui devrait rendre ses conclusions avant la fin de l'année 2002. Si l'expérience est concluante, elle sera alors étendue à tous les services VIH de France.

Quant au questionnaire, **il prend la forme d'un auto-questionnaire**, c'est-à-dire qu'il doit être rempli par le patient. Il consiste essentiellement en une longue liste d'effets secondaires possibles et il est demandé au patient d'indiquer si oui ou non, et avec quel degré, il a déjà ressenti tel ou tel effet. Ensuite, il appartient au patient de le donner à son médecin qui est en charge de le transmettre, sans droit de regard, ni de jugement, à l'agence régionale de pharmacovigilance. Dans l'ensemble, il convient de saluer cette initiative et **nous encourageons tous les patients suivis dans les centres pilotes surnommés de participer à sa réussite**. Ce n'est que ce type de questionnaire qui permettra de dresser une liste objective et complète des effets secondaires ressentis par les patients. L'industrie

pharmaceutique ne pourra donc plus nier ces effets handicapants et sera placée face à ses responsabilités.

► adresse mail

Des questions ? Des remarques ? Des critiques ?
Protocoles change d'adresse. Vous pouvez donc nous écrire à actgrt@noos.fr

► calendrier

La commission Traitements & Recherche se réunit tous les 15 jours le jeudi à 18H30. Vous pouvez nous rejoindre, le travail ne manque pas. Les prochaines réunions se tiendront **les 4 et 18 avril, 2, 16 et 30 mai, 13 et 27 juin**. Une permanence téléphonique est assurée tous les jeudi et vendredi de 14H à 18H, au 01.49.29.44.82. Les prochaines RéPI se tiendront le 3 avril : «sexualité, VIH et plaisir» et le 15 mai : «hépatites et qualité de vie».

► 48 heures contre le sida

Du 5 au 7 avril Ensemble Contre le Sida organise pour la troisième année consécutive une mobilisation de l'opinion publique afin de **récolter des fonds pour faire avancer la lutte contre le sida**. Durant ce week end d'avril, la première chaîne sera le partenaire de ECS pour mener au mieux cette nouvelle campagne. Pour les promesses de don vous pourrez **appeler le 116 (du 1er au 14 avril)**.

appellations

Les médicaments utilisés dans l'infection à VIH portent souvent plusieurs noms. Trois dénominations sont le plus souvent utilisées au cours du développement du produit, par les médecins, les malades ou encore les médias : l'abréviation de la formule chimique (ex : AZT), la dénomination commune internationale (ex : zidovudine) et le nom commercial (ex : Rétrovir®) qui peut varier d'un pays à l'autre. Dans « protocoles », nous avons choisi le nom le plus couramment utilisé. Pour vous repérer, voici les équivalences pour chacun des antirétroviraux.

Type d'antirétroviral	Abréviation de la formule chimique	Dénomination Commune Internationale	Nom commercial
inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse	AZT	zidovudine	RETROVIR®
	ddl	didanosine	VIDEX®
	ddC	zalcitabine	HIVID®
	d4T	stavudine	ZERIT®
	3TC	lamivudine	EPIVIR®
	1592	abacavir	ZIAGEN®
inhibiteurs de la protéase		saquinavir	INVIRASE®
		ritonavir	NORVIR®
		indinavir	CRIVAN®
		nelfinavir	VIRACEPT®
	141 W 94	amprenavir	AGENERASE®
	MKC 442	lopinavir	KALETRA®
inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse		névirapine	VIRAMUNE®
		delavirdine	RESCRIPTOR®
	DMP 266	efavirenz	SUSTIVA®

glossaire

► analogue nucléosidique

Composé synthétique similaire à l'un des nucléotides présents dans l'ADN ou l'ARN d'un virus ou d'un rétrovirus. On utilise généralement ce terme pour désigner les médicaments de la première famille historique des antirétroviraux, les inhibiteurs de la transcriptase inverse (AZT, ddC, ddl, d4T, 3TC à ce jour).

► ANRS

Agence Nationale de Recherche sur le Sida. Elle initie et coordonne les essais cliniques réalisés sur le sida, en France ou en collaboration avec d'autres pays. Ses fonds sont publics. Directeur : Pr. Michel Kazatchkine .

► antiprotéase

Antiviral utilisé dans le traitement du VIH, agissant sur le virus au niveau de sa protéase : INVIRASE®, CRIVIVAN®, NORVIR®, VIRACEPT®.

► antivirogramme

On utilise ce terme par analogie à l'antibiogramme, un test qui détermine la sensibilité ou la résistance d'une bactérie à des antibiotiques. L'antivirogramme établira le degré de sensibilité du VIH aux antirétroviraux disponibles.

► aveugle

Traitement en aveugle se dit, dans un essai, lorsque le patient ne sait pas quel produit lui est effectivement administré.

► B.P.C. (Bonnes Pratiques Cliniques)

Ensemble de dispositions qui garantissent la qualité dans la conduite d'un essai, le recueil des résultats, les droits et la sécurité des personnes participantes, ainsi que la confidentialité des informations.

► biodisponibilité

Efficacité biologique d'un produit (hormone, médicament, etc.) au niveau de son organe cible.

► biopsie

Prélèvement sur un patient ou un animal vivant d'un fragment d'organe, de tissu ou d'une tumeur pour un examen histologique (étude à l'échelle microscopique de l'aspect des cellules, de leurs propriétés chimiques et fonctionnelles). Peut se faire sous anesthésie locale.

► CCPPRB

Comité de Consultation pour la Protection des Personnes se prêtant à la Recherche Biomédicale. Comité émettant un avis chaque fois qu'un essai thérapeutique est mis en place, en vue de protéger les personnes participant à l'essai, soit sur le plan moral, soit sur le plan médical. Un tel comité existe pour des groupes d'hôpitaux et son refus entraîne un refus d'autorisation de l'essai.

► CD4

Protéine de surface caractéristique de certaines cellules comme les macrophages et surtout les lymphocytes T4. Le VIH utilise cette protéine pour pénétrer à l'intérieur de ceux-ci et les détruire. On emploie souvent le terme CD4 pour désigner les lymphocytes T4.

► CD8

Protéine de surface caractéristique des lymphocytes T8. On emploie souvent ce terme pour désigner les lymphocytes T8.

► charge virale

La charge virale plasmatique correspond au nombre de particules virales contenues dans un échantillon de sang. La charge virale, dans le cas du VIH, est de plus en plus utilisée comme marqueur afin de suivre la progression de la maladie et d'autre part mesurer l'efficacité des traitements. Elle s'évalue aujourd'hui à l'aide de deux techniques (PCR et bDNA) et s'exprime en nombre de copies ou en log.

► cohorte

Ensemble de sujets inclus en même temps et suivis dans une étude épidémiologique.

► compassionnel (accès)

Programme sous l'autorité de l'Agence du Médicament qui permet aux personnes atteintes de maladies graves d'accéder à des médicaments expérimentaux.

► compliance

Correspond à l'attitude générale d'un patient au cours d'un essai. Elle consiste entre autre à observer strictement les recommandations concernant les visites et la prise des médicaments.

► consentement éclairé

Nom donné à la procédure par laquelle une personne pèse les avantages et inconvénients de participer à un essai et au bout duquel elle accepte ou renonce librement.

► double aveugle

Les volontaires participant à un essai en double aveugle sont répartis au hasard dans différents groupes (l'un des groupes reçoit le médicament expérimental, un autre le placebo ou le même médicament expérimental mais à une autre dose, ou bien encore un traitement de référence). Ni le volontaire, ni le médecin qui le suit au cours de l'essai ne savent dans quel groupe le hasard l'a affecté.

► échappement

Il peut être soit virologique, soit biologique, clinique ou encore défini par la variation du nombre de CD4.

► escalade de dose

Dans ce type d'essai, quelques volontaires reçoivent une faible dose d'un produit expérimental. Si tout se passe bien, un autre groupe sera autorisé à tester une dose supérieure, et ainsi de suite jusqu'à la dose qui occasionne trop d'effets secondaires (dose maximale tolérée).

► essai clinique

Test d'un produit expérimental chez l'être humain. On parle aussi parfois d'étude clinique. Il peut être **comparatif** (un médicament expérimental est comparé à un médicament de référence ou à un autre produit expérimental), **contrôlé** (dans le cas où le médicament est comparé soit à un placebo, soit à un traitement de référence), **en ouvert** (dans ce cas, les participants et les médecins savent quel produit est donné).

► galénique

Se dit de la forme sous laquelle se présente un médicament (gélule, comprimé, sirop, suppositoire).

► génotypie

L'analyse génotypique détermine la structure des gènes du VIH liés à l'action du virus. Les différentes parties du gène sont numérotées. Si des changements, c'est-à-dire des mutations, interviennent à des endroits donnés, il s'agit d'une résistance génotypique. Mais la présence de mutations ne veut pas forcément dire perte de sensibilité ou résistance du VIH au médicament (voir phénotypie).

► in vitro/in vivo

In vitro : expression latine faisant référence à des expériences de laboratoire conduites sur des cellules ou des germes en culture dans un environnement artificiel.

In vivo : expression latine faisant référence à des études conduites sur des humains ou des animaux vivants dans un contexte naturel.

► INNTI

Inhibiteurs Non Nucléosidiques de la Transcriptase Inverse. Classe de médicaments agissant au niveau de la transcriptase inverse du VIH mais de manière différente des analogues nucléosidiques. Trois sont disponibles : la delavirdine, l'efavirenz et la névirapine.

► lymphocytes T

Les lymphocytes T4 sont les coordinateurs des différentes réactions immunitaires, ils sont la cible principale du VIH qui les détruit. Les lymphocytes T8 agissent en éliminant les cellules malades.

► MEC

Moniteur d'études cliniques.

► phénotypie

L'analyse phénotypique consiste à cultiver le virus en laboratoire, en lui donnant des cellules à infecter. On ajoute le médicament à tester dans la culture et on examine s'il inhibe la multiplication virale. Si le VIH n'est plus inhibé par ce médicament, c'est qu'il y est résistant : on parle alors de résistance phénotypique. Le plus souvent, celle-ci existe parce le VIH a développé une résistance ou une mutation génotypique (voir génotypie). Théoriquement, si le virus montre une résistance phénotypique à un médicament, alors celui-ci ne sera pas efficace pour traiter le patient mais ce n'est pas une vérité absolue.

► PCR

Polymérase Chain Reaction. Technique biologique de haute sensibilité qui permet de détecter dans le sang et dans les tissus des fragments d'ADN et d'ARN de virus (ex: VIH ou CMV) ou d'autres organismes vivants. C'est la technique, avec ses variantes, qui sert à mesurer la charge virale.

► placebo

Substance inerte, sans activité pharmacologique, ayant la même apparence que le produit auquel on souhaite le comparer.

► primo-infection

Désigne la période pendant laquelle un sujet est pour la première fois en contact avec un micro-organisme donné. Il correspond à la période d'invasion de l'organisme par le VIH, avant l'apparition des anticorps. Une primo-infection peut être symptomatique ou asymptomatique.

► protocole

Plan détaillé du déroulement d'un essai, de ses justifications scientifiques, de son calendrier, de la population choisie, etc.

► randomisation

Vient du terme anglais "random", qui signifie "hasard", l'équivalent de tirage au sort. Le but de la randomisation dans un essai est de créer deux groupes de sujets comparables pour que les différences observées entre ces groupes de patients soient bien attribuables aux traitements reçus.

► résistance

La résistance correspond à l'aptitude d'un micro-organisme ou d'un parasite à survivre et même à se reproduire en présence de médicaments qui normalement devraient les détruire ou les empêcher de se multiplier. La résistance croisée signifie que deux médicaments produisent le même type de résistances.

► synergie

Interaction de deux ou plusieurs agents dont l'effet conjoint est supérieur à l'effet de chacun. C'est parfois le cas de certains médicaments.

► toxicité

Décrit les effets secondaires liés à un produit et dont la gravité est appréciée selon des échelles décrites dans le protocole.

► transcriptase inverse

Enzyme virale nécessaire à la copie de l'ARN viral en ADN, étape essentielle dans le cycle de vie du virus. Cette enzyme est la cible principale des traitements antiviraux.

► versus

Signifie en latin contre, opposé à. Ce terme indique que, dans un essai, le produit est comparé, soit à un traitement de référence, soit à un placebo.

► *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

Tel : 01 48 29 44 76

Fax : 01 48 08 18 74

0815 actup (1 20 €/min)

Email : actup@actupp.org

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

stat. 394 695 569 00025 - APE : 912E

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 :

RENSEIGNER LE PRÉLÈVEMENT MENSUEL :
LA FORMULE EST SOUPLE ET AINSI
VOUS CONCRÉTISEZ VOTRE SOUTIEN
TOUT AU LONG DE L'ANNÉE

LES INFORMATIONS CONTENUES DANS LA PRÉSENTÉ ENQUÊTE NE SERONT UTILISÉES QUE POUR LES SEULES NÉCESSITÉS DE LA CESTION ET
POURRONT DONNER LIEU À UN EXERCICE DU DROIT INDIVIDUEL D'ACCÈS ET D'INFORMATION, DANS LES CONDITIONS PRÉVUES PAR LA
DÉLIBÉRATION N° 2004-203 DU 18 MARS DE LA COMMISSION INFORMATIQUE ET LIBERTÉS D'ADRESSE À ACT UP.

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT :

JA VOUS LÉGITIMEMENT TENU DE MON COMPTE À PRÉLÈVER SUR CE DÉBITER SI LA QUANTITÉ LE PERMET, TOUTES PRÉLÈVEMENTS
CROISSANT PAR LE 01 EN CEN-D-DESSOUS EN CAS DE LITIGES SUR UN PRÉLÈVEMENT, JE POURRAI EN FAIRE SUSPENDRE L'EXÉCUTION PAR
SIMPLE DEMANDE À L'ÉTABLISSEMENT TENU DE MON COMPTE. JE RÉSERVE LE DROIT DE RÉVOQUER CÉLÉMENTAIRE LE CRÉANCIER.

N° NATIONAL D'ÉMETTEUR

421 849

NOM, PRÉNOM 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 GUCHE

N° DE COMPTE

CLERB

DATE

Signature :

AUTORISATION DE LA POSTE :

PA / B / 07 / 96

PRÉRE DE RENVoyer CET IMPRIME À ACT UP, ENY JOIGNANT,
SWP, UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (RIB), POSTAL (RPP) OU DE
CAUSE D'ÉPARONE (RCE)