

Action.

La lettre mensuelle d'Act Up-Paris n°74, juin 2001

SAFE

Sommaire

Safe Sex Queen ... 2
Trans Lesbian & Gay Pride ... 4
Relapse : Welcome ... 5
Parlons-en ... 6
Sous la surface du fonds, le néant ... 10
Kenya ... 14
Appels ... 15
AMP : Victoire ! ... 16
T-20, good and bad news ... 17
Essais de phase IV ... 18
Co-infection ... 19
AG des drogues, feedback ... 24
Logement : les promesses de Delanoë ... 26
Les CAF vous souhaitent une bonne Saint Valentin ... 27
Prison : un an après les rapports ... 28
Prévention Inter-associative ... 29
Ton Teeshirt de Gay Pride ... 31
Appel à don ... 32
Gagnez à la grande tombola ... 34

Action.

La lettre mensuelle d'Act Up-Paris

Directrice de publication :
Emmanuelle Cosse.

Rédactrice en chef :
Gaëlle Krikorian.

Ont participé à ce numéro :

Nathalie Mangeot • Elise Bourgeois • Victoire Patouillard • Sophie Poinot • Jean Cazentre • Khalil Elouardighi • Germinal Pinalie • Alice Meier • Hugues Fischer • Aude Lalande • Didier Lestrade • Claire Vannier • Younès Mezziane • Sylvain Coudret • Marie de Cenival • Delphine Fabing • Véronique Collard • Gérald Sanchez • Serge Lastennet • Jérôme Martin • Chloé Forette • Guillaume Antoine • Guillaume Vergne • Elodie Lavoute • Nicolas Jalageas • Sylvain Rouzières • Xavier Héraud • Irène Meloni • Denis Germain • François Berdougo • Alain Bassaha • Christophe Prat • Catherine Kapusta • Marjolaine Dégremont • Olivier Jablonski • Arlindo Constantino • Rodrigue Ducourant • Aude Michou et en guest star Nicolas Maalouly.

Icono :

Julien Grataloup (Ours/Web), Marco Dell'Omodarme, PASTT.

Imprimerie : Autographe, 10, bis rue Bisson 75020 Paris. Commission paritaire en cours, ISSN 1158-2197, dépôt légal à parution. Ce journal est réalisé par les militants d'Act Up-Paris. Il ne peut être vendu. La reproduction des articles de ce numéro est autorisée à la condition de citer la source : Action, la lettre mensuelle d'Act Up-Paris.



Abonnez-vous, recevez

Action. La lettre mensuelle d'Act Up-Paris

1 an = 100 F, abonnement de soutien = 180 F.

Nom Prénom

Adresse

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

Relapse : welcome

On pourrait croire que nos ennemis changent. On aimerait le croire. Mais non, ça ne marche pas. Les années se suivent, et on se bat toujours contre les mêmes. Malheureusement.

Et pourtant, la lutte contre le sida est en train de prendre un sale tournant : la démobilisation n'a jamais été aussi forte, tant chez les militants que les pouvoirs publics ou simplement les personnes atteintes, à bout après 20 ans d'épidémie.

Les financements publics se maintiennent à peine, lorsqu'ils ne sont pas fléchés sur d'autres priorités ou rendus inaccessibles pour des raisons administratives. Est-il encore normal que les associations financées par les pouvoirs publics (Direction Générale de la Santé, DDASS, etc.), n'aient toujours pas reçu le moindre centime pour les frais engagés depuis janvier 2001 ? Au 1^{er} décembre 2000, des associations avaient manifesté contre le Trésorier Payeur Général de Paris afin qu'il accélère le paiement des subventions. Mais rien n'y a fait. Et le Trésorier Payeur est aujourd'hui responsable de la précarité de ces associations. Des séropos vont se retrouver à la rue, tout simplement parce que les structures qui les hébergent n'auront pas les moyens de payer les appartements ou les salaires nécessaires. Les associations de lutte contre le sida ont accepté d'organiser la prise en charge thérapeutique et sociale de personnes séropositives. Elles n'avaient pas le choix : l'Etat et les services déconcentrés étaient incapables de le faire ou s'y refusaient. Aujourd'hui, ces associations, sur lesquelles les pouvoirs publics se sont déchargés de leurs responsabilités, doivent avancer des salaires, l'achat de matériel de prévention et d'injection, la location de chambres d'hôtel, le paiement de repas et de cartes oranges. Tout cela, parce que, par exemple, le fonctionnement comptable des DDASS impose un délai de 8 mois dans les paiements. Nous n'avons pas à accepter cette situation. VLS a fermé ses portes il y a un an. Sol En Si est en train de licencier 32 de ces 69 salariés, et se bat contre des difficultés financières énormes. D'autres structures luttent simplement pour pouvoir continuer à travailler. Quant à nous, notre incertitude financière est quotidienne, et sans les dons de nos sym-

pathisants et amis, nous ne serions plus grand chose. Qu'attendent les pouvoirs publics ? Que les associations ferment les unes après les autres pendant que l'épidémie reprend ? On commémore actuellement les 20 ans de l'épidémie, au moment même où le milieu de la lutte contre le sida est en pleine déperdition. Et tout le monde s'en fout.

Ce qu'on voit dans le milieu homo est un peu similaire. C'est l'ère de l'après PaCS et la communauté gay et lesbienne a du mal à faire émerger de nouvelles revendications, qu'il s'agisse du mariage, de l'égalité des droits pour tous les couples ou du droit à l'adoption. Dans le même temps, la communauté oublie de plus en plus le VIH.

Pourtant, les combats contre le sida et pour les droits des homos se sont, ces 20 dernières années, constamment rejoints. Les pédés ont l'air de l'oublier. Ils n'ont plus envie qu'on les « fasse chier » avec notre sida. Ils ne veulent pas qu'on leur parle de notre quotidien, de notre vie. Les pédés doivent se remobiliser au sein de leur propre communauté. Il est urgent de se ressaisir. Se pavaner à la Gay Pride, c'est agréable, « ça ne mange pas de pain », mais ça ne suffit pas.

Bertrand Delanoë sera certainement dans le carré de tête cette année, comme d'habitude. Au moment où il exprimera sa fierté, des personnes séropositives, homos ou hétéros, actuellement SDF seront toujours en train d'attendre des logements. Il y a un mois, la Mairie de Paris nous promettait une action en urgence. Aujourd'hui, toujours aucune mesure n'a été prise.

Jack Lang sera sans doute également en tête de cortège. Pourtant, depuis qu'il est à nouveau ministre de l'Éducation Nationale, il n'a toujours rien entrepris pour assurer dans les collèges et les lycées une meilleure éducation à la sexualité, une meilleure prévention du VIH et des MST.

C'est dans ces moments là qu'on se demande à quoi sert la Gay Pride, mis à part servir un étalage de fric, de pub, de propos consensuels, bref tout le tralala d'une folle pride qui n'a rien à voir avec notre quotidien, nos désirs, nos droits et nos luttes ?

Cette année, la Lesbian and Gay Pride, association qui organise la Marche et qui s'est arrogée le droit à une propriété sur la fierté homosexuelle, a choisi comme mot d'ordre rassembleur « *Hétéros, homos : tous ensemble contre les discriminations* ». Ce mot d'ordre n'est ni mauvais, ni emballant. Il est désespérément consensuel et mou. A vouloir trop rassembler, la Lesbian and Gay Pride ne dit plus rien. Les thèmes concrets à porter ne manquent pourtant pas : droit des homos à l'adoption ou relapse, par exemple, qui sont les deux principaux sujets du moment.

Cette année la LGP n'a pas apprécié notre refus de signer une convention de partenariat pour notre participation à la Marche nous demandant de relayer son mot d'ordre (que nous n'avions pas choisi), de couper notre sono à certaines étapes du parcours avec « *obligation de diffuser sur la sono à intervalles donnés des messages fournis par la LGP* » ou encore de régler des frais de participation et une redevance SACEM. Nous avons refusé de nous plier à ces exigences.

Personne n'a à nous imposer un mot d'ordre, à museler la liberté d'expression des associations. Si dans un premier temps le Conseil de la LGP nous a assuré que ce n'était pas « grave » de ne pas signer cette convention, nous apprenons aujourd'hui que nous serons relégués (avec Sida Info service, punie pour le même motif), dans la seconde partie de la Marche, parmi les établissements commerciaux. Des considérations techniques (« *la taille monumentale de notre sono* ») le justifieraient. Ainsi les seuls chars associatifs importants de lutte contre le sida ne mériteraient-ils pas de faire partie du cortège associatif. On préfère nous cacher parmi les bars, les discothèques, les minitels et autres sites web de cul. On aimerait penser qu'il s'agit d'une incompréhension mutuelle. Mais on n'y arrive pas.

Alors, le 23 juin 2001, nous défilerons, fiers et fières, là où nous le souhaiterons, avec qui nous voulons, comme nous le souhaitons. **Nous sommes Safe, Sex, Queen.**

Emmanuelle Cosse.



Egalité
Dignité
Travail
Liberté
et Respect

POUR LES
TRANSGENRES

Pour nous les transgenres, le souvenir de la descente de police dans le bar de Stonewall (New-York) cette nuit de juin 1969 est plus que jamais vivant. Et tout d'abord parce que cette nuit-là, les transgenres furent les premières à se révolter contre la répression et les humiliations policières régulièrement exercées à l'encontre d'un mode de vie, de quartiers, de bars transgenres, gays et lesbiens.

Aujourd'hui, nous, les activistes du PASTT (Prévention, Action, Santé, Travail pour les Transgenres) avons à cœur de poursuivre, d'amplifier, de commémorer l'action entreprise cette nuit par nos consœurs américaines.

C'est donc avec fierté que nous manifesterons à Paris le 23 juin 2001 pour cette marche qu'il faudrait appeler dorénavant la Trans-Lesbian-Gay Pride.

Le P.A.S.T.T. est une association identitaire et communautaire créée, organisée, animée par des transgenres et dédiée à la communauté transgenre.



Relapse : Welcome

La communauté homosexuelle, notre communauté, est à un tournant de son histoire et de ses luttes. Elle a été la première à se mobiliser contre le sida, et la plus virulente aussi. Nous n'avons pas eu le choix : la démission des pouvoirs publics nous a laissés seuls face à l'épidémie, seuls à assumer la prévention, la prise en charge et la lutte contre le sida. Cette mobilisation est une des raisons d'être de la fierté homosexuelle, une des raisons de notre fierté.

Aujourd'hui, le sida menace à nouveau de ravager notre communauté. Les chiffres de l'enquête « Presse gay 2001 » de l'INVS, l'explosion de la syphilis et des gonococcies, le ralentissement de la diminution des nouveaux cas de sida l'ont prouvé : il y a un relâchement des comportements de prévention face au sida chez les gays. Bien sûr, on peut toujours dire que la situation est similaire ou pire chez les hétéros. Mais ce n'est pas ce constat qui va servir à grand chose pour inverser la tendance chez les pédés.

Qu'attendons-nous pour réagir ? Qu'une épidémie qui a déjà tué plus de 25 000 d'entre nous continue à nous décimer ? Aujourd'hui, nous savons tous que le sida continue de tuer. Nous devrions tous connaître les contraintes particulièrement

lourdes des traitements antirétroviraux, leur efficacité provisoire, leurs effets secondaires qui ruinent notre quotidien, celui de nos amis ou de nos amants.

Nous ne pouvons plus continuer à nier cette réalité. Il est temps de nous mobiliser à nouveau : pour exiger des campagnes de prévention ciblées dans les médias grand public et des messages qui s'adressent notamment aux séropositifs ; pour informer les plus jeunes d'entre nous, qui n'ont pas connu les années les plus noires du sida, sur les dangers toujours actuels du VIH.

Nous devons surtout nous remobiliser pour les personnes séropositives. La communauté oublie trop facilement qu'elle est aussi faite de personnes atteintes par le VIH. Elle doit être un soutien aux pédés séropos. Il nous faut reconstituer les lieux de rencontres, de discussions, d'autosupport, bref les espaces de paroles où les séropos pourraient s'exprimer et vivre.

Oui, nous devons tous nous mobiliser. Et être exemplaires dans nos pratiques sexuelles. Être safe, c'est-à-dire avoir une sexualité joyeuse, libre et responsable. Être safe, sex, queen.

SAFE





34



35

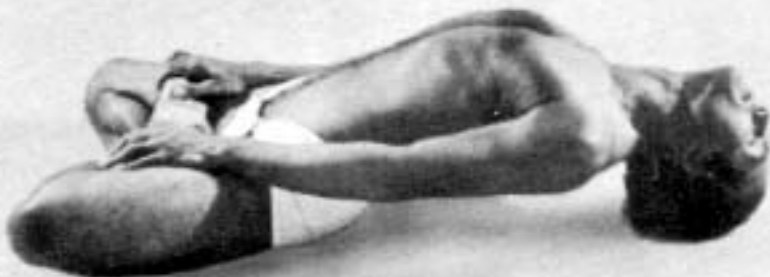


36

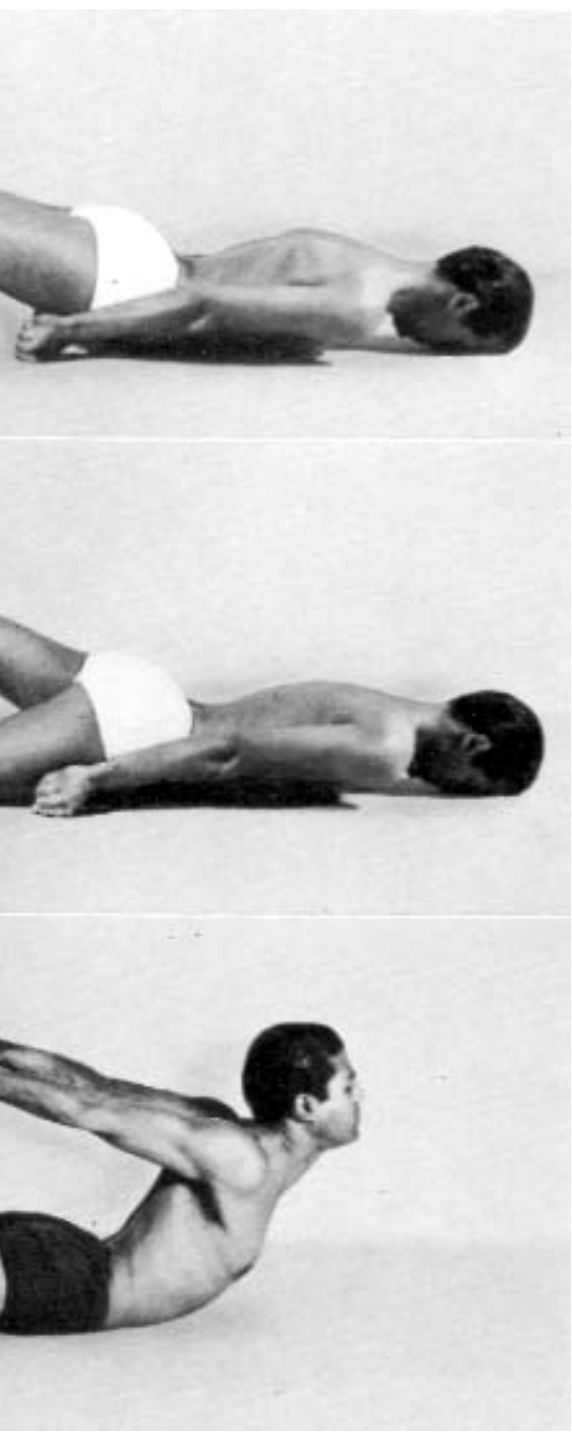
Il y a des dates qui restent à jamais gravées dans votre mémoire : celle de votre naissance, de votre premier baiser (en tout cas, moi je m'en rappelle), de votre rencontre avec votre mari, etc. Dans ma vie, beaucoup de dates sont importantes, quelques-unes pour des raisons joyeuses, d'autres pour des raisons plus tristes. Et puis, vraiment à part, il y a les dates liées au sida. Celle où vous apprenez qu'un ami est séropositif, celle où vous allez le voir à l'hôpital, celle où il va mieux, celle où un autre vous apprend qu'il est en échappement ; celle encore où vous apprenez que tel autre est décédé ; et celle, enfin, où vous décidez d'aller militer à Act Up-Paris. Vous voudriez que l'enchaînement des dates s'arrête, vous n'en pouvez plus de les vivre. Particulièrement quand des personnes vous annoncent aujourd'hui encore, en 2001, qu'elles sont séropositives.

Car je sais, pour l'avoir vécu de manière très proche, que la séroconversion est un moment dramatique et que la vie s'en trouve complètement changée. Certes, aujourd'hui, avec les traitements, les choses se passent mieux et l'espoir donne la force d'avancer. Mais il n'empêche, les traitements vous rappellent tous les jours que vous êtes séropo — quand ils ne vous provoquent pas en plus des effets secondaires difficiles à supporter. Les bilans tri-mensuels sont souvent une angoisse — qu'est-ce qui arrivera le jour où le traitement ne marchera plus aussi bien ? Vous perdez votre insouciance et reprochez à ceux qui en ont de l'avoir perdue. Bref, tout devient plus difficile. Aujourd'hui, donc, je ne fais qu'un vœu : que ces dates disparaissent de mon futur, mon passé en est bien trop plein.

Alice.



2



Je vivais avec un homme qui est mort du sida en 1994. Après presque 15 ans d'épidémie, j'avais à peine conscience de ce qu'il se passait, trop préoccupée à vivre cette histoire que nous savions courte, à assumer ma condition de femme contaminée par ce virus — la source de mes plus grandes souffrances et angoisses.

J'aurais pourtant dû avoir des soupçons. Quand un copain qui partait à un premier rendez-vous et à qui je disais « *Bonne chance. Tu n'as pas oublié tes capotes ?* » me répondait « *pas besoin, ce n'est pas une Marie couche toi là* ». Ou qu'un autre, toxicomane, apprenait sa séropositivité et du même coup celle de sa femme. Ou que mon meilleur ami contaminé lors d'une aventure « *extra conjugale* » faisait en toute insouciance courir un risque à la femme qu'il prétendait aimer. J'aurais pourtant dû avoir des soupçons, mais pour moi ça tombait sous le sens, ça faisait longtemps qu'ils ne baisaient plus sans capote.

Comment ai-je pu encaisser sans hurler, me contenter de me cacher, de pleurer sur mon sort de femme qui ne s'en sentait plus vraiment une ? Pourquoi ne suis-je pas aller tout de suite me battre aux côtés de ces homos que j'admirais pour leur courage de dire, de crier, de prendre leur maladie en main, de ne pas croire qu'une seule campagne de prévention pouvait enrayer cette épidémie ?

Je pense aux hommes que je rencontre aujourd'hui, ceux de ma génération. Notre « *jeunesse* » nous l'avons vécue sans la peur du sida, avec la pilule qui nous était tombée du ciel. Les rencontres, les amours pouvaient être simples. Le sida est arrivé, mais nous avons continué à faire comme s'il n'existait pas puisqu'il ne touchait que les homos et les toxicos, puisque ça se passait aux Etats-Unis.

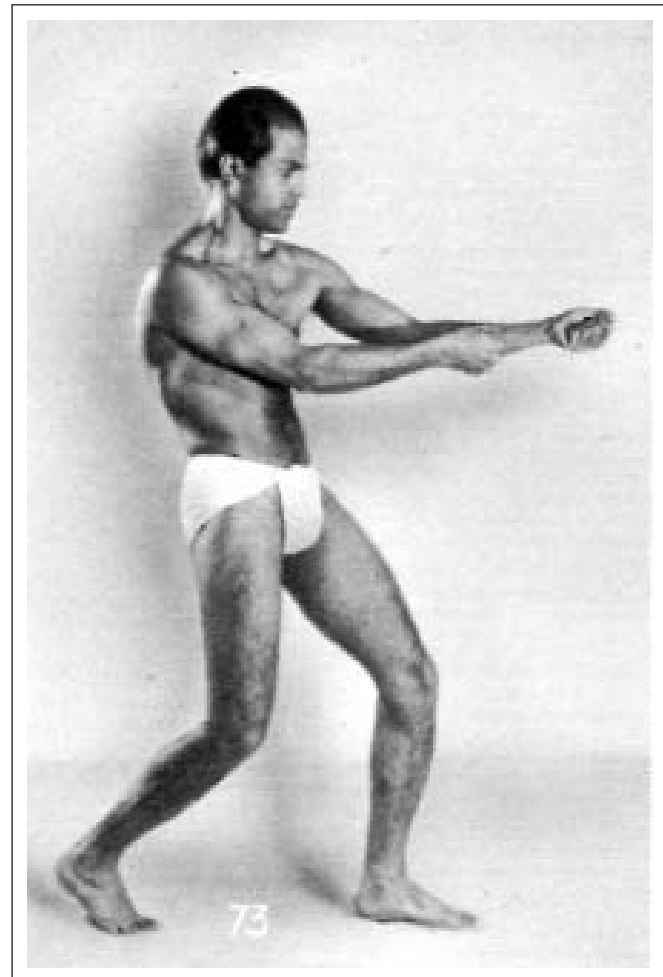
A chaque fois que je rencontre un homme, je dois le dire, systématiquement : je suis séropositive. On sort les préservatifs. C'est comme ça, il n'y a pas d'alternative. Certains répondent « *ce n'est pas grave, on mettra un préservatif* ». Et puis, c'est l'angoisse devant ce morceau de latex. Des hommes célibataires ou mariés ne savent pas comment utiliser un préservatif. D'autre fois, j'ai droit au fabuleux commentaire : « *ce n'est pas possible, je ne te crois pas* ». Ils refusent de voir, de penser à cette maladie. Ils l'occultent, c'est plus facile. Et puis l'image de la femme que je suis, bien ronde, sans problèmes, qui travaille normalement, n'est toujours pas en l'an 2000, celle de la femme séropositive. Mille excuses à tous ceux pour qui le sida n'est pas une abstraction et qui ont appris à faire l'amour en se protégeant, mais ils me semblent encore si rares...

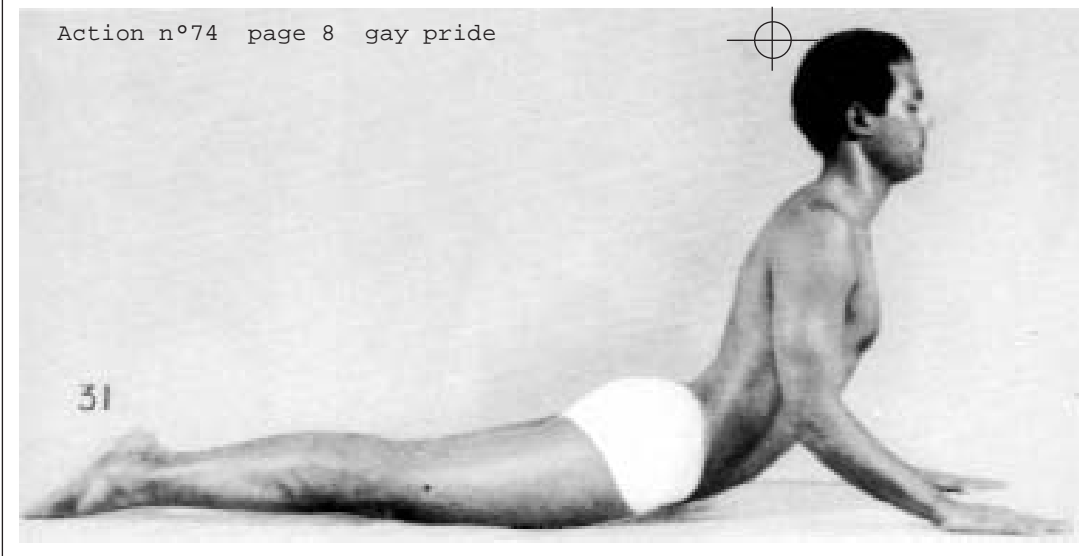
Je pense à tout ça. Je me dis peut être que certains sortiront enfin des préservatifs à leur prochaine rencontre, qu'ils auront enfin l'idée ou le courage d'aller se faire dépister. Je me dis tant pis si ça les fait souvent fuir le lendemain, si ça leur fait peur. C'est comme ça, le sida fait partie de ma vie et je n'ai pas le choix. Sauf celui de ne pas avoir honte et de parler. Parler aux hommes, mais également parler aux femmes, sans plus tarder.

Catherine K.

2001, c'est ma deuxième pride. A vrai dire, je déteste cet événement car j'ai peur de la foule. Mais défiler pour combattre le sida, je trouve ça obligatoire. Fier d'être PD, je le suis déjà 365 jours par an, mais nous n'avons qu'une journée pour parler des problèmes essentiels, et le sida est un problème incontournable. Je suis séroneg, j'ai 27 ans. On m'appelle Sylvain Pull Mauve parce que spontanément, j'ai tendance à vouloir voir la vie en rose. Et pourtant, depuis toujours, cette saleté m'empêche d'être complètement heureux. Le sida d'un autre nous éclabousse à chaque nouvelle contamination. Ça fait dix ans que j'ai une vie sexuelle et quoi ? Le monde a-t-il changé ? Les politiques ? Les PDs même ont-ils tiré les leçons du passé ? Tant de morts pourquoi ? Quand un de mes amis me dit qu'il est séropositif, c'est comme si je recevais une balle dans la tête qui se met à tourner comme une toupie dans ma cervelle à me rendre fou. Je n'accepte pas. Tout simplement parce qu'il suffit d'ouvrir les yeux pour voir autour de soi la réalité de la maladie. Ma vraie fierté aujourd'hui ce n'est pas d'être PD, mais de me battre contre un virus qui, lui, malheureusement est toujours bien vivant, 20 ans après.

Sylvain R.





C'était il y a à peu près vingt ans, au début des années 80, juste après la libération sexuelle et au commencement des années sida. J'avais entre 20 et 25 ans. C'était une époque sans idéologie, on ne croyait à presque rien. On sortait tous les soirs, tout le monde baisait avec tout le monde, on était assez perdu entre le sexe et la défonce, mais j'aimais cette indifférence générale.

Le sexe était quand même ma principale préoccupation et activité. Cette permissivité qui nous venait de nos aînés convenait très bien à mon humeur solitaire et peu encline à la vie sociale. Tout était permis, les conventions sociales dans lesquelles on m'avait élevée explosaient en mille morceaux et je baisais à tour de bras. J'ai commencé à choper toutes les MST possibles et imaginables, mais cela n'avait aucune importance. On me donnait des antibiotiques, ça passait et on recommençait. L'IVG, c'était pareil : mes soeurs s'étaient battues pour l'avoir dix ans auparavant, autant en profiter. Trois IVG au milieu de tout ce bordel cela n'avait aucune importance. J'avais le choix, j'avais le droit.

Mais en l'espace de quelques mois tout a basculé vers l'angoisse : l'hécatombe a commencé autour de moi. Quelques uns de mes amis ou de mes amants maigrissaient d'un coup, puis on ne les voyait plus et un jour on apprenait qu'ils étaient morts. On n'osait plus poser de questions, on était terrifié, nous regardant les uns, les autres, pour essayer de capter des signes de maladie, essayer de savoir sans savoir vraiment, sans rien savoir du tout mais avec toujours au fond de nous cette angoisse qui nous taraudait : est-ce que je suis séropo ? Puis je me suis aperçue que j'avais des petits ganglions en chaîne à certains endroits du corps : c'était sûr, j'étais plombée, j'avais chopé le sida. J'ai refusé de me faire dépister pendant plusieurs années, je ne voulais pas apprendre que j'étais condamnée à mort à 25 ans, je préférais vivre avec ce doute et cette angoisse mêlée d'espoir, entre fantasme et réalité, morte ou vive. Quand je me suis décidée à me faire dépister, plusieurs années après, le test s'est avéré positif. Cela m'a presque étonnée, j'avais cru un moment que je m'étais raconté une histoire.

Je ne pourrai jamais savoir quand exactement j'ai été contaminée. Et j'aurais aimé avoir eu un test séronégatif une fois dans ma vie qui m'aurait peut-être permis de le rester ou de savoir à quel moment j'ai été contaminée.

Marjolaine D.

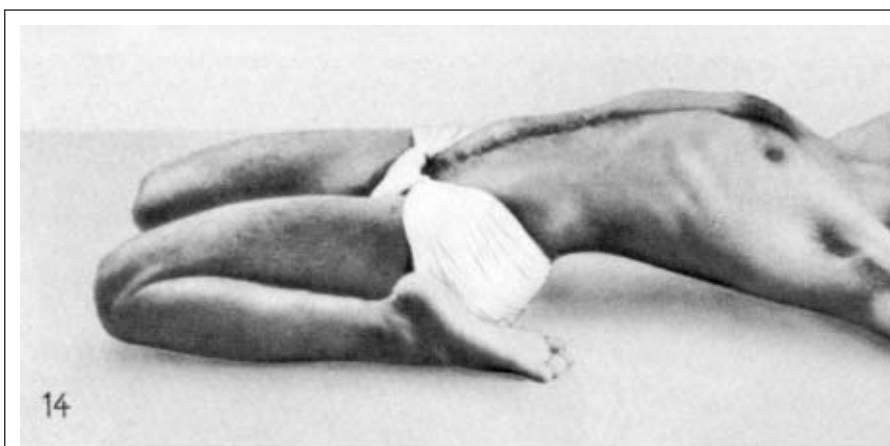
I know violence when it kicks.

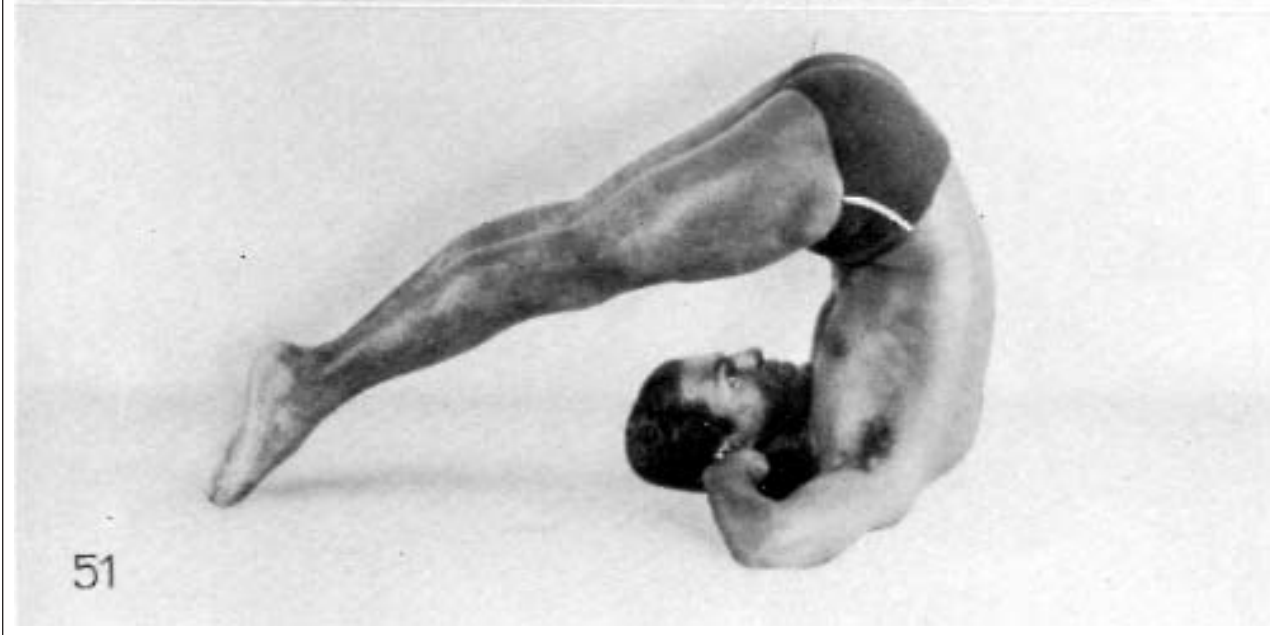
L'idée Dustan se répand. Elle est partout. Il y a un an, quand on a lancé le débat sur le relapse, on entendait « *ça n'existe pas, c'est un délire à Lestrade* ». Maintenant on a les chiffres, tout le monde sait qu'ils sont en dessous de la réalité et on fait comme si c'était normal.

Act Up, ça a toujours été le pouvoir de la prédiction. On disait « ça va aller mal ». Et c'est effectivement devenu l'enfer. Aujourd'hui, on n'a pas le courage de dire « *vous vous amusez mais vous savez que vous allez recevoir tout ça en boomerang ?* » parce que ça fait trop fable de La Fontaine. Yet. Read my lips : cette liberté sexuelle, en pleine épidémie, elle va coûter cher.

(...) Tout le monde est dans le déni. C'est enivrant de croire que le sexe non safe est à nouveau disponible. Mais pour pas longtemps. Bientôt, vous noterez de plus en plus de séroconversions autour de vous, de MST. (...) Et quand « *ils* » viendront voir Act Up pour dire qu'ils se sont trompés (ils se trompent toujours, vous savez, ce sont des girouettes), on ne leur fera même pas la gueule. Parce que dans deux ans, les gens ne se tourneront pas vers Dustan. Il n'ouvrira pas une association pour barebackers désenchantés. Il les laissera dans la merde car, après tout, il les a prévenus. Tout est dans ses livres.

Didier L.





Génération Steevy©

Ou, de la Gay-Pride comme marque déposée à la conscience politique de produit dérivé.

Fier d'être la plus belle sur le char / Fier d'agiter ton Rainbow Flag / Fier de faire de la gym, plutôt qu'un sport / Fier de tes U.V., oui, j'ai vu ! / Fier de tes grosses blagues misogynes avec tes potes de beuveries, et de confier tes problèmes existentiels à ta meilleure amie, au téléphone, au milieu de la nuit / Fier des sponsors qui ont permis la réalisation de ton carnaval insipide (n'oublie pas de les citer devant les caméras, merci !)/ Fier d'être un patron de bar gay, qui exploite des petits jeunes / Fier d'avoir viré ton employé, parce qu'il avait une maladie opportuniste / Fier de jouer la pauvre petite victime issue d'une communauté qui a trop souffert / Fier d'être lâche et muet devant une simple insulte homophobe / Fier de dire que Dustan, c'est génial, alors que tu n'as rien lu de lui / Fier de donner du grain à moudre aux tenants de l'ordre moral, les vrais, ceux qui veulent ta peau / Fier d'être une girouette journaliste prête à lécher la merde, en espérant quelque chose en retour / Fier d'être directeur de rédaction d'un magazine gay, et d'espérer nous faire croire qu'il y a une différence entre ligne politique et ligne éditoriale / Fier de vouloir construire un Mémorial pour les victimes du sida, alors que la pandémie reprend de plus belle (Au nom de tous les séropos, je vous somme de ne pas nous enterrer vivants) / Fier de ridiculiser les vieux pédés dans les bars (attends ton tour, petit con !) / Fier de fuir le mec que tu as dragué, parce qu'il t'a confié qu'il était séropo / Fier de baiser sans capote / Fier de laisser l'industrie pharmaceutique te faire payer très cher ce qui était jadis gratuit : ta Jeunesse, ta Beauté, ta Sexualité / Fier d'être précaire, sans domicile fixe, et seul / Fier de croire naïvement que les associations ont encore la force aujourd'hui de menacer les labos pour des nouvelles molécules, pour ta petite gueule, et cela, sans que tu donnes un coup de main / Fier des 10 000 séropos en impasse thérapeutique grave / Fier de Roche© qui leur refuse le T20 en compassionnel / Fier d'oublier tes copains hospitalisés / Fier de voir que Kouchner les laissera crever parce que, depuis le Kosovo, il s'estime affranchi de la détresse humaine. Fier de ne pas lui rappeler ce que « *Priorité d'ordre Public* » signifie / Fier d'être passé à la télé ? / Fier de ne pas voir que tu danses aussi connement que certaines dindes des années 80 : droit vers le charnier, en criant « *Mieux vaut mourir du sida que d'ennui !* ».

Aujourd'hui, je ris (jaune) de vous voir si fiers en ce miroir déformant qu'est la GayPride©.



Fonds, piège à cons

Alors que la pression internationale qui s'exerçait sur les laboratoires pharmaceutiques se déplacent vers les bailleurs internationaux, Kofi Annan a lancé en avril dernier l'idée d'un Fonds mondial destiné entre autre à la lutte contre le sida. Ce Fonds qui devrait être opérationnel d'ici fin 2001 serait également destiné à lutter contre la tuberculose et le paludisme.

Pour les malades des pays pauvres, les ONG et les activistes, l'annonce d'un Fonds devant collecter de 7 à 10 milliards de dollars par an aurait pu marquer un tournant décisif dans la lutte contre l'épidémie, permettre enfin un changement d'échelle en matière de financements et un engagement réel sur la prise en charge des malades et l'accès aux médicaments.

Pour les gouvernements et les bailleurs, cette annonce comble le vide béant laissé par l'absence de tout engagement réel face à la crise internationale que représente l'épidémie depuis plus de 20 ans.

Si, les déclarations du Secrétaire Général des Nations Unies ont dans un premier temps suscité l'enthousiasme de tous, à y mieux regarder aujourd'hui, les opinions se font plus critiques. En effet, si Kofi Annan souhaite avec l'annonce de ce fonds prendre une option sur le leadership de la lutte contre le sida dans

le monde, il n'a, pourant, pas la moindre garantie des bailleurs quant aux perspectives de financements, ni la moindre idée sur la structure et les attributions concrètes de ce fonds.

S'il y a peu de chance que ce fonds « global » soit l'occasion de changements déterminants pour les millions de personnes atteintes par le sida, en revanche, il semble de plus en plus clair que pour un certain nombre de bailleurs internationaux, et notamment de pays du Nord, il représente une aubaine inespérée : la possibilité à moindre frais (l'argent est loin d'être débloqué, les financements ont toutes les chances de ne pas être supplémentaires) de donner l'illusion qu'ils prennent enfin leur responsabilité et agissent.

Oubliés la question de l'accès aux médicaments génériques et aux copies dans les pays pauvres, tout autant que le débat sur les accords ADPIC (TRIPS) de l'OMC et les conséquences dramatiques de leur application dans les années à venir.

Les bailleurs internationaux espèrent-ils acheter le silence des séropos et le maintien de la propriété intellectuelle en annonçant quelques centaines de millions destinés à un nébuleux « Fonds global » ?

Un fonds d'ores et déjà condamné

Première puissance économique mondiale, les Etats-Unis annoncent en mai une contribution de 200 millions de dollars¹, soit 2% du montant prévu par Kofi Annan. Ainsi, le fonds est immédiatement privé de sa principale qualité : être un financement d'une ampleur inédite à l'échelle mondiale.

Les récentes déclarations de Lionel Jospin et de Bernard Kouchner confirment cette tendance : en proposant 150 millions d'Euros par an, sur trois ans, la quatrième puissance mondiale joue le jeu des américains et prouve que les Etats du Nord n'ont, pas plus qu'hier, décidé d'engager les moyens financiers nécessaires pour faire face à l'épidémie de sida. Il semble inéluctable que l'ensemble des pays donateurs s'aligneront sur le même ordre de grandeur : le Fonds est donc d'ores et déjà condamné.

Du point de vue de ses affectations, les perspectives ne sont guère plus encourageantes. D'une part, il est difficile d'imaginer qu'un fonds ciblant à la fois le sida, la malaria et la tuberculose puisse ré-

pondre rapidement et efficacement à des attentes précises et ne serve pas, avant tout, une dilution des objectifs. Plus le champ d'action de ce fonds sera large, plus les projets qu'il financera seront noyés dans la multitude des enjeux, et plus sa transparence relèvera d'une gageure.

D'autre part, il est à craindre, si les gouvernements sont laissés libres de flécher leurs financements, que ceux-ci soient orientés préférentiellement vers la malaria ou la tuberculose au détriment du sida, vers la prévention au détriment des traitements. Pas plus aujourd'hui qu'hier, la plupart des Etats du Nord ne considère l'articulation entre prévention et traitements comme une nécessité, ni la prise en charge médicale des personnes atteintes dans les pays en développement comme une urgence. Les récentes déclarations des gouvernement américain*, anglais ou de responsables de l'Union européenne en attestent.

Dans le cas contraire, si l'utilisation du fonds devait émaner d'un consensus entre donateurs, il semble

***Les africains ne savent pas ce que signifie le temps au sens occidental. Il faut prendre ces médicaments à certaines heures du jour, ou ils n'ont pas d'effet. De nombreuses personnes en Afrique n'ont jamais vu une pendule ou une montre de toute leur vie. Si vous leur dites une heure de l'après-midi, ils ne comprennent pas de quoi vous parlez. Ils comprennent le matin, le midi, le soir et ils comprennent l'obscurité de la nuit. Natsios, directeur de l'USAID (Agence américaine pour le Développement International), juin 2001.**

difficile de croire qu'une position commune adaptée aux besoins des Etats du Sud puisse émerger des débats entre Etats du Nord et organismes internationaux. Leurs réticences à financer l'accès aux traitements à grande échelle dans les pays en développement ou à soutenir la production et l'importation de médicaments copiés ou génériques, restent par exemple très fortes.

L'un des prétextes à la création de ce fonds serait de permettre la coordination de l'action des bailleurs. L'OMS et l'ONUSIDA ont elles-mêmes pour mandat l'harmonisation et la coordination des politiques internationales en matière de santé et de sida ; aucune de ces deux agences ne parvient pourtant à l'honorer et à imposer aux Etats membres une action concertée et adaptée et aux





besoins des populations. Difficile alors de croire que la création d'une n-ième entité internationale, dont la mission reste délibérément floue, permettra d'atteindre cet objectif.

Quant aux délais d'opérationnalité de ce fonds, tout porte à croire que plusieurs années seront nécessaires et que la *dead-line* initiale de fin 2001 est absolument illusoire — la glorieuse expérience du Fonds de Solidarité Thérapeutique International lancé par Chirac et Kouchner il y a quelques années est encore présente à nos mémoires. Combien de millions de malades mourront tandis que les responsables politiques et les bailleurs internationaux s'interrogeront sur les objectifs, la gestion ou le fonctionnement de ce fonds ? Chacun des acteurs attendra-t-il l'ensemble de ses « partenaires » pour agir ? Les bailleurs souhaitent gagner du temps, les malades n'en n'ont pourtant pas à perdre.

Critiquer ou refuser ce fonds international ne signifie pas pour autant renoncer à obtenir les milliards de dollars nécessaires. La mise en place d'un fonds global ne doit pas être la condition *sine qua non* à un accroissement massif des financements.

En revanche, si les pays riches n'ont pas besoin du Fonds mondial pour décupler leurs efforts en matière de lutte contre le sida, ils risquent de saisir cette occasion pour poursuivre leur désengagement massif en matière d'aide au développement couvert par la mise en place d'initiatives internationales de ce type, peu opérationnelles mais médiatiques.

Ce que cache le fonds

En effet, depuis 1991, les pays riches réduisent drastiquement leur aide publique au développement (APD) qui comprend notamment les financements destinés à la lutte contre le sida. D'une façon générale, rares sont les pays qui lui consacrent des sommes supérieures ou égales au seuil minimal de 0,7% de leur PNB, objectif sur lequel s'était engagée la communauté internationale. En France, le montant de l'APD n'a cessé de diminuer depuis 1995 et représente aujourd'hui 0,31% du PNB. Quant aux Etats-Unis, ils occupent le dernier rang des donateurs de l'OCDE (Organisation pour le Commerce et le Développement Economique) avec 0,1% de leur PNB.

Dans ce contexte, ce nouveau projet-gadget de Fonds mondial contre les maladies transmissibles est difficilement crédible. Une véritable prise de conscience de la gravité que représente l'épidémie de sida imposerait : un décuplement immédiat de l'aide bilatérale aux programmes de prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH/sida dans les pays du Sud, la mise en œuvre dans les plus brefs délais du plan d'action de l'Union européenne pour la lutte contre le sida, la tuberculose et la ma-

laria (plan qui n'est toujours pas à l'heure actuelle budgétisé), ainsi qu'un soutien financier et technique massif aux politiques pharmaceutiques ciblant notamment les génériques.

Pourtant, il est à craindre que les interminables discussions autour de la création du Fonds mondial, lors de la Session Spéciale des Nations Unies sur le sida à New York du 25 au 27 juin ou à l'occasion du G7-8 à Gênes en juillet, soit un moyen de passer sous silence le véritable débat que pose l'accès à la santé et aux médicaments pour tous, et que la propriété intellectuelle à travers les accords ADPIC interdit aux pays du Sud.

Chacun s'accorde à reconnaître que le monopole de quelques industriels sur le « marché du sida » leur permet d'imposer sur les multithérapies des prix exorbitants, de dégager des profits sans commune mesure avec les investissements qu'ils ont pu faire — l'industrie pharmaceutique est actuellement le secteur le plus rentable au monde. Aujourd'hui les pays du Sud ont la capacité de fabriquer des copies d'antirétroviraux à des prix largement inférieurs à ceux pratiqués par les grands laboratoires. Seule la mise en compétition des différents producteurs pourra permettre une baisse drastique et durable des produits pharmaceutiques et garantir la prise en charge médicale des malades qui en ont besoin — cette dynamique de concurrence a d'ores et déjà contraint les laboratoires occidentaux à aligner leur prix sur ceux des producteurs de génériques pour un certain nombre de molécules.

Cependant, la pression politique qui demeure autour des questions de propriété intellectuelle (en témoigne le procès devant l'OMC récemment intenté par les Etats-Unis au Brésil) bloque les initiatives des pays pauvres qui souhaiteraient produire ou importer des copies de médicaments. Ainsi, les brèches prévues par les accords internationaux sur la propriété intellectuelle — licences obligatoires ou importations parallèles — comme autant de garde-fous au monopole des grands laboratoires, restent inexploitablement en l'état des rapports de force. L'intimidation est la règle, et les exemples de tentatives avortées abondent.

C'est de cette réalité que nous détournons aujourd'hui la médiatisation autour du Fonds mondial.

Les récents événements lors de l'Assemblée Mondiale de la Santé à Genève (du 15 au 22 mai) en sont l'illustration : tandis que Kofi Annan venait répéter l'annonce de la création du Fonds devant un parterre de ministres de la santé enthousiastes, en coulisses, américains et européens s'entendaient pour contraindre le Brésil ou l'Afrique du Sud à renoncer aux résolutions concrètes en faveur de l'accès aux génériques ou au renforcement des systèmes sanitaires dans les pays en développement qu'ils proposaient.

A l'heure actuelle, l'une des priorités de la lutte contre le sida est la création d'un appel d'offre international ouvert aux fabricants de génériques et de copies permettant l'achat des traitements au plus bas prix par la réalisation d'économies d'échelles et la mise en concurrence des producteurs. Le financement d'une telle opération ne nécessite pas la création d'un Fonds « *global et omnipotent* », mais d'un simple programme au sein d'un organisme existant².

Au delà de cette mesure et puisque les accords de l'OMC se montrent incapables de permettre la défense des intérêts de santé, la lutte contre le sida impose l'abolition de la propriété intellectuelle partout où elle tue.

1. Les Etats-Unis ont par ailleurs cette année une dette de 100 millions de dollars envers l'OMS.

2. L'UNICEF a une expérience d'achats en gros et de distribution à l'échelle mondiale de produits pharmaceutiques et serait à même de réaliser cet appel d'offre.





Pour consulter les dernières mises à jour de prix des médicaments antirétroviraux sous forme générique disponibles :

<http://www.genericsnow.org/tableaux3.html>

Communiqué de presse

Coalition kényane pour l'accès aux médicaments essentiels

Nairobi, le 27 mai 2001. La Coalition Kenyane pour l'Accès aux Médicaments Essentiels en a appelé aujourd'hui au Secrétaire d'Etat américain Colin Powell pour qu'il agisse concrètement en vue d'assurer l'accessibilité des médicaments pour les personnes vivant avec le VIH/sida. La Coalition rappelle qu'en dépit de l'existence de traitements efficaces, des millions de personnes continueront à mourir en Afrique si les Etats-Unis et les autres pays riches ne font pas preuve d'une réelle volonté politique en engageant des ressources financières sans précédent pour le traitement du sida. Cet appel a été lancé à M. Powell lors de sa visite auprès des malades du bidonville de Kibera près de Nairobi.

« Chaque kényan a un ami ou un parent infecté ou en train de mourir du sida. Alors qu'il existe un traitement, mon mari et mon bébé sont morts du sida parce que les antirétroviraux sont vendus trop chers » explique Patricia Asero, qui travaille pour MSF à la mobilisation contre le sida dans le bidonville de Kibera, au Secrétaire d'Etat lors de sa rencontre avec les malades. « Nous vous demandons de nous montrer que le gouvernement américain soutien l'accès aux traitements contre le VIH pour les africains, en augmentant les financements à la lutte contre cette épidémie mondiale, et en soutenant toutes les mesures légales, telle la compétition générique, pouvant assurer l'accessibilité aux médicaments vitaux, y compris les antirétroviraux, dans les pays en développement », déclare-t-elle au nom de la Coalition Kényane.

La Coalition Kényane pour l'accès aux médicaments essentiels a exprimé son soutien à la visite du Secrétaire Général au Kenya et à ses récentes déclarations sur le sida comme priorité de la politique extérieure Américaine.

Néanmoins, la Coalition Kényane déplore, aux côtés des activistes de nombreux pays, le montant de 200 millions de dollars qu'ont annoncé les Etats-Unis en réponse à l'appel du Secrétaire Général Kofi Annan pour la création d'un Fonds mondial Sida et Santé qui doit permettre de

combattre le sida, le paludisme et la tuberculose. En effet, cette contribution ne représente que 2% des 10 milliards de dollars nécessaires annuellement selon les experts afin de contrôler l'épidémie.

La Coalition Kényane exhorte le gouvernement américain à soutenir activement toutes les mesures légales, y compris la concurrence avec les génériques, afin d'assurer l'accessibilité à long terme des médicaments contre le sida et des autres pathologies et de garantir durablement une solution de tarification équitable des médicaments dans les pays en développement. Cet appel intervient une semaine avant que le Parlement Kenyan n'examine la nouvelle proposition de loi sur la propriété industrielle. La Coalition Kenyane demande que cette loi, qui mettra le Kenya en conformité avec les accords de l'OMC, et notamment les accords traitant de la propriété intellectuelle (TRIPS), intègre les clauses de sauvegarde internationalement reconnues telles que les licences obligatoires et l'importation parallèle ; ce de façon à ce que les kényans puissent obtenir les médicaments les moins chers du marché mondial.

Au Kenya, on estime que 2.3 millions d'adultes vivent avec le VIH, et que la mortalité liée au sida atteint 700 décès par jour. Si en Europe la mortalité a pu être réduite de 80% depuis l'arrivée des multithérapies, en Afrique l'épidémie reste un fléau mortel. L'une des raisons majeures pour expliquer la mort d'un nombre si conséquent de personnes est actuellement le prix des antirétroviraux et des autres médicaments vitaux qui restent inabordables. Bien que les fabricants de génériques vendent des trithérapies dans certains pays africains (le Cameroun, le Nigéria) pour 350 Dollars US par patient et par an, au Kenya le prix le plus bas que des hôpitaux ont pu négocier est de 1,330-1,620 Dollars US par patient par an. Toutefois l'énorme majorité des personnes traitées doivent payer bien davantage si bien qu'en définitivement moins de 2000 personnes sont sous traitement dans le pays.

La Coalition Kényane pour l'accès aux médicaments essentiels comprend :

Action Aid, The Association of People living with AIDS in Kenya (TAPWAK); Health Action International (HAI Africa); Network for people living with HIV/AIDS (NEPHAK); Women Fighting AIDS in Kenya (WOFAK); Society for Woman and AIDS in Kenya (SWAK); Nyumbani; International Federation of Women Lawyers Kenya (FIDA); CARE International; Midecins Sans Frontières (MSF)/ Doctors Without Borders; DACASA; Pharmaciens Sans Frontières (PSF); Kenya Medical Association (KMA); Consumer Information Network; Campaigners for AIDS Free Society.

Femmes

Nous avons créé un groupe d'échange libre, de discussion, s'adressant exclusivement aux femmes séropositives, qui nous permet d'être entre nous et de nous informer mutuellement sur les problèmes que nous rencontrons : rapport à l'autre, rapport au corps, visibilité, prise de traitements, suivi médical, etc.

Un livre rassemblant différents témoignages est en préparation afin de porter à l'extérieur la parole des femmes séropositives.

Si vous voulez participer à ce groupe et/ou à ce projet de livre venez nombreuses.

Nos réunions ont lieu les 1^{er} et 3^{ème} mercredi de chaque mois, à 18h30 au local d'Act Up-Paris, 45 Sedaine, au fond de la cour, 2^{ème} étage, Paris 11^{ème}, métro Bastille ou Voltaire.

Produits de comblement

Nous cherchons actuellement à recueillir un maximum d'informations sur les produits de comblement.

Si vous avez bénéficié de ce type de produit, votre témoignage nous intéresse. Vous pouvez répondre aux questions suivantes par écrit et nous communiquer votre expérience par courrier à Act Up-Paris, Commission Traitements et Recherche, 45, rue Sedaine, 75011 Paris, par mail à acttrait@actupp.org ou par téléphone, le mercredi après-midi entre 14 et 18 heures au 01 43 29 44 75 (demandez Younès).



- Quel produit avez-vous utilisé ?
- Est-ce que vous estimez avoir eu suffisamment d'information sur le produit en question ?
- Combien de séances ont été nécessaires ?
- Quelle quantité de produit a été utilisée (par séance/ au total)
- Combien avez-vous dépensé pour ce traitement ?
- Avez-vous subi une anesthésie locale lors des injections ?
- Avez-vous eu des effets secondaires après injection ?
- Etes-vous satisfait de ce traitement ?
- Quand avez-vous eu recours à cette technique de comblement ?
- Quelle région habitez-vous ?
- Avez-vous eu du mal à trouver un médecin pour vous faire ces injections ?

Merci d'avance !



L'assistance médicale à la procréation pour les couples sérodifférents enfin possible

VICTOIRE ! Après des mois de pression et de découragement, voici venu le temps de la victoire : l'arrêté permettant aux couples sérodifférents d'accéder à l'assistance médicale à la procréation (AMP) a été signé le 10 mai 2001 et publié dans le Journal officiel du 15 mai. Cela faisait des mois que l'on attendait cette signature.

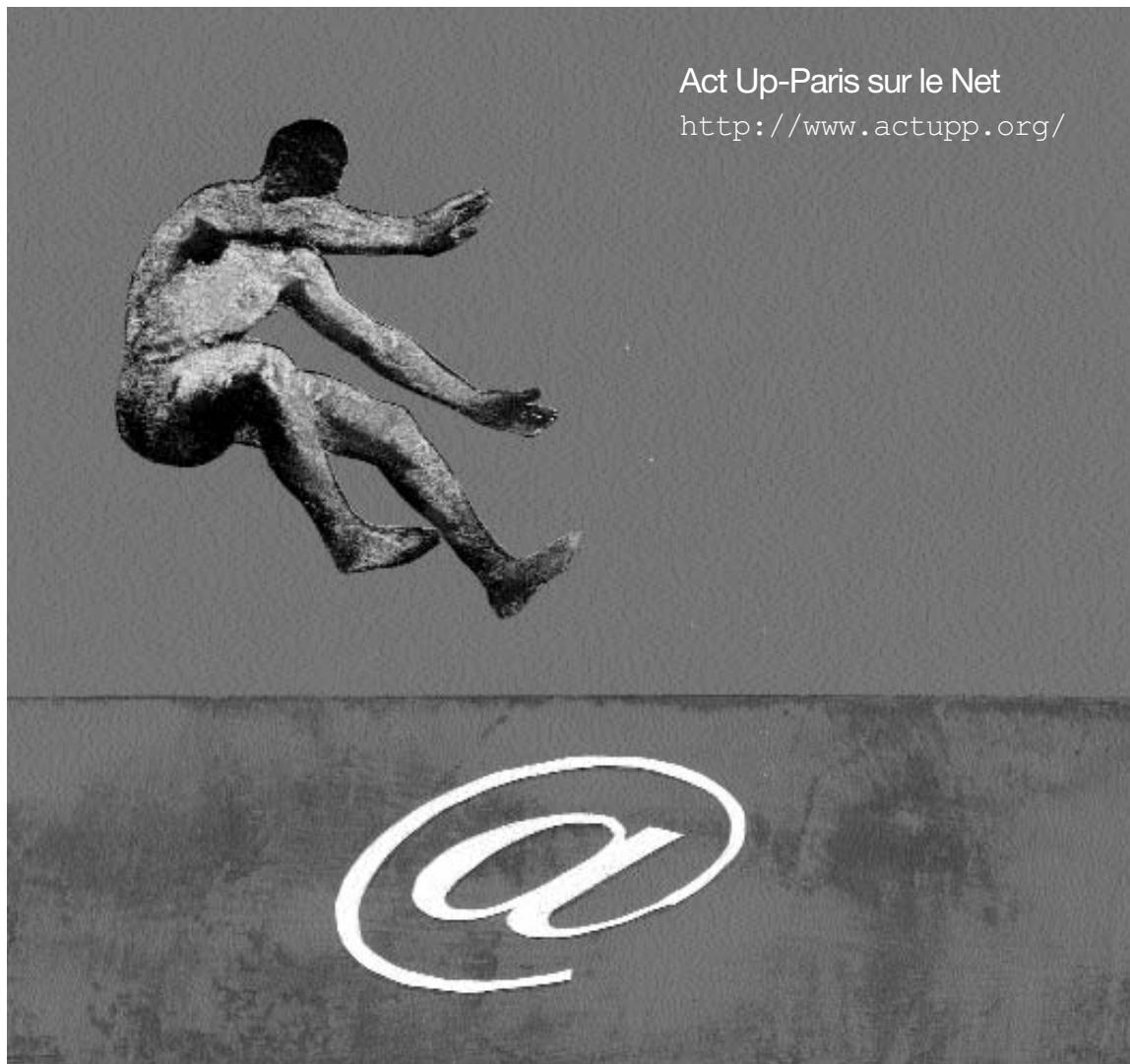
Tous les couples pourront donc avoir accès à l'AMP à condition qu'ils remplissent les critères légaux établis par l'arrêté (le texte complet de cet arrêté est paru dans le Journal officiel du 15 mai 2001 et sur www.legifrance.gouv.fr/html/frame_jo.html, mot clé "assistance médicale à la procréation").

Pour les couples où seul l'homme est séropositif, ces critères concernent essentiellement le bilan virologique et biologique : le virus doit être maîtrisé. Une surveillance sera effectuée quant à d'éventuelles autres infections de l'homme ou de la femme constituant un facteur de risque. Cependant, et c'est aussi une bonne nouvelle, la coinfection VIH/VHC ou VIH/VHB de l'homme ou la séropositivité au VHC ou au VHB pour la femme n'est pas un critère d'exclusion. Ces couples peuvent parfaitement avoir accès à l'AMP.

Pour les couples où la femme est séropositive, les critères sont *grosso modo* identiques à ceux établis pour l'homme séropositif (stabilité de l'infection, absence de pathologie évolutive, etc.) à la différence près qu'une attention toute particulière sera accordée au risque de contamination de l'enfant à naître et aux effets possibles du traitement antirétroviral pendant la grossesse.

Pour les couples dont les deux partenaires sont séropositifs, leur prise en charge est moins certaine. Même si l'arrêté ne semble pas exclure ces couples, la façon dont ils seront pris en charge ne ressort pas clairement du texte. On peut penser qu'il y aura alors un cumul des différentes conditions et que les équipes procéderont également à un lavage du sperme afin d'éviter les risques de surcontamination de la femme.

Maintenant que le cadre réglementaire existe, reste à ce que les centres mettent en place une structure d'accueil et de soins pour ces couples qui n'ont que trop longtemps attendu. Espérons qu'ils auront rapidement les financements nécessaires pour ce faire...



Act Up-Paris sur le Net

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

T-20

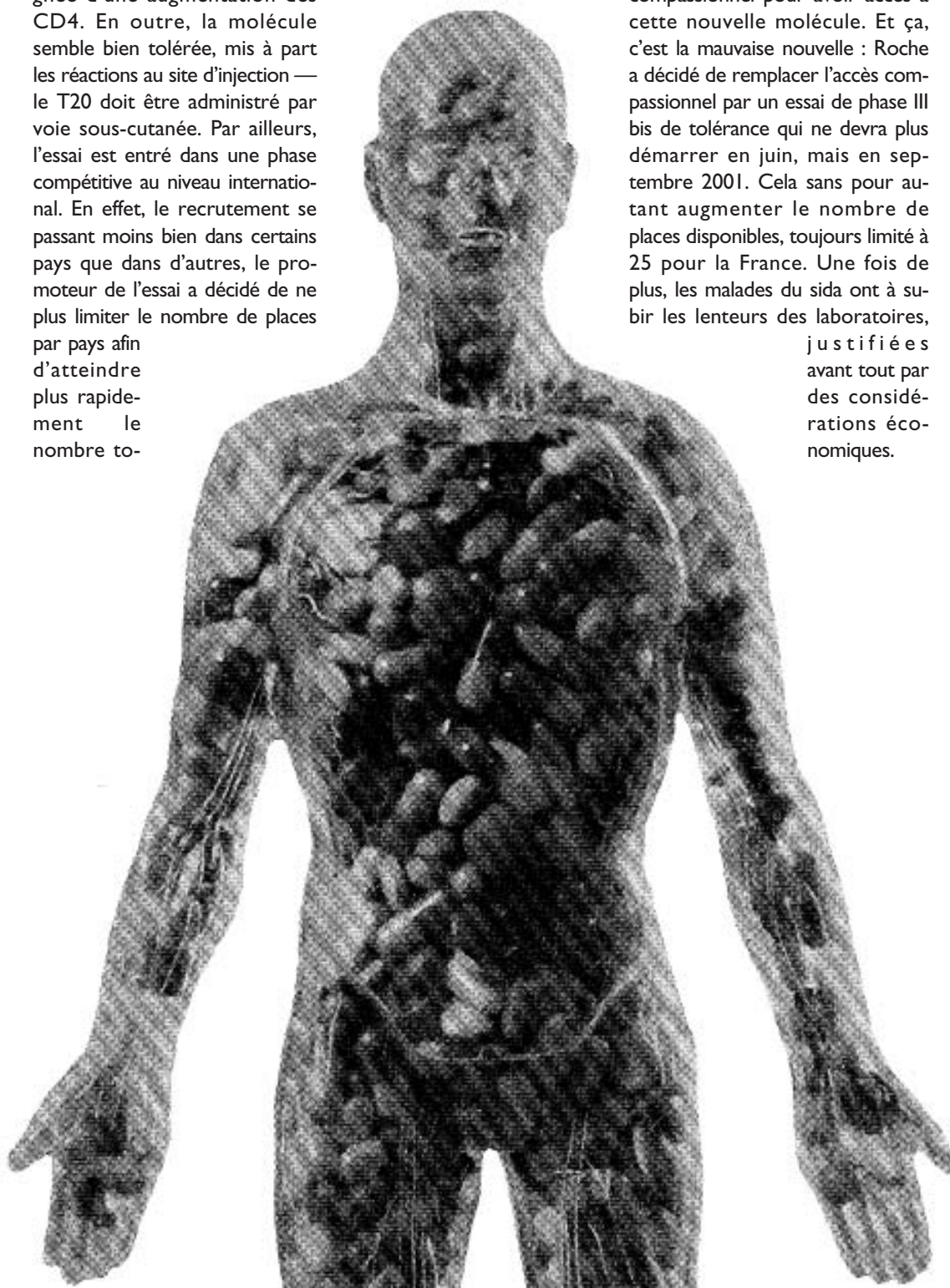
De bonnes et de mauvaises nouvelles

Le T20, molécule produite par Roche, fait partie d'une nouvelle famille d'antirétroviraux, les inhibiteurs de fusion. A ce titre, il représente une réelle perspective pour les malades en échappement thérapeutique. Les résultats de l'essai de phase II et les premiers résultats de l'essai de phase III qui a démarré au mois de février 2001 confirment d'ailleurs cet espoir. Ils indiquent en effet une baisse assez rapide de la charge virale, accompagnée d'une augmentation des CD4. En outre, la molécule semble bien tolérée, mis à part les réactions au site d'injection — le T20 doit être administré par voie sous-cutanée. Par ailleurs, l'essai est entré dans une phase compétitive au niveau international. En effet, le recrutement se passant moins bien dans certains pays que dans d'autres, le promoteur de l'essai a décidé de ne plus limiter le nombre de places par pays afin d'atteindre plus rapidement le nombre to-

tal d'inclusions voulues. Le recrutement global ne s'arrêtera que lorsque ce nombre sera atteint. Or, et c'est une autre bonne nouvelle, les centres français recrutent bien et vite. Ils pourront donc dépasser le nombre de 72 malades initialement prévu pour la France, et on peut ainsi espérer qu'environ 90 patients recevront le T-20 dans le cadre de cet essai. Cela sera déjà ça de pris...

Surtout qu'il ne faudra pas trop compter sur le compassionnel pour avoir accès à cette nouvelle molécule. Et ça, c'est la mauvaise nouvelle : Roche a décidé de remplacer l'accès compassionnel par un essai de phase III bis de tolérance qui ne devra plus démarrer en juin, mais en septembre 2001. Cela sans pour autant augmenter le nombre de places disponibles, toujours limité à 25 pour la France. Une fois de plus, les malades du sida ont à subir les lenteurs des laboratoires,

justifiées avant tout par des considérations économiques.





Act Up-Paris exige la mise en place d'essais de phase IV

La journée sur la pharmacovigilance organisée par le TRT-5, le 16 mars dernier, a confirmé ce que nous savons depuis plusieurs années : l'absence d'essais de Phase IV est préjudiciable aux malades du sida. Les antirétroviraux sont des molécules qui, dans leurs prescriptions actuelles, sont à prendre à vie. L'évaluation de la sécurité et de la tolérance de ces molécules dans les essais de phase II et III est déficiente et les données actuellement disponibles sur le sujet sont insuffisantes, compte tenu de la courte durée de ces essais (48 semaines en général).

Le système de pharmacovigilance de l'industrie fonctionne comme un système d'alerte et non un système prospectif. L'industriel reste passif et attend du professionnel de santé que le problème soit notifié.

Le représentant des laboratoires Abbott présent à la journée sur la pharmacovigilance a vanté les mérites du « *magnifique* » système de pharmacovigilance français et des ATU qui, il l'a reconnu à mots à peine couverts, permettent à l'industrie une dispense de fonds pour réaliser des essais de phase IV. Mais les ATU ne remplacent pas les essais de phase IV, particulièrement en matière de tolérance, d'efficacité et d'effets secondaires à long terme. Elles permettent simplement de mettre rapidement à disposition des molécules pour lesquelles on a une présomption d'efficacité pour des patients qui sont en échec thérapeutique. Et si elles permettent un nombre important d'inclus, la déclaration d'évènements indésirables et la couverture prospective du suivi des patients est très insuffisante. L'industrie pharmaceutique n'en est donc pas pour autant déchargée de ses obligations de suivi des traitements mis sur le marché.

Actuellement il y a plus de 16 molécules largement utilisées dans le cadre du VIH : la Viramune, le Sustiva, le Retrovir, l'Epivir, le Hivid, le Videx, le Zerit, le Ziagen, l'Agenerase, le Fortovase, l'Invirase, le Norvir, le Viracept, le Kaletra. Plusieurs années après la mise sur le marché de la plupart de ces molécules, l'industrie pharmaceutique est toujours incapable de présenter le spectre des effets handicapants, dits effets secondaires, sur le moyen et long terme. Les dispositions prises pour améliorer la connaissance dans ce domaine sont insuffisantes.

Nous autres, malades, sommes très contents d'avoir une charge virale indétectable et des CD4 qui remontent ; malheureusement la toxicité cumulée des antirétroviraux compromet gravement nos perspectives d'avenir. Prendre des traitements, aussi efficaces soient-ils, s'accompagne d'effets handicapants et les cliniciens se heurtent toujours à la difficulté d'expliquer les phénomènes observés.

Aujourd'hui, les antirétroviraux sont prescrits comme du prêt-à-porter. Des ajustements de posologie devraient pourtant être faits en fonction du poids, du métabolisme hépatique propre à chaque individu, du cycle hormonal pour les femmes, ainsi que des inter-

actions propres à chaque association médicamenteuse (antirétroviraux ou autres médicaments). Cette variabilité n'a pu être évaluée dans le cadre d'essais puisque l'objectif premier des phases III est l'efficacité. C'est le rôle des essais de phase IV d'affiner l'évaluation de la tolérance sur le long cours tout en améliorant les connaissances du rapport concentration / effet indésirable.

Les séropositifs traités dans le cadre d'un essai de développement, où les conditions de prise en charge sont optimales, ont plus de chances d'atteindre des seuils d'indétectabilité que ceux traités et suivis « *dans la vraie vie* ». Encore une fois, seules des cohortes sur le long court permettraient de mieux en comprendre les raisons.

Par ailleurs, si certains effets secondaires (diarrhées, nausées, maux de tête, troubles du système nerveux central, troubles de la libido, fatigue, fourmillements, etc.) sont considérés comme seulement gênants pour des traitements de 3 ou 4 semaines, ces mêmes effets dits indésirables lorsqu'ils s'installent dans la durée revêtent un autre caractère de gravité. Ainsi, tous les effets indésirables, de grade I et 2, recensés dans le cadre d'essai de phase III, donc sur de courtes périodes, doivent être réévalués en prenant en compte le fait que les ARV sont aujourd'hui pris « *à vie* ». Leur incidence sur le vieillissement biologique des organes doit être répertoriée et évaluée, l'échelle de gravité qui leur est attribuée doit être redéfinie.

L'industrie pharmaceutique se protège derrière l'Article L 209.12 du code de la santé publique qui ne fait pas obligation à l'industrie et aux cliniciens de déclarer les effets non graves. Le terme « grave » s'applique à tout événement dont l'évolution est fatale ou qui est susceptible d'être une menace vitale immédiate. Les évènements potentiellement graves, qui ont pour cause la toxicité cumulée des ARV, susceptible de remettre en cause le pronostic de vie des personnes ou nécessitant une intervention médicale pour éviter d'atteindre un seuil de gravité, ne peuvent être mis en évidence que dans le cadre des essais de phase IV.

Les autorités sanitaires de ce pays ont accordé un prix de vente élevé aux antirétroviraux pour deux raisons : rétribuer la recherche dans un domaine innovant et permettre à cette recherche d'être approfondie. Cette aide non négligeable, au vu des bénéfices publiés chaque année par les laboratoires pharmaceutiques, s'accompagnait d'une procédure accélérée d'attribution d'AMM qui a bénéficié autant aux malades/cobayes en leur permettant un accès rapide aux molécules, qu'aux laboratoires qui de fait ont vu leurs coûts de développement baisser. Cependant ce contrat moral avait une contrepartie : une promesse faite par l'industrie à l'Agence du médicament, lors de la mise en place de cette procédure accélérée, de mener des essais de phase IV. Aujourd'hui, si la recherche de nouvelles pistes thérapeutiques continue, l'évaluation des effets induits reste à faire.

Les laboratoires Abbott, GlaxoSmithKline, Boehringer, Dupont Pharma, Bristol-Myers Squibb, Roche, Merck, ont-ils l'intention de respecter leur engagement ?

Nous exigeons aujourd'hui des réponses claires : à quelle date, ces sept laboratoires ont-ils prévu de mettre en place des essais de phase IV pour la Viramune, le Sustiva, le Retrovir, l'Epivir, le Hivid, le Videx, le Zerit, le Ziagen, Agenerase, Fortovase, Invirase, Norvir, Viracept et Kaletra ? Où ces essais vont-ils avoir lieu et quelles en seront les modalités ?

Vendredi 8 juin nous avons adressé des lettres dans ce sens à ces sept laboratoires pharmaceutiques et nous attendons la réponse.

Co-infections

Les laboratoires GlaxoSmithKline (GSK) organisaient leur 5^{ème} Journée « Avancées VIH », le 17 mai 2001 au Pavillon d'Ermenonville à Paris. C'était la première conférence française d'une journée, intégralement consacrée aux co-infections VIH/Hépatites. A cette occasion les organisateurs ont demandé à tous les médecins invités de bien vouloir remplir un questionnaire. Nous vous présentons ici les résultats de cette « Enquête pratique/opinion sur la prise en charge des co-infections VIH/Hépatites ».

Buts de l'enquête

Cette enquête cherche à documenter, selon que le praticien est infectiologue (INF) ou hépatologue (HEP), les points suivants :

- Nombre de patients suivis
- Dépistage de co-infections et vaccinations hépatites
- Modalités de prise en charge des patients co-infectés VIH/Hépatites
- Nombre de patients décédés par hépatite
- Accès à la transplantation hépatique

Le nombre de réponses au questionnaire, rapporté au nombre total de praticiens par spécialité en France, est de :

- 139 sur 900 (soit 15.4%) pour les infectiologues (INF)

- 28 sur 60 (soit 46.6%) pour les hépatologues (HEP)

Sur les 167 médecins ayant répondu, les infectiologues (83%) sont 4 fois plus nombreux que les hépatologues (17%).

Répartition des patients co-infectés VIH/hépatites

Population de patients suivis selon la spécialité du médecin :

- VIH+ = 19 764 suivis par des infectiologues (INF)

- VHC+ = 13 300 suivis par des hépatologues (HEP)

- VHB+ = 1 984 (HEP)

- VIH/VHC = 4 779 (INF) + 911 (HEP), soit 5 690 co-infectés VIH/VHC

- VIH/VHB = 1 371 (INF) + 337 (HEP), soit 1 708 co-infectés VIH/VHB

- VIH/VHC/VHB = 625 (INF) + 128 (HEP), soit 753 co-infectés VIH/VHB

Sur un total de 43 199 patients, 65% (n=27 915) sont touchés par le VIH et 54% (n=23 435) par au moins une hépatite. Les 8 151 patients co-infectés (19% du total) représentent 29% des personnes touchées par le VIH et 35% des personnes touchées par au moins une hépatite.

Il faut noter que ces chiffres ne sont pas représentatifs de la population totale concernée. Les hépatologues étant sous représentés (17% des médecins), on peut imaginer que les patients VIH co-infectés par une hépatite le soient aussi (29% des patients VIH+). En outre, on peut noter qu'aucun patient VHC-VHB ne figure dans cette enquête.

File active des médecins

Nombre de patients suivis en moyenne selon la spécialité du médecin :

- VHC = 475 patients / hépatologue (50 - 2000)

- VHB = 71 patients / hépatologue (4 - 350)





- Moyenne théorique hépatites virales = 546 patients / hépato.
- VIH = 128 patients / infectiologue (7 – 600)
- Moyenne théorique totale = 259 patients / médecin

Ces données laissent penser qu'il n'y aurait pas assez d'hépatologues aujourd'hui pour prendre en charge correctement le nombre de patients atteints par une ou plusieurs hépatites virales. Du moins, compte tenu des différences de files actives (nombre de patients/médecin) indiquées dans cette enquête, on peut craindre que la qualité du suivi s'en ressente lourdement — les hépatologues suivraient environ quatre fois plus de patients que les infectiologues. *A fortiori* puisqu'il s'agit de patients co-infectés VIH-hépatites.

Proportion de patients co-infectés dans la file active de chacune des spécialités de médecins :

- infectiologues (avec les écarts types) :
 - o VIH-VHC = 27.1% (3-100)
 - o VIH-VHB = 8.2% (0-63)
 - o VIH-VHC-VHB = 4.2% (0-50)
- Total des patients co-infectés chez les infectiologues = 39.5%
- hépatologues (avec les écarts types) :
 - o VIH-VHC = 12.5% (0-67)
 - o VIH-VHB = 19.7% (0-75)
- Total des patients co-infectés chez les hépatologues = 32.2%

Les patients VIH-VHB sont sur-représentés chez les hépatologues. Ceci est compréhensible, compte tenu des difficultés à connaître tous les marqueurs de l'hépatite B et donc à pouvoir en assurer un suivi compétent. Aujourd'hui, si l'hépatite B aiguë est une maladie à déclaration obligatoire, il n'y a toujours qu'un plan national de lutte contre le VHC. De plus, la co-infection VIH-VHB est certainement celle qui nécessite un suivi plus draconien, quand on connaît les risques de rebonds de la charge virale VHB et les multiples causes en jeu, les risques de mutation et d'échappement thérapeutique du virus, souvent associés à des hépatites sévères. Suite à une pression inter associative (TRT-5, SOS-hépatites et TransHépatite) soutenue par de nombreux médecins, l'ouverture d'une ATU pour l'adéfovir divipoxil — la seule molécule efficace aujourd'hui dans ce cas de figure — a été promis par le laboratoire Gilead pour fin juin au plus tard.

Chez ces hépatologues et ces infectiologues, au total environ 30 à 40% des patients suivis sont co-infectés VIH/hépatites. Plusieurs enquêtes confirment que depuis trois ans la proportion des patients co-infectés est en hausse dans tous les services hospitaliers. Nous subissons aujourd'hui les premières conséquences majeures en terme de co-infection, du croisement des deux épidémies : celle du VIH/sida et celle du VHC/hépatite C. Les autres co-infections ne sont cependant pas à sous-estimer.

Préoccupation des médecins et des patients vis à vis des co-infections

73% des infectiologues et 85% des hépatologues se déclarent très préoccupés par les co-infections VIH/hépatites virales. D'après leur médecin, les patients consultant en hépatologie sont également inquiets dans la majorité des cas (65%).

Par contre, d'après les infectiologues, seulement un tiers de leurs patients se sentent concernés par les problèmes de co-infection. Ce alors que les dernières études estiment aujourd'hui que plus de 40% des séropositifs VIH sont aussi co-infectés par une ou plusieurs hépatites. Ceci peut s'expliquer parce qu'au cours des dix années de suivi VIH avant l'arrivée des trithérapies l'état de santé des patients se dégradant rapidement ne permettait pas de détecter les problèmes d'hépatites, autres que médi-

camenteuses, et de s'en préoccuper. Les dix ans de priorité sur le VIH chez les médecins ont malheureusement pour conséquence une importante démobilisation des patients séropositifs vis-à-vis des problèmes hépatiques. Pour de nombreux patients co-infectés, le déni qu'ils ont dû affronter en réponse à leurs demandes d'examens hépatiques, les a fait renoncer.

Les séropositifs VIH doivent prendre conscience de l'importance du dépistage des hépatites virales, de la vaccination contre l'hépatite A et B. et de la nécessité de la biopsie hépatique ; les résultats à cet examen permettant d'envisager une programmation, si nécessaire, des deux traitements en simultané, VIH et hépatite C ou B. Pour des patients co-infectés, l'annonce de l'urgence d'une mise sous traitement antiviral hépatique doit être accompagnée, en veillant surtout à ne pas déséquilibrer ou fragiliser la compliance au traitement VIH.

Nombre de patients décédés par hépatite

Dans cette enquête, la part des décès liés aux complications des hépatites, parmi les décès des patients VIH, est de 30% chez les infectiologues, et 15% chez les hépatologues.

En matière de co-infection VIH-Hépatites, peu de médecins ont pu se former sur les deux spécialités. Le suivi des deux praticiens est nécessaire pour garantir un suivi complet et adapté, et, puisqu'il est préférable qu'un même spécialiste n'assume pas les deux aspects, ils ont la responsabilité de se coordonner entre eux. C'est pourquoi les hépatologues doivent être plus impliqués et sollicités pour un travail interdisciplinaire avec les infectiologues. Ce d'autant plus qu'aujourd'hui les recommandations thérapeutiques en la matière ne sont qu'en cours d'élaboration. Pourtant, bien souvent face à l'incapacité des médecins à s'organiser entre eux, le patient doit choisir entre les deux spécialistes celui qui se chargera du travail de coordination ou encore s'y affronter lui-même.

Sur le nombre total de patients VIH suivis, la part de décès des patients VIH est de 1.3% chez les infectiologues et de 21.7% chez les hépatologues. Certes la plupart des patients co-infectés ont un pronostic vital moindre, comparé aux séropositifs VIH. Toutefois, ces chiffres sont aussi le triste reflet de l'investissement tardif des hépatologues dans le suivi de patients sous traitement antirétroviral VIH et du manque de réaction des infectiologues qui pouvaient les alerter. Il aura fallu attendre les bénéfices des trithérapies et l'émergence des problèmes de co-infection, pour que cette spécialité soit mobilisée. Parmi les deux spécialistes, lequel n'a pas su entendre ses patients ?

Modalités de prise en charge des patients co-infectés

L'un des objectifs de l'enquête était de documenter selon quelles proportions :

- les infectiologues prennent en charge l'infection virale hépatique des co-infectés
- les hépatologues prennent en charge l'infection VIH des co-infectés

Selon les infectiologues, la prise en charge de l'hépatite chronique des patients VIH est confiée intégralement à un hépatologue, dans 18% des cas. Elle est effectuée conjointement avec un hépatologue dans 48% des cas. Les infectiologues prennent eux-mêmes en charge les co-infectés dans 34% des cas.

Selon les hépatologues, la prise en charge de l'infection à VIH est intégralement confiée à un infectiologue dans 82% des cas. Les hépatologues prennent eux-mêmes en charge les co-infectés dans 18% des cas.





Il est clair que le travail multidisciplinaire n'est pas encore une règle d'or dans la pratique, notamment pour les infectiologues. La compétence et la formation des médecins prenant en charge de façon globale des patients co-infectés, sont des enjeux majeurs à réévaluer en permanence.

Dépistage et vaccination

Le dépistage des hépatites B et C est proposé systématiquement à tous les patients séropositifs, par 99% des infectiologues, selon leurs déclarations. Par contre, le dépistage du VIH n'est proposé que par 81% des hépatologues. Les 19% restant n'ont pas encore compris que l'efficacité des antirétroviraux et l'épidémie d'hépatite C n'ont pas enrayeré la propagation du VIH ?

Les vaccinations contre l'hépatite A et B sont plus systématiquement proposées par les hépatologues que par les infectiologues. La vaccination contre le VHB est plus souvent proposée que celle contre le VHA. Nombre de patients et de médecins doivent encore sous estimer les risques du VHA chez les co-infectés VIH-VHC partant en voyage dans une zone endémique. Certaines études concluent pourtant à des risques majeurs d'hépatites fulminantes, dans ce contexte de surinfection.

La vaccination contre le VHB est proposée plus fréquemment en cas de facteurs de risques reconnus, qu'en cas d'hépatite chronique, VHC par exemple. Pourtant il est indispensable que des patients déjà touchés par le VIH, voire même co-infectés par une hépatite virale, puissent avoir accès aux vaccinations VHA et VHB. Une recherche d'anticorps anti-VHA et/ou VHB négative devrait être un motif suffisant pour proposer systématiquement un recours préventif à la vaccination.

Utilisation des examens virologiques des hépatites

Trois examens ont été documentés :

- ARN-VHC, charge virale de l'hépatite C
- Génotype du VHC (important pour l'évaluation d'une mise sous traitement)
- ADN-VHB, charge virale de l'hépatite B

Les hépatologues prescrivent systématiquement des PCR de charges virales

VHC et/ou VHB. 16% d'entre eux ne recherchent pas le génotype du VHC, malgré les demandes des patients.

De façon aberrante, les infectiologues ne doivent pas encore être convaincus de l'utilité d'une charge virale en cas d'hépatite chronique, puisque 5% y renoncent pour le VHC, et 18% pour le VHB. Quand au génotype VHC, ils y renoncent pour 41% d'entre eux, n'étant peut-être pas prêts à accepter ce que les hépatologues appellent, si facilement, les patients « non-répondeurs ».

Biopsie hépatique

Les principaux critères pour proposer une biopsie du foie sont, pour les hépatologues comme pour les infectiologues :

- la discussion du traitement de l'hépatite
- l'élévation des transaminases
- la répllication virale

En effet, si chez les personnes touchées par les hépatites, une élévation des transaminases reste significative d'atteintes et de lésions du foie, par contre en présence du VIH, notamment, il a été démontré que plusieurs co-infectés VIH/hépatites, ayant toujours eu des taux de transaminases normaux, avaient pourtant un résultat de biopsie démontrant une cirrhose. Donc pour les co-infectés, il faut admettre qu'aujourd'hui encore, la biopsie hépatique reste hélas, le seul outil diagnostique fiable — bien qu'il s'agisse d'un acte invasif nécessitant une hospitalisation.

Pour les hémophiles ne pouvant pas bénéficier d'une biopsie, plusieurs solutions sont en cours d'évaluation —

dont le Fibrotest®, promu maladroitement, à grands renforts de médias, par le Dr Poynard. En cas de contre-indication totale à la biopsie hépatique, certains marqueurs biologiques permettraient d'évaluer si la fibrose est modérée (score Métavir < A2-F2) ou supérieure. Il ne s'agit en aucun cas d'un test biologique permettant d'atteindre la précision et la fiabilité des résultats fournis par une biopsie hépatique. Il ne s'agit que d'un pis-aller, pourtant indispensable dans certaines situations délicates afin d'envisager une mise sous traitement.

Seuls 10% des médecins proposent systématiquement la biopsie hépatique, avec comme seul critère, une hépatite virale chronique dont il faut évaluer l'état clinique. Seule une deuxième biopsie pourra, par la suite, donner un ordre d'idée relatif, de la vitesse de progression de ces lésions sur le foie.

Une révolution a pu être faite dans la prise en charge du VIH, par l'invention de la technique d'amplification génétique (PCR). En matière de diagnostic d'hépatite virale, l'outil de cette révolution n'a toujours pas été inventé.

Conclusion

Dans de nombreux pays, Italie, Espagne, Portugal, Grèce, les médecins ont publié des données indiquant également une augmentation dramatique des problèmes liés à la co-infection depuis quatre ans. En France, le Ministère de la Santé doit désormais répondre par des mesures concrètes aux nombreuses alertes que nous lui adressons depuis trois ans.





AG des drogues (et de ceux qui les aiment)

Cette AG avait avant tout un objectif : redonner la parole aux usagers de drogues pour échapper aux discours des experts et des pouvoirs publics qui ne les considèrent que comme malades ou comme délinquants. Les débats ont ainsi permis de faire le point sur la loi de 1970 et sa logique prohibitive pour envisager à partir des positionnements de chacun des stratégies d'action.

Où en sommes-nous ?

L'AG a débuté sur un état des lieux passant en revue les problèmes légaux que la prohibition pose aux usagers de drogues, les difficultés d'accès à des soins équitables qu'ils rencontrent (les médecins refusant souvent de les soigner), l'arbitraire de la répression. Quoi qu'en dise la MILDT, l'usage de drogues reste fortement réprimé : ainsi, le nombre de personnes incarcérées pour usage simple est passé de 167 en 1994 à 197 en 2000, à quoi s'ajoutent presque 3000 personnes emprisonnées pour usage et détention, ce qui représente 6 % de la population carcérale ! Outre ce contexte répressif, les participants ont souligné le décalage énorme qui existe entre les pratiques des usagers de drogues et l'image qui est donnée d'eux ; une image qui les contraint souvent à dissimuler leurs consommations à leur entourage — même si, dans le cadre familiale, il semble qu'une vision moins catastrophiste de la prise de cannabis se développe. Plusieurs personnes ont ainsi souligné la nécessité politique de faire son coming-out d'usager de drogues, de la même façon que l'on fait son coming-out en tant qu'homosexuel. Si cela reste difficile dans le contexte actuel, cette visibilité pourrait être une condition *sine qua non* pour un véritable changement de la perception des usagers et permettre de sortir des éternels clichés.

Plusieurs participants ont d'ailleurs dénoncé les caricatures qui ont cours, en particulier concernant les banlieues — par exemple, celle du père immigré super réac qui tabasse son fils s'il le choppe en train de fumer. S'il y a un discours anti-tox dans les quartiers (« *ni pédés ni tox chez nous* »), pour les participants, le problème est avant tout et surtout le manque d'information sur la réduction des risques. Cet état de fait peut en partie expliquer les rapports tendus entre usagers de drogues et riverains et les levées de boucliers contre les projets de boutiques — comme le centre Beaurepaire ou l'association Charonne. Or, la prévention impose le dialogue et l'écoute des usagers : les risques, en particulier celui de la dépendance, sont augmentés par la déresponsabilisation des usagers et le manque d'information sur les produits. Ainsi, certains participants trouvent scandaleux que la seule information transmise sur les drogues dans les collèges et les lycées soit donnée par des gendarmes qui se limitent à rappeler l'interdiction et à énumérer les peines encourues.

Que nous propose-t-on ?

La question centrale de la prévention a donc placé la réduction des risques au cœur des débats pendant l'AG. Comme en témoignaient les participants, du matériel de prévention est mis à disposition par les associations (stériboxs, etc) ; les seringues sont en vente libre ; le discours officiel a changé puisqu'il intègre désormais la nécessité d'informer les usagers sur tous les produits, légaux comme illégaux, afin de réduire les risques (« *savoir plus, risquer moins* », comme le dit la MILDT depuis deux ans). Pourtant, les moyens sont insuffisants pour toucher efficacement les usagers en situation de grande précarité ; la substitution sert avant tout à instaurer un contrôle social ; aucune salle de shoot n'a encore été mise en place ; l'information sur la qualité des produits n'est pas diffusée ; le testing, dont certains soulignent les imperfections (le test de Marquis ne permet pas de déterminer la composition exacte d'un produit, mais simplement de détecter la présence ou non de MDMA ou d'amphétamines), reste interdit, notamment dans les clubs — alors qu'il est notoire que de nombreux produits y circulent.

Plusieurs participants n'ont pas manqué de le relever, la situation en France est bien meilleure sur ces questions que dans des pays comme la Russie et la Thaïlande, où les produits de mauvaise qualité font des ravages et où les usagers de drogues sont qualifiés de « *démons sociaux* ». En France comme ailleurs, la même logique prohibitive sous-tend pourtant les politiques gouvernementales et explique l'état préoccupant de la réduction des risques. Les exemples qui en attestent ne manquent pas : retrait de la vente des seringues 2cc, baisse des budgets réduction des risques. D'une manière générale, les dispositifs mis en place sont arrivés à saturation et ne répondent plus aux nouveaux besoins et aux nouvelles demandes et la réduction des risques telle qu'elle est pratiquée semble parfois se résumer à la mise en place d'un contrôle social (on pense par exemple à l'amendement Mariani sur les raves, qui permettrait de confisquer la sono des raves non autorisées et de pratiquer des contrôles de drogues aux environs).

Dans ce contexte, la priorité pour tous est donc de modifier la loi de 1970 dont les conséquences sanitaires, sociales et politiques sont catastrophiques, au lieu de prétendre, comme le fait le cabinet de Kouchner, qu'il est possible de s'en arranger tandis qu'il est trop compliqué de la remettre en cause. Certains participants ont insisté sur la nécessité de recréer une dynamique inter associative pour l'abrogation pure et simple de la loi. En effet, les impasses actuelles de la réduction des risques et le blocage législatif semblent appeler de nouvelles formes de lutte et de rassemblement permettant d'éviter, entre autres, la récupération et l'instrumentalisation par les pouvoirs publics.

Comment s'en sortir ?

Tous les participants s'accordent donc pour dénoncer la loi de 1970 et obtenir, au moins, une dépénalisation de tous les usages (pour Act Up, une simple dépénalisation paraît insatisfaisante et ne lève pas toutes les interrogations, notamment vis-à-vis de la composition des produits, essentielle à nos yeux).

Pour certains, la pression sur les politiques doit s'appuyer sur le calendrier électoral, en conjonction avec certaines échéances judiciaires (comme l'application de la condamnation de Jean-Pierre Galland). Cette stratégie ne semble pas la plus efficace pour tout le monde : il est peu vraisemblable que les débats à l'occasion des législatives et des présidentielles se cristallisent autour de la question des drogues ; en outre, les mouvements associatifs n'ont pas réussi à instaurer une réelle discussion sur ce sujet. Il est également frappant de constater que la montée en puissance médiatique de la MILDT coïncide avec l'essoufflement des mouvements d'usagers.

Ces réflexions soulèvent la question des rapports entre les institutions et le mouvement associatif. Comment reconstituer un mouvement d'usagers qui puisse instaurer un réel rapport de force avec les pouvoirs publics ? Quelle position adopter vis-à-vis de la MILDT ? Est-elle un adversaire, un interlocuteur, un instrument, ou tout simplement un os à ronger pour les associations et une façade pour donner l'illusion que le problème est traité ?

Pour le CIRC, la MILDT est d'abord un ennemi, particulièrement dangereux parce que « *dialectique* » ; d'où la nécessité de faire monter la pression à l'occasion des échéances électorales afin d'activer un clivage gauche-droite sur la question des drogues (clivage sur la réalité duquel certains étaient plus que dubitatifs). Nombreux sont ceux qui pensent que la MILDT est instrumentalisée par les autres pouvoirs publics (DGS, Justice, etc.) qui se retranchent derrière elle, tandis qu'elle-même se retranche derrière Jospin dès qu'une décision est à prendre. D'aucuns en appellent ainsi à la constitution d'un vaste mouvement d'usagers qui puisse jouer le bras de fer avec cette institution. Pour d'autres, le problème est pour l'instant que les mouvements d'usagers courent le plus souvent après cette institution qui s'avère une redoutable communicatrice.

Pour certains (ASUD notamment), compte tenu de l'état d'esprit des députés, une transformation du cadre législatif ne passera que par un mouvement d'opinion important, un véritable changement des mentalités... Et d'ajouter qu'il faut sortir du discours misérabiliste qui, s'il a permis des avancées de la réduction des risques il y a une dizaine d'années (« *il faut limiter la casse* »), renferme aujourd'hui les usagers sur une image à laquelle personne ne peut s'identifier de façon positive.

Ce que les différents usagers de drogues ont en commun, au-delà des rapports aux produits et des pratiques

diverses, c'est un statut : être placés, malgré eux, du côté de l'illégalisme. Nous faisons tous partie, malgré nous, du même camp.

Au terme de cette AG nombre de questions restent donc en suspens. Beaucoup d'entre nous auraient rêvé d'une affluence plus conséquente, de débats un peu moins apathiques. Bref, nous aurions souhaité que cette AG attire plus d'usagers et que ceux-ci prennent un peu plus la parole à la première personne. Des dynamiques ont pourtant été relancées, des questions reposées. Aujourd'hui, la quasi-totalité des associations, du CIRC à ASUD en passant par MDM, parle de « *légalisation* » de tous les usages. Il y a désormais consensus sur la nécessité d'abroger la loi de 1970. Reste encore à venir une parole d'usager responsable et revendiquée, un réel contrepoids aux discours officiels : la lutte pour les droits des usagers ne peut se faire sans eux, sans nous.

**SAUNA HAMMAM
JACUZZI**

**Elu SAUNA
PHARE '99 !**



**”Le Sauna préféré
des Parisiens !”**

**SOUTIENT
ACT UP
PARIS !**

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

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

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

Rejoignez Act Up-Paris

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

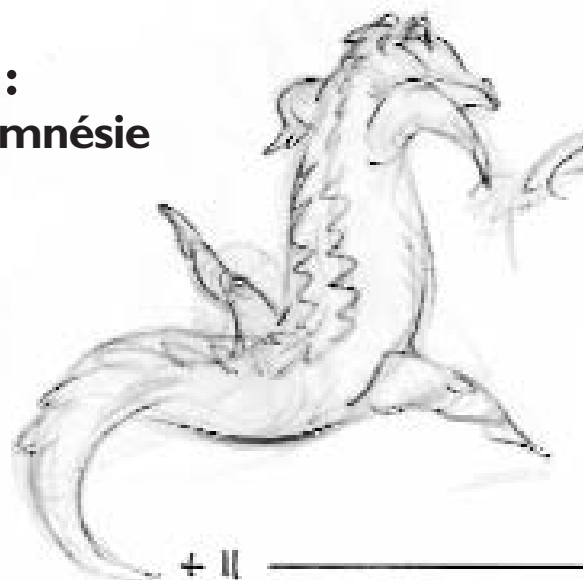


Nouvelle équipe municipale à Paris : un peu de bonne volonté, beaucoup d'amnésie

Le candidat Bertrand Delanoë disait, au cours d'une interview à Libération, le 2 décembre 2001 : « En matière de logement à Paris, la demande du monde associatif (sida) peut être évaluée à 600 appartements 'classiques' et environ 100 logements thérapeutiques. C'est un objectif qui n'a rien d'insurmontable dans les deux premières années de la mandature ». Six mois plus tard, ces bonnes paroles sont oubliées. Le 11 mai 2001, l'élu PS adjoint au logement, Jean-Yves Manau, affirme aux associations de la plate-forme interassociative pour le logement sida (PILS) lors d'une réunion : « La situation du logement est très compliquée et bloquée à Paris. Nous n'avons pas les moyens de vous garantir 600 appartements en 2 ans. Il faut nous laisser le temps de nous installer ».

Jean-Yves Manau commence la réunion en affirmant qu'il ne connaît pas grand chose aux problèmes du logement et du VIH. Pourquoi ne s'est-il pas renseigné auprès de B. Delanoë à qui nous avons envoyé plusieurs courriers sur ce sujet au cours de la campagne ? Manau poursuit en nous demandant d'être compréhensifs, la volonté politique de changer les choses est là, mais il y a des blocages inhérents à l'alternance politique, il va falloir attendre et ne pas réagir aussi violemment qu'Act Up a pu le faire. Il s'avoue choqué de la manière dont nous exprimons notre colère et notre impatience (apparemment, le zap contre la Mairie de Tibéri l'a traumatisé).

Nous parlons de plus de 1000 personnes, dans un état de santé très précaire, à la rue ou mal logés.



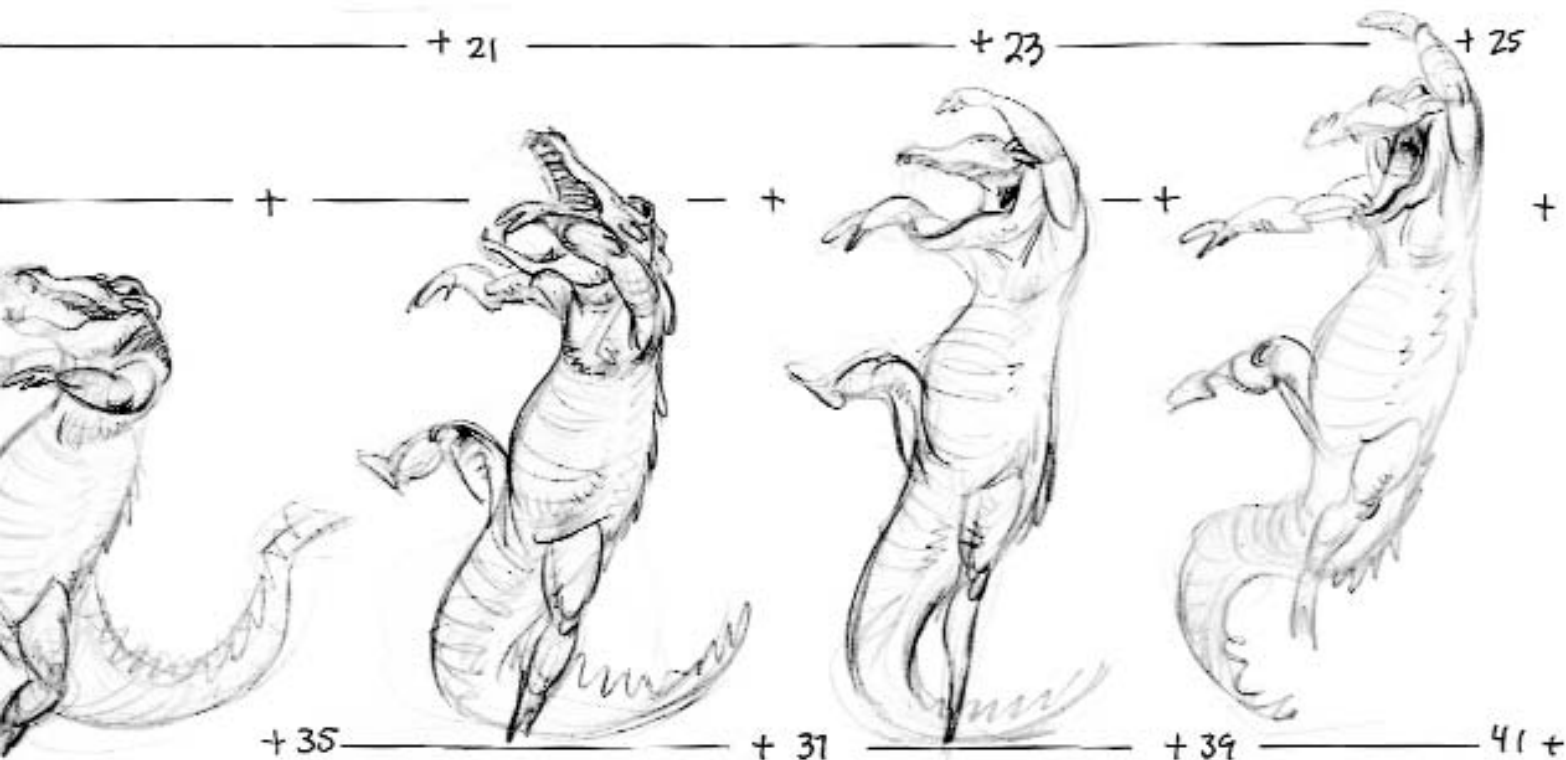
Alors effectivement nous sommes impatients, et l'argument des blocages liés à la transition politique ne nous paraît pas valable.

Puis viennent les oublis des engagements électoraux :

- Les 600 appartements de droit commun ? Impossible.

- La mise en place d'une Allocation de Maintien dans les Lieux, destinée à couvrir les impayés de loyer ? A quoi bon une nouvelle allocation puisque le Fonds de Solidarité Logement existe déjà ? nous répond Manau, oubliant que B. Delanoë lui-même avait pris acte des dysfonctionnements du FSL et promis un autre dispositif pour le compléter.

La nouvelle équipe municipale a donc attendu plus d'un mois pour nous recevoir, nous servir l'alibi de l'alternance politique, des problèmes de transi-





+ 13



+ 15



+ 17

tion et solliciter notre patience. Ne soyons pas injustes : le dialogue avec les nouveaux élus est une perspective de travail. Jean-Yves Manau nous a donné des gages de sa bonne foi en promettant de répondre d'ici cet été aux 50 demandes d'appartements sociaux les plus urgentes que les associations de la PILS lui transmettront. A moyen terme, des réunions techniques seront organisées pour mettre en place un dispositif permettant la prise en compte du caractère prioritaire d'une attribution de logement en raison d'un handicap.

Mais cela reste totalement insuffisant. Et des solutions définitives de relogement pour tous les séropos précaires ne sont pas pour demain. On ressort donc, au mieux sceptiques, au pire très énervés de voir que les promesses électorales ont été oubliées, que le travail d'information sur la situation des précaires séropositifs doit être repris, travail que nous avons pourtant largement mené au cours de la campagne.

Manau comme Delanoë ne pourront pas se contenter de nous accorder quelques appartements et de nous assurer de leur bonne volonté. Mise à disposition de 600 appartements sociaux de droit commun, création d'une allocation de maintien dans les lieux. Ces engagements doivent être tenus, dès maintenant.

Les CAF contribuent au bonheur des couples

Vous êtes bénéficiaire d'une allocation versée par la CAF ? Logement, RMI, AAH ? Vous vivez en couple, mariéE, pacséE, ou en simple concubinage ? Les caisses d'allocations familiales pensent à vous ; et pour vous le prouver elles ont décidé de ne plus rien vous verser.

Les couples mariés connaissent déjà le problème puisque les ressources du conjoint sont systématiquement prises en compte dans le calcul des allocations : si votre mari ou votre femme touche un revenu supérieur au plafond retenu pour chaque allocation, la CAF ne vous verse plus rien. Qu'importe si l'allocation, par exemple l'AAH, était votre seule source de revenus, vous dépendez alors totalement de votre conjoint en matière de ressources comme en matière de couverture sociale puisque sans AAH vous devenez un ayant-droit.

Suite à la loi sur le PaCS et à un décret de décembre 1999, ces mesures ont été étendues aux couples pacsés et aux simples concubins. Ainsi, depuis quelques mois, TOUS en subissent les effets.

Soupçonnés de concubinage, de simples colocataires se retrouvent également sans allocation et sont tenus de prouver leur bonne foi en recevant la visite d'agents venant vérifier tôt le matin qu'ils font bien chambre à part.

Des dizaines de personnes, femmes ou hommes, pacsées ou non, dont l'AAH ou l'allocation logement a été suspendue se sont adressées à nous. Car comme toujours, ces mesures n'ont fait l'objet d'aucune information, les décisions de retrait d'allocation ne sont jamais motivées, c'est à chacun de faire de longues démarches pour obtenir les renseignements.

Pour la CAF, vivre en couple revient à n'être plus une personne à part entière, et en conséquence à perdre son droit à un minimum de ressources.

Bref, si vous êtes dépendant d'allocations, surtout, ne vous mariez pas, ne vous pacsez pas, ne vivez avec personne. C'est la CAF qui vous le recommande. En matière d'épanouissement des individus et des couples, elle s'y connaît.



La prison face à ses rapports... un an après

Au mois de juin 2000 l'Assemblée Nationale ainsi que le Sénat rendaient leur rapport sur les conditions de détention dans les prisons françaises. Un constat terrible, des propositions intéressantes : ces rapports ont suscité un immense espoir chez les détenus, leurs proches et les associations qui les soutiennent.

On ne peut pas dire que depuis un an, nos élus soient restés sans rien faire : des colloques à la pelle dans chaque parti ; une proposition de loi votée le 26 avril, avec des articles sur la surpopulation carcérale dans les maisons d'arrêt ; un autre sur les détenus gravement malades ; un contrôle général des prisons, la réduction du nombre de jours de mitard, etc.

Mais, concrètement, rien n'a changé dans le quotidien des détenus. Et les décisions pratiques prises par les parlementaires sont en totale contradiction avec leurs bonnes intentions affichées : ils ont ainsi voté des crédits pour la construction de prisons neuves, alors même qu'ils avaient clairement affirmé dans leur rapport que les sans papiers, les malades, les usagers de drogues et également les personnes ayant des troubles mentaux n'avaient rien à

faire en prison ; soit environ 15 000 personnes qui auraient pu être libérées, dès juin 2000. Cela aurait permis de débloquer les crédits pour rénover les prisons existantes. Cela aurait également obligé les élus à se pencher sur le cas des autres détenus. Le Parlement pense qu'il est utile qu'ils restent en prison. Nous pas. Libérer 15 000 personnes auraient demandé un minimum de courage politique. Les parlementaires et le gouvernement ne l'ont pas eu.

Les mêmes responsables politiques qui s'indignaient en juin 2000 de la situation des détenus atteints de pathologies graves n'ont rien fait pour systématiser et accélérer les grâces médicales. Ainsi, un détenu à Eysses, atteint d'un cancer, est aujourd'hui hospitalisé en phase terminale. Faire mourir les détenus malades à l'hôpital plutôt qu'en prison, est-ce là le désir des députés et sénateurs ?

Lourdeur des procédures de vote, des débats parlementaires, des séances : tout retarde la mise en application de mesures d'urgence pour améliorer la situation des détenus. Nous n'avons pas le temps d'attendre. A un an d'échéances électorales, nous saurons rappeler à nos élus et au gouvernement que l'urgence de la situation exige des mesures immédiates.

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

Depuis 11 ans Act Up-Paris organise de nombreuses soirées de fundraising dans les clubs. L'objectif est toujours d'ancrer cette association de lutte contre le sida dans le sillage de la house.

Après le succès du premier House Ball, Patrick Vidal, Llorca, Alexkid, Romain BNO et Ivan Smagghe s'associent à Act Up pour un Summer Ball qui fêtera le mariage entre le militantisme le plus hardcore et la musique la plus sophistiquée sur le meilleur sound system parisien.

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

House Ball, le mercredi 27 juin 2001 au Rex Club, 5 boulevard Poissonnière, 75002 Paris.

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

OPEN BAR DE 23H30 à 0H30.

HOUSE BALL

**PATRICK VIDAL
LLORCA
ALEXKID
IVAN SMAGGHE
ROMAIN BNO**

2

Le sida a 20 ans. Nous aussi.

Nous avons 20 ans aujourd'hui et nous n'avons jamais connu un monde sans sida. Nous sommes la nouvelle génération de pédés, de bis, de lesbiennes et de transgenres. Nous sommes des filles et des garçons, séropositifs, malades du sida ou séro-négatifs, de toutes origines.

Nos pratiques sexuelles, quelques formes qu'elles prennent — pénétration, fellation, anulingus, cunnilingus, caresses, fist fucking, sodomie —, dérangent. À deux, à trois, dans une back-room, dans les saunas, dans un lit, pacsés, fleur bleue, fidèles ou infidèles, partouzeurs, dominateurs ou soumis : oui, nous avons une sexualité, nous y prenons du plaisir ; oui, elle choque encore. À la télé, dans les journaux, dans les lycées, nous sommes au mieux aseptisés ou caricaturés, et au pire, invisibilisés, réduits au silence, à l'isolement et aux brimades.

Ce silence est d'autant plus criminel que nous sommes confrontés à un relâchement des comportements de prévention.

Les chiffres sont alarmants. L'Enquête Presse Gay 2001 de l'INVS, corroborée par les appels reçus à Sida Info Service et la reprise des MST comme la syphilis et les gonococcies anales, montre que le relapse (relâchement des pratiques sans risque) est aujourd'hui une réalité incontournable. Sur un échantillon de 5 000 homo- et bisexuels masculins tous âges confondus, 23 % déclarent avoir pratiqué des pénétrations anales non protégées avec des partenaires occasionnels. Aujourd'hui, des centaines de gays s'exposent au virus du sida dans l'indifférence générale. Un représentant de la Direction générale de la santé (DGS) n'hésite d'ailleurs pas à nous annoncer froidement que la courbe des contaminations aura retrouvé d'ici 5 ans le même niveau qu'au début des années 80.

Mais le plus grave est sans doute la situation des jeunes. Dans cette même enquête, la plus forte hausse des pratiques à risque se situe chez les moins de 25 ans qui n'ont pas connu l'épidémie sous son angle le plus dur. 31 % d'entre eux ont eu des rapports non protégés durant l'année 2000. Parmi les 35-44 ans, la génération la plus touchée par le sida, 27 % ont eu des rapports non protégés. En 1997, date de la dernière enquête de ce type, ces chiffres ne dépassaient pas la barre des 20 %. C'est la première fois depuis le début de l'épidémie qu'ils sont en augmentation. Nous ne pouvons l'accepter, d'autant moins que se développe actuellement le discours bareback, qui incite à l'abandon de la capote sous couvert de liberté sexuelle. 20 ans d'épidémie, ça suffit. Nous ne voulons pas mourir, nous ne voulons pas souffrir, nous avons 20 ans, nous avons envie de vivre.

Les gays et lesbiennes ne sont certes pas les seuls touchés par l'épidémie : les hétérosexuels sont également frappés, et, se sentant moins concernés, ont peu assimilé des réflexes de prévention. Si aucun passage à l'âge adulte n'est sans problème, nous pensons que nos parcours, nos spécificités, la difficulté toujours réelle de grandir en étant gay ou lesbienne, font de nous les objets d'une discrimination insidieuse et mortelle. Ce n'est pas notre sexualité qui est en cause, mais la façon dont la société en parle.

L'information sur nos sexualités, nous la découvrons trop peu avec nos parents, à l'école, à la télé. Nous, jeunes gays, la découvrons sur internet, dans les sex shops, dans les bois, les pisso-

IEM



tières, les bars à cul, trop souvent seuls face à nous-mêmes, sans aucun modèle constructif ni aucune référence positive. Quant à nous, jeunes lesbiennes, nous n'existons pas et notre sexualité encore moins. Aucune campagne de prévention concernant les rapports sexuels entre filles n'a été mise en place. On ne recense aucune lesbienne malade du sida, et pour cause : aucune étude épidémiologique ne s'est penchée sur le cas. Aucune recherche n'est non plus menée pour faciliter l'utilisation de matériel de prévention dans les rapports entre femmes, et ils ne sont d'ailleurs disponibles dans aucune pharmacie française. Or nos pratiques sexuelles sont des pratiques à risque. Dès lors, l'absence de prise en compte des lesbiennes dans les politiques de prévention et de lutte contre l'homophobie constitue une discrimination ouvertement lesbophobe. Invisibles, nous n'existons pas, nous ne nous construisons pas. Les jeunes lesbiennes en ont assez d'être invisibles, les jeunes lesbiennes en ont assez de courir le risque de se faire contaminer et de mourir dans l'indifférence des pouvoirs publics. À quand notre reconnaissance ?

Nous n'admettrons aucune objection de la part de certains psys, visant à théoriser une soi-disant incapacité des gays à être heureux. Nous sommes fatigués d'être sans cesse culpabilisés dans nos pratiques. Le mal-être ne naît pas de l'homosexualité, mais de l'homophobie. Les raisons du relapse et du mal-être de certains gays et lesbiennes sont du ressort de la responsabilité collective.

C'est certainement dans cette difficulté ou ce refus d'aborder les questions de la sexualité des gays et des lesbiennes que prend source le concept de réduction des risques repris par la DGS dans son plan triennal de prévention. Cette politique consiste à établir une échelle dans la prise de risques. Certes, un pistolet contenant une seule balle tue moins que celui dont le barillet est plein. Mais allez raconter ça à celui qui s'est pris l'unique balle ! Une sodomie active ou passive, une fellation sans capote, un cunnilingus sans digue dentaire sont potentiellement contaminants. Ériger la réduction des risques en norme exclusive de prévention a deux conséquences graves.

Cette position légitime d'abord insidieusement les comportements à risque en les rendant acceptables et gérables sous prétexte qu'il est impossible d'obtenir un comportement safe à 100 % de la part de la population. Il y a pourtant encore 4 000 à 6 000 nouvelles contaminations par an et nous ne pouvons accepter que l'État baisse les bras aussi facilement, laissant la porte ouverte à des discours conduisant à la mort.

La réduction des risques mine aussi d'avance tout discours de prévention : nous ne pensons pas que sans message simple qui rappelle la nécessité de se protéger de manière systématique, la logique de réduction des risques ait une quelconque efficacité auprès des jeunes : nous redisons — pas de sexe sans latex (capote ou digue dentaire).

Le sida a fait 40 000 morts en France, dont 25 000 homosexuels. Certes, les multithérapies ont sauvé la vie de nombreux séropositifs, mais au prix d'effets secondaires handicapants tels que nausées, diarrhées, changements d'apparence ou perte de libido. Combien faudra-t-il de nouvelles contaminations de jeunes homos, que les thérapies ne guériront pas, pour que tous, et l'État le premier, perçoivent la gravité de l'épidémie ?

Aujourd'hui, une prise de conscience et une réaction des pouvoirs publics et de la société s'imposent. Leur incapacité à communiquer sur notre sexualité, leur irresponsabilité, deviennent criminelles. Si personne ne réagit, l'épidémie du sida va continuer ses ravages, et les séroconversions devenir une nouvelle norme. Nous sommes en première ligne pour la prochaine hécatombe.

Nous exigeons que Bernard Kouchner, ministre de la santé, ne se limite pas à ses beaux discours coutumiers : il est urgent de débloquer des budgets pour des campagnes de prévention grand public et ciblées. Nous ne supportons plus qu'une morale discriminatoire occulte notre sexualité. Dans la prévention, il y a des homos, mais pas d'homos sexuels.

Les campagnes doivent être permanentes et ne pas se limiter à la période d'été. Nous demandons une mise en image de l'homosexualité moins frileuse et plus proche de notre vécu, sans fausse pudeur ni hypocrisie. Ces campagnes doivent s'associer à des distributions massives de digues dentaires, de préservatifs et de gel lubrifiant à base d'eau (sans gel, le préservatif n'est pas un outil de prévention efficace pour les pénétrations).

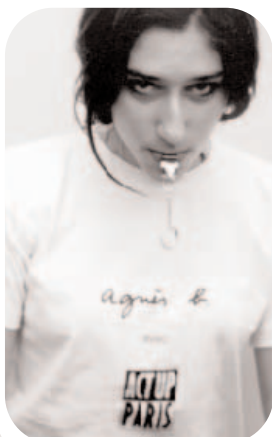
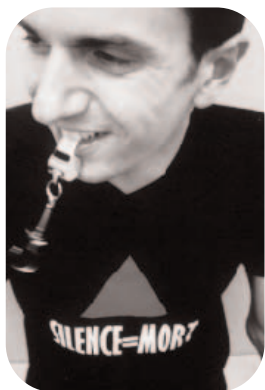
Nous exigeons de Jack Lang, ministre de l'éducation nationale, qu'il ne se contente pas de défiler à la Lesbian & Gay Pride, mais qu'il mette en œuvre une vraie politique d'éducation sexuelle à destination des jeunes gays et lesbiennes. À l'école, la prévention sida n'est jamais abordée que par le biais des questions de prévention. La dimension sexuelle et affective est niée, en particulier pour les lesbiennes.

Il faut une vraie politique imposant que soit abordée la prévention sida et MST sans laisser pour compte les jeunes gays et les jeunes lesbiennes. Actuellement, l'éducation sexuelle et la prévention sont laissées à la discrétion des responsables d'établissement. Les programmes doivent impérativement intégrer la sexualité et l'affectivité des homosexuels à chaque niveau depuis le collège — et pas uniquement sur les deux heures d'éducation à la sexualité de quatrième et troisième. La visite médicale dans l'enseignement supérieur doit être rendue effectivement obligatoire et fournir l'information de base sur la prévention. D'autre part, des distributeurs de capotes, de gel et de digues dentaires doivent être présents et approvisionnés régulièrement dans tous les collèges, lycées, facs, écoles et campus.

Enfin, nous, jeunes gays, lesbiennes, bi et transgenres appelons tou-te-s les homosexuel-le-s à se remobiliser massivement contre la maladie en faisant preuve d'unité, de responsabilité et de solidarité. Nous devons tous lutter activement contre le sida.

Act Up-Paris, A jeu égal (Grenoble), Centrale Gay Paris (École Centrale), Clash ! (ENS Cachan), DE-GEL ! (Université Paris VII), Etudiants contre le sida (Lyon), Homonormalité (ENS UIm), Homonormalité (ENS Lyon), In and Out (HEC), Jules & Julie, Le CAGE, Le Glam (INA-PG), Les Gones s'en... mêlent !, Mousse Sciences-Po.

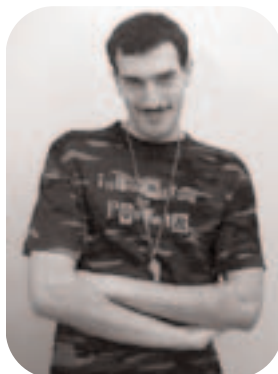
TEE-SHIRT > SWEAT-SHIRT > BADGE > SIFFLET



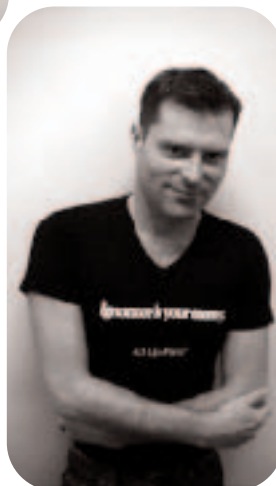
par Barbara Bui



par Agnès B.



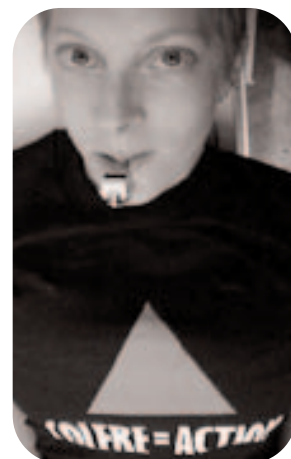
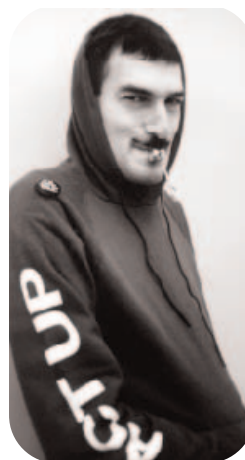
par Castelbajac



par Louise Attaque



par José Lévy



- tee-shirt > silence = mort, colère = action, action = vie
- tee-shirt > agnès b. avec act up-paris < blanc ou noir
- tee-shirt > logo act up-paris < jaune, violet, bleu nuit, bleu clair, vert, bordeaux
- tee-shirt > barbara bui < blanc, bleu nuit, gris, sable, kaki
- tee-shirt > J.-C. de Castelbajac, information = pouvoir < en lettres orange sur camouflage
- tee-shirt > Louise Attaque, le groupe < bleu clair, kaki
- tee-shirt > Louise Attaque, couple avec louisette sur manche < kaki (XL uniquement), noir
- tee-shirt > knowledge is a weapon < vert, mauve, bordeaux
- tee-shirt > ignorance is your enemy < bleu nuit, bleu ciel, vert, mauve, kaki, bordeaux*
- tee-shirt (col V) > ignorance is your enemy < noir
- tee-shirt > Louise Attaque, (Agnès b) < kaki
- tee-shirt & débardeur > José Lévy < bleu nuit
- sweat-shirt > act up-paris sur manche < bleu ciel, bleu nuit (XL uniquement), rouge, blanc, kaki
- sweat shirt > frise verticale act up-paris < bleu nuit, noir
- sweat shirt > act up-paris sur manche avec capuche < bleu nuit (S uniquement), marron (XL uniquement)
- débardeur (girl) > ignorance is your enemy < noir, kaki
- débardeur (girl) > Safe Sex Queen < marine, kaki, bleu ciel, jaune pastel
- tee-shirt > Safe Sex Queen < noir, kaki, marine
- tee-shirt (col V) > Safe Sex Queen < noir
- tee-shirt > Safe Sex Queen < navy, ambre, olive, taupe

* ignorance is your enemy, existent également : noir taille U_n, bleu nuit taille U_n, rouge taille U_n, kaki taille U_n

Taille	Prix	Quantité	Couleur
S _n M _n L _n XL _n	100 F	<input type="checkbox"/>
S _n M _n L _n	100 F	<input type="checkbox"/>
S _n M _n L _n XL _n	100 F	<input type="checkbox"/>
S _n M _n	150 F	<input type="checkbox"/>
M _n	100 F	<input type="checkbox"/>
	100 F	<input type="checkbox"/>
	100 F	<input type="checkbox"/>
S _n M _n	100 F	<input type="checkbox"/>
S _n M _n L _n XL _n	100 F	<input type="checkbox"/>
S _n M _n L _n XL _n	100 F	<input type="checkbox"/>
L _n	100 F	<input type="checkbox"/>
F _n S _n M _n	100 F	<input type="checkbox"/>
S _n L _n	100 F	<input type="checkbox"/>
M _n L _n	160 F	<input type="checkbox"/>
M _n L _n XL _n	120 F	<input type="checkbox"/>
S _n XL _n	180 F	<input type="checkbox"/>
TU _n	100 F	<input type="checkbox"/>
TU _n	100 F	<input type="checkbox"/>
TU _n	100 F	<input type="checkbox"/>
TU _n L _n XL _n	100 F	<input type="checkbox"/>
L _n XL _n	100 F	<input type="checkbox"/>

bon de commande

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

Nom Prénom Adresse

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

Par prélèvement mensuel :

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

50F

100F

200F

autre montant :

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

Par chèque bancaire ou postal
(CCP Paris 561 41D)
à l'ordre d' Act Up-Paris:

200F

300F *

500F

autre montant

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

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

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

Act Up-Paris

RFPAV

75025 Paris cedex 11

Tél: 01 49 29 41 75

Fax: 01 40 06 16 74

Email: actup@actup.org

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

tel. 391 885 068 00025 - A1 n° 9136

Par carte bancaire :

500F

300F

200F

autre montant :

numéro de carte :

date d'expiration : mm/aa

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

Signature :

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

LES INFORMATIONS CONTENUES DANS LA PRÉSENTE DEMANDE SONT UTILISÉES QUEL QUE SOIT LE SUIVI DES BESOINS DE LA GESTION ET POURRONT DONNER LIEU À UN EXERCICE DU DROIT INDIVIDUEL D'ACCÈS ET DE MODIFICATION, DANS LES CONDITIONS PRÉVUES PAR LA DÉLIBÉRATION N° 80 DU 14/03 DE LA COMMISSION INFORMATIQUE ET LIBERTÉS. S'ADRESSER À ACT UP.

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT :

J'AI NOTÉ LE DÉBIT AUTOMATIQUE TENU DE MON COMPTE À PRÉLÈVEMENT SUR CE DÉBIT, SI SA SITUATION LE PERMET, TOUTS LES PRÉLÈVEMENTS OPÉRÉS PAR LE CRÉANCIER CI-DESSOUS EN CAS DE LANCEMENT D'UN PRÉLÈVEMENT, JE FOURNIS EN FAUTE SUSPENDRE L'ÉCHEC D'UN PAIEMENT SIMPLE DEMANDE À L'ÉTABLISSEMENT TENU DE MON COMPTE. JE RÉGÈLE LE DIFFÉREND DIRECTEMENT AVEC LE CRÉANCIER.

N° NATIONAL D'ÉMETTEUR

421 849

NOM, PRÉNOMS ET ADRESSE DU DÉBITEUR :

NOM LI / ADRESSE DU CRÉANCIER :

ACT UP-PARIS
BP 287
75025 PARIS CEDEX 11

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

CODE D'ÉTABLISSEMENT

CODE GUICHET

N° DE COMPTE

CLÉ RB

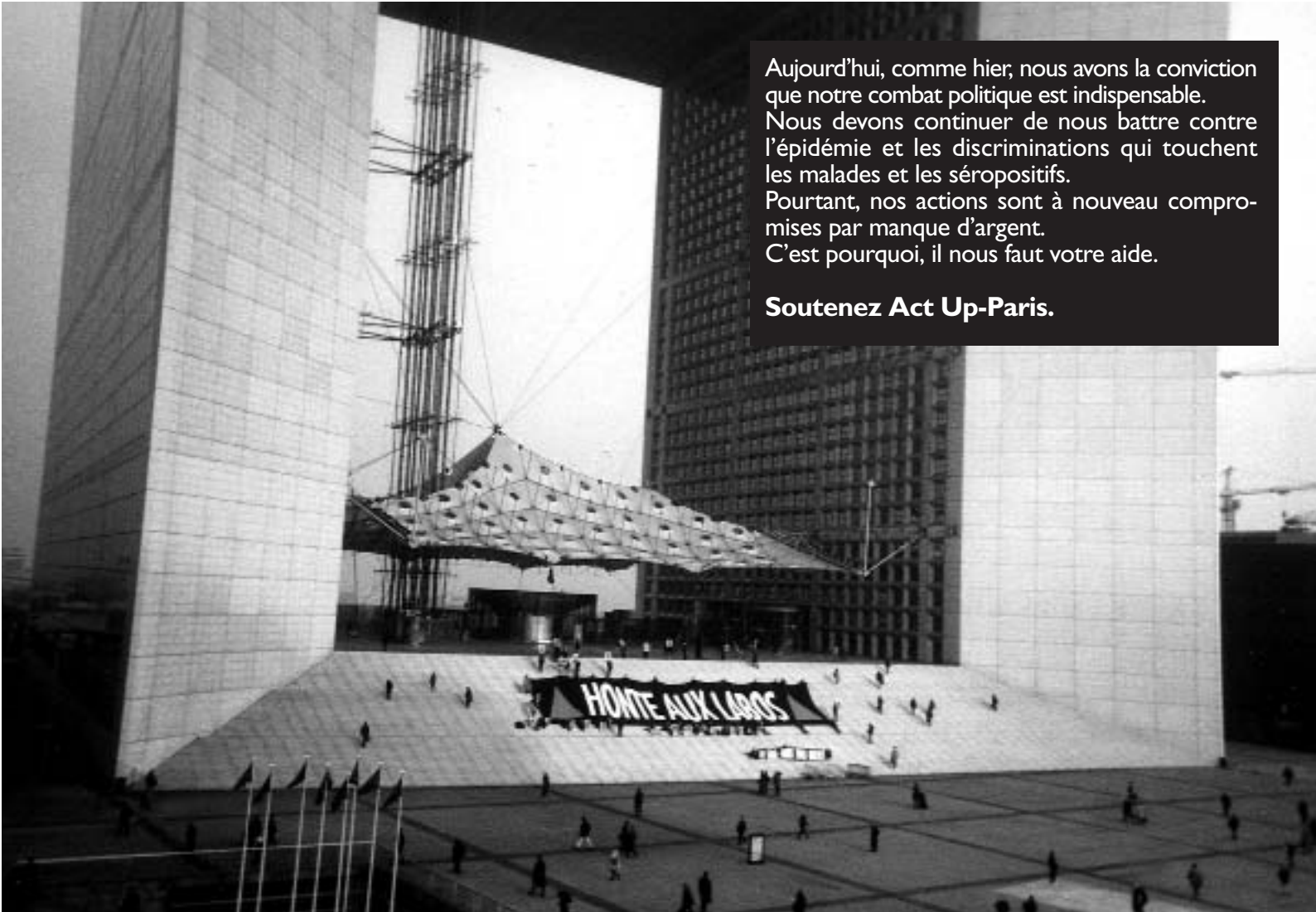
DATE

Signature :

AUTORISATION DE LA POSTE :

PA / B / 07 / 96

PRIÈRE DE RENVoyer CET IMPRIMÉ À ACT UP, EN Y JOIGNANT, SVP, UN RELIÉVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (RIB), POSTAL (RIP) OU DE CASSE (RIP) (RIP).



Aujourd'hui, comme hier, nous avons la conviction que notre combat politique est indispensable. Nous devons continuer de nous battre contre l'épidémie et les discriminations qui touchent les malades et les séropositifs. Pourtant, nos actions sont à nouveau compromises par manque d'argent. C'est pourquoi, il nous faut votre aide.

Soutenez Act Up-Paris.



Envoyez vos dons.

Par chèque bancaire ou postal (CCP Paris 561 41D)
à l'ordre d'Act Up-Paris.

Act Up-Paris est une association de lutte contre le sida issue de la communauté homosexuelle.
BP 287 - 75 525 Paris cedex 11 - Tel : 01 48 06 13 89 - Fax : 01 48 06 16 74 - <http://www.actupp.org>
Nos réunions ont lieu chaque mardi à 19h30 à l'Ecole des Beaux-Arts, rue Bonaparte, 75 006 Paris.
Rejoignez-nous.

Pub télé média 185x133
allogay

**ACT UP
PARIS**

TOMBOLA AU PROFIT ACT UP & Planet Africa

associations de lutte contre le sida

**Prix du billet : 20 FF
(3 Euros)**

SAVE ACT UP

1^{er} lot : 1 semaine de location à La Plagnes (Savoie) en janvier 2002, 1 semaine de location aux Rousses (Jura) de janvier à avril 2002.

Autres lots : jeux informatiques (Infogrammes), 4 carnets de 10 entrées à Univers Gym, passeports Disneyland et Parc Astérix, repas-spectacle (2 pers.), 2 diners-spectacles au Moulin Rouge, chez Michou, au Pau Caraïbes et au Brésil Tropical, 2 revues-champagne au Lido, 2 revues-consommation au Crazy Horse, places de théâtre (2 pers.), dizaines de repas (2 pers.) dans des restaurants divers, abonnements à des revues et journaux, centaines de CD (Louise Attaque, Noir Désir, Les Wampas, Miossec, Flor Del Fango, Rachid Taha, Mickey 3D, Barbara, Mylène Farmer, Etienne Daho, Dalida, etc.), un centaine de parfums (Inter Parfum), une vingtaine de guides Gay, une dizaine de cassettes vidéo (French Art), et beaucoup d'autres lots.

Tirage le 24 septembre au Batofar à partir de 21 heures (soirée au profit d'Act Up)

**Pour participer à la tombola et acheter vos billets écrivez-nous à Act Up-Paris
BP 287 - 75525 - Paris cedex 11 (3 francs de frais d'envoi ou 1 timbre).**

PUB AGL

PUB CONNEXION