



46^{ème} RéPI

Usage de Drogues et ARV

Que sait-on des interactions ?

15/12/03

En 2002, une équipe de pharmacologues canadiens publiait une synthèse internationale des travaux sur les risques d'interaction entre drogues et traitements antirétroviraux. Une question capitale ; a fortiori puisque 90% des usagers de drogues par injection séropositifs sont aussi infectés par une ou plusieurs hépatites B, C, D, etc... Or, si le VIH ne s'attaque que rarement au foie, la plupart des antirétroviraux posent, eux, des problèmes d'hépatotoxicité. Qu'en est-il des risques liés à la prise de produits ? En quoi cela doit-il modifier le suivi thérapeutique ?

Invités

Act Up-Paris se devait d'y consacrer cette 46^{ème} RéPI, à laquelle nous avons notamment invité le D^r Patrick Beauverie, pharmacien au CHS Paul-Guiraud, à Villejuif, et membre de Médecins du Monde "Mission Rave" à Paris, le D^r Elizabeth Avril, médecin à Marmottan en consultation de médecine générale à Paris et coordinatrice du bus méthadone de Médecins du Monde à Paris et le D^r Laurent Gourrari, psychiatre au Centre Monte-Cristo à Paris et investigateur sur les enjeux du cannabis thérapeutique.

Interactions Drogues et Antirétroviraux

RAPPEL A LA LOI aux lois, aux articles, aux décrets d'application et à la jurisprudence en la matière.

En préambule de ce compte-rendu, nous tenons vivement à prévenir les risques de mauvaises interprétations possibles et leurs éventuelles conséquences en termes juridiques et financiers. Le but de cette REPI et de ce compte-rendu, sous quelque forme que ce soit, n'est pas de faire de l'incitation à l'usage de quelque drogue que ce soit, légale ou pas, de manière occasionnelle, abusive ou addictive.

Act Up-Paris organise depuis 1997, des REPI (REunions Publiques d'Information), dont le but est, tout d'abord, de présenter les dernières données d'actualité, sur un sujet donné, sous forme d'une présentation de 15 minutes, faite par des professionnels du secteur de la santé ; puis de proposer un débat contradictoire entre des militants, des malades, leurs proches, notre public et ces intervenants, le plus souvent médecins ou spécialistes.

Notre démarche, à l'occasion de cette première REPI sur les drogues, se situe dans une approche d'éducation et de prévention, d'information et de réduction des risques. L'article 7 bis de la loi de santé publique, correspondant aux articles L. 3121-3 à L. 3121-5., adopté récemment, suite à sa présentation à l'Assemblée Nationale, par Mr MATTEI, Ministre de la santé, officialise enfin la réduction des risques liés aux usages de drogues, comme relevant de la compétence de l'Etat.

Toutefois, afin de bien comprendre le sens des propos de cette REPI, sachez qu'afin de privilégier les expressions typiques des usagers et de leurs médecins, nous avons retranscrits fidèlement les effets de styles et expressions. Plutôt qu'un rapport universitaire, nous espérons vous offrir un compte-rendu de ce qui fut un débat spontané, non dénué d'intelligence et d'humour... caustique !
Pour Act up-Paris, merci

1/ Présentation

Gérald SANCHEZ :

Bienvenue à notre 46ème REPI, sur le thème : " interactions pharmaceutiques entre usages de drogues et antirétroviraux ". Ce soir, nous avons trois invités, dans l'ordre d'apparition :
- Patrick BEAUVÉRIE, pharmacien au CHS de Paul Guiraud, à l'hôpital Paul Brousse de Villejuif, et membre de la mission rave de Médecins du Monde, à Paris¹.
- Dr Elizabeth AVRIL, médecin à l'hôpital Marmottan , en consultation de médecine générale, et coordinatrice du bus méthadone de Médecins du Monde, à Paris².
- Dr Laurent GOURARIER, psychiatre au centre Monte-Cristo de l'Hôpital Européen Georges Pompidou (HEGP) , à Paris, et investigateur sur les enjeux du cannabis thérapeutique³.
- Olivier DOUBRE, usager de drogues sous substitution, responsable de la Commission Drogues et Usages d'Act Up-Paris, qui va se lancer dans l'introduction de cette réunion⁴.

1- P. Beauverie : il a été responsable chargé des équipes de testing et d'analyses de produits, mais aussi membre de la Commission nationale des psychotropes et des stupéfiants, dites : " commission des stups ! ".

2- Hopital Marmottan : premier lieux d'accueil spécialisé pour toxicomanes en France, créé en 1970 par le Dr Olivenstein.

3- Centre Monte-Cristo : un service pour les précaires dans le plus prestigieux hôpital du service public.

4- Olivier Doubre : amateur de divers drogues naturelles ou de synthèse, - NDLR : " Comme son esprit ! "

2/ Témoignage d'Olivier Doubre

Olivier DOUBRE :

Je m'appelle Olivier. Je suis adhérent à Act Up-Paris depuis 1999. Je vais faire une intervention qui n'est pas directement sur le sujet de ce soir, mais vous ne manquerez pas pourtant d'y trouver des liens. On va pouvoir, grâce à nos REPI, continuer à faire évoluer le rapport médecin-malade.

J'ai la chance de n'être ni séropositif au VIH ou à une hépatite virale. J'ai été et je suis usager de drogues. Quand je me retourne sur mes quinze dernières années, je m'aperçois que j'ai eu pas mal de chance. J'ai commencé l'usage de drogues, comme tout le monde, vers quinze ans en fumant des joints, puis j'ai rapidement expérimenté d'autres drogues comme la cocaïne, l'héroïne, l'ecstasy, etc...

Concernant les interactions, je me pose régulièrement des questions. J'ai pas mal fréquenté les boîtes de nuit, surtout homosexuelles. Je voyais pas mal de gens consommer des drogues. Je ne révèle rien car ça n'est pas un scoop. Parmi mes amis, il y avait pas mal de séropos et de gens sous traitements. Je me demandais quels pouvaient être les effets de ces drogues sur leurs traitements et sur leurs virus.

Je n'ai pas de problème à dire que je suis usager de drogues. Les clubbers ne se considèrent jamais comme des toxicomanes, et d'ailleurs n'utilisent jamais ce terme, même s'ils vont utiliser ces drogues illicites tous les week-ends, avec parfois un mode d'usage assez lourd. Puis, il y a eu la kétamine⁵ et le GHB⁶ qui sont arrivés sur cette scène d'usage et de défonce, comme on dit aujourd'hui.

Depuis une bonne dizaine d'années, j'ai été héroïnomanie, surtout avec du brown-sugar⁷, pour être précis. À un moment, comme tout le monde, j'ai voulu décrocher, j'ai été voir un médecin. J'ai la chance d'habiter Paris et je connaissais certains cabinets médicaux historiques en matière de substitution, comme celui d'Aligre, pour ne pas le nommer. Je lui ai donc

demandé un traitement de substitution. Le médecin, immédiatement m'a dit : vous êtes héroïnomanie. Je prenais environ un gramme et demi d'héroïne, par jour ; ... jour fériés et dimanche compris ; ... d'ailleurs, quand on est héroïnomanie, il n'y a pas de jours fériés. Ce médecin, avec qui d'ailleurs je m'entendais bien, m'a prescrit pendant deux ans, des cachets de Subutex[®], huit milligrammes par jour. J'allais donc le voir une fois par mois pour mon ordonnance, puis je passais à la pharmacie d'à côté, d'où je sortais avec une " valise " de Subutex[®]. Tout le monde s'accorde pour dire que le Subutex est un produit assez " dégueulasse " ! Il n'est pas agréable à prendre. Théoriquement, il est " inshootable "⁹, mais moi j'ai eu la chance de ne jamais shooter¹⁰ donc je n'ai pas eu ce problème-là. En fait, trois ans plus tard, je prenais toujours ce traitement et je n'arrivais toujours pas à décrocher. J'arrêtais parfois, mais aussitôt je replongeais dans la came¹¹, car le problème du Subutex[®], c'est qu'il ne procure aucun plaisir. C'est un produit " dégueulasse " à avaler, donc je l'ai longtemps sniffé¹². En fait, je n'arrivais pas à me stabiliser.

Le Subutex[®] me servait juste à calmer la sensation de manque, mais n'agissait pas du tout sur ma compulsion, ni mon envie de me défoncer, ni mes angoisses, ni mon mal de vivre. Je ne sais pas si les médecins sont là pour calmer ça. Je n'ai jamais réussi à me stabiliser ou à devenir abstinent. Pourtant, je connais des gens qui ont vraiment réussi à décrocher de l'héroïne, grâce à ce produit. Maintenant ils sont accros au Subutex[®], depuis quatre et même sept ans, bref.

Donc j'ai continué à me défoncer en étant un peu plus confortable. Le Subutex[®] me permettait surtout d'éviter les crises de manque. Je l'ai donc perçu comme un produit d'accompagnement dans la défonce, et jamais comme un traitement¹³.

Puis j'ai demandé à mon médecin de changer de traitement de substitution. J'avais lu une

5- Kétamine : produit anesthésiant humain et vétérinaire, surnommé " la kéta ", détourné à des fins psychotropes. Les effets les plus recherchés sont les hallucinations visuelles et auditives pouvant aller jusqu'à des symptômes de dépersonnalisation, sorte de séparation de notre corps que l'on peut alors, regarder " être ".

6- GHB : produit utilisé en anesthésie chez les personnes intolérantes à tous les autres produits. Cette drogue provoque de fortes sensations euphoriques et aphrodisiaques.

7- Brown-Sugar : héroïne brune, la plus fréquente en France, dans les années quatre-vingt, suite à la vague des années soixante dix et la " blanche " de Marseille.

8- Subutex[®] : produit de substitution, surnommé " le subu " ou " le bu ", à base de buprénorphine retard à haut dosage, pour le traitement des pharmaco-dépendances aux opiacés. Ce traitement, du laboratoire américain Schering-Plough, est autorisé en France depuis 1996, et il est prescrit à environ 74 000 usagers dépendants (chiffres de 2001).

9- Inshootable : non injectable par voie intraveineuse.

10- Shooter : s'injecter, par voie intraveineuse, majoritairement, des drogues illicites ou des traitements.

11- Came : argot désignant " la drogue ", en l'occurrence l'héroïne.

12- Sniffer du Subutex[®] : ce produit n'est efficace réellement qu'en respectant scrupuleusement la voie sublinguale, sans avaler et en laissant fondre le cachet. Sinon, il n'a qu'une efficacité partielle, comme va le décrire Olivier.

13- Jamais comme un traitement : Problème classique des usagers dont les médecins prescripteurs n'ont pas pris le temps nécessaire à l'explication de la voie sublinguale impérative et des conséquences du non-respect de cette règle.

enquête, faite par Act Up-Paris, sur les sulfates de morphine¹⁴ dans le cadre de la substitution, le Skénan® et le Moscontin®. Ces produits sont difficiles à avoir pour une substitution. Cette enquête faisait voir que ces produits permettaient de décrocher, tout en ressentant une " petite " sensation de plaisir. Ils permettent de calmer les usagers dépendants sur ce qu'ils recherchent généralement quand ils se défonce. C'est un truc qui m'a intéressé. Refus catégorique de mon médecin, qui me dit que le sulfate de morphine, c'est pas pour moi.

Quand je vais voir un médecin, j'attends des réponses médicale ou clinique. Là, je me suis entendu dire que je n'étais pas assez dépendant pour bénéficier des sulfates, que je devrais être à la rue, ou encore une femme enceinte, pour finalement me dire qu'il ne peut pas m'en donner car on essaie de supprimer la substitution aux sulfates de morphine et puis c'est interdit¹⁵. Il m'a même dit que les usagers à qui il en avait prescrit, avaient réussi à décrocher, mais étaient devenus de " vrais beaufs " et donc, que je valais mieux que ça. Donc ma conclusion, c'était que comme j'avais un pauvre boulot ou je gagnais dix mille balles, que j'avais un toit et qu'en plus je ne me défonce pas assez, je ne pouvais pas en bénéficier. Je ne voyais pas le rapport !

Quant à la méthadone¹⁶, c'est aussi pour des gens qui sont très très dépendants, et qui ont de gros problèmes. C'est surtout pour des injecteurs. N'étant pas très désocialisé et n'étant pas injecteur, il fallait que je reste avec mon Subutex® et avec ma came. Le Subutex® est un agoniste-antagoniste des opiacés¹⁷, sensé annuler tous les effets de l'héro en cas de prise concomitante. Pour moi, ça n'a jamais rien annulé, j'augmentais un peu les doses, c'est tout.

J'ai commencé une psychothérapie. Ma psy était un peu désespérée car j'arrivais toujours pas à décrocher. Puis j'ai rencontré quelqu'un qui était spécialiste de la substitution et qui m'a parlé de la méthadone. Elle m'en a parlé de

manière différente, comme d'un produit pas seulement fait pour les " gravos¹⁸ ", comme on dit chez les tox.

Donc j'en ai parlé à mon médecin qui a tout de suite reconnu qu'il n'aimait pas mettre des gens sous méthadone. Il m'a dit que ça ne me conviendrait pas et que, encore une fois, je risquais aussi de devenir un beauf ! Il m'a dit que la méthadone anesthésie tous les problèmes et donc que ça lui plait bien que je prenne du Subutex®, puisque c'est un mauvais produit, pensant que ça me guiderait vers la route du sevrage. Seulement comme je n'aimais pas ce produit, je ne le prenais pas et donc j'étais toujours raide-déf¹⁹!

Il me disait qu'il n'aimait pas la méthadone car elle occupe et sature tous les récepteurs aux opiacés. Je n'ai jamais voulu me faire prescrire des anxiolytiques, mais je lui demande si, quand il prescrit ces traitements à ces patients, par exemple du Lexomil®²⁰, ils se sentent bien, ils sont saturés, ils sifflotent dans la rue, ils ont chaud, tout va bien ? Enfin, j'ai finalement réussi à obtenir le changement. C'est le fait que ma psy soit pour le passage à la méthadone qui a réussi à le convaincre. Il me dit qu'il n'aime pas d'habitude faire des contrats avec les tox, mais il m'a proposé un contrat thérapeutique, si je continuais ma psychothérapie, alors il me prescrivait de la méthadone. Comme je connaissais un médecin, ma primo-prescription²¹ en CSST²² a été faite assez vite.

Normalement au début, il faut aller tous les jours au centre méthadone et faire des analyses d'urine. En lisant dans des revues suisses et américaines sur la méthadone, j'ai compris que les analyses d'urine servaient à mesurer la réussite du traitement et surtout à adapter les dosages nécessaires. En France, j'ai plutôt l'impression que les analyses servent à fliquer les gens puisque si les analyses se révèlent positives à l'héroïne et donc que l'utilisateur n'a pas réussi à être abstinente, alors certains médecins trouvent logique de leur baisser leur dose de méthadone, tout en les condamnant à

14- Sulfates de morphine : produits anti-douleur, surnommé " la morph' ". Le Skénan et le Moscontin sont des formules retard à longue durée d'action, huit à douze heures.

15- Décret DGS publié le 1996. Les sulfates de morphine sont déconseillés dans le cadre de la substitution aux opiacés et nécessitent au cas par cas un accord du médecin inspecteur de la sécurité sociale.

16- Méthadone : chlorhydrate de méthadone, surnommé " métha ", premier produit utilisé en France comme traitement de substitution aux opiacés. Il est prescrit aujourd'hui à environ 10 000 usagers dépendants. Il est commercialisé par le laboratoire italien BOUCHARA, sous licence de l'assistance publique des hôpitaux de Paris (AP-HP).

17- Agoniste-antagoniste : délicate équation pharmacologique du Subutex® pour empêcher l'action psychotrope des opiacés, par un dérivé d'opiacés.

18- Gravos : selon Olivier, expression désignant les toxicomanes, injecteurs de drogues gravement désocialisés, et ayant des comportements ne respectant pas certaines règles d'auto-support entre usagers de drogues.

19- Raide-déf : se dit de tous les usagers de drogues ayant pris suffisamment de produit pour atteindre la plénitude de l'état recherché. Peut être utilisé dans un sens péjoratif, évoquant la surdose et le manque de contrôle en société ou, encore pire, chez des amis.

20- Lexomil® : traitement anxiolytique commercialisé par le laboratoire ROCHE

21- Primo-prescription : première prescription d'un traitement, aussi appelée initialisation thérapeutique. Pour la méthadone, elle doit être faite par un médecin hospitalier ou dans un CSST.

22- CSST : Centre de Soins Spécialisés aux Toxicomanes, souvent appelé " centre méthadone ". Ces centres ont un haut seuil d'exigence.

attendre deux ou trois heures dans le centre avant de leur donner leur dose réduite. Je comprenais alors que les usagers risquaient de retourner à l'héroïne de rue de leur dealer favori. Tout ça est vraiment scandaleux. Sans parler de l'habitude de certains professionnels qui infantilisent les usagers de drogues, comme s'ils leur disaient : " tu t'es mal conduit, alors ... fessée ! " .

Pour mes premières prescriptions, personne n'a été capable de me dire quelle dose je devais prendre et donc on a commencé à quatre-vingt milligrammes par jour de méthadone. J'ai donc du faire ma petite cuisine tout seul au début, même si la personne qui vit avec moi en a vu des vertes et des pas mûres.

Certains jours j'en prenais beaucoup trop et je m'endormais partout. D'autres jours, pas assez et j'étais super speed et j'arrêtais pas de parler. Je parle déjà pas mal d'habitude et je suis assez speed tout seul, donc là, j'arrêtais plus. Puis je voudrais parler du problème de la prescription tous les 14 jours. En effet, même si certains médecins nous prescrivent à l'avance, ce qui fait qu'on y va que tous les 28 jours, il faut rappeler que pour le moment, je vais tous les mardis chez mon médecin et tout les mercredi, chez ma psy. Vous voyez c'est assez rangé comme vie !

Seulement les médecins n'acceptent de faire des ordonnances doublées qu'avec soixante milligrammes de méthadone par jour, de façon à ne pas dépasser cent vingt milligrammes par jour sur l'ordonnance. Je ne sais pas pourquoi ? Sans doute risquent-ils des contrôles de la sécurité sociale ou des flics, je ne sais pas. Il y a eu un premier texte de loi paru au journal officiel qui en effet limitait le dosage à cent vingt milligrammes par jour, mais ce texte a été abrogé et donc je ne sais pas si les médecins sont au courant, ou gardent leurs vieilles habitudes. J'ai lu qu'en Suisse, pour faire rompre avec l'héroïne quotidienne, on mettait les usagers tout de suite à quatre cents milligrammes de méthadone par jour d'entrée, alors qu'en France, on en est encore là à se battre pour avoir dix milligrammes de plus, pour être un peu plus confortable.

Voilà c'est ma petite histoire et ce qui serait bien c'est qu'on puisse arriver à se parler entre malades, que dis-je entre usagers de drogues et médecins. En effet, quand je vois mes copains séropos d'Act Up, eux sont malades et moi je suis usager.

Merci.

3/ Introduction

Gérald SANCHEZ :

Et bien, se parler on va essayer puisque s'il y a des usagers qui aiment parler, il y a aussi des médecins qui aiment bien parler, c'est un jeu qu'ils aiment beaucoup. Et après, on va voir si on arrive à se comprendre. Ça, ça va être un peu plus difficile, est-ce qu'on en a tous envie ? Ou est-ce qu'on a envie des fois d'entendre uniquement ce qu'on veut bien entendre ?

Pour illustrer tous les débats qui vont venir, j'ai pris un livre que je vous recommande, d'Antonio Escotado²³, un historien espagnol qui s'est penché sur l'histoire des drogues depuis l'Antiquité à nos jours. Il nous rappelle quelques petites vérités où l'histoire d'Olivier, d'un seul coup, prend un sens un peu étonnant au regard de l'histoire. On va repartir cinq cents ans en arrière, on est en Espagne, Christophe Colomb est en train de préparer le bateau :

" La découverte de l'Amérique " :

Le fait que les trésors américains aient été essentiellement d'ordre botanique a pas mal surpris les conquérants. Les Aztèques soignèrent si bien une blessure de Hernán Cortés qu'il écrivit immédiatement au roi pour le supplier de ne laisser aucun médecin venir dans le nouveau monde. De même, l'un des premiers recteur de l'Université de Lima au Pérou, s'opposa à la création d'une chaire de médecine, car les Indiens connaissent les herbes médicinales mieux que les médecins, et l'expérience prouve qu'on a pas besoin d'eux ici.

En conséquence, au lieu de se rendre en Amérique pour remplacer les chamans locaux, un nombre assez important d'apothicaires et de médecins ont fait le voyage pour simplement se familiariser avec le savoir des herboristes indigènes.

Comme quoi, si vous dites aux médecins, ne venez pas ! C'est la garantie, ils arrivent. Et justement, ils arrivent pourquoi ? Parce que si vous leur avez dit de ne pas venir, c'est que vous avez sûrement une super recette et que vous ne voulez pas leur dire. Donc ce soir, on s'est dit que la super recette, ce serait les interactions. Car c'est un sujet, plus compliqué c'est pas possible et avec un vocabulaire, plus difficile à mémoriser, c'est pas possible. Les interactions, c'est un peu comme le tarot et la voyance, c'est surtout après que ça marche ! C'est après les accidents qu'on peut comprendre les interactions. Essayer de les prévoir, relève encore de la magie.

23- Antonio Escotado : historien de l'Université de Madrid, qui a écrit l'histoire des drogues, dont le résumé en français a été publié par les éditions du Léopard, dans la collection de " l'Esprit Frappeur ", sous le titre " histoire de l'ivresse, de l'antiquité à nos jours " .

Ce sont des problèmes différents et spécifiques à chaque personne. Est-ce qu'il y a des règles ? Est-ce qu'il y a des repères ? Alors pour ça évidemment, comme on est au fin fond des molécules, le mieux, c'est de commencer avec un pharmacien. Patrick Beauverie, je l'ai rencontré car à l'époque, on était les pieds dans la boue, y avait cent vingt décibels, un son d'enfer, on était sur un teknival et on était en train de faire du testing. C'est comme ça que j'ai compris l'importance et les risques des interactions entre les drogues et les traitements, notamment les antirétroviraux. C'est super compliqué pour deux raisons :

- Les antirétroviraux sont donnés par trois, très souvent, en trithérapie. Or une trithérapie, contre le VIH, fonctionne justement à base d'interactions entre tous ces différents médicaments. Donc les interactions peuvent être utiles ?

- Mais justement, du côté des usagers de drogues, ceux qui disent n'utiliser qu'un seul produit, après dix minutes de discussion, on s'aperçoit qu'ils prennent en fait un joli cocktail de différentes molécules, toutes plus ou moins illicites, selon les envies et les habitudes. Donc les interactions, ça peut même être agréable et procurer du plaisir ?

Donc qu'en est-il, puisque les interactions ça peut aussi être très dangereux ?

Donc qu'en est-il, puisque les interactions ça peut aussi être très dangereux ?

4/ Avis du pharmacien

Patrick BEAUVERIE :

Merci de m'avoir invité puisqu'en tant que pharmacien, tout naturellement, ce que vous dites des drogues et des médicaments et ce que vous en faites ça m'intéresse.

Première chose, si on veut parler tous ensemble d'interactions, il nous faut rappeler quelques définitions, car dans interaction, on met tout et n'importe quoi. Je voudrais vous parler d'une science ; la pharmacologie, qui en regroupe deux, la pharmacodynamie et la pharmacocinétique.

- La pharmacodynamie, c'est la science qui étudie l'effet d'une substance sur un organisme.

- La pharmacocinétique, c'est l'inverse, c'est-à-dire ce que fait l'organisme sur la substance.

Cette molécule introduite dans l'organisme, que va-t-elle devenir ? Est-ce que l'organisme va l'absorber ? Est-ce que l'organisme va la distribuer ? Est-ce qu'il va la distribuer partout dans l'organisme ? Est-ce qu'il va la transformer, la métaboliser pour détoxification²⁴ ? Et ensuite,

est-ce qu'il va l'éliminer, comment et à quelle vitesse ? L'élimination, c'est l'objectif final, étant donné que ces substances sont étrangères à l'organisme, elles sont dites xénobiotiques.

Donc quand on s'intéresse aux interactions, on s'intéresse à deux types d'interactions : les interactions pharmacodynamiques d'une part, et les interactions pharmacocinétiques d'autre part.

La méthadone et les antiprotéases :

Vous allez vous rendre compte de ce qu'avancait Gérald en introduction de la REPI. En effet, il est encore impossible aujourd'hui de prévoir avec certitude les interactions médicamenteuses chez l'homme, à partir d'essais réalisés en laboratoire sur l'animal. Par contre les résultats de ces essais menés chez l'animal doivent nous amener à être prudents et vigilants.

En 1996, on a démarré, avec Anne Coppel et Didier Touzeau, un travail à la Clinique Liberté à Bagneux, qu'on prolonge aujourd'hui avec Yves Edel à l'ECIMUD²⁵ de l'hôpital de La Salpêtrière à Paris et avec différents établissements. À l'époque, David Voquer, un animateur de la Clinique Liberté, bénévole à AIDES, nous apprend que les nouveaux antirétroviraux, les inhibiteurs de protéases, les " petits navires " comme on les appelle, à cause de leurs noms commerciaux (indinavir, saquinavir, etc...), arrivent sur le marché et que tous les séropositifs au VIH allaient pouvoir en bénéficier dans le cadre de tri-thérapies, tous sauf ceux qui sont sous méthadone.

L'argument massif des médecins américains provenait d'essais sur l'animal. Ils s'étaient aperçus sur des souris de laboratoire que la prise concomitante d'antiprotéases et de méthadone, empêchait la détoxification de la méthadone et provoquait donc des intoxications, coma ou overdoses, chez les souris. Ils n'ont donc pas hésité à exclure les usagers de drogues substitués des clients potentiels des antiprotéases. Il faut rappeler qu'avant 1996, avec les bi-thérapies, on ne faisait, pour la majorité des cas, que retarder ou différer le décès des malades du sida et l'introduction des IP constituait un réel espoir.

Nous étions donc dans une situation paradoxale, puisqu'en effet, on accompagnait des patients usagers de drogues en les substituant à la méthadone, justement pour qu'ils puissent accéder aux soins et, selon les infectiologues nous risquions avec cet outil, la méthadone, de les exclure du recours aux derniers traitements antirétroviraux.

24- détoxifier : au cours du trajet dans l'organisme, action de transformation d'une molécule toxique en une molécule moins toxique pour l'étape suivante de ce parcours. Cette action fait partie de la métabolisation.

25- ECIMUD : Équipe de Coordination Interne et Mobile pour les Usagers de Drogues. Ces équipes se déplacent à la demande dans les différents services de l'hôpital pour aider à gérer les problèmes spécifiques des usagers.

Face à ce paradoxe, nous avons décidé d'engager nos responsabilités professionnelles respectives : parce qu'il y avait risque d'intoxication par interaction pharmacocinétique, il fallait, non pas proscrire ces traitements chez les patients sous méthadone, mais bien au contraire renforcer de manière draconienne le suivi thérapeutique des usagers séropositifs sous méthadone et inhibiteurs de protéase. Nous avons travaillé en renforçant le suivi thérapeutique par les usagers eux-mêmes, entre eux, puisque la Clinique n'était pas ouverte 24 heures sur 24 mais seulement le jour du lundi au samedi. Et, sur le plan médical on s'est demandé quel outil on pourrait mettre en place pour être sûr que les infectiologues osent prescrire des antirétroviraux et prennent en charge des patients séropositifs et sous méthadone. La solution était de monter un suivi thérapeutique pharmacologique et clinique, avec motivation et implication des médecins, infirmiers, animateurs et pharmaciens des CSST. On s'est aperçu, grâce à tous ceux qui nous ont fait confiance et qu'on remercie encore, que finalement, l'interaction supposée qui devait conduire à la mort par intoxication des patients ne survenait pas. En effet, au lieu d'intoxications, nous avons constaté des signes de manque d'opiacés, plus ou moins prononcés, subjectifs chez les uns et objectifs chez d'autres, et qu'ils étaient corrélés avec les résultats des analyses révélant des concentrations de méthadone fluctuantes, et quelques fois insuffisantes.

Après six mois de suivi thérapeutique, on a présenté en 1997 puis publié en 1998 les résultats inattendus de ce suivi thérapeutique et ce, en un temps record pour une équipe médicale sans fonds de recherche, sûrement grâce au soutien de AIDES et des volontaires qui ont fait du counselling et de la mobilisation auprès des usagers sous méthadone.

La conclusion de cette expérience est qu'une fois de plus, les essais chez l'animal n'ont de valeur que prédictive et qu'ils doivent guider nos pratiques sans les restreindre.

Parmi les papiers que vous (Act Up) avez mis dans la revue de presse, j'ai lu attentivement un papier sur les interactions entre la MDMA et les antirétroviraux²⁶. Encore une fois, il s'agit essentiellement d'essais chez l'animal accompagnés de rares cas d'intoxications souvent peu documentés. Peut-on et doit-on, à partir de tels éléments diffuser un " flyer " de prévention, déclarant que l'association Ecstasy –

Norvir® est une association fatale ou mortelle comme l'association Popper – Viagra® ? Je dis méfiance car ces éléments ne suffisent pas pour généraliser et il ne faudrait pas effrayer au risque de perdre toute crédibilité. En plus, avec l'ecstasy, c'est un peu plus complexe que pour les poppers puisque j'ai envie de demander est-ce que l'ecstasy, c'est de la MDMA, ou est-ce que la MDMA c'est de l'ecstasy ?²⁷

5/ Revue de presse

Gérald SANCHEZ :

J'en profite pour vous signaler qu'on vous a préparé comme d'habitude une revue de presse complète, sur ce sujet des interactions. Il s'agit d'une véritable overdose d'articles divers. L'idée de cette REPI nous est venue, il y a environ un an suite à la publication d'une revue internationale de la littérature, faite par l'équipe d'Antoniou, pharmacien hospitalier de Toronto et son équipe. Vous pourrez trouver, dans cette revue de presse, la traduction que nous avons faite de cette synthèse, classée produit par produit, de toutes les études et des principaux cas rapportés. Il s'agit, selon nous, de la première compilation essentielle sur ce sujet, même si les recommandations sont à relativiser, proportionnellement à la proximité des politiques répressives des États-Unis.

La revue de presse se compose de trois parties, dans la première, intitulée : " informations de base sur les interactions médicamenteuses ", à la page 37, vous pouvez trouver cette traduction intégrale. Pour nous, avant cette étude, c'est une pile de papier dans une caisse, ça part dans tous les sens et l'on y comprend rien ! Alors qu'avec ce papier, ça commence à être un premier embryon de structure sur le sujet. Étant classé par produit, à défaut d'être pédagogique sur les interactions. On peut, en tant qu'utilisateur, arriver à se faire une idée, puisqu'il y a des exemples.

L'étude dont parlait Patrick BEAUVÉRIE, qui a été publié dans le " Courrier des addictions ", c'est ce qui s'appelle : " méthadone et médicaments du sida, interactions pharmacologiques ", que vous trouverez à la page 59. Vous pourrez aussi trouver l'article que nous avons fait au sujet de cette étude, publié dans Protocoles. Patrick signalait à juste titre, que bon nombre d'études ne sont faites que sur les animaux. C'est pourquoi nous avons cherché à savoir quels sont les animaux qui ont été gâtés ? Le rat, toujours le même, et il goutte à tout, et à

26- MDMA : méthyl-dioxi-méthamphétamine. Molécule psycho-active à la base de nombreux ecstasy, dans des proportions plus ou moins grandes, associée ou non à d'autres types d'amphétamines, plus ou moins pures...

27- On attend encore la réponse de Christophe Colomb !

toutes les doses, et à toutes les heures... Il y a aussi les quelques essais chez l'humain. Une chose est sûre, ils ne sont pas fait en France ! Dans n'importe quel autre pays, ça ne pose de problèmes à personne, c'est-à-dire des files actives de MDMA en Espagne, de la coke en Angleterre, du speed en Allemagne, de l'héroïne aux États Unis, aucun complexe et sans remords. Prohibitionniste ou pas, là n'est pas le problème. En France, on a un regard et un retard un peu particuliers sur la recherche sur les drogues, en particulier, puisqu'on a retrouvé des papiers de l'INSERM de Bordeaux qui donne des doses de coke à faire pâlir, à Fernand Vidal, encore des animaux, toujours des animaux.

C'est sûr c'est pas un problème de manque d'usagers de drogues qui seraient prêts à prendre part à ces essais. Ce savoir, en France, c'est nous, les usagers, qui l'avons bâti, en allant aux urgences, on pouvait apprendre aux médecins des choses intéressantes.

6/ Avis du pharmacien (suite)

Patrick BEAUVÉRIE :

Pourquoi choisit-on le rat pour des essais en laboratoire, alors qu'il n'a que peu de points communs avec l'homme ? C'est tout simplement parce qu'il occupe peu d'espace, qu'il a un rythme de reproduction très rapide et une espérance de vie très courte, ce qui nous permet de voir sur toute sa vie, voire sur sa progéniture, les effets d'un produit ou d'une substance. Il permet d'étudier tout à la fois les interactions pharmacodynamiques et pharmacocinétiques. Mais comme nous venons de le constater avec l'étude de l'interaction méthadone – inhibiteur de protéase et comme nous le déclarons souvent en ce qui concerne la neurotoxicité de la MDMA²⁸, les études chez l'animal ne suffisent pas. Tout au plus doivent-elles nous amener à une certaine prudence ou vigilance. Alors que savons-nous des interactions drogues et médicaments ? Pour y répondre intéressons-nous d'abord à la question : que savons-nous des interactions drogues licites et médicaments ? En tout bien tout honneur, intéressons-nous à l'alcool.

On sait qu'il interagit avec un certain nombre de médicaments. On sait, tout d'abord, que l'alcool est un sédatif qui risque, par interactions pharmacodynamiques, de majorer la sédation²⁹ liée aux médicaments sédatifs. Mais

l'alcool est aussi un inducteur enzymatique au niveau du foie. Il va augmenter les processus de détoxification des médicaments, ce qui va diminuer leur durée d'action. Exemple avec la méthadone : un patient sous méthadone qui boit copieusement risque des endormissements plus sévères, mais il risque aussi d'écourter la durée d'action de la méthadone, passant de vingt-quatre heures à dix-huit heures, par exemple, et donc il risque des sensations de manque et une déstabilisation de son traitement. Pour l'alcool, de nombreuses interactions ont été décrites ou étudiées. Autres exemples : benzodiazépines, hypnotiques, sédatifs.

Par contre, dès qu'on passe au tabac, qui est quand même la principale drogue légale consommée en France, après l'alcool, eh bien, on n'a plus beaucoup d'études d'interaction. Le tabac a un mécanisme d'action assez complexe. Quand on fume du tabac, on inhale beaucoup de choses. Il y a du benzène, de l'ammoniaque, des métaux lourds et pas mal d'autres produits chimiques, mais aussi le principe actif connu, la nicotine et d'autres moins connus. Le tabac fumé peut faciliter la dégradation de certains produits ou médicaments par le foie ou par les poumons. Plus encore, dans notre société, les personnes qui consomment du tabac consomment aussi de l'alcool. Donc que va faire le tabac sur l'alcool, ou l'alcool sur le tabac, et finalement que vont faire le tabac et l'alcool sur les médicaments ? On n'en sait rien ou alors on commence enfin à en savoir un peu. Mais le peu que l'on sait, il est rare qu'on en fasse profiter les patients. Par exemple on sait que le tabac diminue l'ivresse induite par l'alcool. En effet il diminue l'absorption de l'alcool et il s'oppose aux effets sédatifs par ses effets stimulants. Est-ce qu'un médecin qui prescrit, ou un pharmacien qui dispense des gommes ou des patchs à la nicotine, prévient la personne qui va arrêter le tabac qu'il faudra qu'elle soit attentive à sa consommation d'alcool et surtout qu'elle devra diminuer sa consommation d'alcool ? En effet, à l'arrêt du tabac, à dose d'alcool équivalente, l'ivresse sera majorée. Donc il faut faire passer ce message de prévention vers les gens qui arrêtent de fumer : buvez moins, sinon, restez très vigilants, et faites attention à l'ivresse surprise et aux pertes de contrôle imprévues, à quantité d'alcool égale. Ne restez pas seuls si vous buvez.

28- Quelques jours plus tard, le Dr RICAURTE, neurobiologiste américain, (ayant lancé l'alerte internationale sur les dégâts neurotoxiques de l'ecstasy, dès 1998 !), a reconnu " s'être trompé de flacons, lors des essais ", tellement ses conclusions alarmistes étaient fantaisistes et sans fondements.

29- Sédation : endormissement ou somnolence provoquée par certains médicaments.

Gérald SANCHEZ :

C'est typiquement une chose dont j'avais déjà entendu parler, mais pour les usagers de drogues, c'est juste évident puisqu'on sait qu'un sevrage, quel qu'il soit, c'est épuisant. Donc on a une capacité réduite qui fait qu'on va s'écrouler plus vite face aux produits, c'est évident. C'est physique, quoi !

Patrick BEAUVÉRIE :

Non, c'est aussi biologique ! Il ne faut pas mettre ça uniquement sur le compte de " je suis mal " donc plus fragile mais aussi sur le compte d'une interaction des produits entre eux. Il faut le dire : Vous allez arrêter le tabac, donc sachez que votre ivresse alcoolique va survenir plus rapidement et être plus intense qu'avant, et ce pour le même volume d'alcool. La majoration de l'ivresse ne résulte pas d'un éventuel état dépressif post-tabagique mais de l'absence de CO et de nicotine.

Gérald SANCHEZ :

Ça peut être un bon argument pour arrêter le tabac, non ?

Patrick BEAUVÉRIE :

Alors imaginez quand Gérald, au cours d'une free-party, les pieds dans la boue, m'a posé la question : " alors ça fait quoi l'ecstasy avec une tri-thérapie ? " Je lui ai dit : " attends, reprenons. Qu'est-ce que tu manges ? Qu'est-ce que tu bois ? Est-ce que tu le prends le soir ? Est-ce que tu le prends le jour ? Est-ce que tu prends des jus de pamplemousse ? " Oui, car il y a des interactions connues, notamment avec l'alimentation, dont le pamplemousse rose de Floride à ne pas confondre avec le pamplemousse jaune d'Afrique et d'ailleurs. Donc voilà, c'est vraiment très compliqué de demander à un pharmacien, avec ses compétences et ses limites, de venir répondre à toutes ces questions. Souvent, c'est à vous, les patients, de ramener des infos issues de votre vécu, pour qu'on puisse s'interroger et tenter d'y répondre en réalisant des analyses et des dosages ou en travaillant sur des modèles ou paradigmes animaux. Le tout pour arriver à conclure que tel ou tel effet constaté ici existe bel et bien là, et s'explique comme suit. C'est un travail que nous devons faire ensemble, à partir de vos observations, dans le cadre d'une entraide et d'une solidarité entre malades. Donc, pour répondre à votre question " qu'en est-il des interactions entre les drogues et les antirétroviraux ? ", je souhaite d'abord répondre que nous devons commencer par noter

ensemble vos observations ou ressentis. Pour cela, vous devez parler de vos consommations de drogues avec vos médecins traitants et d'éventuels changements d'effets ou d'effets inattendus liés à une consommation de drogues suite à l'introduction d'un traitement ou d'un médicament.

Gérald SANCHEZ :

Au sujet de ton article sur les interactions méthadone et antirétroviraux, nous à Act Up on s'est dit WOAW ! Ça à l'air d'être un sujet capital ou les risques d'interactions sont multiples et croisés, quelles que soient les combinaisons. On s'est dit que la prescription de méthadone chez les séropositifs VIH, ça va devenir vraiment sportif. Donc on t'a suivi et on a publié un article en 1999. Et un an après, on a eu une levée de boucliers par pas mal de gens qui bossent dans des CSST ou avec de la méthadone, disant : " Act Up arrêtez l'hystérie et les messages alarmistes ! " Là on a commencé à comprendre que parler d'interaction, c'est émettre des hypothèses, émettre des risques de..., mais ce que doivent comprendre les médecins et les malades, c'est qu'il faut rapidement savoir s'il y a des signes ou des outils de surveillance pour prévenir la survenue de ces risques.

C'est pour ça qu'on a évoqué les dosages plasmatiques qui permettent de connaître le dosage d'un produit dans le sang, alors qu'on connaît la dose consommée. C'est le métabolisme individuel qui varie et qui peut aussi provoquer des sous dosages ou des surdosages qui vont influencer sur l'efficacité des différents traitements et/ou des différentes drogues.

À l'époque, par exemple, on s'était demandé si Patrick ne nous avait pas entraîné dans un plan approximatif et s'il ne nous avait pas fait publier des choses limites. En fait, il nous a surtout permis d'apprendre à parler d'interactions et à commencer à susciter un intérêt sur ces questions. C'est un savoir empirique construit à partir de bric et de broc, qui vient des quatre coins du monde, et il n'y a pas de règles générales qui soient faciles à comprendre.

Il y a des produits qui n'ont pas tous les mêmes portes d'entrées et d'autres, au niveau élimination, qui n'ont pas tous les mêmes portes de sorties. Est-ce qu'on peut faire un rappel de ces notions ?

Patrick BEAUVÉRIE :

Avec l'injection, on a une biodisponibilité de 100%, c'est-à-dire que tout ce que tu as mis dans le corps de la seringue va dans le sang, on ne perd rien. Alors que si tu prends un pro-

duit par voie orale, il va être plus ou moins assimilé dans l'estomac, ou plus bas ou encore plus bas, ou alors éliminé dans les fèces, dans les selles. Une fois dans l'estomac, ça passe dans le sang, puis le produit est filtré par le foie, avant de monter vers le cœur pour être distribué dans tout l'organisme.

Gérald SANCHEZ :

Est-ce que le foie d'une personne porteuse d'une hépatite sera plus susceptible de poser de risques accrus d'interactions, ou alors c'est pas si simple que ça ?

Patrick BEAUVERIE :

Il y a des médicaments pour lesquels il faut adapter les dosages selon la souffrance hépatique, qu'elle soit seulement biologique ou biologique avec retentissement clinique. Bien évidemment cela ne concerne que les médicaments métabolisés principalement ou uniquement par le foie.

Prenons l'exemple de la méthadone. Elle est éliminée autant par les reins que par le foie. Chez quelqu'un qui a des problèmes de reins, l'organisme va augmenter naturellement l'élimination de la méthadone par le foie. Si c'est le foie qui va mal, eh bien l'organisme va augmenter l'élimination par les reins. Dans ces conditions, il n'y a pas lieu d'adapter les posologies en cas de souffrance hépatique. Par contre, si le foie et les reins vont mal, alors il faudra adapter les posologies.

Si on s'intéresse au Subutex®, il est métabolisé par le foie et il est éliminé très majoritairement par voie hépatobiliaire, dans les selles. Quand on m'a demandé d'étudier son dossier d'autorisation de mise sur le marché, j'ai clairement proposé une surveillance annuelle des fonctions hépatiques d'autant que la prévalence des hépatites virales ou des conduites d'alcoolisation est fréquente chez les personnes présentant une dépendance majeure aux opiacés. J'avais demandé ça, mais ça n'a pas été retenu, même s'il semble qu'aujourd'hui, on accorde plus d'importance à ce suivi.

Gérald SANCHEZ :

Vous pourrez trouver, dans la revue de presse, la lettre que le laboratoire Schering-Plough a fait dans ce sens, pour alerter les médecins prescripteurs sur cette hépatotoxicité. Seulement, elle date de l'an 2000, quatre ans après l'autorisation de mise sur le marché et bon nombre d'incidents, pourtant délicats à imputer uniquement au Subutex®, du fait des poly-consommations.

7/ Avis du médecin généraliste

Gérald SANCHEZ :

Donc on vient de voir le point de vue du pharmacien et on va voir le point de vue du médecin qui travaille en première ligne, avec Elizabeth AVRIL, qui travaille sur le bus méthadone et qui se retrouve à faire ce travail de prescription. Quand on parle de première ligne, et bien dans un bus, on est vraiment en première ligne, d'autant plus que vous tournez dans les endroits assez chauds de la capitale ?

Elizabeth AVRIL :

J'ai deux lieux d'exercice puisque je travaille aussi à la consultation de médecine générale à Marmottan et au bus méthadone de Médecins du Monde. C'est donc deux approches différentes même si elles ont en commun de s'adresser à des usagers de drogues.

Le programme du bus méthadone a été créé en 1998, par l'équipe du programme d'échange de seringues de Médecins du Monde, pour élargir les possibilités d'accès à la méthadone aux usagers les plus précaires qu'on repérait lors de nos tournées d'échanges de seringues. Depuis six ans maintenant, ce bus permet d'accueillir beaucoup d'usagers dans des situations très fragiles, comme des étrangers en situation irrégulière avec de grosses difficultés d'accès à tous les centres de soins existants. Mais nous accueillons aussi, pour un bon tiers, des usagers qui sont relativement bien insérés, mais qui sont intéressés par notre façon de les accueillir et de leur prescrire de la méthadone.

Avant de les accueillir au bus, on les voit dans un lieu fixe pour un entretien sans rendez-vous, ouverts cinq jours sur sept, afin d'avoir une inscription au bus et pouvoir débiter un traitement à la méthadone, dans la même journée. Les usagers viennent nous voir pour nous parler de leurs consommations. Lors du premier entretien qui dure entre trois quart d'heure et une heure, on les accueille dans tous les états donc parfois il y en a qui sont franchement défoncés et donc qui n'ont pas envie ou pas la présence d'esprit de nous parler de leurs problèmes de santé.

Il y a aussi, et c'est leur droit, ceux qui font une scission entre leur prescripteur de substitution et leur médecin qui s'occupe de leurs pathologies. Ils ne disent pas tout au début, comme ça, simplement parce qu'ils veulent de la méthadone. On a à respecter ça, donc on discute surtout de leur consommation de produits.

On a aussi une partie de l'entretien sur l'état de

santé, mais ils ne vont pas dire qu'ils sont suivis à tel endroit et qu'ils prennent une trithérapie. On insiste donc beaucoup sur l'information qu'on va faire passer lors de ce premier entretien sur les interactions de la méthadone. Là, ça peut déboucher sur un entretien plus ouvert où au bout d'une heure, la personne va dire : " moi je prends une trithérapie et je suis suivi à tel endroit... ", mais c'est plus souvent plutôt : " j'ai arrêté mon suivi et j'ai arrêté de prendre tel ou tel traitement, parce que j'ai raté des rendez-vous et j'avais plus de prescriptions ! ". Tout ça nous permet donc de prendre des précautions dès le début, en les informant des dangers qu'il peut y avoir en mélangeant la méthadone et d'autres substances. Le plus souvent, c'est de l'alcool, des benzodiazépines, de la cocaïne et parfois un traitement antirétroviral et très rarement, on a eu des patients sous traitement, pour leur hépatite C : deux fois en six ans. C'est très rare, parce que très souvent, ils disent qu'ils savent qu'ils ont le VHC, mais c'est tout.

Par contre, la contrainte, c'est qu'ils doivent venir sept jours sur sept pour prendre leur méthadone. Certains viennent tous les jours, d'autres viennent de temps en temps pour avoir un dépannage, et d'autres viennent tous les jours pour prendre des doses moindres et pouvoir continuer à consommer d'autres produits. Comme ils viennent tous les jours ou souvent, on a le temps de pouvoir discuter et de leur faire comprendre les enjeux des interactions qui peuvent les mettre en danger. C'est pour ça qu'on leur donne ces informations petit à petit, puisque la première fois, déjà qu'ils viennent " à reculons ", ne sachant pas sur qui ils vont tomber, si on leur assène des informations pendant une heure, ils ne pourront pas mémoriser puisqu'on a tous une mémoire sélective.

On ne fait pas d'analyses urinaires, puisque ces outils de contrôle ne permettent pas de voir les variations de fréquences ou de dosages des consommations, puisque c'est positif ou négatif, un point c'est tout. On n'a donc pas retenu ce mode d'approche, d'autant que les usagers nous disent ce qu'ils prennent et on tient à privilégier une relation de confiance.

Par exemple, on a un patient qui consomme 80 milligrammes de méthadone par jour et qui consomme du Skénan®. Il hésite en ce moment à augmenter le dosage de méthadone pour réduire la consommation parallèle. On l'accompagne en attendant qu'il soit prêt. C'est très important que les usagers puissent s'exprimer sur leurs doutes, leurs questions et sur leurs consommations.

À Marmottan, c'est totalement différent puisque

c'est une consultation de médecine générale et on ne s'occupe pas de substitution mais des problèmes cliniques. On reçoit des personnes qui veulent faire un dépistage, ou qui veulent reprendre un suivi du traitement VIH, ou encore qui veulent des informations sur l'hépatite C. Donc on reçoit avec ou sans rendez-vous, ce qui est très pratique pour eux. Ils parlent aussi beaucoup de leurs consommations à cette occasion, plus qu'ils ne le feraient à une consultation classique d'un hôpital. Par exemple, dans un service de maladies infectieuses, ils n'auront pas assez le temps car ça va généralement assez vite. Ils n'auront pas le temps et souvent on ne va pas leur demander de parler de leur usage.

Je me souviens de cette étude qui avait été faite dans un CSST à Marseille, pour voir si les usagers sont capables de prendre un traitement antirétroviral. Et bien oui, à Marmottan, ils sont capables. C'est admettre qu'on peut se défoncer et prendre du plaisir avec les drogues, tout en étant attentif, et se poser des questions sur sa santé et accepter de se traiter.

En 1995, quand j'ai commencé à travailler à Marmottan, j'ai remarqué que les usagers confondaient souvent les produits consommés, héroïne et cocaïne, et le virus du VIH. On instaurait une trithérapie, mais systématiquement, ils l'arrêtaient parce qu'ils se défonçaient et pensaient que c'était antinomique de prendre des antirétroviraux et de la défonce. En effet ils pensaient, à tort, ne pas pouvoir associer les drogues qui leur avaient amené le virus et un traitement contre ce virus.

Gérald SANCHEZ :

Tu nous expliques bien comment les antirétroviraux sont des traitements au long cours, qu'il faut prendre tous les jours et que des vieux clichés imposés par la morale comme quoi : " ils nous coûtent cher ces tox ! ", et bien les usagers se disaient qu'il ne fallait pas gaspiller et donc qu'aujourd'hui, c'est cocaïne seulement.

Elizabeth AVRIL :

Mais c'est aussi l'idée fausse que le virus était dans le produit. Par exemple, cet après-midi je viens encore de lire un truc comme quoi les morphiniques faciliteraient l'entrée du virus dans les macrophages. Il y a très peu d'études sur le virus et les drogues, et sur l'histoire naturelle du virus dans ces contextes. On sait que la cocaïne est hépatotoxique dans certaines situations. J'essaie de faire passer une information très claire sur ces possibles dangers spécifiquement liés aux drogues, puisque dans les services de maladies infectieuses, ils ne parlent

pas des consommations de drogues et de leurs problèmes. Bon nombre de mes collègues pensent que ça n'est pas de leur ressort, que ça ne les regarde pas et d'ailleurs, qu'ils sont en fait gênés avec ça !

C'est vrai que les données sur les interactions manquent, mais même si elles existaient et qu'elles étaient remises à jour régulièrement, le seul moyen c'est d'écouter les gens et de centrer sur la qualité de la relation avec les patients. Notre approche doit les aider et leur permettre d'exprimer ce qui est important dans leur vie, même si les drogues, ça n'est pas ce que les médecins rencontrent le plus souvent.

Gérald SANCHEZ :

Donc avec le bus, vous préservez le lien à tout prix, sans forcément aller très loin dans l'enquête médicale et...

Elizabeth AVRIL :

Alors ça peut arriver mais plus tard. On arrive à faire des relais et à envoyer les usagers vers des CSST, dès qu'un suivi plus rapproché est possible. Mais pour ceux qui restent avec nous, au bout d'un moment, on arrive, petit à petit, à aborder ces questions de maladies, de problèmes somatiques.

Comme on les voit tous les jours, si on sent qu'ils se dégradent de jour en jour, alors on peut devenir plus actif dans le suivi et leur proposer de les accompagner de plus près ou à tel endroit.

Depuis deux trois mois, par exemple, on a commencé une campagne d'information dans le bus, sur l'hépatite C. Nous avons fait ça sous forme de grands posters, avec des photos, pour que ça soit parlant à tout le monde, pour qu'on puisse toucher même les non-françophones. On avait traduit en plusieurs langues des plaquettes d'information.

On a eu la possibilité, grâce à un appel d'offres de la DDASS, de proposer la possibilité d'un dépistage VHC dans le bus, grâce à des tests salivaires, appelées " salivettes ". Les gens sont très intéressés et l'étude qui est en cours marche bien justement. C'est pour pouvoir dépister certaines personnes et pouvoir les orienter sur des structures comme Marmottan, où on accepte de traiter les usagers de drogues. L'année dernière à Marmottan, on a traité vingt-cinq personnes. Dans les CSST, il n'y a pas de médecin qui prenne encore en compte cette histoire d'hépatite, alors que quand même, plus de quatre-vingt pour cent des usagers de drogues par voie intraveineuse sont touchés par l'hépatite C.

Gérald SANCHEZ :

Je crois qu'on peut même aller plus loin et être plus clair pour bon nombre de CSST et de centres méthadone, à qui ont confié la mission de prise en charge de la santé des usagers, avec un cadrage, avec des règles et des contraintes, dont on a eu un début d'aperçu avec l'exposé d'Olivier. Ce sont des centres où il y a des moyens réels au niveau professionnel. Pourtant, plus de la moitié d'entre eux refusent tout simplement de traiter l'hépatite C. Même si c'est un traitement très lourd et que les usagers ne vont pas être très motivés ou d'accord pour se lancer là-dedans, c'est la mission de ces centres. Ça risque d'être un travail d'approche assez long et c'est un travail qu'il faut à tout prix améliorer.

Elizabeth AVRIL :

C'est comme en 1996 où l'on disait que les usagers sous méthadone ne pourraient pas être traités sous antiprotéases et aujourd'hui c'est le même discours en France sur le VHC chez les usagers sous prétexte que l'Interféron fait péter les plombs. " Il a déjà des antécédents psychiatriques, donc oh la la, dans quoi on va se lancer... on ne peut rien faire ! "

L'expérience de Marmottan montre que c'est faisable mais avec vingt-cinq personnes, ça marche plutôt bien, mais il faut y consacrer du temps et même s'il faut revenir toujours sur les mêmes choses, on peut y arriver et dépasser les problèmes. On doit le faire car on est payé pour ça !

Gérald SANCHEZ :

C'est là qu'on s'aperçoit d'un paradoxe concernant l'hépatite C chez les usagers de drogues, surtout en écoutant l'ancien président de SOS hépatites. En France, il y a deux médecins, Pascal Melin, de Saint-Dizier, et le Dr Philippe Chossegras, de Lyon, qui à eux seuls ont mis sous traitement plus de la moitié des usagers de drogues traités en 2002. À Saint-Dizier, au fin fond de la France, il arrive à avoir une file active d'usagers sous Interféron qui aurait de quoi rendre jaloux Marmottan. Il est parti d'un autre principe en disant que ce traitement, justement, puisqu'il ressemble à un bulldozer, les usagers de drogues devraient adorer ça ! Pourquoi on aurait peur ? Il suffit de leur présenter ça intelligemment. Si ce traitement secoue, c'est chez des gens pas habitués qu'il va falloir se méfier, mais chez des usagers qui sont des spécialistes, il leur a rappelé que c'est juste le produit qui change donc ils connaissent déjà la plupart des effets " psychotropes " liés à l'Interféron. Il a réussi au moins à démontrer

que ce traitement chez les usagers ne pose pas les problèmes mis en avant par ceux qui refusent l'accès à ces malades.

8/ Les problèmes de dosages : quelques solutions

Elizabeth AVRIL :

Il faut revenir sur la prescription de méthadone et sur les problèmes qu'évoquait Olivier concernant les dosages de départ et leur évolution, au fur et à mesure du parcours. Tout ce travail reste très empirique. Il faut suivre les usagers et les écouter. On peut utiliser les dosages de méthadonémie, mais on ne peut pas les faire dans n'importe quel laboratoire. Cette pratique est encore rare et ne s'est pas généralisée. Donc au bus, si c'est nécessaire et qu'un usager est d'accord, on arrive à la faire mais ce n'est pas simple comme examen. Ils vont le faire dans un laboratoire, mais ils envoient le prélèvement à Bordeaux ! Ou alors on le fait faire directement par le laboratoire de toxicologie de l'hôpital Fernand Widal à Paris.

Patrick BEAUVÉRIE :

Nous on propose cette prestation au Laboratoire de Paul Guiraud à Villejuif, et comme les demandes sont régulières on réalise des dosages en série ce qui nous permet de baisser les coûts !

Gérald SANCHEZ :

Donc en fait, lors de la première partie de cette étude, vous avez pu mettre en hypothèses des possibles interactions et maintenant il faut savoir si elles arrivent dans dix pour cent ou dans cent pour cent des cas. Ça n'est pas le même niveau d'alerte. De plus, il faut aussi surveiller que ces problèmes n'arrivent pas chez d'autres patients, même n'ayant pas d'antirétroviraux. Donc pour avoir des données fiables en matière d'épidémiologie des interactions, il faut collecter les données sur un grand nombre d'usagers, avant d'avoir statistiquement quelque chose qui puisse être un petit peu concluant. Donc l'échange avec les autres professionnels c'est que justement s'il est encore difficile de réaliser ces tests ; Patrick et son équipe vous le font et comme ça ils auront le plus grand nombre possible de données dans leur étude. C'est une excellente initiative qu'il faut absolument relayer.

Dans le VIH depuis deux ou trois ans je crois, on utilise les dosages plasmatiques des antirétroviraux, pour essayer de prévenir des interactions. Mais en fait, ça permet surtout de confirmer qu'il y a bel et bien un problème de dosa-

ge dans le sang, qui n'est certainement pas dû à une surconsommation mais à une interaction biologique.

Patrick BEAUVÉRIE :

Juste pour information, il faut qu'on arrive à 1200 échantillons, et l'on est environ à 900. Mais on va avoir une première conséquence pratique de notre travail puisque avec les laboratoires Bouchara-Recordati, on va éditer prochainement une réglette d'information générale sur " Méthadone et interactions médicamenteuses ". Cet outil va permettre à tous les médecins d'avoir dans leur poche de blouse, les premières réponses à ces questions.

9/ Prévention et réduction des risques : quelques plaquettes indispensables

Gérald SANCHEZ :

Nous avons fait les RéPI aussi pour pouvoir mobiliser les associations de lutte contre le sida. Donc Patrick nous annonce, que dans quelques mois il va falloir être à nos crayons, pour pouvoir diffuser l'information de ce nouvel outil, la réglette des interactions méthadone. J'ai tenu à ramener des plaquettes du même genre, où par le passé on a essayé de mettre au point quelques outils empiriques :

- Il y a l'excellente plaquette d'ASUD : " les esthètes de la sniffette ! ", le guide pour sniffer propre.

- Il y a eu tout le travail vers le SNEG, le syndicat national des entreprises gaies, vous savez, ces endroits où l'on ne se défonce jamais ! Après quelques mois de travail, on a pu sortir cette plaquette, sur quinze produits et les manières de les utiliser : " Et toi, les drogues, tu en sais quoi ? ".

- Avec ASUD, Techno Plus, Act Up et Médecins du Monde, on a sorti une plaquette de prévention sur les médicaments détournés et vendus pour de l'ecstasy : " Qu'est-ce qu'on nous fait gober ? ". Le petit guide de toutes les plus belles arnaques, genre " puisque j'te dit qu'c'est d'la balle, z'y va ! ", peut-être mais c'est un anxiolytique, donc laisse tomber et ne l'achètes pas cent balles, ça vaut dix centimes en pharmacie.

Donc notre approche en matière d'interaction, c'est ce qu'on va appeler les arnaques ou encore les produits de coupe, ou tout ce domaine qui relève toujours de l'inconnu et si le pharmacien s'en aperçoit, c'est bien après ! Il y a eu la campagne sur le GHB, mais aussi celle sur le viagra et les poppers.

Donc peut-être aujourd'hui, pourrions-nous relancer un travail inter-associatif pour la sortie d'un guide et d'une mise à jour de ces problèmes, à l'attention des usagers et des médecins qui ont du mal à envisager ces problèmes-là ? Il faut aussi citer le dernier numéro d'ASUD qui a fait un dossier spécial sur les interactions et aussi sur la prise en charge des overdoses qui peuvent en découler. Ce numéro vous permettra de vérifier quelques croyances ou quelques mythes.

Nous venons de voir avec les deux premiers intervenants, que le savoir sur les interactions est une véritable mine d'or. Seulement, comme nous l'a précisé Patrick, il n'est pas utile de transmettre ce savoir, tel quel sur le terrain, puisqu'une bonne partie ne se résume qu'à des situations rares et complexes, n'ayant que peu d'utilité clinique au jour le jour. Il faut qu'on travaille tous ensemble pour définir des outils communs et validés pour pouvoir éviter de diffuser des messages contre-productifs risquant de contraindre ou de limiter l'accès à des molécules très utiles pour le plus grand nombre.

Les interactions peuvent être dangereuses en cas de surdosage. Elles peuvent aussi être utiles ou thérapeutiques, comme avec les trithérapies. Mais les interactions peuvent aussi être agréables ou provoquer des sensations de plaisir pour certains. C'est pourquoi on a voulu inviter notre troisième intervenant pour évoquer les enjeux thérapeutiques du cannabis. Nous avons bien évidemment concocté un savant mélange de documentation dans notre revue de presse à ce sujet. Il s'agit d'un produit bien connu puisque ce serait la quatrième drogue, la plus consommée en France, après l'alcool, le tabac et les médicaments...

On vient d'évoquer dans plusieurs contextes, les difficultés d'observance concernant différents types de traitements. Or ces problèmes sont souvent liés à un contexte d'anxiété qui pourrait, dans certains cas, justifier le fait de rajouter encore certaines molécules. Pourtant, bien souvent, il nous suffirait d'arriver à reprendre un peu de distance, d'arriver à reprendre le contrôle d'une situation qui nous échappe temporairement. Cette différence-là est énorme pour nous les malades, et il n'est pas évident de trouver des outils "light" dans cette indication à vocation "anti-stress".

10/ L'avis du psychiatre

Laurent GOURARIER :

Tout d'abord je voudrais revenir à la présentation d'Olivier, qui témoignait à quel point c'est dur de se faire entendre et d'arriver à parler. C'est pour ça que je suis venu à cette REPI, pas pour rencontrer d'autres médecins. Car, à la grande période de la réduction des risques, ce qui s'est passé plus que tout au monde, bien sur le VIH a reculé, bien sûr que les toxicomanes ont fait attention à leur santé, ce qui n'as pas, contrairement au discours, été étonnant pour tout le monde.

Mais le plus incroyable, c'est tout ce qu'on a appris des usagers eux-mêmes, tout ce qu'ils ont bien voulu nous expliquer ne sachant pas à quel point ils nous éduquaient. Par exemple, le protocole dont je vais vous parler, hépatite C et cannabis, il m'a été soufflé par un patient. Cette histoire de courrait qui passe entre les soignants et les usagers de drogues, c'est le principal intérêt de la réduction des risques. Après le VIH, parce que j'espère qu'il y a un " après le VIH ", après l'héroïne injectée, parce que je crois qu'il y a un " après l'héroïne injectée ", et bien, grâce à la mission-rave, grâce à Marmottan, grâce à ma consultation, grâce à la volonté et à l'intérêt de ceux qui ne se droguent pas, pour ceux qui se droguent, et grâce à l'énergie de ceux qui se droguent, ils vont continuer à quand même se traiter et à vouloir vivre. Grâce à l'interaction de ces deux trucs-là, on va encore faire plein de progrès sur ce qui se passe dans la tête des humains. Par contre, si comme j'en ai le sentiment depuis dix-huit mois, on va laisser les usagers dans la rue et les médecins dans leurs hôpitaux, à s'occuper de défoncer un certain nombre de rats et autres drosophiles, ou animaux savants, nous allons moins bien soigner les gens ! Et notamment, les personnes en situation irrégulière, qui sont déjà aujourd'hui les premières à ne pouvoir arriver à l'hôpital que quand c'est trop tard³⁰ ! Donc ce que tu réclames Olivier c'est indispensable à nous médecins mais surtout à nous la société ! Merci Act Up de m'avoir invité pour parler de ça, puisque c'était un sujet brûlant, il y a encore deux ans. Aujourd'hui le discours officiel est très clair :

" Les gens qui s'occupaient de ça, en tant que scientifiques, ils sont partis ou ils ont laissés tomber... Il n'y en a plus, il n'y en a jamais eu et ça n'a jamais existé ! Le cannabis, c'est très

30- A.M.E. : L'Aide Médicale d'Etat qui permettait une prise en charge rapide, souple et gratuite des soins urgents et des hospitalisations des " sans-papiers ", vient d'être purement et simplement annulée ou quasiment par le gouvernement.

dangereux puisque ça rend schizophrène et ça inhibe les spermatozoïdes. D'ailleurs toutes les drogues, c'est très mauvais, surtout pour le sexe, c'est bien connu ! D'ailleurs toutes les drogues sont très mauvaises et il suffit de rester complètement abstinent et c'est super ! " disent-ils !

Pourquoi le chanvre reste donc l'objet de toutes les stigmatisations et pourquoi ils n'ont pas dit que c'est la faute de la coke ou du crack ? C'était facile puisqu'aux États-Unis, ils ont fait ça... dix ans plus tôt. Aujourd'hui en France, l'essentiel du débat sur les drogues, c'est le chanvre ! Une collègue m'a rappelé que c'est plus dangereux de parler du chanvre que d'une bombe atomique, et honnêtement, je crois qu'elle a raison !

Il y a quand même des raisons objectives à ça, comme la difficulté de créer des médicaments solubles dans les graisses plutôt que dans des liquides aqueux. L'héroïne, la morphine et la plupart des opiacés sont des médicaments faciles à fabriquer, puisque solubles dans l'eau. Alors en matière de cannabis, il faut bien préciser que l'argument majeur qui est opposé est de l'ordre de l'irrationnel. Le cannabis, c'est la moins dangereuse des drogues et je vous le dis, sans vouloir vous inciter à en consommer. Tout le monde le sait et bien sûr, y compris et surtout ces détracteurs qui essaient vainement de la faire passer pour LA drogue, aussi dangereuse que les autres.

L'ambiance autour de ce produit depuis deux ans évidemment n'incite certainement pas des chercheurs à mener des études et des travaux sur les qualités de cette plante et de ses composants. Et puis pour mémoire, il faut rappeler que la commission officielle³¹ qui avait statué, à l'époque, que les seringues en vente libre ne serviraient à rien, elle vient de rendre un avis sur le cannabis thérapeutique en disant que ça ne servirait à rien ! Ça vous étonne ?

Patrick BEAUVÉRIE :

J'en fais partie mais je n'ai pas voté dans le même sens que la majorité de cette commission !

Laurent GOURARIER :

Depuis des millénaires, le cannabis est un remède utilisé partout dans le monde et de tous les temps. Suite à la parution d'un de mes articles dans " le concours médical ", à propos du cannabis thérapeutique, j'ai reçu un témoignage d'un médecin de la coloniale qui racontait qu'il traitait avec du chanvre, en Afrique. Il disait que c'était un bon traitement contre les

diarrhées. Il est né en 1920, et aujourd'hui c'est un élu et il dit donc qu'il utilisait du cannabis thérapeutique. Puis il a été retiré de toutes les pharmacopées du monde, jusqu'à ce que l'épidémie de VIH réveille l'intérêt pour le chanvre. Les séropositifs en phase sida fument beaucoup ou du moins, régulièrement car ça leur fait du bien, disent-ils. Ça a donc été l'origine d'un mouvement social et politique, au moins autant que scientifique. Donc, il a été question d'étudier les bienfaits du chanvre pour des gens qui se soignent et non pas pour un usage récréatif, comme ça se fait, dans les collèges, aujourd'hui. Ils réclament donc l'autorisation de le faire et un accès contrôlé à des produits de qualité thérapeutique. Un mouvement social crée un lobby politique aux États-Unis, et obtient un référendum constitutionnel sur le cannabis thérapeutique, dans l'État de Californie. Et à la surprise générale, ça passe ! Ils ont réussi à faire basculer la vision politique de l'histoire.

Ils obtiennent les autorisations dans certaines indications, comme pour les malades du sida et pour les malades de cancer en chimiothérapie, mais uniquement pour des malades en fin de vie. Donc pour la première fois, les États-Unis se sont intéressés au cannabis thérapeutique, au niveau fédéral.

Il n'y a pas une seule drogue ou même un seul poison qui n'ait pas été étudié, et je dirais même plus, qui n'ai pas été utilisé en pharmacie humaine. Donc depuis le milieu des années quatre-vingt-dix, tous les gouvernements américains ont lutté contre le cannabis thérapeutique.

Parmi les médecins, certains faisaient des prescriptions de cannabis fumé. Comprenez- moi bien, c'est complètement contradictoire avec l'idée que je me fais de la médecine, moi. On ne peut conseiller à personne de se goudronner les bronches. C'est ça fumer, que ce soit du tabac, du cannabis, du caillou ou de l'héroïne ! Un laboratoire américain a sorti un premier produit, sous forme de gommes, à base de dérivés de cannabis, en l'occurrence du dronabinol. Elles servent à éviter aux patients de perdre du poids en stimulant l'appétit, tout en préservant le moral, chez des gens en fin de vie.

Au-delà des États unis, la répression s'est organisée au niveau international, par exemple, en imposant aux états qui veulent entrer à l'O.N.U., des conventions appelées " single convention ", qui imposent d'accepter toutes les facettes de la répression des drogues " à l'américaine ", de manière irréductible, notamment en ce qui concerne la culture de canna-

31- Commission officielle : la Commission nationale des psychotropes et des stupéfiants, dépendant de l'AFSSAPS (agence du médicament), chargée de statuer sur des questions stupéifiantes.

bis. Cependant, en médecine, on a le droit de le faire, mais de manière tout à fait restrictive et extrêmement limitée. La répression s'accroît chaque année encore plus. Vous vous rappelez de Bill Clinton, le président qui avait fumé un pétard, sans avaler la fumée !

Les recherches sur le cannabis ont permis de confirmer de nouvelles indications ne se limitant plus seulement à la fin de vie et aux malades en phases terminales. Par exemple, elles ont pu confirmer une indication du cannabis, dans la sclérose en plaque, en tant qu'anti-douleur. Seulement la sclérose, ça n'est pas comme les deux indications précédentes, puisque avec une sclérose, on peut vivre des dizaines d'années l'espérance de vie n'est pas détruite pour tous en tout cas ! Il y a aussi les tics des malades du syndrome de Gilles de la Tourette, c'est une maladie qu'on pense neurologique, ou par exemple, des ados se retrouvent à dire des gros mots sans cesse, Et bien, cette maladie se gère assez bien avec du cannabis. Et ça, c'est une maladie bénigne, une maladie de tout le monde.

L'idée était, en France, au moment où Kouchner, qui a voulu légaliser le chanvre des dizaines de fois, mais qui n'y est pas arrivé, veut promouvoir le cannabis thérapeutique, c'est de sortir le chanvre de la thérapeutique dite humanitaire. C'est-à-dire de le réserver uniquement pour des gens dont on sait qu'ils vont mourir demain. Alors, vous savez, leur donner du shit ou de l'héroïne, et même pourquoi pas, de la coke, c'est moins grave. Si c'est un médicament, alors on doit pouvoir donner à ma grand-mère, qui n'a jamais fumé de shit. Donc si le cannabis peut être un médicament, alors on doit pouvoir le donner pour des maladies dont on guérit. Alors l'hépatite C en est une. C'est une infection chronique et une fois qu'on a été contaminé, il n'y a que vingt pour cent des cas qui guérissent spontanément, dont certains en faisant une hépatite aiguë, parfois avec jaunisse. Ce sont des données d'études faites en population générale, dont étaient exclus les usagers de drogues. À l'hôpital européen Georges Pompidou, on a refait cette étude sur tous nos patients usagers de drogues, et bien c'est la moitié qui avait pu guérir naturellement ! Quand on demande pourquoi aux hépatologues, ils nous disent que ça ne les étonne pas. Ils savent que chez les bébés, contaminés par transmission materno-

foetale, lors d'accouchements sanglants, ils guérissent aussi dans plus de la moitié des cas ! Or, si les usagers se sont contaminés très tôt, avant vingt ans, ils vont réagir comme les bébés. Alors que les personnes contaminées par transfusion sanguine, ont été infectées plutôt vers quarante ans. Lorsque j'ai présenté cette étude³², lors d'une conférence aux États Unis à Cincinnati, les Américains ont confirmé cette guérison spontanée plus fréquente chez les usagers de drogues. Donc on peut aussi imaginer que chez les usagers de drogues, l'hépatite C est aussi plus facile à traiter ! Puisque les conférences de consensus française et américaine annoncent une priorité de traitement chez les usagers de drogues, alors nous médecins, on est obligés de le faire ! Il faut mettre une fin à cette inertie des centres méthadones qui refusent de traiter les patients sous prétexte qu'avec de l'interféron, il y a des problèmes psychopathologiques. Et bien justement, c'est parce que dans ces centres, il y a aussi des psychiatres, que ce traitement est possible et doit être proposé systématiquement. Sinon certains hépatologues n'arrêteraient jamais de dire que " le foyer de l'épidémie est chez les usagers de drogues ! ". Évidemment si on ne les traite pas.

Si on explique aux usagers, que c'est le traitement qu'on va leur donner aujourd'hui, qui risque de les inciter au suicide dans deux mois, ils le comprennent très bien et sont prudents dès les premiers signes dépressifs ! Alors que ma grand-mère, elle ne comprend pas ça, elle s'endort en disant " , " on verra bien demain ! ". Donc pour revenir au cannabis thérapeutique, le laboratoire américain Eli-Lilly, qui produit des gommes au THC, appelée Marinol®, est en rupture de stock jusqu'au printemps prochain. En France, il y a une A.T.U.³³ nominative de produits comme celui-ci³⁴. Donc le temps de faire tous les papiers pour être autorisé maximum 28 jours, on apprend qu'il n'y en a pas !

Donc l'étude que je veux mettre en place, c'est de traiter l'amaigrissement des malades d'hépatite C qui vont démarrer le traitement par bithérapie PEG interféron-Ribavirine. En effet, un des nombreux effets secondaires de ce traitement est l'amaigrissement moyen de quatre à six kilos, comme en témoigne Stanislas POL, hépatologue de l'hôpital Necker, et pouvant même dans certains cas de personnes frêles, nécessiter l'arrêt de traitement. Et bien, chez

32- Etude : " Sous-estimation des rémission spontanées d'hépatite C " (par L. Gourarier, B. Melforte, E. Perre, C. Georgy, P. Espinoza), présentée au 64^e CBDD à Cincinnati, USA, et publiée dans le Courrier des Addictions - N°4 - Oct-déc 2003 - p. 154.

33- A.T.U. : autorisation temporaire d'utilisation donnée par l'AFSSAPS (agence du médicament). Il en existe deux types, dont la nominative, plus difficile à mettre en place et à obtenir.

34- A.T.U. de la nabilone : équivalent anglais du Marinol®, l'A.T.U. a été obtenue en 1998, suite aux pressions d'Act Up-Paris et à la rencontre organisée entre le laboratoire anglais et l'agence du médicament. Puis elle a été annulée en 2000, faute de demandes, puisque les spécialistes en cancérologie n'avaient pas été informés et motivés correctement.

nous, avec les usagers de drogues, on constate des pertes supérieures allant de dix à quinze kilos en moyenne. Souvent, ces usagers, dont la plupart avaient arrêté de fumer du cannabis, ce sont mis spontanément à refumer lorsqu'ils ont commencé à maigrir avec ce traitement. Donc c'est chez eux que je voudrais tester de manière mesurable et contrôlable, l'effet du cannabis thérapeutique.

Donc les bénéfices de ce traitement au cannabis sont nombreux :

- Éviter les pertes de poids, dont les plus sévères peuvent faciliter ou provoquer un arrêt de traitement.
- Essayer de réussir à maintenir ces patients plus longtemps sous traitement, pour augmenter les chances de guérison
- Et vérifier si les qualités immunologiques des dérivés du chanvre n'auraient pas un intérêt dans l'hépatite C.

Il y a un laboratoire anglais, GW Pharmaceutical³⁵, que le gouvernement a autorisé pour des cultures, des recherches et de la production de traitement à base de cannabis. Il vient de produire un spray sublingual, un " Pschitt " à base de cannabis, avec deux modèles. Ils ont fait une grande étude sur les douleurs liées à la sclérose en plaque, et s'aperçoivent que les gens traités au cannabis font neuf fois moins de rechute ou de poussée de sclérose que ceux non traités. On sait qu'à la surface des lymphocytes et de plusieurs autres molécules immunocompétentes, il y a des récepteurs au cannabinoïdes, dont on ne sait pas encore à quoi ils servent et j'aimerais bien approfondir cette question à l'occasion de cette étude. Si on arrive à les activer et à comprendre leur rôle et leur utilité, on pourrait certainement permettre une avancée, en termes de réponse immunitaire pour pas mal d'infections virales, par exemple.

11/ Revue de Presse (suite)

Gérald SANCHEZ :

Dans la revue de presse, il y a donc le troisième volet qui est consacré au cannabis thérapeutique. On vous y a mis en premier, les bons de commande de cannabis hollandais et canadien, disponibles en ligne sur Internet, mais réservé aux autochtones. Une fois l'autorisation obtenue, on n'arrête de se prendre la tête et la mise à disposition est très simple. Le plus dur, c'est arrêter de se prendre la tête !

Pour ceux qui veulent garder le rituel lié au can-

nabis, " je veux le préparer moi même ", plutôt que de passer au spray. Il y a les inhalateurs, en anglais, appelés Vaporizer. Il y a un modèle absolument stupéfiant, commercialisé par une société allemande, qui l'a baptisé Volcano®. C'est une technique d'extraction d'huiles essentielles, à la base de la phytothérapie. Donc dans ce modèle, il y a un tiroir, sur le côté, ou l'on met la matière première, des carottes ou des choux, ou encore, du shit ou de l'herbe. La particularité de ce modèle, c'est qu'il permet de graduer précisément la température de combustion, et de plus, contrairement aux autres inhalateurs classiques, il va jusqu'aux températures plus élevées, absolument nécessaires à la combustion du cannabis. Ensuite il suffit de mettre au-dessus, une sorte de gros ballon gonflable, pour récupérer les vapeurs qu'on pourra inhaler tranquillement, de la même façon qu'on fume un pétard. On est pas obligé de rester la tête au-dessus de l'inhalateur, on peut se balader et même danser avec son ballon !

Laurent GOURARIER :

Dans l'excellent article de Science et Avenir, il y a la photo d'un producteur hollandais de cannabis thérapeutique, qui tient en main des têtes d'herbes, les sommités fleuries, qu'il distribue tels quel aux malades. En France, même avec l'A.T.U., il est impossible d'y accéder sur prescription médicale. Alors qu'en allant dans région de Maastricht en Hollande, où ils parlent fréquemment français, on peut se faire prescrire des têtes de " beuh "³⁶, par des médecins locaux, tout à fait compétents et se les faire délivrer à la pharmacie locale.

Question de la salle :

Mais alors c'est légal de la ramener en France ?

Laurent GOURARIER :

Avec une prescription d'un médecin français, stipulant qu'il a tout essayé avec la pharmacopée disponible, et qui t'adresse à un collègue hollandais pour tester d'autres thérapies non utilisées en France. Si en plus tu as la prescription du médecin hollandais et la facture de la pharmacie hollandaise, alors les risques légaux existent quand même. Mais tu as alors fait le maximum afin de pouvoir bénéficier de la jurisprudence française, comme ça a déjà eu lieu plusieurs fois. Le cannabis reste un produit illégal en France, mais les fins thérapeutiques peuvent aussi, dans certaines mesures, être

35- GW Pharmaceutical : Leur site web est une vraie mine d'or de renseignements et de publications médicales de référence, sur le cannabis thérapeutique et ses recherches : Adresse WEB : www.gwpharm.com

36- Tête de " Beuh " : sommités fleuries du cannabis, où se concentre toute la résine et la plupart des cannabinoïdes.

défendues dans des tribunaux, comme tu le sais, ça dépend du juge !

Ce que le laboratoire anglais GW Pharma, conseille c'est de dissoudre le cannabis dans du lait ou, comme dans leur spray, dans un solvant des graisses, comme l'alcool. Le caractère lipophile du cannabis complique pas mal sa bonne distribution dans le sang. Ces sprays fabriqués par GW Pharma, seront distribués en Europe, sous le nom de Sativex®, par le laboratoire BAYER, inventeur allemand de l'héroïne et de l'aspirine, normal, encore eux !

Question de la salle :

Je m'appelle Didier Robert, et je travaille à E.G.O.³⁷ et je suis venu à titre personnel car j'étais président d'une association qui s'appelait l'ATNUF³⁸, et à l'époque on avait travaillé sur la mise en place d'une étude sur le cannabis thérapeutique avec le M.L.C.³⁹ lorsqu'on avait envoyé cette étude à pleins de médecins, aucun n'avait daigné nous répondre, alors aujourd'hui je suis étonné par votre démarche !

Laurent GOURARIER :

Je ne peux pas, d'un point de vue de médecin, te dire " va-z-y fume ! ", et d'un point de vue réglementaire on est un peu dans une impasse très délicate. Le seul accès possible est des gommes au THC, le Cesamet® produit par Eli-Lilly, et ils sont en rupture de stock. Or eux ne seront pas interdits parce qu'ils font le Prozac® et d'autres médicaments de poids économique certain.

Question de la salle :

Mais je n'ai pas envie d'aller me le faire prescrire à l'autre bout du monde. Je suis en France, donc je veux pouvoir y accéder en France, dans une pharmacie française, un point c'est tout ! Il faut arrêter de nous dire d'aller à l'autre bout du monde. Lorsqu'on cherche des médecins pour nous faire des attestations pour confirmer qu'on va mieux depuis qu'on fume, et bien y a plus personne !

Gérald SANCHEZ :

Puisqu'on se connaît depuis longtemps je vais faire un rappel. En effet, il y a trois ou quatre ans l'ATNUFF était venu à Act Up. Depuis, on a travaillé avec une autre association de malades pour le cannabis thérapeutique, qui s'appelle PRISAM⁴⁰, et qui est sur une stratégie que tu

n'apprécies pas. À savoir, de dire à tous les malades habitants des départements français frontaliers, de demander à leurs médecins français des attestations les recommandant auprès de spécialistes étrangers, du pays frontalier autorisant la prescription de cannabis thérapeutique. Puis d'aller voir un médecin spécialiste suisse, en l'occurrence pour Lyon, et de se faire prescrire et délivrer légalement du cannabis dans un pays, membre de la communauté européenne. Par exemple, à Mulhouse, personne n'a attendu pour prendre un ticket de train à quinze francs, pour Bale, et ils s'en font prescrire simplement.

Il faut recadrer le débat du cannabis thérapeutique. À titre personnel, s'il s'agit de prendre ce que je veux comme produit et comme qualité, comme je veux et au rythme ou je veux, j'ai pas besoin de médecin et je peux assumer d'enfreindre la loi, pour ce qui me semble être un délit mineur, face à la réalité de mes difficultés et de mes impératifs de santé. Je peux le faire chez moi.

À Act Up, on a reçu plusieurs usagers en province, qui se sont fait prendre à cultiver chez eux, leur quantité nécessaire de cannabis à des fins thérapeutiques. Ils s'étaient fait dénoncer par des voisins, ou pire par des parents, qui avaient dit aux flics " Allez voir au fond du jardin, vous verrez ! ". Seulement les gendarmes connaissaient ces personnes depuis qu'ils sont tout petits dans le village. Ils ont saisi deux pieds d'herbe sur quinze, pour des analyses. Cet usager malade, après avoir été reçu par le juge qui leur a demandé de ne pas faire de publicité et de rester discret, sachant qu'il n'avait pas de doute sur le fait que ce cannabis ne servait pas à alimenter des copains fêtards, mais bel et bien dans le cadre d'un usage thérapeutique.

En effet, suite à cette perquisition, ces usagers avaient pu obtenir une attestation de leur médecin, stipulant qu'ils étaient au courant de cette consommation, et qu'eux-mêmes ne voyaient pas de contre indication, dans la mesure où ça aidait apparemment ces patients. D'après nous, il s'agit surtout d'un problème pour les malades habitant en ville et encore plus dans des métropoles comme Lyon ou Paris.

Le jour au Sarkozy nous fera la même que cet été, avec la free-party du 15 août, à Millau, où il vantait les mérites de la réduction des risques et du testing, mais ce coup-ci, pour plaider en faveur des malades se soignant avec du can-

37- E.G.O. : Association de riverains et d'usagers de drogues pour la réduction des risques liés au drogues, implantée dans le XVIIIème arrondissement vers Barbès.

38- ATNUF : Association pour des thérapies non utilisées en France, qui défendait le cannabis thérapeutique.

39- M.L.C. : Mouvement pour une légalisation contrôlée, groupe de lobby cannabino-phile dirigée d'une main de fer, par ce très " cher " avocat parisien, spécialiste des affaires stupéfiantes, Francis Cabalero.

40- PRISAM : association lyonnaise de malades pour le cannabis thérapeutique,

nabis, on vous prévient. En attendant, ça risque d'être un peu chaud. Raison de plus pour en parler avec nos médecins, avant d'avoir des saisies, et d'essayer de les impliquer pour reconnaître les bénéfices potentiels de ce traitement d'appoint toujours illégal en France, ou à défaut, qu'ils signalent le moindre mal, tout en vous soutenant. Sinon n'hésitez pas à prendre conseil pour trouver d'autres médecins, plus au fait du sujet ou prêts à s'impliquer, tout aussi difficile que ça puisse paraître. Il ne faut pas oublier que selon les sondages, 75 % des Français sont pour le cannabis thérapeutique, donc il ne serait pas inaccessible de trouver parmi eux des médecins. Il faut préciser une étape importante dans les recherches anglaises. En effet, c'est le premier pays, parmi ceux qui ont utilisé le cannabis en médecine, qui a débuté par des recherches agronomiques, de façon à déterminer des variétés de plantes produisant le maximum de composants bénéfiques d'un point de vue thérapeutique. Ils ont aussi cherché à définir des standards de production industrielle, de façon à ce que rapidement les cultures puissent être à même de faire face à une demande dont ils savent déjà l'importance à l'échelle anglaise. Mais c'est bel et bien le marché européen que vise ce laboratoire GW Pharma. Donc suite à ces recherches, ils ont clairement positionné leur parti pris, disant qu'il fallait tenir compte des échecs du passé et ne pas les reproduire. Donc les produits comme le Cesamet®, qui ne sont fabriqués qu'à partir d'un des 140 cannabinoïdes, le THC⁴¹, ne produisent que des résultats partiels en termes d'avantages thérapeutiques, voire même, ils créent des effets secondaires qu'on n'a pas en fumant. Donc GW a tenu, pour fabriquer son spray, à utiliser l'ensemble des cannabinoïdes, sans chercher à isoler ou préférer l'action de l'un par rapport à l'autre. De façon à " désactiver le stone " ou annuler les effets psychoactifs, ils ont simplement rajouté une molécule⁴² qui permet de saturer ou boucher les récepteurs spécifiquement liés à ces effets. Attention, car les effets psychoactifs d'un bon pétard de skunk⁴³ ont de quoi dégoûter du cannabis quelqu'un de quarante-vingt ans atteint d'une sclérose en plaque. En matière de cannabis thérapeutique, il y a déjà tout ce qui permet aux fumeurs de le faire, sauf l'essentiel, la reconnaissance légale. Par

contre pour les non-fumeurs, après avoir crié victoire en isolant le THC, GW vient seulement en 2003, d'inventer la première version pharmaceutique prometteuse, sous forme de spray. Donc pour les fumeurs, il reste juste à prendre le risque légal, que nous ne vous recommandons pas, point trop n'en faut. En 1999, Act Up a fait une campagne à partir d'une pétition qui s'appelait " ce risque, je le prends ", ça nous avait coûté 30 000 francs⁴⁴ et c'était sous la gauche. Le spray de GW Pharma est fabriqué à partir de cannabis, cultivé dans un endroit ultra secret quelque part au Royaume-Uni, sur l'île de Jersey. Mais alors, où est-ce qu'il le fabrique le spray ? Et bien, GW a sous-traité auprès du leader mondial de fabrication de spray pharmaceutique tout simplement. Il s'agit d'une société française basée à Évreux.

Remarque dans la salle :

C'est comme pour l'héroïne pour les programmes suisse qui était fabriqué vers Lyon, par Rhône Poulenc. Et la presse a dévoilé ce scandale, la production a été arrêtée puis les Suisses ont pris le relais.

Est-ce que les médecins, vous pouvez réellement nous aider à obtenir du cannabis thérapeutique en France, car je refuse qu'on soit obligé de faire comme pour les antiprotéases VIH, d'aller à l'étranger pour bénéficier de la prescription " dernier cri " !

Patrick BEAUVÉRIE :

Pour avoir assisté à la Commission des stupéfiants sur cette question, je tiens à préciser qu'elle ne doit pas être débattue par les seuls médecins sinon ça n'avancera pas. Il faut que ce soit un débat citoyen. Par ailleurs, 99 % des gens qui en consomment ne le font pas pour des raisons thérapeutiques. Donc c'est à la société de répondre à cette question, et non pas seulement aux médecins.

Laurent GOURARIER :

J'ai l'exemple d'une patiente parkinsonienne de soixante-dix ans, qui est invalide et doit se déplacer avec des cannes. La seule fois où elle a pu se déplacer sans cannes, c'est quand elle a accepté de fumer ce que lui proposait son neveu. Depuis, elle est venue me voir en me disant, je veux du cannabis thérapeutique. Si je lui dis d'aller dans la rue ou sur Internet, tu as raison, je me sens honteux, je me sens merdeux!

41- THC : tétrahydrocannabinol, le cannabinoïde le plus psycho actif, mais qui ne permet pas à lui seul, de garantir des effets thérapeutiques.

42- Molécule : Antagoniste des récepteurs CB2. Les récepteurs CB1 permettent tous les effets thérapeutiques, et les CB2 ont les mêmes fonctions, plus les effets psycho actifs.

43- Skunk : variété de cannabis hollandais à fort taux de THC et à fort taux de rendement agronomique, obtenu par manipulation génétique.

44- 30 000 francs : 4 574,85 euros aujourd'hui !

Mais il faut reconnaître que quand il y a des manifestations pour le cannabis, il n'y a pas grand monde et donc ça aussi ça fait partie de nos spécificités. Je connais des profs qui fument, mais on pourrait les torturer plutôt qu'ils reconnaissent faire comme beaucoup de jeunes et risquer de perdre leur emploi. Ou alors, ils te diront qu'ils n'avalent pas la fumée.

12 / Débat avec la salle (hépatite C & interféron) :

Michel BONJOUR :

Je suis président de l'association SOS Hépatites. L'année dernière, on a fait une enquête, qui s'appelle " vivre avec une hépatite virale ", avec la collaboration d'une trentaine d'association, dont Act Up d'ailleurs. Le questionnaire faisait quatre pages et c'était ambitieux de notre part. On a 19 % des répondants qui nous disent que ce qui les a le plus aidés pendant leur traitement interféron-ribavirine, c'est le cannabis. Ça fait 2300 malades quand même. Pourtant quand on en parle à l'AFEF avec nos hépatologues, certains nous disent mais aucun malade ne nous en parle clairement. Il faut que tous les malades et toutes les associations demandent à ce qu'il y ait des études sur le cannabis thérapeutique.

J'ai une autre question pour la clinicienne. Quand on fait nos permanences d'écoute où quand on rencontre des médecins et qu'on parle de patients usagers de drogues substitués, on se rend compte qu'on a plein de témoignages qui nous rapportent que bon nombre d'usagers baissent spontanément leurs doses de Subutex®, pendant le traitement par interféron. Au point que les médecins traitant s'affolent et leur déconseillent de prendre de tels risques. Pourtant pour les usagers tout se passe bien au point de vue substitution. Et même on a rapporté plusieurs cas de personnes substituées qui ont réussi à décrocher du Subutex®, au cours d'une bithérapie.

Elizabeth AVRIL :

Parmi les 25 personnes en traitement, il y en a quatre qui ont effectivement baissé leurs doses de méthadone ou de subutex®. Mais moi ce que j'ai remarqué le plus, c'est les personnes chez qui l'on a commencé le traitement alors qu'ils n'étaient pas encore substitués et donc étaient toujours poly toxicomanes, avec des opiacés, des benzodiazépines et de l'alcool. Pour certains, ce traitement a été l'occasion

d'un sevrage réussi.

Par exemple, en ce moment, j'ai un patient, qui prenait chaque jour, cinq boîtes de benzodiazépines, un litre de whisky et quatre-vingt milligrammes de méthadone. Aujourd'hui, sous interféron, cette personne ne prend plus de benzodiazépines et ne boit plus. On ne peut pas conclure que c'est grâce au traitement interféron, mais les effets secondaires lourds de ce traitement, surajouté aux diverses surconsommations, sont l'occasion d'une prise de conscience qui, avec l'aide d'une équipe compétente au bon moment, peut devenir l'occasion d'une prise de décision vers un sevrage. Il faut réaliser qu'à cinq boîtes de benzodiazépines par jour, ils sont un peu endormis, nous on serait déjà mort, donc l'interféron vient peut-être secouer tout ça !

Laurent GOURARIER :

Je confirme que chez nous à Monte-Cristo, les usagers sous Subutex® qu'on met sous interféron, ont tendance à baisser spontanément les dosages.

Patrick BEAUVÉRIE :

Si on s'intéresse aux effets secondaires de l'interféron, ceux de type psychologique, on se rend compte que les interférons viennent agir au niveau des récepteurs opiacés endogènes. Aux États-Unis, quand ils veulent prévenir les effets secondaires, ils utilisent un produit qui bloque les récepteurs opiacés⁴⁵.

Michel BONJOUR :

En France, l'ANRS a lancé un essai de trithérapie VHC, qui s'appelle Bi-tri. Cette troisième molécule, c'est de l'amantadine⁴⁶. Il se trouve que les résultats ne sont pas myroboliques puisqu'ils améliorent les succès que de 10 %. Moi j'en ai pris de l'amantadine pendant douze mois, pour mon cinquième traitement, et je n'ai absolument pas ressenti les mêmes effets secondaires qu'avec les autres traitements. Mon taux d'hémoglobine n'est jamais descendu en dessous de 12,5 alors qu'avant je descendais à 8, et donc les médecins voulaient que j'arrête le traitement. Et surtout je ne me sentais plus très fatigué comme avant ! C'est un médicament qui coûte cinq euros par mois. Alors c'est vrai qu'il ne faut pas le prendre après quatre heures de l'après-midi, parce que c'est un peu speed. Ça c'est une interaction bénéfique ! Alors que cet essai cherchait à démontrer une amélioration en termes

45- " qui bloque les récepteurs opiacés " : la naltrexone, molécule potentiellement antagoniste aux opiacés et à l'alcool.

46- Amantadine : molécule utilisée d'abord comme anti-grippal, et c'est ce qu'on appelle une " amphétamine-like !", un psycho stimulant qui peut contrecarrer les effets alourdissant de l'interféron, mais aussi provoquer des insomnies.

de guérison, il a mis en évidence un bénéfice net en terme de qualité de vie.

Anne Coppel :

Je voudrais savoir des détails sur ce traitement. J'ai terminé le mien et mon médecin est très content des résultats puisque je n'ai plus de virus. Mais moi, je ne suis pas contente puisque j'ai fait ce traitement pour être moins fatiguée. Même un an après, c'est encore pire qu'avant, du point de vue fatigue.

Laurent GOURARIER :

Je ne peux pas répondre à ta question précisément. Ce que je peux dire concernant la méthadone, c'est qu'un patient a effectivement réduit sa dose alors que ceux qui sont sous Subutex®, c'est plus de dix patients que j'ai vu baisser leurs doses et avec succès. Par contre moi, j'ai une question, c'est pour savoir si, comme je l'ai constaté, chez les gens sous méthadone, ceux qui fument du cannabis ont besoin de moins de méthadone que les autres. En effet, au Canada, ils ont pu démontrer en fin de vie que le cannabis n'est pas un bon anxiolytique, voire même pire chez certains⁴⁷ Pourtant quand il est associé à des antalgiques, ça booste les opiacés et donc avec la méthadone est-ce qu'il n'aurait pas un effet qui augmente la couverture opiacée ?

Olivier DOUBRE :

J'hallucine, mais tous les héroïnomanes savent ça ! Tous les tox disent que simplement une clope, ça booste la came, et donc à fortiori, du cannabis. Moi j'ai arrêté de fumer du cannabis quand je prenais de l'héroïne, parce que sinon j'avais la tête défaite, j'étais super défoncé, je ne pouvais plus aller bosser et je m'endormais. Le cannabis booste les opiacés y a aucun doute !

Didier ROBERT :

Ça dépend parce qu'il y a aussi des usagers qui disent que ça leur casse leur trip d'héro⁴⁸ !

Gérald SANCHEZ :

Donc j'ai envie de proposer deux initiatives. La première serait de créer un groupe de travail inter associatif sur les interactions médicamenteuses entre les médicaments et les drogues. La deuxième pourrait être la suite de nos publications de dossier sur le cannabis thérapeutique dans Action=Vie⁴⁹, édité à 15 000 exemplaires, et dans Protocoles, édité à 8 000 exemplaires. En effet, on a envie d'éditer une brochure de

vingt pages sur le cannabis thérapeutique, permettant une mise à jour des données et des essais réalisés, des produits disponibles et de ceux en cours d'essais. Et le parti pris pourrait être une brochure à l'attention des médecins qui leurs diraient : " arrêtez d'avoir peur et regardons les choses en face ! ". Tous ceux qui sont intéressés ou sont prêts à nous aider, n'ont qu'à prendre contact avec Act Up-Paris.

Elizabeth AVRIL :

Je voudrais répondre à la question d'Anne Coppel. À Marmottan, on n'a pas beaucoup de femmes, on a surtout des hommes. Pour les femmes que l'on a traitées, ça c'est nettement moins bien passé que pour les hommes. Sur l'hépatite C, c'est comme pour le VIH, il n'y a pas beaucoup de données pour les femmes. Et justement, avec les réglottes de dosages, si tu pèses 60 kg, on te met la même dose, que tu sois un homme ou une femme. Et concernant précisément ta question, sur les effets secondaires qui surviennent toujours, au-delà de six mois après le traitement, c'est-à-dire la période où on donne la réponse finale de guérison ou pas. Il est vrai que, là aussi, ça se passe moins bien pour les femmes, que pour les hommes. Parfois c'est une atteinte thyroïdienne irréversible, chose qu'on voit moins fréquemment chez les hommes. Donc sur les essais VHC comme VIH, on devrait prendre en compte plus souvent les femmes, et pour le VHC, ne pas arrêter le suivi post traitement à six mois seulement.

Fabrice PILORGE (coordinateur de la commission Traitements & Recherche d'Act Up-Paris) :

Je voudrais savoir si vous avez pu étudier les interactions concernant, non pas la méthadone, qui est un médicament légal, mais sur les drogues illégales, comme l'héroïne, par exemple ?

Patrick BEAUVÉRIE :

Comme je te disais, on étudie l'alcool, alors qu'on n'étudie pas le tabac. Donc dès qu'on va au-delà du tabac, ça devient compliqué et il n'y a pas grand-chose. Ou plutôt, il y a surtout ce que disent les usagers et les patients. Reste à corriger ces informations.

Gérald SANCHEZ :

En 2000, le CRIPS avait organisé une journée de rencontre sur les programmes d'héroïne médicalisée. Car quand on se pose des ques-

47- Anxiolytique : Le cannabis peut éventuellement être un bon relaxant pour certains mais aussi provoquer des sensations de déprime et de parano chez d'autres.

48- Trip d'héro : sensations et voyage intérieur attendu par les usagers.

49- Action=Vie : Brochure de quatre pages, encartée dans notre revue bimensuelle d'ACT UP PARIS, à vocation essentiellement politique et sociale.

tions sur des produits illégaux, il faut se dire que ça n'est illégal qu'en France ! Car, il y a sûrement des pays qui ont fait d'autres choix de société ou ces produits font partie intégrante de la pharmacopée officielle et donc ils peuvent facilement publier des résultats d'études. Donc pour l'héroïne, allons donc chercher en Suisse. Justement Barbara BROERS, qui était venue présenter les résultats de leurs programmes de prescription médicalisée d'héroïne, disait qu'ils ont une cohorte sur trois ans, de 1 700 usagers " substitués " à l'héroïne pure ! Et justement, c'est là où il faut faire attention, car ça donne juste une base de discussion sur l'héroïne de rue et ses produits de coupe. Donc Barbara BROERS déclarait que sur cette cohorte, ils n'avaient pas d'effets notoires d'interactions avec l'héroïne et les autres traitements, comme ils ont pu en avoir pour ceux qui prenaient de la méthadone, ou pour ceux qui mélangent méthadone et héroïne en bithérapie de maintenance. Il faut aussi préciser que ces équipes médicales ont des budgets et des prix de journée par usager qui sont cinq fois plus élevés qu'en France.

Elizabeth AVRIL :

Mais on ne peut pas comparer avec de l'héroïne de rue. À Marmottan, les usagers nous disent quand ils pensent avoir eu des problèmes liés à une héroïne de mauvaise qualité. Donc on récupère pas mal d'échantillons de produits louches, à faire tester et analyser. On avance comme ça au cas par cas, sujet après sujet.

Laurent GOURARIER :

Quand les Américains ont essayé de poser de l'héroïne sur des lymphocytes en laboratoire, ils se sont aperçus que ces lymphocytes se reproduisaient plus lentement. Ils ont conclu sans autres analyses, que l'héroïne était délétère pour l'immunité.

Or, quand on regarde les séropositifs contaminés depuis très longtemps, que les Américains appellent délicatement, les " long-term-survivors ", on s'aperçoit qu'ils ont tous été contaminés par injection. Il y a très peu d'usagers de drogues qui développent un sarcome de Kaposi, même en phase sida. Ils ont pour bon nombre, une capacité de résistance étonnante. C'est paradoxal encore une fois, de noter la différence entre des constatations en laboratoire et de voir des résultats sur des personnes vivantes. Toute fois, il ne faut pas plus généraliser dans un cas comme dans l'autre, mais essayer de se poser des questions, puisqu'on n'arrive pas à obtenir d'étude sur le sujet.

Question dans la salle :

Bonjour, je travaille dans un programme d'échange de seringues à Paris, et j'ai deux questions.

- Tout d'abord, est-ce que des études d'interactions entre l'héroïne et les antirétroviraux ont été faites dans les programmes hollandais d'héroïne, ou le niveau de vie est plus faible qu'en Suisse ?

- Deuxièmement, comment peut-on mettre en place en France, des études sur le cannabis thérapeutique, puisque si une étude est autorisée ce sera sûrement pour trois semaines seulement ?

Gérald SANCHEZ :

Une précision tout d'abord, quand je dis qu'il y a plus d'argent en Suisse, c'est pour les équipes médicales et non pas pour les usagers. Ces équipes sont beaucoup plus nombreuses et les gens sont nettement mieux payés. Mais, pour les usagers, la misère et la précarité est la même partout !

Réaction houleuse de plusieurs personnes dans la salle :

Ah non et non ! c'est faux !

Dider ROBERT :

Non c'est faux. Quand je suis allé visiter un programme d'échange de seringues dans un bus en Suisse, j'étais incapable de différencier les usagers et les professionnels ! C'est un comble quand même après des années d'expérience dans ce milieu. Par exemple, à Quai Neuf, qui est une salle de shoot à Genève, les usagers payent leur matériel stérile. Je crois qu'ils payent environ vingt centimes suisses

Gérald SANCHEZ :

Mais encore une fois, je crois qu'il faut comparer ce qui est comparable. Des aides médicales gratuites accessibles à tous, je pense qu'il n'y a qu'en France qu'on en trouve ! On l'oublie trop souvent que partout ailleurs, ce sont des systèmes d'assurances privées qui sont à l'opposé de l'idée d'une sécurité sociale et publique ! Ensuite quand je parle de précarité, c'est relatif au niveau de vie local, au SMIC local et à ce qui peut amener chacun à faire la manche. Ça n'empêche qu'en faisant la manche en Suisse, on ramasse quatre fois plus d'argent qu'en France, mais ça n'a rien à voir avec la précarisation. Et pour finir, en effet, tous les premiers témoignages de français qui sont allés au PIPS, le programme d'héroïne suisse de Genève, anciennement dirigé par Annie Minot, ramenaient une vision idyllique et très caricature d'une misère suisse assez luxuriante. Mais dans

un récent numéro d'ASUD, ils ont publié leur témoignage de leur visite à Quai neuf. Et il est clair qu'ils remarquent les mêmes " zombies hallucinés " qu'on peut trouver à Paris, vers La Chapelle ! Donc il est vraiment faux le concept comme quoi, ils n'accueilleraient seulement que des usagers socialement plus élevés.

Laurent GOURARIER :

Par exemple, à Zurich avec leur scène dans le parc, à l'époque, il était notoire qu'ils avaient beaucoup de migrants et de clandestins, au moins autant qu'en France. Et dans toute l'Europe, tous les gouvernements essaient aujourd'hui de restreindre les droits d'asile et les moyens d'accueils, et de maltraiter des étrangers en situation irrégulière. Et en Suisse, comme ailleurs, ils n'ont pas accès aux soins. Et mon inquiétude en terme de VIH, aujourd'hui, c'est ça !

Maintenant au sujet du cannabis thérapeutique, on a un ordre de mission de l'ancien Ministre de la santé⁵⁰, qui autorise pour trois ans, l'achat de médicaments à base de cannabinoïdes pour des études.

Il y en a même une qui a commencé à Paris, puisque c'est dans le service de l'ancien conseiller technique de Mr Jospin, et elle concerne la plasticité du cannabis dans la sclérose en plaque. Les deux autres études qui avaient un intérêt se sont heurtées à diverses difficultés. L'étude ophtalmologique, concernant le glaucome chez les personnes âgées, s'est heurtée tout d'abord au refus des autres ophtalmologues qui disent que c'est pas bien de faire baisser la pression dans l'artère centrale de la rétine. C'est un argument pourtant non fondé ! Et de plus, il n'existe toujours pas aujourd'hui de gouttes ou de collyre à base de chanvre. C'est la véritable difficulté de cette étude.

Et concernant la troisième étude, qui est la mienne, concernant les effets sur l'appétit dans le contexte du traitement de l'hépatite C, et bien je n'ai pas officiellement le grade de médecin des hôpitaux de Paris et donc je n'ai pas le pouvoir d'être investigateur de cette étude. Mais comme les hépatologues sont débordés de travail, ils ne se lanceront peut-être pas dans une étude de ce type. Donc on peut quand même maintenant demander l'avis du comité d'éthique, et si l'avis est favorable, elle peut commencer en 2004, sur cinq sites. Par contre, je viens d'obtenir l'accord de partenariat avec le laboratoire GW qui me fournira les quantités de traitement nécessaire, le fameux "Pschitt" au cannabis !

Gérald SANCHEZ :

Alors justement il faut signaler leur site web, (www.gwpharma.com), qui est une vraie mine d'or, d'informations sur le cannabis thérapeutique et l'état de leurs recherches en direct. Je vous invite à aller voir comment ce laboratoire fait preuve de transparence et de libre accès à une information intelligible. Ce laboratoire est soutenu par le gouvernement anglais directement.

Laurent GOURARIER :

Il faut aussi citer le site des Allemands de l'IACM, International Association for Cannabis Médical, qui organisent leur prochain congrès en Grande-Bretagne.

Gérald SANCHEZ :

C'était le mot de clôture. Merci d'être venu nombreux et merci de votre soutien et de votre attention.

Sommaire

Préambule et rappel à la loi	2
1/ Présentation	2
2/ Témoignage d'Olivier Doubre	3
3/ Introduction	5
4/ Avis du pharmacien	6
5/ Revue de presse	7
6/ Avis du pharmacien (suite)	8
7/ Avis du médecin généraliste	10
8/ les problèmes de dosages : quelques solutions	12
9/ Prévention et réduction des risques : quelques plaquettes indispensables	13
10/ Avis du psychiatre	14
11/ Revue de Presse (suite)	17
12/ Débat avec la salle	20

50- Ministre de la Santé : Bernard Kouchner