

Action.

La lettre mensuelle d'Act Up-Paris n°76, oct. 2001

Alerte à la syphilis

La syphilis réapparaît en France. 700 cas ont été enregistrés cette année. 75% des personnes diagnostiquées sont des homosexuels. Mais cette épidémie concerne tout autant les hétérosexuels, hommes et femmes.

Quels sont les symptômes de la syphilis ?

Le premier signe est l'apparition d'une petite plaie indolore (le chancre syphilitique) à l'endroit de la contamination huit à quinze jours après le rapport sexuel. Ce chancre s'accompagne souvent de ganglions à l'aîne.

En phase primaire, les symptômes de la syphilis sont des ulcérations de la peau ou des muqueuses (gland, bouche, anus). Elles sont cependant indolores et disparaissent spontanément.

La bactérie responsable de la syphilis, le tréponème, s'installe ensuite dans tout le corps, trois mois après le rapport contaminant.

La phase secondaire de la maladie débute alors, avec des éruptions cutanées, des fièvres, des douleurs articulaires, des dermites séborrhéiques du visage, ainsi que des phases asymptomatiques. La bactérie est présente dans tous les fluides corporels, et les lésions deviennent très contagieuses.

Non traitée, la syphilis peut entraîner des accidents vasculaires cérébraux, des méningites et laisser des séquelles importantes (surdité, cécité, etc.).

Ses conséquences sont aggravées par le VIH. Une progression vers une neuro-syphilis est alors possible, ainsi qu'une résistance aux antibiotiques.

Comment se transmet la syphilis ?

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

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

Cette épidémie peut facilement être enrayée.

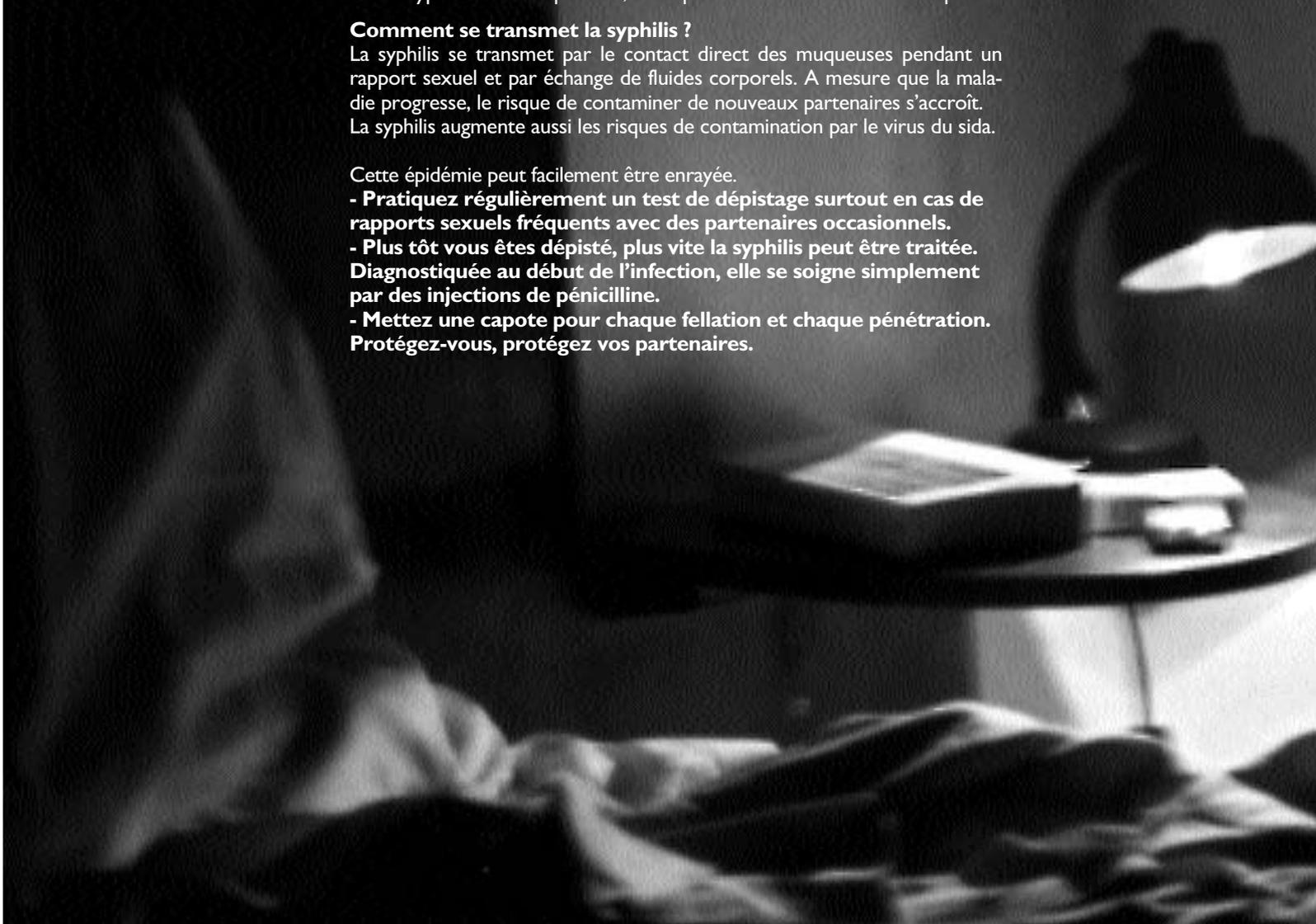
- **Pratiquez régulièrement un test de dépistage surtout en cas de rapports sexuels fréquents avec des partenaires occasionnels.**

- **Plus tôt vous êtes dépisté, plus vite la syphilis peut être traitée.**

Diagnostiquée au début de l'infection, elle se soigne simplement par des injections de pénicilline.

- **Mettez une capote pour chaque fellation et chaque pénétration.**

Protégez-vous, protégez vos partenaires.



Sommaire

Edito ... 3
Sur les pas de Delanoë ... 4
Non aux assureurs ... 5
Fonds piège à cons ... 6
ZMD, Zapper Moore Détend ... 7
En bref, ici et là ... 8
Sur la route du Qatar ... 9
Abbott dans le collimateur ... 10
Brückerbeurk ... 11
Fémidon, on en veut ... 12
Des projets pour la prisons ... 14
Le CNS, un ami ... 16
Katlama en très bref ... 18
Il faut aider Philippe ... 19
Ton Teeshirt du samedi soir ... 20

Action.

La lettre mensuelle d'Act Up-Paris

Directrice de publication :

Victoire Patouillard.

Rédactrice en chef :

Gaëlle Krikorian.

Ont participé à ce numéro :

Emmanuelle Cosse • Elise Bourgeois • Jean Cazentre • Khalil Elouardighi • Germinal Pinalie • Alice Meier • Hugues Fischer • Aude Lalande • Claire Vannier • Younès Mezziane • Sylvain Coudret • Marie de Cenival • Véronique Collard • Gérald Sanchez • Serge Lastennet • Jérôme Martin • Chloé Forette • Anne Sophie • Guillaume Vergne • Irène Meloni • Stéphane Pasquay • François Berdougou • Cécile Brossard • Philippe Mangeot • Catherine Kapusta • Marjolaine Dégremont • Olivier Jablonski • Nicolas Maalouly.

Icono :

Julien Grataloup (Ours/Web), GKK, REU.

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

Edito.

Comme chaque année, à la fin du mois de septembre, les militants d'Act Up-Paris se sont réunis en Assemblée Générale. Une nouvelle équipe a été élue pour diriger le groupe pendant un an. Je deviens présidente de l'association après en avoir été vice présidente en 1995 et trésorière en 1998. Donald Bovy conserve le poste de trésorier et François Berdougo succède à Jean Cazentre au secrétariat général. Ce qui fait la force de cette équipe est sans nul doute le nombre de ses vice-présidents. Ils sont cinq cette année à avoir pris cette responsabilité : Alain Bessaha, Philippe Formont, Nicolas Maalouly, Jérôme Martin, et Guillaume Vergne.

Chacun arrive avec sa propre histoire, sa propre trajectoire dans l'association, ses propres obsessions ; plusieurs générations se mêlent, certains sont arrivés à Act Up l'an passé, d'autres il y a plus de sept ans. C'est une équipe jeune, mixte, hétéroclite mais réunie par la même obstination ; c'est une véritable coalition.

Dans les deux semaines qui ont suivi l'Assemblée Générale, la commission Nord/Sud a fait exploser le standard téléphonique de l'OMC à Genève afin d'obtenir une réponse de Mike Moore quant à un moratoire sur les mesures de rétorsion à l'égard des pays du Sud, la commission Droits Sociaux a zappé Bertrand Delanoë sur la place de l'Hôtel de Ville afin de lui rappeler les engagements qu'il avait pris devant les associations, la commission Prison a interpellé la Ministre de la Justice, Marylise Lebranchu, lors d'un colloque sur l'abolition de la peine de mort pour réclamer la libération des détenus atteints de

pathologies graves, et tout Act Up s'est retrouvé pour manifester sous une pluie torrentielle lors de l'Existrans, manifestation annuelle de la fierté transsexuelle. Lorsque les pancartes sont rangées, les banderoles pliées et les corps fatigués, il faut encore répondre aux journalistes qui guettent le moment où nous nous assagirons.

Mais ce ne sera pas pour cette année. Le calendrier est chargé : alors que nous entamons la préparation du 1^{er} décembre, le bras de fer qui nous oppose à la Mairie de Paris sur la question du logement social se poursuit à coups de communiqués de presse de part et d'autre et nous commençons à envisager une présence assidue et bruyante à tous les conseils municipaux. Sur le plan international, nous avons contribué à inscrire à l'agenda deux questions : d'abord, celle de l'accès aux traitements dans les pays pauvres, puis celle des médicaments génériques. En novembre, lors de la conférence interministérielle de Doha, l'impact des accords sur la propriété intellectuelle sur la santé publique va être rediscuté. Act Up-Paris y est invitée ; mais notre présence au Qatar n'a de sens que si elle est précédée d'un lobby fort, mené en collaboration avec les associations de malades des pays pauvres. C'est ce travail de lobby sur les institutions internationales et sur les pays riches qui nous occupe aujourd'hui. Pour finir, nous entrons pour plusieurs mois dans une période de campagne électorale. C'est l'occasion d'interpeller à nouveau les partis politiques et de les faire avancer. La loi de 1970 doit être abrogée. Dans le rapport publié en septembre dernier, le Conseil National du Sida met en avant les terribles

conséquences sanitaires de cette loi et préconise la dépénalisation de l'usage des drogues. La MILDT de son côté reconnaît enfin que des personnes sont détenues en prison pour simple usage et que les directives données aux parquets n'ont fait qu'installer l'arbitraire juridique. Mais cela, seules les institutions respectables peuvent le dire : pour avoir critiqué cette loi dans un tract, Act Up est tombée sous le coup de l'article L630 et a été condamnée à verser 30 000F d'amendes. L'abrogation de la loi de 1970 était inscrite dans le programme du Parti Socialiste en 1977. Notre impatience pourrait se transformer en haine.

De son côté, l'Institut de Veille Sanitaire vient de publier les chiffres fournis par les CDAG : ils confirment de façon glaçante ce que d'autres indicateurs avaient annoncé. L'épidémie repart de plus belle. On ne pourra pas dire que tout aura été fait pour empêcher ce retour en arrière. La dernière campagne de prévention a été censurée par Ségolène Royal et Lionel Jospin. Il est temps pourtant que le gouvernement prenne nos vies en considération et fasse de la lutte contre le sida une priorité politique. Il est temps que soit mise en place la Déclaration Obligatoire de Séropositivité qui est reportée de trimestre en trimestre depuis deux ans et qui nous fournirait aujourd'hui des indications précieuses sur ces nouvelles contaminations. Il est temps aussi que vous nous rejoigniez. Notre force est collective.

Victoire Patouillard.





Logement à Paris : Delanoë se moque de nous

17 propositions de logement ; 6 attributions d'appartements sociaux : c'est le maigre bilan obtenu par la PILS (Plateforme Interassociative pour le Logement Sida), à la mi-septembre, après une dizaine de réunions à la Mairie.

En mai, Jean-Yves Manau avait promis de répondre avant le 30 juin à 50 des demandes que nous lui adressions.

Mais le dispositif mis en place entre la PILS et la Mairie est un jeu de dupes. Il sert avant tout à l'équipe municipale à se donner bonne conscience, à se vanter de ses volontés de réforme et de transparence dans des conférences de presse comme celle du 14 septembre. Sur les dizaines de dossiers présentés par Act Up, une seule attribution d'appartement a été obtenue, suite au zap de l'Hôtel de Ville cet été. Les conclusions à en tirer sont simples : pour faire respecter les promesses électorales seule l'action publique est efficace. Delanoë aura donc de plus en plus souvent l'occasion de nous rendre publiquement des comptes sur ses engagements non tenus et sur la situation des séropos parisiens à la rue.



ZAP

Le 6 octobre dernier Act Up-Paris interpellait Bertrand Delanoë sur le logement social à

l'occasion de son apparition, place de l'Hôtel de Ville, lors d'une manifestation de Handicap International. « *Séropos sans logement, Delanoë incompetent* ». « *Le sida, c'est maintenant, des logements, c'est urgent* ». « *Delanoë, moins de paroles, des actes* ». Ce zap est le premier d'une longue série. Tant que la municipalité ne remplira pas ses engagements vis-à-vis des malades, Bertrand Delanoë trouvera Act Up sur son chemin.



Complémentaire CMU : encore et encore...

Tous les bénéficiaires de l'Allocation Adulte Handicapé ont appris cet été la bonne nouvelle : ils n'auront plus droit à une prise en charge gratuite du régime complémentaire de la Couverture Maladie Universelle. Pour qu'un forfait hospitalier ou des soins onéreux (dentaires ou optiques, par exemple) soient remboursés, il faudra désormais cotiser auprès de la Sécurité Sociale, d'une mutuelle ou d'un groupe privé d'assurance.

En effet, selon la loi et les décrets d'application de la CMU, le plafond de ressource du régime complémentaire est inférieur au montant de l'AAH. Jusqu'à présent, toutes les personnes concernées bénéficiaient d'un sursis, mais le gouvernement se trouve trop généreux et estime qu'avec 3 600 francs par mois tout un chacun peut dorénavant se payer un régime complémentaire. A quelques mois d'échéances électorales, le gouvernement devra rendre compte de cette mesure qui constitue une régres-

sion des droits de plusieurs dizaines de milliers de personnes handicapées. D'ici là, vous pouvez réagir auprès de :

- la **CNAM (Caisse Nationale d'Assurance Maladie), Docteur Jouannet, 16 rue d'Ourcq, 75019 Paris,**
- **Elisabeth Guigou, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 127 rue de Grenelle, 75007 Paris.**

Enfin, renseignez-vous auprès de vos collectivités locales (Conseil Général, Mairie) pour savoir si elles n'ont pas mis en place un dispositif spécifique permettant l'accès gratuit au régime complémentaire de la CMU.

Assurance des personnes atteintes par le VIH : Pourquoi Act Up-Paris refuse de signer la convention



La convention visant à améliorer l'accès à l'emprunt et à l'assurance des personnes présentant un risque de santé aggravé entrera bientôt en vigueur. Signée par les ministres de la Santé et du Budget le 19 septembre 2001, elle doit désormais obtenir l'aval de l'Assemblée nationale via la loi sur les droits des malades. Engageant l'État, les représentants des professions bancaires et de l'assurance, ainsi que certaines associations de défense des droits des malades (AIDES, Sida Info Service, notamment), elle remplace la convention de 1991 qui ne concernait que les personnes atteintes par le VIH.

Act-Up-Paris n'est pas signataire de cette nouvelle convention qui maintient une situation de discrimination à l'égard des séropositifs face à l'emprunt et à l'assurance.

Rappelons le contexte de la naissance de cette convention. La loi anti-discrimination du 12 juillet 1990 ne s'applique pas aux assurances qui peuvent donc en toute impunité imposer des surprimes ou refuser d'assurer des malades. En décembre 1990, un texte signé entre l'État, les banques et les assurances crée un système de réassurance entre les compagnies (un pool de risques aggravés) destiné à permettre la couverture des personnes séropositives en cas d'emprunt, moyennant une surprime de 2 % à 4 %, pour des prêts maximum de 1 million de francs sur 10 ans. Dans les faits, les assureurs n'appliquent pas ce mécanisme — seule une quinzaine de personnes en a bénéficié — qui disparaît tout à fait en 1997.

Vingt ans après le début de l'épidémie du sida, la nouvelle convention, rédigée au sein du comité Bélorgey (mis en place en juin 1999), maintient l'exclusion des séropositifs des possibilités d'assurance en cas d'emprunt :

- les personnes ayant un sida déclaré sont d'office exclues du champ d'application de la convention ;
- le risque invalidité n'est pas couvert par le texte (ce qui contredit la loi sur les droits des malades qui précise que « la convention détermine les modalités particulières d'accès à l'assurance contre les risques d'invalidité ou de décès ») ;
- les montants des prêts garantis sont trop faibles : 10 000 euros pour les prêts à la consommation et 200 000 euros pour les prêts professionnels ou immobiliers ;
- les durées maximales de remboursement, 4 ans pour les premiers prêts et 12 ans pour les seconds, les rendent inaccessibles au plus grand nombre puisqu'elles imposent des mensualités très élevées.

Difficile dans ces conditions de se réjouir des maigres progrès proposés par la convention. L'élargissement de son application aux autres

pathologies ne fait que soumettre d'autres malades aux conditions explicites de discrimination. La suppression des questionnaires de santé pour les prêts à la consommation inférieurs à 10 000 euros est une fausse nouveauté : la plupart des établissements de crédit ne les font pas remplir pour un montant si faible. La création d'un « pool de risques très aggravés », afin de permettre la mutualisation des risques, avec l'engagement de ne pas faire de bénéfices sur ce type de contrat, ne peut être efficace que si le comité de suivi prévu par la convention dispose des moyens de contrôle des surprimes décidées par ce pool. Or, lors de la préparation du texte définitif, le comité Bélorgey a rejeté la possibilité de faire intervenir un cabinet d'expertise indépendant qui aurait évalué le montant de ces surprimes à l'échelle nationale.

Le respect de la confidentialité des données comportant des informations médicales est assurée par l'engagement des compagnies bancaires et d'assurance à respecter un code de bonne conduite annexé à la convention. Il ne fait que reprendre de nombreuses dispositions légales de la Commission Nationale Informatique et Libertés, ou réglementaires du code des assurances ou de déontologie médicale. En outre, la loi sur les droits des malades ne prévoit aucune sanction en cas de violation de ce code de bonne conduite. Rien ne changera donc pour les malades. Seule une anonymisation complète des dossiers médicaux constitués lors d'une demande de crédit permettrait de garantir cette confidentialité.

Tout au long des discussions au sein du comité Bélorgey, les pouvoirs publics n'ont apporté aucun soutien aux associations représentant les droits des malades : le ministère de la Santé a brillé par son absence et le ministère des Finances n'a fait que relayer les exigences des compagnies bancaires et d'assurance.

Act Up-Paris a donc refusé de signer cette convention. En outre, Act Up exige que l'État mette en place un fonds de garantie national afin de couvrir les montants des prêts souscrits par les personnes présentant un risque de santé aggravé.



Fonds Mondial : L'INITIATIVE DÉGÉNÈRE

Les 11 et 12 octobre, s'est tenue à Bruxelles la 1^{ère} réunion du groupe de travail constitué pour déterminer la mission du Fonds Mondial lancé par Kofi Annan en avril dernier lors du sommet des chefs d'Etats africains sur le sida.

Six mois après l'annonce de la création de ce fonds, nous avons plus que jamais toutes les raisons d'être inquiets.

A l'heure actuelle, les promesses de contributions sont estimées à environ 1.5 milliards de dollars, pour lutter contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Nous sommes bien loin des 10 milliards de dollars par an pour lutter contre le sida que demandait Kofi Annan.

D'ici la fin décembre 2001, les 38 membres du conseil d'administration intérimaire du Fonds Mondial doivent se prononcer sur les questions suivantes :

Répartition des financements entre différents pathologies (paludisme, tuberculose, sida) : il est clair que les pays les plus riches veulent privilégier les maladies les plus faciles à combattre, et donc les moins onéreuses : le paludisme et la tuberculose. Par ailleurs, certains pays (le Japon, par exemple) envisagent d'élargir encore la mission du fonds pour défendre la santé en général, la pauvreté pourquoi pas ?

Répartition des financements entre « prévention » et

« traitement » : tout semble indiquer que les pays les plus riches veulent privilégier la prévention aux dépens du traitement, en particulier en ce qui concerne le VIH, dans la mesure où l'une est beaucoup moins coûteuse que l'autre.

La liste des traitements que le Fonds pourra financer : les pays les plus riches souhaitent exclure de cette liste les médicaments récents, sous brevet des multinationales pharmaceutiques, qui les commercialisent à prix très élevés, alors même qu'il existe des versions génériques bien plus abordables.

En outre, il apparaît que la plupart des membres du conseil d'administration qui vont décider du Fonds Mondial ont une vision caricaturale des pays du Sud, très peu d'expérience en matière de lutte contre le sida dans ces pays, et ignorent bien souvent le succès d'initiatives d'ONG, notamment dans le cadre de la prise en charge médicale des malades.

10 000 personnes privées d'accès au traitement meurent chaque jour du sida. Pourtant, et malgré la mobilisation internationale, la plupart des pays riches refusent toujours de participer financièrement pour permettre la prise en charge des malades. Les montants alloués au Fonds Mondial sont dérisoires ; on assiste à une dilution des objectifs et au retour en force du tout-prévention.

Dans ces conditions, il faut être réaliste, ce fonds est avant tout une manœuvre de diversion.

Il permet d'occulter la question de la production et de l'accès aux médicaments génériques dans les pays pauvres, tout autant que le débat sur les accords TRIPS de l'OMC et leurs conséquences sanitaires dramatiques dans les années à venir.

Il permet aux bailleurs internationaux, et notamment les pays du Nord, de donner à moindre frais l'illusion qu'ils se mobilisent — les montants alloués sont insignifiants au regard des besoins. La guerre contre le terrorisme reçoit 30 fois plus que la guerre contre le sida, qui tue 10 000 personnes chaque jour.

Il permet de masquer un désengagement massif en matière d'aide au développement, couvert par la mise en place d'initiatives internationales vides de substance, mais fortement médiatisées.

C'est pourquoi nous devons réagir et intimer aux membres du conseil d'administration du Fonds Mondial l'impératif de financer massivement et rapidement la prise en charge, y compris antirétrovirale, des malades du sida vivant dans les pays pauvres.

CONTACTEZ LES MEMBRES DU FONDS EXIGEZ DES TRAITEMENTS POUR LES MA- LADES DU SIDA

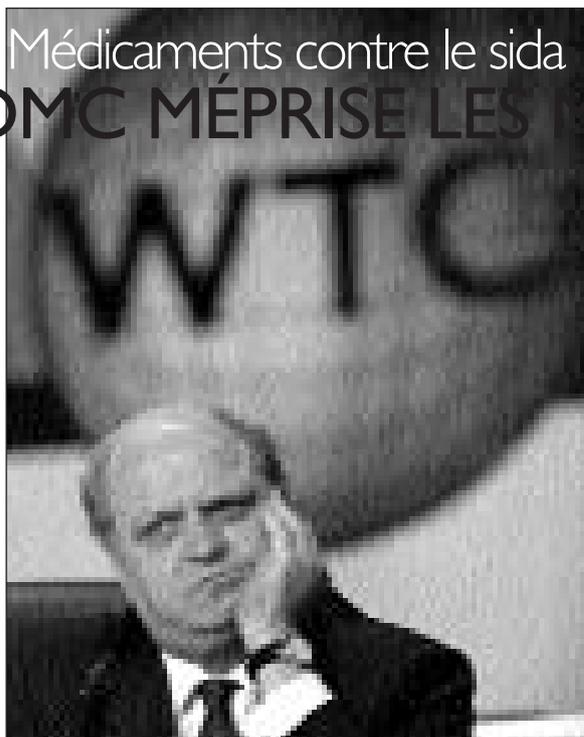
BELGIUM : Dr Dirk Van Der Roost - Fax: +32 2 512 2123 - E-mail: dvanderroost@cabos.fgov.be
BRAZIL : Dr Paolo Teixeira - Fax: +55 61 448 81 21 - E-mail: pteixeira@aidsgov.br
CANADA : Mr. Ernest Loevinsohn -

E-mail: ernest_loevinsohn@acdici.dagc.ca
CHINA : Mr. Liu Peilong - Fax: +86 10 68792279 - E-mail: mryongfeng@hotmail.com
DENMARK : Mr Bo Jensen - Fax: +45 33 92 14 21 - E-mail: t-bojens@um.dk
FRANCE : Mr Serge Tomasi - Fax: +33 1 53 69 43 89 - E-mail: serge.tomasi@diplomatie.gouv.fr
GERMANY : Dr Hans Peter Schipulle - Fax: +49 228 5353755 - E-mail: schipulle@bmz.bund.de
INDIA : J.V.R. Prasada Rao - Tel/Fax: 91 11 301 7706 - E-mail: nacodel@vsnl.com
IRELAND : Mr Vincent O'neill - Fax: +353 1 408 2626 - E-mail: vincent.oneill@iveagh.irlgov.ie
ITALY : Mr Claudio Spinedi - Fax: +39 063235911 - E-mail: spinedi@esteri.it
JAPAN : Mr Seiji Morimoto - Fax: +81 3 3597 7756 - E-mail: seiji.morimoto@mofa.go.jp
MALI : Dr Mamadou Drave - Fax: +223 23 02 03 - E-mail: drave@afribone.net.ml
MOZAMBIQUE : Mr Eduardo Zaqueu - Fax: +32 2 735 62 07 - E-mail: zaqueu@skynet.be
NETHERLANDS : Dr Marijke Wijnröks - Fax: +31 70 3485366 - E-mail: marijke.wijnroks@minbuza.nl
NIGERIA : Pr Ibironke Akinsete - Fax: +234 9 523 4253 - E-mail: naca@inet-global.com
NORWAY : Mr Bjorn Skogmo - Fax: +47 22 24 3639 - E-mail: bjorn.skogmo@mfa.no
RUSSIA : Dr Sergei M. Furgal - Fax: +7 095 200 0212 - E-mail: minzdrav@cnt.ru
SENEGAL : Dr Aziz Diop - Fax: +221 822 3525 - E-mail: azdiop@yahoo.fr
SOUTH AFRICA : Dr Manto Tshabalala-Msimang - Fax: +27 21 465 1575 - E-mail: embassy.southafrica@online.be
SPAIN : Mr Jose Pascual Marco - Fax: +32 2 5098 633 - E-mail: jose.marco@reper.mae.es
SWEDEN : Mr Hans Lundborg - Fax: +46 8 723 11 76 - E-mail: hans.lundborg@foreign.ministry.se
SWITZERLAND : Mr Jacques Martin - Fax: +41 31 324 13 47 - E-mail: jacques.martin@deza.admin.ch
THAILAND : Dr Suwit Wibulpolprasert - Fax: +66 2 591 8513 - E-mail: suwit@health.moph.go.th
TRINIDAD AND TOBAGO : Dr Hamza Rafeeq - Fax: +1 868 623 9528 - E-mail: srafeeq@tstt.net.tt
UGANDA : Dr D. Lwamafa - E-mail: lwamafa@moh.gov.ug
UKRAINE : Mr Vladimir Petrovitch Semiozhenko - Fax: +380 44 254 0570 - E-mail: pol_serd@kmu.gov.ua
UNITED KINGDOM : Dr Julian Lob-Levyt - Fax: +44 20 7917 0174 - E-mail: j-lob-levyt@dfid.gov.uk
USA : Dr Jack Chow - Fax: +1 202 647 0217 - E-mail: chowjc@state.gov
EUROPEAN UNION PRESIDENCY : Dr Jan Van Emelen - Fax: +32 2 513 7262 - E-mail: jan.vanemelen@premier.fed.be
EUROPEAN COMMISSION : Dr Lieve Fransen - Fax: +32 2 296 36 97 - E-mail: lieve.fransen@cec.eu.int
UNNDG : Mr Kunio Waki - Fax: +1 212 297 4911 - E-mail: waki@unfpa.org
UNAIDS : Dr Julia Cleves - Fax: +41 22 791 4179 - E-mail: clevesj@unaids.org
WHO : Dr Andrew Cassels - Fax: +41 22 791 4881 - E-mail: casselsa@who.int
WORLD BANK : Mr Geoffrey Lam - Fax: +1 202 477 0861 - E-mail: glamb@worldbank.org
GLOBAL ISSUES WORLD ECONOMIC FORUM : Mr Richard Samans - Fax: +41 22 786 2744 - E-mail: richard.samans@weforum.org
GATES : Mrs. Sylvie Mathews - Fax: +1 206 709 3185 - E-mail: lynn@gatesfoundation.org
GAVI : Dr Tore Godal - Fax: +41 22 909 50 31 - E-mail: tgodal@unicef.org
Global Fund for Children's Vaccines : Mr. Jacques-François Martin - Fax: +33 478 42 34 24 - E-mail: jsmartin@vaccinefund.org
COCA COLA : Mr. Carls Ware - Fax: +1 404 676 5631 - E-mail: cware@na.co.com

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.

Médicaments contre le sida L'OMC MÉPRISE LES MALADES



Pour consulter la lettre ouverte
des associations

Qatar : l'OMC ne peut entraver
l'accès aux traitements pour
les malades des pays pauvres

www.actupp.org

ZAP phone / fax

WORLD TRADE ORGANIZATION

154, RUE DE LAFFANNE 1211 GENÈVE 11 - SUISSE/ROMANDE
TEL (41-22) 730 81 00 - FAX (41-22) 730 81 01

MIKE MOORE
DIRECTEUR GÉNÉRAL

27 September 2001

Dear Mr. _____

It has been brought to my attention that on 18 September various individuals claiming to represent your organization sought to disrupt the telephonic and communications systems of the WTO Secretariat. Their efforts included blocking key WTO email addressees and trying to overload our telephones. I should add that the campaign coincided with receipt in my office of an open letter addressed to the WTO from Act Up - Paris and other signatories concerning the issue of access to drugs for people in developing countries.

While the efforts of the individuals concerned were unsuccessful and the local authorities have been informed, the actions were also reckless and immature. I find it difficult to believe this type of behaviour is condoned by your organization - an organization seeking to promote a responsible dialogue on an important health issue and which has a broad range of sponsorship to which you are surely accountable. Nor does it fit comfortably with the fact that Act Up - Paris has already been accredited to attend the 4th WTO Ministerial Conference to take place in Doha, Qatar, in November. Therefore, it would greatly assist me if you could provide me with your understanding of the events of last week.

Access to drugs for people in developing countries is a vitally important issue that is being addressed in a serious and determined way by the WTO membership. I believe constructive inputs are always welcome. Today I am again meeting with NGOs as I do most weeks.

Yours sincerely,

Mike Moore

This is the original document already
transmitted by fax on 27-9-01
for your records

Le 19 septembre 2001, le conseil sur la propriété intellectuelle de l'OMC se réunissait en préparation de la conférence ministérielle de Doha (Qatar) pour trancher sur le droit des pays en développement à recourir à des médicaments génériques. Le même jour, une lettre ouverte signée par des ONG de malades et de lutte contre le sida d'une vingtaine de pays, majoritairement du Sud, était adressée à l'OMC afin que cette organisation se prononce publiquement pour l'accès à ces médicaments.

A deux reprises, de nombreux malades ont contacté l'OMC, sans parvenir à obtenir de réponse.

Fin septembre, Mike Moore, directeur général de l'OMC, adressait à Act Up-Paris, signataire de la lettre ouverte, un fax s'indignant de notre détermination et de nos méthodes, mais évitait soigneusement de se positionner sur la question de l'accès aux génériques (voir ci-contre).

Le 6 octobre, suite à un second zap phone/fax, il nous proposait une conversation téléphonique de 5 minutes, mais refusait de répondre par écrit.

52 pays ont demandé que plus rien au sein des accords internationaux n'entrave l'accès à la santé et aux médicaments. Les États-Unis, l'Australie, le Japon, la Suisse et le Canada s'opposent à cette demande et tentent de l'éteindre. De son côté, l'Union européenne essaie par tous les moyens de faire fléchir les pays en développement.

À maintes reprises, l'OMC a soutenu officiellement ou officieusement la position criminelle des pays du Nord. C'est pourquoi, aujourd'hui, Act Up-Paris interpelle à nouveau le directeur général de l'OMC :

Mike Moore doit répondre à la lettre ouverte des malades du sida. L'OMC doit se prononcer en faveur de l'accès aux médicaments génériques pour les malades des pays pauvres.

BREVES

Les « faveurs » d'Aspen

Le laboratoire pharmaceutique privé Aspen, le plus important producteur de génériques d'Afrique du Sud, s'est vu octroyé une licence volontaire par GlaxoSmithKline, détenteur des brevets sur les médicaments antirétroviraux AZT, 3TC et leur combinaison, le Combivir®. Cet accord ne signifie pourtant pas pour le moment que ces médicaments vont être accessibles aux 4 millions de séropositifs sud-africains. D'une part parce qu'à 1 dollar 80 par jour, la version générique du Combivir® ne représente qu'une réduction de 10% par rapport au prix proposé au service public sud-africain par GlaxoSmithKline ; il reste donc inabordable pour l'immense majorité des malades. D'autre part, parce que sa distribution sera limitée à quelques ONG et fondations caritatives ainsi qu'au seul secteur public (toujours opposé aux antirétroviraux sur son territoire, ses représentants sont restés muets au sujet de cette proposition). Or on sait qu'une très petite partie de malades ont accès aux soins à travers le secteur public dans le pays. Enfin, l'accord conclu entre GSK et Aspen interdit l'exportation des produits Aspen, y compris dans les pays frontaliers tels que le Botswana (pays qui détient le plus haut taux de séroprévalence, 36%) ou le Zimbabwe (26% de séroprévalence).

Anglo American ou l'apartheid d'entreprise

Anglo American, l'une des plus importantes compagnies minières du monde, avait récemment annoncé sa volonté de fournir dès novembre des traitements antirétroviraux à tous ses employés séropositifs. La compagnie vient de préciser que l'accès à ces médicaments ne concernera que les cadres de l'entreprise qui bénéficieront parallèlement d'une couverture médicale privée capable de prendre en charge une partie des dépenses. En effet, le vice-président attaché aux affaires médicales, Brian Brink estime que son extension à tous les travailleurs serait en fin de compte trop onéreuse. L'union nationale des mineurs juge cette prise de position « discriminatoire et raciste ».

La démocratie version USA

Dans une lettre adressée à l'OMS, les Etats-Unis dénoncent les pratiques du département des Médicaments Essentiels de l'Organisation Mondiale de la Santé. Officiellement, les Etats-Unis lui reprochent l'absence de consultation des Etats membres tandis que l'OMS aurait sollicité les ONGs qui auraient ainsi influencé à plusieurs reprises des décisions de l'organisation. Outre le ridicule de cette allégation quand on sait que les Etats-Unis font systématiquement pression sur les autres Etats membres ou sur l'OMS, et ont toujours à cœur d'évincer les représentants des ONGs des lieux de consultation, il est clair que cette attaque traduit avant tout l'opposition de ce pays aux experts qui concluent que la propriété intellectuelle constitue un obstacle à l'accès aux traitements. Accusé de « subvertir la protection de la propriété intellectuelle » et d'avoir pour principal objectif de « saper les droits de propriété intellectuelle », les Etats-Unis « conseillent fermement » à l'OMS de modifier son processus délibératif avec les pays membres. Entendez par là qu'ils souhaiteraient une consultation réservée aux Etats, si possible exclusivement entre pays riches et surtout sans représentants de la société civile. Gro Harlem Brundtland ne pourrait-elle pas « conseiller fermement » à la première puissance économique mondiale d'honorer enfin la dette de 100 millions de dollars qu'elle a accumulée auprès de l'OMS dont elle est le premier Etat débiteur.

Exportation des génériques brésiliens via MSF

Le 12 septembre dernier, le gouvernement brésilien et Médecins Sans Frontières ont signé un accord de transfert de technologie et de formation professionnelle pour lutter contre le sida dans les pays en développement. MSF qui mène des programmes d'aide aux malades du sida et de distribution gratuite de médicaments dans 29 pays, veut par cet accord exporter le modèle de prévention brésilien et fournir les médicaments génériques-produits par le Brésil. Cet accord a également pour but de permettre aux pays en développement de mettre en place localement leurs propres usines de génériques. Actuellement, 7 des 16 traitements antirétroviraux sont produits par les laboratoires d'Etat brésiliens, à des prix 40 à 80 % moins chers que ceux pratiqués par les laboratoires de marque.

Mbeki, ou le déni

Alors que le dernier rapport de l'Onusida publié en juin 2000 estime, qu'en 1999, 250.000 personnes étaient mortes du sida en Afrique du Sud et 4,2 millions de personnes étaient malades ou porteuses du virus HIV, le président sud-africain Thabo Mbeki, dans une lettre du 6 août, adressée à la ministre sud-africaine de la Santé, affirme que le sida est loin d'être une cause essentielle de décès en Afrique du Sud. Thabo Mbeki avait subi l'an dernier de vives critiques pour son soutien aux théories de dissidents scientifiques ultra-minoritaires qui contestent le lien entre le virus VIH et le sida. Cette fois-ci il s'appuie sur des statistiques de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) datant de 1995 pour minimiser l'ampleur de la pandémie dans le pays. D'après ces chiffres, « les derniers disponibles » selon lui, le sida ne compte que pour 2,2% des causes de décès. Aussi souhaite-t-il un réexamen des dépenses de l'Etat qui ciblent l'épidémie. Or, l'Onusida, qui a réagi à ces propos, note que les statistiques sur lesquelles s'appuie le président émanent du gouvernement sud-africain lui-même qui, comme tous les Etats, fournit des rapports de routine à l'OMS. En outre, cette lettre a été rédigée alors que le Conseil médical de la recherche sud-africain (MRC) publiait un rapport démontrant que le sida est devenu la principale cause de mortalité en Afrique du Sud avec 40% des décès des personnes âgées de 15 à 49 ans. Ce rapport prévoit que, si aucune mesure efficace de traitement et de prévention n'intervient en Afrique du Sud, le sida sera responsable de la mort de 6 millions de personnes d'ici à 2010. De son côté, le ministre de la Santé, Tshabalala Msimang, contre qui le groupe activiste TAC tente actuellement un procès, continue de s'opposer à la mise en place de programmes d'accès aux antirétroviraux.

L'Union européenne doit choisir son camp

Les 19, 20, 21 septembre 2001, le conseil sur la propriété intellectuelle de l'Organisation Mondiale du Commerce se réunissait en préparation de la conférence ministérielle de Doha (Qatar).

A cette occasion, 52 pays ont demandé que « plus rien au sein des accords internationaux n'entrave l'accès à la santé et aux médicaments » ; ceci afin qu'ils puissent notamment produire ou importer des produits génériques sans avoir à craindre pressions ou chantages de la part des pays du Nord. Les Etats-unis, l'Australie, le Japon, la Suisse et le Canada s'opposent à cette demande et tentent de l'étouffer.

De son côté, la Commission européenne s'appuie sur un jargon administratif abscons pour éluder les besoins et les réalités clairement exprimés par les pays du Sud et soutenir la position portée par les Etats-Unis.

Lors de la dernière AMS (Assemblée Mondiale de la Santé), la société civile avait déjà pu constater de quelle façon l'UE, sous couvert d'un rôle de médiateur, pesait de tout son poids pour imposer le point de vue des pays riches, Etats-Unis en tête, et réduire à néant les demandes très concrètes des pays du Sud.

Le 18 septembre dernier, Pascal Lamy rappelait que la Direction Générale du Commerce avait entamé depuis plus de 18 mois une consultation avec la société civile qui devait lui permettre de prendre une position en adéquation avec les besoins des populations.

En 18 mois près de 5 millions de personnes qui n'avaient pas accès aux traitements sont mortes du sida. Aujourd'hui il apparaît évident que cette consultation n'était qu'une mascarade. Dans les faits, la politique de la Commission européenne continue de tuer des malades dans les pays du Sud.

Le 4 octobre, le Parlement européen a adopté une résolution demandant notamment que « l'Union européenne fasse reconnaître sur le plan international le droit des pays en développement de produire et commercialiser en leur sein les médicaments génériques destinés à soigner les grandes épidémies, sans coûts dus aux droits de propriété intellectuelle [...] »

Le Parlement regrettait également que « les pays qui ont fait la démarche de recourir à la clause de sauvegarde dans l'accord sur les ADPIC aient subi des pressions afin de retirer leurs législations en la matière » tandis qu'il considère que « la Commission et les États membres devraient défendre [...] le droit des pays en développement à utiliser les clauses de sauvegarde prévues par l'accord sur les ADPIC de l'OMC, dans toutes leurs composantes (licences obligatoires, importations parallèles, production générique de produits pharmaceutiques essentiels, dispositions « Bolar ») et dans les conditions prévues par l'accord, et demander, si besoin, dans le cadre de l'OMC, une adaptation de la réglementation relative aux ADPIC ».

Dans ces conditions, il est inacceptable que la Commission, prenant le contre-pied du Parlement, continue de bloquer l'accès aux traitements pour les malades des pays pauvres.

A Doha, les Ministres du Commerce du monde entier vont ratifier une déclaration qui précisera les règles du commerce international pour les années à venir. En matière d'accès aux traitements et à la santé, l'enjeu est considérable. Des médicaments abordables et de qualité doivent être produits et distribués par les pays pauvres sans qu'aucune mesure de rétorsion ne les inquiète. Les règles du jeu doivent changer. L'Union européenne ne peut entraver le droit à la santé.



Abbott

« n'a pas de temps à perdre avec les malades »

Le 6 septembre 2001, la Commission Traitements et Recherches d'Act Up-Paris relançait par téléphone les laboratoires qui n'avaient pas répondu à notre demande de mise en place d'essais de phase IV (études observationnelles et de pharmacovigilance). Parmi tous les laboratoires interrogés, seul Abbott refusait de fournir une réponse écrite : M. Chauvin, directeur des essais cliniques, n'aimait pas notre ton polémique et refusait donc de nous répondre.

Du fait des insuffisances de la pharmacovigilance dans le cadre du VIH, des essais de phase 4 s'avèrent nécessaires. Ostéoporose, ostéonécrose, problèmes cardio-vasculaires, pancréatite aiguë, lipoatrophie, lipodystrophies, troubles du système nerveux central, dépression, neuropathies périphériques, perte de cheveux, perte de la libido, impotence, fatigue, macrocytose, diarrhée, nausée, calculs rénaux, ongles incarnés, rash, hépatite fulminante, problèmes dermatologiques constituent le quotidien des malades. A cet effet, depuis trois ans, nous n'avons cessé d'adresser aux laboratoires pharmaceutiques des courriers — le dernier date du 8 juin 2001 — leur demandant de mettre en place des essais de phase 4.

Certains laboratoires ont entendu nos revendications. GlaxoSmithKline, soulignant que « l'évaluation permanente de la tolérance de [ses] médicaments est une de [ses] missions essentielles », a finalement proposé une réunion avec les associations de malades afin d'envisager les modalités de cette évaluation. De son côté, Abbott passe du silence au mépris. Lors d'une conversation téléphonique à notre initiative, Jean-Pierre Chauvin nous déclare : « Je n'ai pas de temps à perdre avec vous. Et de toute façon, les essais de phase 4 ne sont pas de la seule

responsabilité des laboratoires ». Il estime, par ailleurs, avoir déjà mené ce type d'essai. Se réfère-t-il à Plato qui doit débiter prochainement, étude grotesque qui se déroulera sur une durée de huit semaines, parfaitement insuffisante pour l'évaluation de la tolérance ? Se réfère-t-il à Kaléobs, étude montée par le service marketing d'Abbott, contrevenant à la loi Huriez pour la protection des malades dans le cadre de la recherche clinique, et que l'AFSSaPS a épinglée à ce titre — et dont la seule finalité est, aux yeux du TRT-5, une incitation à la prescription du Kalétra®, nouvelle antiprotéase d'Abbott.

Plutôt que de mettre en œuvre de réels essais cliniques dont ils auraient la charge financière, Abbott préfère, en effet, mener des études financées indirectement par la Sécurité Sociale. Le principe d'une étude clinique consiste à recueillir auprès des prescripteurs certaines données de tolérance, sans qu'aucune autorité extérieure n'en ait avalisé la validité, la nécessité, et la rigueur. Si, par le passé, ces études, manipulées avec prudence et éthique, se sont avérées opportunes pour l'amélioration de la prise en charge thérapeutique, il semble bien que pour Abbott, elles soient totalement inféodées à une stratégie de marketing. Elles ne peuvent donc en aucun cas constituer une étude phase 4.

Act Up demande donc à l'AFSSaPS et à la DGS qu'elles se prononcent sur la position d'Abbott concernant les essais de phase 4.

Act Up exige que le laboratoire Abbott soit déchu de l'exploitation de toutes données émanant d'une étude financée indirectement par la Sécurité Sociale.

Act Up exige que ces études, essentielles, soient exploitées par des agences médicales indépendantes, qui, elles, ont du « temps à perdre » pour les malades.



Gilles Brücker : un homme qui compte

Dans un entretien réalisé avec la revue *Transcriptase* sur VIH et hépatites en août 2001, le conseiller technique au ministère de la Santé, Gilles Brücker, faisait part de ses opinions sur la prise en charge des patients touchés par le VIH et/ou les hépatites. Dans son élan, il n'hésitait pas à mettre gravement en cause la qualité de l'action des associations engagées dans la lutte contre ces pathologies.

Une « myriade d'associations » ?

Monsieur Gilles Brücker paraît ne pas être satisfait que des militants, très souvent touchés eux-mêmes par ces pathologies, prennent en charge de manière active les difficultés rencontrées par les patients en matière d'accès aux soins.

Extrait : « On assiste à une explosion du milieu associatif. Nous avons tous les jours quatre demandes de rendez-vous émanant d'associations ; c'est bien de rencontrer tout le monde, mais cela prend un temps considérable. »

Faut-il rappeler à Gilles Brücker qu'Act Up s'occupe du VIH et des hépatites ? Nous appartenons à deux structures interassociatives qui constituent des interlocuteurs fiables, accrédités auprès des institutions (ANRS et AFSSaPS), des chercheurs, des laboratoires et des autorités de l'Etat. Actuellement, on dénombre le TRT-5, réunissant huit associations de lutte contre le sida, d'une part, et le CHV (Collectif Hépatites Virales), regroupant neuf associations dont six appartiennent déjà à TRT-5, d'autre part. Nous constatons que ce sont bien souvent les mêmes qui sont engagés à défendre les intérêts des patients, depuis de nombreuses années déjà.

Nous nous débrouillons, seuls.

Mais il y a plus grave. Non content de dire en substance qu'il perd beaucoup de temps à recevoir nos propositions et faire ainsi son travail, Gilles Brücker instille le doute et le soupçon sur le financement des organisations associatives.

Extrait : « Faut-il soutenir une myriade d'associations dont le service rendu n'est pas toujours évaluable ? Faut-il nécessairement les soutenir ? (...) Il faut aussi savoir se débrouiller. (...) Il faudrait aussi pouvoir évaluer la qualité du service rendu ».

Ses services administratifs devraient le renseigner : d'une part, nous n'avons jamais attendu les autorités pour promouvoir une politique de prévention et d'information, indispensable aux patients. D'autres part, nos fragiles financements sont chaque année certifiés par des organismes compétents, puis vérifiés.

En revanche, les silences et les défaillances des organes ministériels, nous en avons évalué la gravité, et nous les avons en partie comblés sur le terrain. Pendant que notre éminent conseiller technique veille sur les comptes de la Santé Publique, des centaines de bénévoles ne comptent plus le temps qu'ils passent à combattre et à améliorer le système de santé à deux vitesses qui s'installe en France.

Des séropositifs au VIH sont morts cette année d'une hépatite virale liée au VHB ; avons-nous reçu un quelconque soutien pour gagner, en juin dernier, la bataille de la mise à disposition de l'Adéfovir Dipivoxil® qui aurait pu les sauver ? Non.

Mais les pouvoirs publics se préoccupent-ils seulement du VHB ? Apparemment pas. Les associations n'ont qu'à se débrouiller. C'est ce qui se produit en ce qui concerne l'information des malades : ce sont les associations qui publient des guides et informent des avancées thérapeutiques. Ou encore en matière

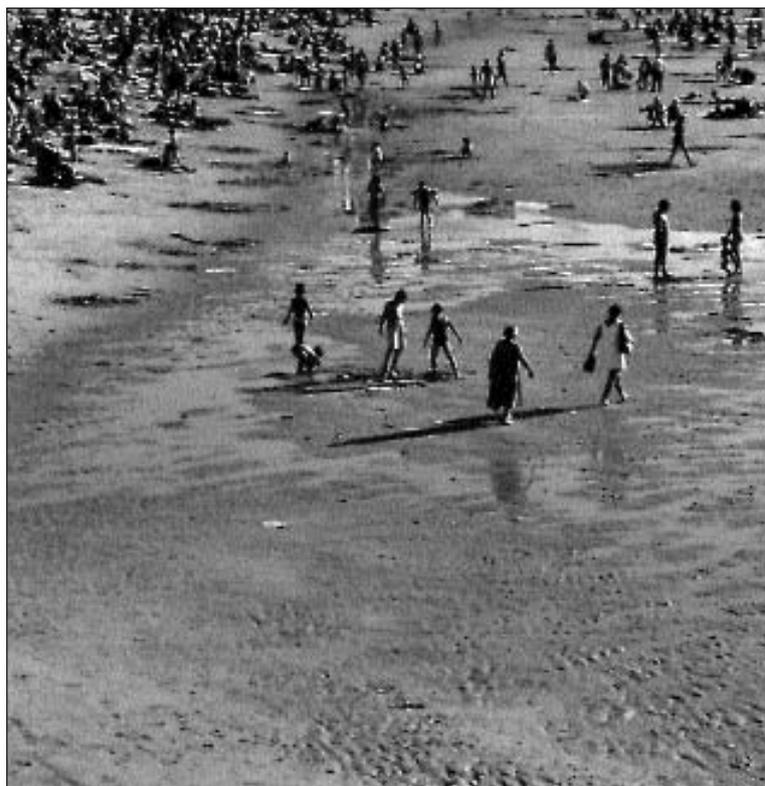
de prévention : ce sont encore les associations qui alertent le public sur le retour des MST et distribuent des tracts de prévention et d'information dans la rue. Et ainsi de suite.

Une prise en charge commune VIH/ hépatites : oui !

Nous sommes très favorables à une prise en charge commune du VIH et des hépatites. Nous œuvrons pour cela. Mais nous ne souhaitons pas que celle-ci soit sacrifiée sur l'autel d'une gestion financière et comptable qui envisage tout au plus bas prix. Plutôt que de privilégier une lecture superficielle, économique de la prise en charge globale des patients, Gilles Brücker serait bien inspiré de favoriser davantage l'effort de recherche sur la coinfection VIH/VHC, ainsi que sur l'infection au VHB — il est plus que temps que l'ANRS se soucie du VHB. Ce qu'il n'a jamais fait.

Gilles Brücker aurait tout intérêt à s'atteler à la mise en place d'une politique de Santé publique digne de ce nom : dépistage, prise en charge globale, information des patients, recherche ; plutôt que d'adresser des critiques hors de propos aux associations et aux malades.

Prochainement un numéro spécial co-infection de la revue « Protocoles ».
Demandez également la nouvelle version du « Glossaire sida » mis à jour sur la co-infection.





FEMIDOM :

mode emploi + 10 qualités + 1 inconvénient

Au premier coup d'œil, l'objet n'a rien d'avenant. Pourtant, il suffit de dérouler une bonne vieille capote et de les comparer pour s'apercevoir non seulement qu'ils ont la même taille (c'est déjà ça) mais également que le Fémidom est bien plus fashion. Ceci dit, encore faut-il avoir l'envie de l'enfiler. L'envie et la technique. Observez une femme qui découvre un Fémidom : yeux écarquillés, bouche ouverte, après quelques secondes elle finit par lâcher un « mais c'est énoooooorme ! » ou encore « mais je n'pourrai jamais mett'ça ! ». Voici donc les résultats de nos expérimentations.

C'est si simple :

1. on l'attrape par l'anneau du fond que l'on tord pour former un « 8 » ;
2. on introduit ce « 8 » dans le vagin avec un doigt (comme un tampon) en poussant le bord de l'anneau. Quand l'anneau est entré en entier dans le vagin, il reprend sa forme initiale. On le pousse encore un peu, il se place de lui-même autour du col de l'utérus. Et là, oh surprise, on ne le sent pas !

L'installation peut se faire jusqu'à 8 heures avant le rapport. Pour certaines femmes, c'est l'assurance de pouvoir passer une soirée tranquille sans risquer d'oublier de se protéger ou d'avoir à couper court avec un partenaire qui ne voudrait pas mettre de préservatif ou n'en aurait pas.



Lorsque l'on porte le Fémidom® avant un rapport, il est même possible d'en rentrer les bords dans le vagin pour les ressortir au moment du rapport sans craindre que le Fémidom® ne se perde au fond du vagin (avec même éventuellement un effet d'excitation des parois type boules chinoises, la douceur du lubrifiant du Fémidom® en plus).

Mais le Fémidom® c'est aussi :

1. l'absence d'échauffement désagréable pour la femme comme c'est parfois le cas avec une capote ;
2. aucune sensation d'être à l'étroit pour l'homme (donc, plus de confort et fini le prétexte du « ça m'fait débânder ») ;
3. la possibilité d'échanges de gode safes plus facilement qu'avec des capotes : chacunE des partenaires met un Fémidom® et un seul, et peut ainsi utiliser le gode sans que celui-ci ne soit en contact avec les muqueuses vaginales ou anales, puis le passer à son/sa ou ses partenaires sans avoir besoin de changer de capote. Autant d'échanges que l'on veut entre les partenaires sans perte de temps, ni de ravage dans le stock de capotes ;
4. la possibilité de l'utiliser comme « anudom » pour les adeptes du fist après avoir enlevé l'anneau du fond ;
5. l'absence d'allergie. Le Fémidom® n'est pas en latex mais en polyuréthane (c'est à dire en plastique) or 10% de la population est allergique au latex (Landmann R., L'Allergie au latex, Le journal du Sida, 63, 17, juin-juillet 1994) ;
6. une lubrification du Fémidom® dans sa pochette avec un gel gras étudié pour créer une réaction chimique avec les sécrétions vaginales pour qu'il adhère aux parois comme une sorte de seconde peau ;
7. un risque de rupture inférieur à celui du préservatif masculin — bien que celui-ci soit déjà très fiable ;
8. des cunnilingus et anulingus protégés ;
9. et, [le cadeau Bonux], la stimulation par l'anneau externe, de ce si sensible clitoris...

Son « défaut », un petit bruit...

Jetez-vous à l'eau...

Le lubrifiant du Fémidom® étant à base de gras et non à base d'eau, mieux que la capote et la lubrification naturelle de la femme — qui a tendance à « fondre » —, le Fémidom® devrait vous permettre d'avoir des rapports safes dans l'eau. Tous à vos baignoires, douches et autres jacuzzi, ou autre crique déserte.

Rappel : *Tout comme on ne met pas deux capotes l'une sur l'autre sous peine de rupture (se sont les frottements latex contre latex qui les provoquent), pas d'utilisation combinée capote+Fémidom®, le lubrifiant du Fémidom® rendrait poreuse la capote qui ne supporte que les gels à base d'eau. Et puis, ça ne sert à rien : une capote, comme un Fémidom®, suffit pour protéger du VIH, des MST et des grossesses non désirées.*

FEMIDOM : THE PROBLEM

Le Fémidom est très peu, ou mal connu. Il reste quasi-introuvable en France (quelques pharmacies en vendent mais dans la plupart des cas il faut le commander). Et surtout, il est très cher : environ 12 francs l'unité.

Le 10 mai 2000, nous alertions par courrier les pouvoirs publics sur les mauvaises conditions de diffusion du Fémidom® en France. A défaut d'une réponse personnelle, Dominique Gillot, ministre de la santé de l'époque, promettait à qui voulait l'entendre, des Fémidom® accessibles à tous, sous peu. Près d'un an et demi plus tard, les fonds n'ont toujours pas été débloqués. La division Sida de la Direction Générale de la Santé, elle-même, est incapable de fournir les associations qui lui en demande. De même, la campagne de publicité prévue pour mars dernier, annoncée lors d'interviews à la radio, n'a jamais vu le jour.

Ainsi, trois ans après l'arrivée du Fémidom en France, les mêmes préoccupations subsistent :

- des campagne nationale et massive ;
- une disponibilité quel que soit le point de vente ;
- un prix abordable.

Le préservatif féminin doit entrer dans les réflexes de prévention. Il représente une réelle alternative au préservatif masculin, autant dans des rapports occasionnels que dans le cadre d'une relation stable. Il permet une gestion partagée de la prévention. Il donne de surcroît aux femmes, une indépendance que le préservatif masculin ne leur offre pas en changeant quelque peu les « rapports de forces » dans les relations entre hétérosexuels. Il est donc inadmissible que cet outil ne soit pas soutenu comme il doit l'être et que sa diffusion ne soit pas convenablement prise en charge par les pouvoirs publics.

Cet outil est d'autant plus nécessaire que l'on compte de plus en plus de femmes parmi les nouvelles personnes contaminées par le VIH. Est-il normal qu'en 2001, après 15 ans d'existence de préservatif féminin, les femmes en France n'aient toujours pas accès dans leur quotidien à cet outil de prévention et d'indépendance ?



Nous exigeons donc que la DGS fasse le travail qui lui incombe :

- débloquer les fonds pour approvisionner les associations et les milieux scolaires,
- mettre en place une réelle campagne nationale de publicité efficace — d'autant plus que certains gynécologues abhorrent tant le Fémidom qu'ils refusent catégoriquement d'en parler à leurs patientes et font de la véritable rétention d'information.
- participer financièrement à la diffusion des préservatifs féminins afin que son prix devienne accessible à tous les publics pour que chacun puisse l'essayer -et ce, plus d'une fois- et l'adopter si cela lui convient.



Bear Pride® 2001
du 22 au 25
Novembre 2001

**Soirée de l'élection
de Mr Bear France® 2001**
le Samedi 24 Novembre
Pour toutes informations
www.mr-bear-france.com



Avant projet de loi pénitentiaire ou « avant projet de loi sur la peine et le service public pénitentiaire »

Marylise Lebranchu, Garde des Sceaux, l'avait promis : « une nouvelle grande loi pénitentiaire » censée mettre fin aux constats alarmants des commissions d'enquêtes de l'Assemblée et du Sénat sera discutée prochainement. L'actuel projet de loi a été rédigé sous son égide, s'appuyant théoriquement sur les travaux de consultation d'un Conseil d'Orientation Stratégique (COS) composé d'une trentaine de professionnels intervenant en prison et de représentants des associations.

Cet avant-projet comporte cinq parties : le sens de la peine ; le service pénitentiaire ; le régime disciplinaire des personnes détenues ; la condition juridique de la personne détenue et le contrôle extérieur des établissements pénitentiaires.

Le sens de la peine

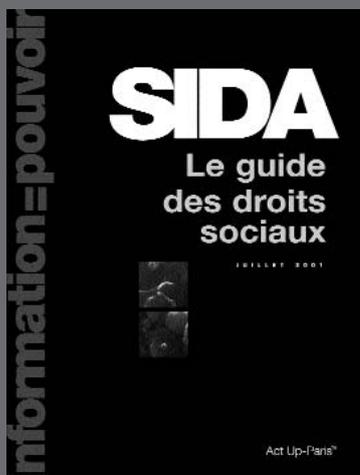
Si le projet de loi n'hésite pas à reprendre les recommandations européennes selon lesquelles la privation de liberté ne peut intervenir qu'en dernier recours, il fait pourtant l'économie d'une véritable réflexion sur le « sens de la peine ». Quel sens cela fait-il d'incarcérer des malades, des usagers de drogue ou des sans-papiers ? On pourrait s'attendre à ce que ce projet de loi s'interroge sur la privation de liberté pour ces populations. Pour que la prison soit réellement considérée comme un ultime recours, ce sont également le code pénal de 1994, les périodes de sûreté, les peines de trente ans de réclusion qu'il faudrait intégralement revoir. Pourtant, de ces questions de fond, et urgentes, il n'est rien dit dans le projet. Une demi-page suffit à traiter le sujet et à introduire quelques mesures d'aménagement. On nous propose quelques alternatives à l'emprisonnement au cas par cas, alors qu'elles devraient être la règle, surtout si l'on pense réellement la prison comme un dernier recours. Il est prévu moins de cumuls de peines, ainsi qu'un élar-

gissement des recours. Par ailleurs, on prévoit la possibilité d'une suspension de peine pour cause médicale et l'introduction d'un dispositif analogue à la libération conditionnelle, lorsque le pronostic vital est engagé ou lorsque les soins dont bénéficie la personne condamnée sont incompatibles avec le maintien en détention. Ces deux dernières mesures, annoncées publiquement par Marylise Lebranchu le 6 octobre 2001 (date anniversaire de l'abolition de la peine de mort) pourraient représenter une avancée si elles ne validaient pas avant tout des pratiques d'emprisonnement archaïques. Il ne s'agit pas simplement d'envisager de suspendre l'emprisonnement des personnes atteintes de pathologies graves — qui pourraient être réincarcérées en cas d'amélioration de leur état de santé — mais d'adopter une position de principe rendant impossible leur incarcération.

Le service pénitentiaire

Deux points sont abordés dans ce chapitre. Concernant, tout d'abord, les missions de l'administration pénitentiaire (AP), rien de vraiment décisif n'apparaît dans le projet de loi. On affirme que le personnel pénitentiaire doit cumuler rôle de garde, rôle de réinsertion et « *d'accompagnement quotidien des détenus* ». Celui qui surveille est également censé travailler à la réinsertion. Dans la réalité, ces deux fonctions sont contradictoires et les missions correspondantes s'avèrent incompatibles. Sans apporter aucune solution au problème, le projet de loi s'enlise dans cette impasse. En ce qui concerne le classement des établissements pénitentiaires, en revanche, le projet comporte une innovation. Distinguées en trois niveaux selon le degré de sécurité qui y sera appliqué, les prisons seraient

classées du niveau 1 « *dégagé des contraintes sécuritaires* » au niveau 3 qui correspondrait aux établissements à niveau élevé de sécurité. Si le niveau 1 représente une nouveauté remarquable, par contre, on assiste au retour des quartiers de haute sécurité (QHS) avec le niveau 3. Tandis que l'on conçoit enfin des lieux sans contraintes sécuritaires, on ouvre d'un autre côté la porte à l'affectation par l'AP elle-même et sans recours de détenus dans des QHS aux conditions de vie insupportables. En effet, l'orientation des détenus ne dépendra désormais plus du *quantum* de peine, mais « *de la personnalité* » de celui-ci, elle-même évaluée en dernier lieu par l'AP. Le caractère arbitraire de cette évaluation est inquiétant : un détenu de niveau 2



Pour l'obtenir, écrivez à Act Up-Paris, BP 287 75525 Paris cedex 11. (contre frais de port, 2,29 E soit 15 F).

Collection Information=Pouvoir

Une troisième brochure vient de sortir. Il s'agit d'un guide des droits sociaux.

Cet ouvrage donne une information claire et précise sur tous les droits auxquels peuvent prétendre les personnes séropositives. Une liste complète des institutions, associations et administrations termine ce recueil.

risquera vite pour faute disciplinaire d'être emprisonné dans un QHS sans garantie de pouvoir en ressortir rapidement. Ces possibilités de transfert sans contrôle extérieur représentent, par ailleurs, un outil de pression dangereux aux mains de l'AP dans sa relation avec les détenus.

Le régime disciplinaire des personnes détenues

Le projet de loi s'en tient à hiérarchiser les fautes disciplinaires (1^{er}, 2^{ème} ; 3^{ème} degré) sans remettre en question un mode de fonctionnement exclusivement sécuritaire. Le quartier disciplinaire demeure. Si la présence d'avocats au prétoire depuis le début de l'année 2001 permet de limiter les abus, et bien que la réduction de la durée maximale d'isolement soit envisagée dans le cadre du projet de loi, la question de l'utilité de ce type de sanction n'est à aucun moment posée. Marylise Lebranchu, en intégrant la proposition de loi votée par le Sénat le 26 avril 2001 sur les durées de placement en cellule disciplinaire, s' imagine sans doute qu'elle satisfait l'ensemble des acteurs du monde politique, associatif, ou du personnel pénitentiaire. Non seulement ce n'est pas le cas, mais cela ne change en rien le fond du problème.

La condition juridique de la personne détenue

Ce chapitre assez complet pose enfin clairement les droits de la personne en détention, de l'intégrité physique et la dignité de la personne à la gestion contrainte des biens patrimoniaux de la personne détenue, en passant par la non-discrimination, la liberté de pensée, la liberté de culte, d'expression, le respect des droits électoraux, de la vie privée et des liens familiaux, de l'intimité, des droits à la santé, à l'enseignement, au travail, etc. Théoriquement, l'ensemble des droits du citoyen aurait donc dû être enfin octroyé dans l'enceinte de la prison comme à l'extérieur. Cependant, le projet de loi ne reconnaît pas systématiquement à 100% ces droits et conserve ainsi au détenu son statut de sous-citoyen. Si, d'un côté, on reconnaît théoriquement les droits du « *citoyen incarcéré* », on n'hésite pas, d'un autre côté, à exiger de lui une « *obéissance citoyenne* » qui, au sein de la « *société carcérale* », justifie que les droits qui peuvent poser des problèmes de sécurité (liberté d'expression, de pensée, droit au syndicalisme, etc.) seront « limités », pour ne pas dire liquidés. On fait ainsi collaborer l'annonce du respect de l'intégrité physique de la personne avec une définition précise des fouilles corporelles, des fouilles des cavités, des test d'urine. On déclare la liberté d'expression des détenus, et dans le même temps on règle précisément les contrôles aléatoires ou systématiques de leur courriers, de leurs lectures, de leurs appels téléphoniques. L'utilité de ces mesures en terme de sécurité n'est pourtant toujours pas prouvée. On énonce le respect et la dignité de la personne et l'on conserve pourtant les dispositifs de menottes, d'entrave, de contention, de camisole de force au moindre mouvement.

Par ailleurs, la mise en application de ces droits pose question. Ce n'est pas au ministère de la Justice de veiller à leur respect, mais aux différentes administrations concernées (ministère de l'Emploi, ministère de l'Éducation, etc.). Dans le domaine de la santé, le problème était en partie résolu avec le rattachement de l'organisation des soins au ministère de la Santé (loi de 1994) : depuis cette date l'amélioration de la prise en charge est certaine même si beaucoup reste à faire dans ce domaine.

Le contrôle extérieur des établissements pénitentiaires

Les propositions faites dans ce chapitre s'inspirent du rapport sur le contrôle externe et indépendant des prisons (rapport Canivet). Elles restent pourtant toujours aussi imprécises sur l'indépendance de cet organisme, ou sur les moyens de sanctions dont il disposerait en cas de dysfonctionnement.

Ce projet de loi plein de « *bonnes intentions* », nous demandera encore un peu de réflexion pour évaluer finalement les changements que peuvent apporter les mesures proposées. Pourtant, il est clair dès aujourd'hui que les risques de voir instaurer une loi pénitentiaire plus proche d'un règlement intérieur sont grands, au lieu que soit mise en place une véritable législation égalitaire orientée vers une limitation de l'incarcération et renforçant les droits des personnes détenues.

Lors de la session parlementaire où devrait être discutée cette future loi, Act Up sera vigilant. Avant de discuter des conditions de gestions de détention, il importe de savoir quelle est la place de la prison dans notre société, qui nous décidons d'y mettre ? pour quelles raisons ? quelles doivent être les missions du service public pénitentiaire ? Le gouvernement ne peut faire l'économie de ce préalable majeur.

Dans l'urgence, Act Up exige la libération des malades.

**SAUNA HAMMAM
JACUZZI**



UNIVERS GYM

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

**SOUTIENT
ACT UP
PARIS !**

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

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

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



Le C.N.S. se prononce pour . . .

une dépenalisation
de l'usage de drogues en privé
une décriminalisation de l'usage
solitaire ou collectif

Le 13 septembre dernier, le Conseil National sur le Sida rendait public son rapport intitulé « les risques liés aux usages de drogues comme enjeu de santé publique ». Pour la commission Drogues et usages d'Act Up-Paris, ce rapport, qui révèle indéniablement une approche nouvelle, constitue avant tout un outil de réflexion dans la perspective d'une abrogation de la loi du 31 décembre 1970.

Constatant que la prohibition ne fait qu'aggraver les risques liés à l'usage de drogues, le C.N.S., en tant qu'instance publique, prend position de manière inédite. S'écartant des systématiques propositions de politique de « Réduction des Risques », ce rapport propose de nouvelles approches et stratégies en vue d'une « éradication » des risques liés à la prohibition, par une dépenalisation de l'usage de drogues en privé et une décriminalisation de l'usage solitaire ou collectif de toutes les drogues, y compris en public. Il condamne par ailleurs « des interpellations d'usagers toujours plus nombreuses dont la cible n'est plus prioritairement le risque sanitaire », et déplore « la persistance des préjugés sur les usagers de drogues » due « à une loi qui renforce les stéréotypes ». Il critique également les carences d'« une prévention sans cadre réglementaire, des moyens insuffisants, des décalages insurmontables entre les objectifs », en un mot la « contradiction entre principes légaux et logiques de prévention », et recommande de dépasser « le couple santé publique/ordre public ». Le C.N.S. se prononce également, petite révolution, pour une inscription de la réduction des risques et de la prévention « au cœur de l'intervention publique » en « promouvant par la loi les critères et les distinctions claires pour guider l'action répressive ». Sur ce dernier point, et pour fonder cette démarche, le rapport évoque l'idée d'une définition des seuils ou quantités de « produit ».

Le discours du Conseil National sur le Sida vise donc à dépasser la politique actuelle de réduction des risques pour l'inscrire dans le cadre plus général d'une réflexion sur les usages de drogues, ce qui permettrait l'ouverture d'un large débat sur la question des drogues ; un débat qui ne peut se faire qu'avec la participation active des usagers et dans le respect de leur mode de vie.

Les conséquences logiques des conclusions du C.N.S. sont claires : on ne peut se cantonner à faire de la simple réduction des risques la seule politique en matière de drogues. Pour mener une politique des drogues globale, il importe que les usagers de drogues soient partie prenante d'un débat qu'il est urgent d'ouvrir. Ce qui n'est possible qu'en conférant à ces derniers une légitimité publique. La réduction des risques, qui a constitué un progrès à une période donnée et offre certaines réponses indispensables, appelle à être complétée d'un cadre législatif qui tienne compte des usagers et les respecte. Les politiques de réduction des risques passent par la diffusion d'informations accessibles partout et pour tous, en vue d'une formation sur les « bénéfiques / risques » liés aux drogues et à leurs usages. Elle ne doit en aucun cas servir d'auxiliaire à la prohibition. Les politiques l'ont instrumentalisée en l'inscrivant dans une logique « compassionnelle ». Ils se sont ainsi acheté une bonne conscience à peu de frais, laissant entendre qu'elle constitue l'unique solu-



tion envisageable — ce qui ne les a pas empêché de refuser d'attribuer les moyens nécessaires à une politique sanitaire d'ampleur. Mais il faut être clair, la réduction des risques a été prévue pour constituer une solution temporaire afin de réduire les conséquences sanitaires de la prohibition internationale et de la répression de « certaines drogues » jugées illégales. Si le C.N.S. reconnaît l'efficacité des premiers pas de réduction des risques, et la nécessité de développer certains de ses aspects, il précise que cela ne saura être efficace qu'à l'unique condition d'un changement et d'une évolution majeure du contexte légal. Elargir la palette des réponses thérapeutiques est un besoin urgent, mais il faut avant tout réformer la palette des réponses « législatives ». La société se doit de prévenir et minimiser les risques liés à la loi, en abandonnant le choix d'une prohibition et d'une répression aveugle.

Enfin, le discours porté de longue date par le milieu associatif est aujourd'hui la position officielle d'un organisme institutionnel : les conséquences de la prohibition sont catastrophiques, tant sur le plan sanitaire que social. L'actuel ministre délégué à la santé, Bernard Kouchner, a déclaré « partager clairement le sentiment du C.N.S. ». Il est pourtant regrettable que ce rapport n'ait suscité que silence et mépris de la part de Lionel Jospin, et que les seules réactions aux conclusions du C.N.S. et aux propos de Bernard Kouchner aient été les habituels discours sécuritaires et démagogiques diabolisant l'usage de drogues.

La réduction des risques a souvent permis, par le travail de terrain qui était développé, de masquer les réticences et le manque de courage des responsables politiques. Or, la plus dangereuse des conduites à risques en matière de drogues en société s'avère être la filiosité électorale et le silence méprisant des responsables politiques français concernant un changement de cadre législatif sur les drogues. Quel intérêt de maintenir une loi que sa « vétusté » rend inapplicable et qui va à l'encontre même du principe d'égalité des citoyens devant la loi ? Sa mise en œuvre aléatoire est fonction du bon vouloir, du pouvoir et de l'humeur des différents acteurs. Certes, les traditionnelles envolées des réactionnaires de tout bords sur « l'irresponsabilité » des abolitionnistes et leur « permissivité » qui seraient responsable du « malheur de nos enfants », comme l'a si originalement dit Philippe de Villiers, ne nous surprennent pas. Mais le silence de l'actuel gouvernement et l'absence de prises de position allant dans le sens des propos de Bernard Kouchner sont pour nous bien plus graves...

Au regard des dégâts provoqués par la prohibition, l'absence de prises de position de Lionel Jospin est inacceptable. Rappelons que 197 personnes sont actuellement détenues pour simple usage, et que si on ajoute les personnes condamnées pour usage et détention, ce chiffre frise les 3000 détenus, soit 6% de la population carcérale. Dans le même temps, les pouvoirs publics affirment que « plus personne » n'est emprisonné pour usage. Lionel Jospin démontre une fois encore l'étendue de son manque de courage politique (souvenons-nous du PaCS). Alors que d'importantes échéances électorales approchent, alors que la France démontre chaque jour un peu plus son retard et son archaïsme par rapport aux autres pays européens en matière de politiques des drogues, alors que la prohibition apparaît de plus en plus comme ce qu'elle est, un déni d'existence et une injustice vis-à-vis des usagers de drogues, le silence du gouvernement est inadmissible.

Act Up-Paris demande à tous les candidats, et particulièrement à ceux de la « gauche plurielle », de publier des revendications et des objectifs clairs et d'ouvrir le débat sur la question des drogues.

Act Up-Paris demande que les usagers soient partie prenante de ce débat, en tout respect et en toute légitimité. Cela implique une abrogation des articles de lois sanctionnant les associations d'usagers de drogues sous prétexte « d'incitation à l'usage », et l'annulation immédiate de toutes les condamnations et amendes à ce titre. Seule cette étape permettra l'abrogation de la loi de 70.

IEM



Un courrier du Professeur Christine Katlama et la mise au point d'Act Up-Paris :

« Dans le numéro d'Action du mois de décembre 2000, un article intitulé « Vous avez dit misogynie ? » dénonçant certaines dérives dans l'élaboration et l'application à la population séropositive féminine des traitements de lutte contre le sida, me citait expressément pour illustrer ces prétendues dérives.

Je tiens à préciser, pour éviter tout amalgame et toute confusion, qu'il est impossible pour tout investigateur d'un protocole d'exclure une patiente, surtout pour des raisons liées à la qualité du patient.

Je n'ai, contrairement aux insinuations contenues dans cet article, jamais commis la moindre discrimination à l'égard de femmes dans le traitement de cette grave maladie. J'ai d'ailleurs toujours montré que j'œuvrais, dans mes recherches comme dans mon travail, pour l'ensemble des personnes atteintes par le virus du sida, quel que soit leur sexe ou leur genre.

Je reconnais néanmoins que des mesures prenant en compte les problèmes spécifiques des femmes séropositives pourraient à l'avenir être développées.

Je continuerai à me battre sans interruption et sans aucune distinction, comme par le passé, pour tenter d'enrayer le développement du virus du sida ».

Par cet article, Act Up-Paris n'avait pas souhaité mettre en cause les qualités du professeur Katlama qu'elle a manifestées depuis longtemps, mais simplement, susciter un débat sur le manque cruel d'étude mettant en évidence les spécificités du sida chez les femmes.

Le 11 novembre 2001
Act Up-Paris présente

Depuis 12 ans, Act Up Paris a organisé de nombreuses soirées de fundraising dans les clubs. L'objectif a toujours été d'aider cette association de lutte contre le sida dans le sillage de la mise.

C'est dans la continuité que s'inscrit ce troisième House Ball au Rex Club. Après le succès des deux premières éditions, ce sont Patrick Vidal, incontournable maître des dancefloor, Gildas et Pedro Winter, membres de Daft Trax, et Adamski, producteur du morceau culte "Killer" de Seal, précurseur et voyant d'une house baléarique inventive, qui s'associent à Act Up Paris pour une soirée qui fêtera le mariage entre le militantisme le plus hardcore et la musique la plus sophistiquée sur le meilleur sound system parisien.

A clever underground disco and house party au profit d'Act Up Paris.

House Ball, le dimanche 11 novembre 2001, de 22h30 au petit matin.

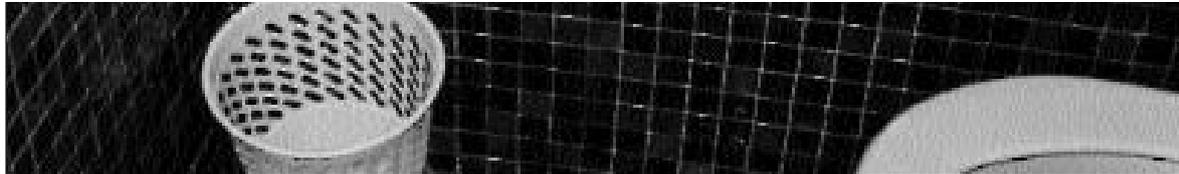
Au Rex Club : 5, boulevard Poissonnière, 75002 Paris. Donation : 50 FF entièrement reversés à Act Up-Paris. No quest list.

OPEN BAR DE 22H30 A 0H00.

HOUSE BALL

PATRICK VIDAL
GILDAS
PEDRO WINTER
ADAMSKI

3



[Procès - Appel à don]

Il y a quatre ans, en septembre 1997, nous écrivions des choses très simples, dans un tract distribué lors d'une manifestation pour la réouverture de cinq établissements gays, fermés parce que des drogues y avaient été vendues : que ce n'étaient pas les dealers, mais un juge d'instruction qui avait fait fermer ces établissements, qu'il est hypocrite de dénoncer l'usage de drogues quand on en est soi-même amateur, et que nous préférons dénoncer les dangers liés aux options répressives de la loi de 1970, plutôt que renier notre plaisir. Le tract était intitulé « *J'aime l'ecstasy* ». Quelques mois plus tard, Philippe Mangeot, devenu entre-temps président d'Act Up-Paris, comparait au titre de l'article L.630 (aujourd'hui L.3421-4 du Code Pénal), qui sanctionne la « *présentation sous un jour favorable des stupéfiants* ». Il plaidait non coupable. Ce tract n'incitait pas à l'usage de stupéfiants, il militait pour l'abrogation de la loi de 1970. Conçu collectivement par ailleurs, il aurait dû engager la responsabilité pénale de l'association, plutôt que celle de l'un de ses militants. Le jour du procès paraissait dans *Le Monde* l'Appel dit « *des III* », dont les signataires, au nombre de deux mille quelques jours après, assumaient publiquement et symboliquement leur qualité d'usager de drogues (« *Ce risque, je le prends* »), et dénonçaient la pénalisation des opinions contraires au dogme prohibitionniste, et l'exclusion des premiers intéressés, par le jeu du L.630, de toute discussion publique sur la politique française des drogues.

Nous voulions un débat politique. C'était sans compter avec l'inertie et la puissance fantasmagique des vieilles représentations des drogues et de leurs usagers, comme avec les stratégies de désignation de la loi de 1970. Aujourd'hui, toute déclaration de consommateur faisant état de plaisir sans insister sur les dangers potentiels des drogues est considérée dans nos pays comme prosélyte et « *attentatoire à la santé publique* ». Le plus simple témoignage devient un délit. L'article L.630 ne peut s'appliquer par ailleurs qu'à des personnes physiques. On ignore l'expression politique d'un groupe associatif pour invoquer la responsabilité d'un enseignant face à la « *vulnérabilité* » de « *jeunes* » soumis, selon les termes du jugement, à une « *véritable fascination collective* ». **Le 8 avril 1998, le tribunal de grande instance de Paris condamnait Philippe Mangeot à 30 000 francs d'amende.** Ce jugement a ensuite été confirmé en appel (en janvier 1999), puis en cassation (début 2000). Poursuivre signifiait porter l'affaire devant la Cour Européenne, et peser lourdement, pour une période sans doute longue, sur le quotidien d'un militant d'Act Up-Paris accusé de malversation morale alors que nous prenions voix dans un débat politique. Nous avons décidé d'arrêter là. Et décidé parallèlement, réunis dans une assemblée générale extraordinaire (le 18 avril 2000), que l'association prendrait en charge l'amende à laquelle avait été condamné Philippe : cette décision était entre autres raisons nécessaire pour que les militants et dirigeants d'Act Up-Paris puissent continuer à assumer leurs fonctions, et éviter de mettre en péril la continuité de nos engagements politiques.

Aujourd'hui, des huissiers nous somment de recouvrer les sommes demandées. Nous aurions aimé avoir gagné, réussi à ouvrir une brèche dans la loi de 1970, et ne pas avoir à vous solliciter. Mais quoi qu'on nous dise, quoi que laissent croire les mutations actuelles du discours sur les drogues en France, la loi n'a pas encore bougé d'un pouce. On continue de mettre des usagers en prison, de laisser de circuler à l'aveugle des produits frelatés, et de faire taire les voix discordantes.

Si nous vous sollicitons aujourd'hui, c'est pour pouvoir continuer ce combat. 30 000 francs sont une lourde charge à payer pour Act Up. Les assumer collectivement nous permet de nous obstiner dans la dénonciation de la loi. Notre indépendance et notre énergie dépendent de votre soutien. Nous comptons sur vous.



Envoyez vos dons.

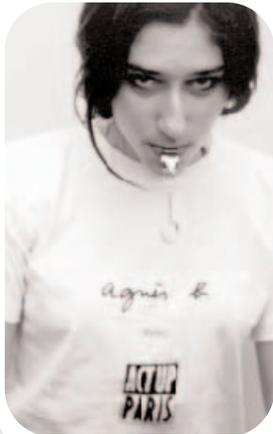
Par chèque bancaire ou postal (CCP Paris 561 41D)
à l'ordre d'Act Up-Paris.

Merci.

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.



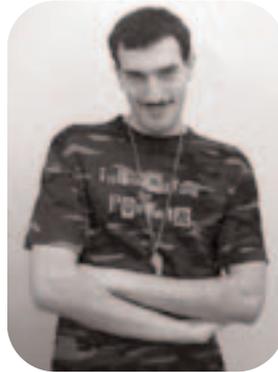
TEE-SHIRT > SWEAT-SHIRT > BADGE > SIFFLET



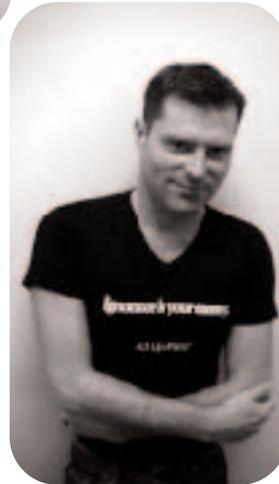
par Barbara Bui



par Agnès B.



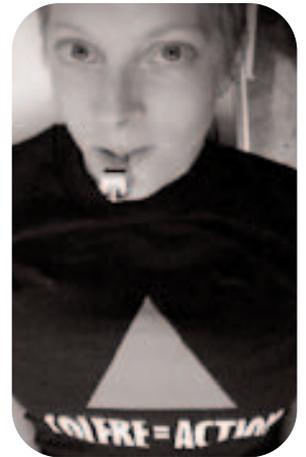
par Castelbajac



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"/> | |
| 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

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

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

Par prélèvement mensuel :

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

50F

100F

200F

autre montant :

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

Par chèque bancaire ou postal
(CCP Paris 561 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

APM

75025 Paris cedex 11

Tél: 01 49 29 41 75

Fax: 01 49 06 16 74

E-mail: actup@paris.actup.org

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

tel. 391 885 569 0025 - A1 11 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 NE SONT LIÉES QU'À DE SEULS BESOINS D'ÉVALUATION 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 14/80 DE LA COMMISSION INFORMATIQUE ET LIBERTÉS. S'ADRESSER À ACT UP.

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT :

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce compte, si sa situation le permet, tous les prélèvements indiqués par le bénéficiaire ci-dessous en cas de succès sur un prélèvement, et j'autorise en fait à suspendre le prélèvement par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

N° NATIONAL D'ÉMETTEUR

421 849

NOM, PRÉNOMS ET ADRESSE DU DÉBITEUR :

NOM LI / ADRESSE DU CHÉQUIER :

ACT UP-PARIS
BP 287
75625 PARIS CEDEX 11

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

COUL 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, SWR, UN HOLLIVE D'IDENTITÉ BANCAIRE (RUB. POSTAL 885) OU DE CAISSÉ INFORMATIQUE (RUB. 1107).

Pub télé média 185x133
allogay



n°36 Réunion Publique d'Information
Femmes et VIH, les oubliées de la recherche
Mercredi 28 novembre, de 19h à 22h

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

En 2001, le nombre de femmes contaminées dans le monde est supérieur à celui des hommes (en France un malade sur trois). La place des femmes dans cette pandémie commence à peine à être l'objet de colloques et de conférences, mais pour le moment les informations restent peu accessibles. Plusieurs spécificité féminines dans le VIH nous interrogent : les problèmes gynécologiques et le cancer du col de l'utérus; la contraception et les interactions médicamenteuses; le désir de grossesse (transmissions mère/enfant et l'assistance médicale à la procréation); les problèmes hormonaux et la ménopause précoce; l'intérêt des dosages plasmatiques (impact sur les effets secondaires); les spécificités virologiques et immunologiques. Pour répondre, en partie, aux questions qui se posent et traiter de ces différents aspects nous avons invité : Isabelle Heard (responsable du groupe femmes à l'ANRS), Christine Rouzioux (hôpital Necker), ainsi qu'un infectiologue (à confirmer).

PUB AGL

PUB CONNEXION