



# SWAPS

santé, ré

des risques et usages de drogues N° 47 Trimestriel / 2 €

Édito / 24

**Mésusage** du Rivotril®  
un état des lieux / 2

**Que faire**   
face au détournement du Rivotril® / 5

**surdoses** de vitamine B3 / 7

Un an après,  
**le générique** de la  
**BHD** / 16

**Prescriptions**  
et **prescripteurs** de buprénorphine / 18

**L'opinion**  
des Européens  
sur le tabac évolue / 8

**Un nouvel outil**  
dans les stratégies d'aide à l'arrêt / 10

Tabac **La place des lignes**  
d'aide à l'arrêt / 12

pour quelques milligrammes / 14

**Suspendu**  
**relaxé!**

Multimédia / 21

Publications / 22

Brèves... / 23

# Mésusage du Rivotril®

## un état des lieux

### BENZODIAZEPINES

*Depuis que des mesures réglementaires ont fait chuter la consommation détournée du Rohypnol®, l'usage du clonazépam (Rivotril®) s'est largement répandu. Swaps a voulu faire le point sur ce problème, à travers le récit de la journée d'un polyconsommateur (lire ci-dessous). Avant de s'interroger sur les pistes thérapeutiques alternatives (lire page 5).*

Jusqu'à la fin des années 1990, le flunitrazépam, plus connu sous son nom commercial de Rohypnol®, fut l'un des médicaments psychotropes dont les usagers de drogues français ont le plus détourné l'usage. Les quantités consommées et les niveaux de dépendance étaient parfois spectaculaires. Des cas d'usage criminel défrayèrent plusieurs fois la chronique.

Devant les problèmes causés par cet usage de masse, des mesures durent être prises. Le fabriquant changea de galénique. Parallèlement, de nouvelles conditions de délivrance et une information médicale ciblée freinèrent fortement sa prescription.

Les benzodiazépines, et plus particulièrement celles ayant des propriétés "hypnotiques" comme le Rohypnol, peuvent entraîner une dépendance lourde avec des conséquences graves, notamment des crises d'épilepsie en cas de sevrage brusque. Il fallut donc trouver un "produit de substitution" : le clonazépam (Rivotril®) parut l'un des plus appropriés.

### Une large "palette thérapeutique"

Le Rivotril est une benzodiazépine prescrite pour les crises d'angoisse, l'agitation, l'épilepsie, les douleurs neurologiques, contractures musculaires, sciatiques... On le retrouve comme adjuvant dans certains traitements (sclérose en plaques), il bénéficie d'une réputation d'efficacité et de relative innocuité en tant qu'anxiolytique, de calmant, d'inducteur de sommeil, et les risques de détournement paraissaient minimes. Il présente toutefois les mêmes risques d'effets secondaires que les autres anxiolytiques et anticonvulsivants de la même famille, tels que troubles de la mémoire et de la concentration, ainsi qu'une tendance à "anesthésier" les émotions impliquant une baisse de la capacité à ressentir le plaisir.

Judicieusement employé dans le cadre des addictions, le Rivotril permet d'éviter les spectaculaires crises de manque et d'épilepsie lors du sevrage de Rohypnol, notamment chez les gros consommateurs. Moins connu que le Xanax®, le Valium®, le Lexomil® et le Tranxène® par les usagers, il semblait plus facile de lui conserver l'indispensable statut de "traitement" auquel les usagers sont parfois réfractaires.

Toutefois, en l'espace de quelques années, le Rivotril est peu à peu devenu la benzodiazépine la plus largement prescrite et consommée par les usagers de drogues, notamment ceux fréquentant les structures de première ligne, les plus précarisés, remplaçant le Rohypnol, devenu plus difficile à trouver et plus cher au marché noir.

### "Rivo" et "8,6°"

Afin de mieux cerner ce phénomène, nous avons suivi Roy, 43 ans, "accro aux drogues" depuis 20 ans, et qui consomme du Rivotril depuis 5 ans. Attachant galérien bien connu des services de police, il a vécu ce qu'il appelle "la grande époque de l'héro" dans les années 1980. Neuf séjours en prison, une propension forcenée à "se déchirer la tête" et une fréquentation assidue des services de première ligne ont fait de sa chevelure flamboyante et de sa gouaille une figure bien connue de la rue parisienne. Entre squat, hôtel social, sac de couchage et débrouille, il écume gentiment la capitale depuis des années.

Nous avons rendez-vous à 11 heures dans un café Gare du Nord. Il n'est pas là mais je le retrouve par hasard vers midi non loin du lieu de rendez-vous. "J'avais complètement oublié, m'explique-t-il. Tu comprends, c'est les cachets. J'avais vraiment oublié!"

Je lui avance une partie des émoluments promis et il m'embarque à Barbès où il négocie subrepticement avec une vague connaissance l'achat d'une plaquette de Skenan<sup>1</sup> pour 20 euros. Il m'explique que l'heure est propice aux bonnes affaires car *"les mecs de banlieue viennent vendre"*. L'après-midi serait moins favorable. Après cela, Roy est plus détendu et nous allons déjeuner. Depuis notre rencontre, il n'a cessé de boire régulièrement quelques lampées de bière forte, emballée dans un papier. Il y a mélangé environ une moitié d'un flacon de Rivotril en gouttes. *"C'est dur à avoir en gouttes, tu comprends, m'avoue-t-il, comme ça je fais durer ma bière et ça lui donne un petit goût sympa!"* Un rapide calcul nous apprend qu'il a mélangé dans son demi-litre de bière à 8,6° environ 12 mg de clonazépam qu'il consommera en deux heures. *"Mon médecin ne me file qu'un flacon par semaine. Il a peur que je le shoote."* Il m'emmène ensuite sur les quais dans une camionnette vide appartenant à des *"travellers sympas"*, qui sent fort le chien mouillé, afin de se faire *"son shoot de Sken"*. L'après-midi se passera, au fil des rencontres, en petits échanges, tractations et confidences diverses. Roy consomme en moyenne entre 30 et 50 mg de clonazépam par jour, avec des pointes jusqu'à 100 comprimés<sup>2</sup>. Toujours avec de la bière 8,6°.



## Les "petits roses"

Roy situe les débuts de sa dépendance (et de ce qu'il qualifie de *"déchéance"*) en 1995. Il avait 28 ans et sortait pour la troisième fois de prison pour un petit trafic d'héroïne. Provincial, il atterrit à Paris dans les Halles, *"se débrouille pour avoir le RMI"* et se met à "cachetonner" avec le "Subu", chose qu'il présente comme allant de soi, puis il découvre le Skenan®. La suite est une longue errance, entrecoupée de petits séjours en prison et de "galères" diverses dont il tentera de gommer la misère au moyen des *"petits roses"*<sup>3</sup>. *"J'étais l'un des mecs les plus accros de Paris. Par plaquettes entières, on se les envoyait. La plupart sont morts."*

Très volubile, en partie grâce à l'action du "Rivo", son témoignage foisonne d'aventures délirantes comme lorsqu'il s'est retrouvé *"sans savoir comment"* dans un train à l'autre bout du pays, ou *"réveillé en HP ou dans l'hôpital avec les vêtements en lambeaux et du sang partout"* sans aucun souvenir de ce qui s'était passé. Sans parler des bagarres, chutes, pertes, dépouillements... Toutefois, ses souvenirs les plus pénibles concernent les sevrages du Rohypnol. Oui, il a bien tenté de décrocher sous l'injonction des autorités ou sur l'insistance

## Effets et dépendance

Les benzodiazépines entraînent une sensation de détente, de relaxation, une déshinhibition, une capacité à supporter et/ou à évacuer les contrariétés, les désagréments mais aussi les responsabilités. La tolérance à des doses de plus en plus élevées peut être rapide et croisée avec d'autres produits, y compris les opiacés. La prise répétée sur plusieurs semaines peut entraîner une accoutumance puis une dépendance grave, notamment chez les sujets recourant aux drogues. Contrairement au Rohypnol, dont les effets sont "francs" et "montent" en quelques minutes, ceux du Rivotril sont diffus et progressifs, d'où l'impression chez certains usagers de "ne rien sentir", entraînant une répétition des consommations en les potentialisant avec de l'alcool.

d'un médecin: *"Des périodes horribles, des cauchemars en permanence, des crises de parano, de tétanie, d'épilepsie... et une insupportable et longue insomnie avec le sentiment d'avoir le cerveau irrémédiablement détruit."* Ensuite, explique-t-il, les Rohypnol ont été plus durs à trouver, *"le Skenan est devenu plus facile mais avec le Rivo et la bière ça va aussi"*. Il est tout à fait conscient des problèmes de mémoire et défauts de vigilance occasionnés par ses consommations et évoque des périodes d'amnésie totale, de black-out durant plusieurs jours. *"Mais avec le Rivo, le Sken et la 8,6°, tu t'en fous un peu!"*...

## Une implacable logique

La journée avance. Vers 17 heures, Roy en est à sa 3<sup>e</sup> canette et "s'envoie" un ou deux "Rivo" toutes les trois ou quatre gorgées. Il est toujours convivial et semble cohérent, quoiqu'un peu plus taciturne. Sur ma demande, il m'affirme avoir consommé un flacon et 5 ou 6 comprimés. Après vérification et comptage, il s'avère qu'il a en réalité "gobé" 18 "Rivo". Ce qui ferait 86 mg de clonazépam depuis le matin en comptant le flacon de Rivotril en gouttes.

Roy, qui ne semble pas étonné, m'explique qu'il se trouve assez raisonnable, car certains boivent les flacons d'un trait et avalent les cachets par poignées. *"Surtout ceux qui prennent des "verts"*<sup>4</sup> *parce qu'une boîte de "verts", ça fait deux boîtes de Rivo!"*

Et de préciser: *"Les Rivo c'est quand même moins grave que les "verts", même si t'en prends plus. Les toubibs le savent et t'en filent sans problème. Il t'arrive moins de galères même si ça nique aussi grave la tête... et puis ça rend pas klepto comme les "Rhyp"*<sup>5</sup>.

Quand je lui demande quelles sont selon lui les consé-

<sup>1</sup> Skenan®: gélule de sulfate de morphine à libération prolongée. Il s'agit ici d'une plaquette de 7 gélules dosées à 100 mg.

<sup>2</sup> 1 comprimé de Rivotril contient 2 mg de clonazépam.

<sup>3</sup> Rohypnol 2 mg (flunitrazepam). Benzodiazépine hypnotique à effet très rapide en comprimés de couleur rose.

<sup>4</sup> "Vert": Il s'agit des Rohypnol 1 mg, qui sont verts et ont tendance à colorer les lèvres ou les doigts pour peu qu'ils soient un peu gardés en bouche ou manipulés.

<sup>5</sup> "Rhyp": Rohypnol.



## Un problème “méditerranéen”

L'usage détourné des benzodiazépines s'est également développé au Maghreb, notamment au Maroc et en Algérie, où une partie de la jeunesse désœuvrée marque un engouement prononcé pour le clonazépam, de plus en plus qualifié de “drogue” par les médias. Les saisies s'y chiffrent par centaines de milliers de comprimés et l'augmentation du nombre de consommateurs, de trafics... grimpe très sensiblement. Selon Moktar, usager et vendeur de Rivotril, les fréquentes manchettes de la presse algérienne au sujet d'accidents, de trafics, de soumission chimique, de viols... de même qu'une récente affaire de détournement à l'échelle industrielle contribuent à faire une large publicité au produit. La dénomination de “drogue” du même niveau que le cannabis lui conférerait un attrait supplémentaire. Par ailleurs, les médias évoquent un manque récurrent du “médicament” dans les pharmacies. On y trouverait d'ailleurs depuis peu des contrefaçons. De quoi entretenir, souligne Moktar, l'intérêt pour ce fameux produit, vendu très cher au marché noir algérien.

quences les plus graves de l'abus du Rivotril, il parle de la perte de ses papiers, sa carte Vitale surtout, mais des rendez-vous oubliés. *“Mais c'est pas grave de toute façon, avec la bière et les Rivo t'as vite oublié ce que t'as perdu”*, m'explique-t-il avec son implacable logique. Son vrai problème, continue-t-il, *“c'est le crack de temps en temps”*, quand il touche le RMI. Mais il n'a visiblement pas envie de s'attarder sur le sujet.

## De la relativité en matière de RdR

Un peu plus tard, nous retournons à la fameuse camionnette, occupée par trois personnes en train de préparer une injection de Skenan. Eux aussi “gobent des Rivo”. Ils ont préparé quelques seringues d'avance, posées sur un carton. Chaque shoot nécessite plusieurs tentatives. Du sang perle, coule... Une fille appuie avec son pouce sur le point d'injection puis lèche. Roy essuie les traces de sang de ses doigts dans la poche de sa parka. Peu après, avec ces mêmes doigts, il donne une gélule de Skenan à la fille, qui l'ouvre et la prépare. Personne, à aucun moment, n'utilise de tampon alcoolisé.

J'ai sous les yeux l'illustration criante de risques de transmission du VIH et plus encore du VHC. Abruti de Rivotril, personne n'a l'air d'y faire attention. Pourtant

tous sont sans doute au courant des risques. Je tente d'évoquer discrètement la chose. Roy me

regarde avec un air de dire *“ne me prends pas la tête avec ça”*. Les autres ont fait semblant de ne pas entendre. En partant, il me dit: *“Tu sais, toutes ces histoires d'hépatites... avec le Rivo et la bière, on s'en fout...”* Quand j'aborde l'éventualité d'un traitement à la méthadone, il me répond, très affirmatif: *“Jamais! La métha c'est un truc chimique. Tu deviens complètement accro avec ça.”*

Un peu plus tard, avant de nous quitter, nous faisons un nouveau décompte de sa consommation depuis le matin et comptons un flacon de 25 ml et 26 comprimés de 2 mg. En tout, 102 mg de clonazépam vers 20 heures. *“Ouais, fait-il, franchement, je pensais pas que ça faisait autant!”* Malgré tous les produits consommés, il semble toujours cohérent et son apparence ne dénote aucune altération manifeste. Son seuil de tolérance est vertigineux. *“Et c'est pas fini!”* fait-il en rigolant.

## Les risques d'une interdiction

Roy n'est sans doute pas vraiment représentatif de la majorité des consommateurs de Rivotril. Son cas illustre néanmoins la banalisation de cet usage et surtout cette propension à sous-évaluer “en toute bonne foi” sa propre consommation. Par ailleurs, l'indolence et l'apathie induites par les benzodiazépines forcent à considérer avec un peu d'humilité certaines velléités déclamatoires de la réduction des risques. Cette dernière a ses limites et il ne servirait à rien de les forcer sous peine de dériver. Tous les grands indicateurs (Trend, Oppidum, Osiap, CEIP...) font état d'une augmentation sensible de la consommation du clonazépam. Extrêmement banalisée, sa consommation (même à fortes doses) est souvent perçue par les usagers – au contraire du Rohypnol – comme anodine et sans conséquences majeures.

On pourrait croire qu'il faut se dépêcher d'agir. Attention toutefois. Peut-être ne serait-il pas judicieux d'en restreindre fortement l'accès et encore moins de l'interdire, sous peine d'un très probable report vers une autre molécule, voire d'autres pratiques, plus dangereuses. Ainsi, si le produit devient plus rare, certains pourraient par exemple être tentés de l'injecter pour en potentialiser les effets, comme c'est le cas en Allemagne et en Grande-Bretagne. Rappelons que les benzodiazépines<sup>6</sup> ne sont que très rarement injectées par les usagers en France.

Il convient avant tout d'exhorter à la vigilance et de tirer les leçons du passé en nous souvenant que le dispositif médico-pharmaceutique français a toujours été très généreux dans la dispensation de ce type de molécule. Mais cela est une autre histoire. Et comme on ne refait pas l'histoire...

JIMMY KEMPFER

<sup>6</sup> À l'exception du Valium injectable, dont la pratique est toutefois très limitée.

# Que faire

face au **détournement du Rivotril®**



## BENZODIAZEPINES

*Les Français ont une appétence toute spécifique pour les benzodiazépines. Le mésusage ne fait souvent que reproduire certains excès de prescriptions. Revue de détail à propos d'un antiépileptique connu, et inventaire des paramètres pouvant guider les choix thérapeutiques.*

La diminution de l'usage détourné de Rohypnol®, due aux mesures prises par l'Afssaps depuis 2001, a entraîné, par report, un accroissement de celui du Rivotril®, qui en constitue de plus en plus le produit de remplacement. De fait, dans les CSST (Csapa !) ou les cabinets de médecine générale se vit une "nouvelle confrontation" avec des demandes, parfois "agressives", de prescriptions de clonazépam (Rivotril) à des dosages importants.

On ne peut que reconnaître la logique et l'extrême bonne conscience des médecins, qui cherchent à prévenir le syndrome de sevrage des benzodiazépines (post-Rohypnol en particulier) et prescrivent un traitement reconnu comme antiépileptique. Il y a d'autre part la nécessité d'agir sur des patients, qui, avec un traitement de substitution ou non, présentent des troubles anxieux, des troubles du sommeil majeurs, nécessitant à l'évidence une prise en charge.

Ces deux points ne sont d'ailleurs pas tranchés, le poids des recommandations scientifiques n'étant pas suffisant pour guider les prescripteurs, et il convient de rechercher des réponses consensuelles et applicables en pratique.

### La place des benzodiazépines

L'augmentation de la prescription et de la délivrance de ce produit, largement hors AMM (qui, rappelons-le, ne concerne que l'épilepsie), pose donc problème et laisse

envisager des modifications de statut de ce médicament. Devra-t-on assister à une forme de course-poursuite où, l'une après l'autre, les benzodiazépines majoritairement utilisées par des patients toxicomanes (repérées par exemple par des coprescriptions de médicaments de substitution) seraient "cassées" par des mesures réglementaires ? Peut-on imaginer un statut aménagé, ou une règle qui s'appliquerait à toutes les benzodiazépines, d'une façon globale (avec le risque évident d'une augmentation des difficultés à prescrire ces produits, et des conséquences pour toute la population) ?

En effet, au-delà du Rohypnol ou du Rivotril, c'est la place des benzodiazépines en France qui pose question. Notre pays est caractérisé par une appétence spécifique pour cette classe de médicaments mal expliquée. Les usagers de drogues ne font que reproduire (et amplifier) des réflexes sociaux.

Or nous sommes déjà en train d'assister à la montée en puissance des molécules qui pourraient remplacer le Rivotril (*lire ci-dessous*). Avant donc que de nouveaux problèmes se posent, plusieurs aspects devraient être travaillés pour proposer des conduites à tenir plus adaptées pour la population générale, et celle, plus spécifique, des personnes dépendantes, polyusagers de substances psychoactives, à la recherche d'effets spécifiques.

Avant tout, la formation des médecins et l'application des



## Hausse probable de l'usage détourné de Valium®

Dans son rapport sur les tendances récentes publié en septembre 2006, le dispositif Trend fait état d'observations recueillies durant l'année 2005 à Paris qui semblent témoigner d'une hausse de l'usage détourné de diazépam. Cet anxiolytique de la famille des benzodiazépines commercialisé sous le nom de Valium® se présente sous forme de comprimés et de solutions injectable, intrarectale ou buvable en gouttes. Trend rapporte aussi des données des Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP) notant une augmentation, en Île-de-France, des notifications sur le Rivotril®, suivi du Lexomil® puis du Stilnox®. En ce qui concerne ce dernier produit, les doses consommées seraient parfois très importantes, environ 50-60 comprimés pris quotidiennement.

AMM et des recommandations s'imposent. À l'ère de l'Evidence Based Medicine (EBM), les approximations demeurent multiples, mais aussi les pressions ou les manipulations face à des médecins isolés ou dépassés. Changer le statut d'un médicament ne résoud pas ces interactions.

## Analyser les paramètres

Une analyse détaillée d'un certain nombre de paramètres peut permettre d'explorer, et surtout d'anticiper, le champ de l'abus des benzodiazépines :

**action principale recherchée** : est-elle myorelaxante, anticonvulsivante, anxiolytique, antiépileptique, hypnotique ? Faut-il prescrire uniquement dans le cadre de l'AMM (antiépileptique) ?

**demi-vie d'élimination** : c'est un argument théorique, utilisé en clinique, important pour le choix de la molécule. Dans la pratique, cette donnée est mal respectée, et elle ne semble pas corrélée de façon directe au détournement.

molécule	nom commercial	demi-vie* (heures)
zolpidem	Stilnox	2,5
clotiazépam	Veratran	4
zopiclone	Imovane	5
témazépam	Normison	5 à 6
loprazolam	Havlane	8
oxazépam	Seresta	8
lormétazépam	Noctamide	10
lorazépam	Temesta	10 à 20
alprazolam	Xanax	10 à 20
flunitrazépam	Rohypnol	16 à 35
nitrazépam	Mogadon	16 à 48
estazolam	Nuctalon	17
→ clonazépam	Rivotril	18 à 50
bromazépam	Lexomil	20
clobazam	Urbanyl	20
diazépam	Valium	32 à 47
prazépam	Lysanxia	30 à 150
clorazépate	Tranxène	30 à 150

Liste non exhaustive, concernant les benzodiazépines et apparentés (agonistes des récepteurs aux benzodiazépines)

\* Demi-vie d'élimination mesurée chez l'adulte

**demi-vie de distribution** : elle serait plus spécifique et plus "explicative" que la demi-vie d'élimination des délais et des temps d'action de la molécule, et donc de la "satisfaction obtenue". De même, le passage dans le

liquide céphalo-rachidien et l'affinité pour les récepteurs GABAergiques pourraient expliquer des différences d'action entre les molécules.

**métabolites** : c'est parfois le métabolite de la molécule qui est actif. Il existe d'ailleurs un métabolite commun à plusieurs benzodiazépines. La connaissance de ce circuit en pratique courante pourrait permettre de mieux choisir le médicament.

**effet de masse et effet de mode** : rappelons que plus un médicament est prescrit, plus il est détourné. L'illustration en est offerte par le témazépam (Normison®), largement prescrit et détourné en Grande-Bretagne, complètement délaissé en France (absence dans les rapports OFDT, expérience personnelle sur 28 patients).

## Quelles solutions thérapeutiques ?

Mais, comme précisé plus haut, on ne peut balayer d'une geste toutes les demandes des patients. Tous n'ont pas une "organisation de la personnalité à expression psychopathique". Tous ne sont pas des abuseurs sans limites. D'authentiques angoisses, troubles anxieux généralisés (TAG), insomnies rebelles, et... syndromes de manque aux benzodiazépines nécessitent une écoute attentive et des solutions thérapeutiques efficaces. Avec une réelle bonne volonté, des milliers de médecins ont donc prescrit du Rivotril à des patients toxicomanes qui arrêtaient le Rohypnol ou qui désiraient un traitement anxiolytique ou hypnotique.

Le Rivotril a pris une place majeure, et est devenu objet de demande, donc de négociations, donc de tensions entre les usagers et les prescripteurs. Les médecins sont confrontés à la dépendance et à l'appétence, mais aussi aux risques essentiels sur la dépression respiratoire en cas de coconsommation avec des opiacés (TSO).

On constate donc un mouvement de résistance de la part des professionnels. Dans l'attente éventuelle d'un changement de statut de la molécule, certains font des tentatives spontanées pour baisser les posologies, vérifier les doubles prescriptions, passer à un autre traitement, tout en "contrôlant" le risque épileptogène et les tensions (agressivité, anxiété majeure).

Des enquêtes (OFDT, CEIP...) sont menées sur les délivrances de psychotropes en France, en sachant le biais que représente l'énorme consommation en population générale.

Au quotidien, il nous faut être attentifs à ces évolutions, mieux connaître les mécanismes neurobiologiques et psychologiques, anticiper pour une famille et non par molécules, et pour chaque usager, "notre patient", inventer avec lui le meilleur rapport bénéfice-risque.

# surdoses de vitamine B3

Deux revues scientifiques américaines font état de prises volontaires de surdoses de vitamine B3 (niacine) dans l'espoir d'échapper à des tests de dépistage de toxiques dans les urines. Il n'existe pourtant aucune base scientifique à cette pratique, et les risques d'atteintes toxiques sévères ne sont pas négligeables.

Sous un titre "libérationnisme" en diable, "l'Amérique sous shit se shoote à la vitamine!", même la presse quotidienne s'en est émue<sup>1</sup>. Objet de cet effet-titre, une publication<sup>2</sup> de la très respectable revue *Annals of Emergency Medicine* concernant une série d'intoxications "volontaires" par la vitamine B3 (niacine). Cette publication fait en effet état de cas d'intoxications observés chez des personnes jeunes (dont deux âgées de moins de 17 ans) ayant quelque peu "abusé" de vitamine B3, produit en vente libre aux États-Unis, et ce "afin d'échapper aux tests de dépistage de toxiques dans les urines", notamment lors d'une visite d'embauche.

Cette pratique, qui semble épidémiologiquement circonscrite, à de quoi surprendre: aucune donnée scientifique n'indique que prendre de la niacine altère les tests urinaires de dépistage des drogues. Absorbée à des doses supérieures à la dose maximale prescrite, la vitamine B3 entraîne des effets secondaires importants, notamment sur le plan cardiaque (allongement de l'espace QT sur l'électrocardiogramme), et aussi en termes de toxicité hépatique ou cutanée.

## Une enquête dans cinq États

Ce phénomène est suffisamment important aux États-Unis pour que, dans un récent numéro de leur bulletin épidémiologique (*MMWR* du 20 avril 2007), les Centers for Disease Control (CDC) s'efforcent d'apprécier, dans 5 États, l'ampleur du problème par des appels téléphoniques dans les centres anti-poison<sup>3</sup>; 92 cas d'intoxication à la niacine ont été recensés en 2006 dans ces 5 États. Ces cas correspondaient pour 58% à une erreur de dosage – en tout cas déclarée comme telle – et, pour plus de 20% des cas, à une intoxication "non suicidaire/intentionnelle/non médicalisée" dans le but d'échapper à des tests urinaires de dépistage des drogues.

<sup>1</sup> Libération du 12 avril 2007

<sup>2</sup> Mittal MK, Florin T, Perrone J et al. "Toxicity from the use of niacin to beat urine drug screening" *Annals of Emergency Medicine*, 2007, sous presse

<sup>3</sup> "Use of niacin in attempts to defeat urine drug testing—five states, January–September 2006" *MMWR (Morb Mortal Wkly Rep)*, 2007, 56, 15, 365-6

Les 18 personnes qui ont répondu au questionnaire ont absorbé des doses jusqu'à 10 fois supérieures à la dose maximale acceptable. La plupart pour contourner les tests, mais d'autres aussi pour "purifier, clarifier leur

corps et leur sang...". Ces 18 cas ont présenté, évidemment, des effets secondaires. Mais cette partie émergée ne suffit pas à mesurer l'ampleur du phénomène aux États-Unis.

## Un produit facile à obtenir

Il est à noter que la niacine est extrêmement facile à obtenir, en Europe comme aux États-Unis, que c'est un médicament reconnu pour le traitement de certaines hyperlipidémies et que les prescriptions classiques le sont généralement à la dose de 100 mg, 3 fois par jour. L'utilisation de la niacine est limitée par ses effets dermatologiques, gastro-intestinaux et cardiaques, et des atteintes toxiques sévères ont été rapportées dans la littérature, avec notamment une greffe hépatique...

Les auteurs de l'article de *Annals of Emergency Medicine* ont évalué l'ampleur du problème sur les différents serveurs d'internet: sur Google, la recherche du terme "pass-urine-drug-test" croisé avec "niacin" donne 84 600 résultats. *Swaps* a pour sa part regardé dans la base de publications médicales PubMed: en croisant les mêmes items, on obtient 9 publications et aucune ne permet d'étayer la thèse d'un produit qui permettrait de masquer les tests de dépistage.

Ce phénomène survient aux États-Unis alors que la pratique du "drug-testing" y est en pleine croissance, notamment à l'initiative des agences gouvernementales et plus encore dans le monde du travail, sans compter l'école et jusque dans la sphère familiale.

## Déficit d'informations

Les CDC précisent que les données publiées dans le *MMWR* sont rétrospectives et limitées, et qu'une étude prospective doit être effectuée dans les centres médicaux hospitaliers publics et privés ainsi que dans les centres anti-poison. Ils prévoient même une campagne en direction du grand public et en milieu scolaire pour informer de l'absence de base scientifique d'une telle pratique et surtout des risques encourus sur le plan médical. Le support devrait en être non pas... *Swaps*, mais internet.

# L'opinion des Européens sur le tabac évolue

## EUROPE

*Les données recueillies par l'Eurobaromètre tabac 2007 permettent d'examiner les évolutions de l'opinion européenne à l'égard du risque tabac et des politiques de prévention du tabagisme. Avec des résultats encourageants.*

Après des données sur les attitudes des Européens à l'égard de l'alcool publiées en mars 2007 et présentées dans ces colonnes<sup>1</sup>, l'Eurobaromètre a publié en mai des données sur les opinions vis-à-vis du tabac<sup>2</sup>, responsable direct ou indirect de plus d'un demi million de décès en Europe chaque année. Le dispositif Eurobaromètre de la Commission européenne choisit chaque semestre d'enquêter sur les opinions et les attitudes à l'égard d'une question de société : la même vague d'enquête de l'automne 2006 donne lieu cette année à ces deux sondages coup sur coup portant sur deux drogues légales.

L'enquête intitulée "L'attitude des Européens à l'égard du tabac" a été présentée par le commissaire européen à la santé, Markos Kyprianou, à l'occasion de la journée mondiale sans tabac du 31 mai. Ses résultats permettent d'examiner les évolutions de l'opinion européenne à l'égard du risque tabac et des politiques de prévention du tabagisme depuis l'enquête précédente, réalisée à l'automne 2005.

### L'interdiction de fumer bien acceptée

Alors que la campagne européenne anti-tabac "Pour une vie sans tabac" entre dans sa troisième année, Markos Kyprianou se félicite de constater, au vu des résultats de l'enquête 2007, que "les politiques antitabac recueillent une adhésion franche de la part de la population". Une majorité écrasante d'Européens (88%) sont en effet favorables à une interdiction de fumer dans tous les lieux publics couverts.

Les opinions favorables à l'interdiction de fumer sur le lieu de travail sont très majori-

taires (88%). La France se situe ici dans la moyenne européenne, avec 91% d'opinions favorables. Les pays ayant adhéré à l'Union européenne en 2005 et 2007 sont souvent les plus réticents : 10% des Roumains, 9% des Lituanais, 6% des Tchèques et des Croates y sont totalement opposés. Si la majorité des Européens déclarent ne pas être exposés au tabac sur leur lieu de travail (bureaux ou espaces couverts), 11% des répondants disent être exposés à la fumée de tabac pendant plus de cinq heures par jour au travail, cette proportion atteignant 34% chez les Grecs.

L'interdiction de fumer dans les bars et les restaurants recueille également en moyenne une large adhésion dans l'Union (respectivement 62% et 77%), en particulier dans les pays où elle est déjà en vigueur, notamment l'Irlande, la Suède et l'Italie. Les avis sur l'interdiction de fumer dans les bars sont toutefois variables d'un pays à l'autre : à côté du soutien massif irlandais (92%) ou italien (89%), les opinions des Tchèques (42%), des Néerlandais (46%) ou des Français (24%) sont moins souvent favorables que la moyenne européenne. Ce sont les jeunes qui sont le moins favorables à l'interdiction de fumer dans les bars (54%).

### Beaucoup de tentatives d'arrêt

Près d'un Européen sur trois a essayé d'arrêter de fumer au cours des douze derniers mois. Les répondants les plus jeunes (15-24 ans) sont les plus nombreux à avoir voulu perdre cette habitude dans l'année passée (41%, versus 26% chez les 40-54 ans). L'analyse des variables socioprofessionnelles révèle que les chômeurs et les étudiants sont les plus nombreux à avoir essayé d'arrêter (respectivement 37% et 38%), alors que les cadres y sont moins enclins (27%).

<sup>1</sup> Eurobaromètre "Attitudes envers l'alcool", mars 2007, voir F.Lert, "L'Eurobaromètre, les jeunes et la prévention", Swaps n° 46, p.10-11

<sup>2</sup> L'attitude des Européens à l'égard du tabac Eurobaromètre spécial 272c Bruxelles, Commission européenne, mai 2007, 53 p. [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_272c\\_fr.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_272c_fr.pdf)

En moyenne, dans 10 % des cas, la tentative a duré moins d'une journée, mais dans 27 % elle s'est prolongée pendant plus de deux mois. Une large majorité de personnes ne consultent pas pour se faire aider (82 %) ; les résultats varient ici considérablement d'un pays à un autre, avec 1 % de personnes ayant consulté en Lituanie contre 41 % au Royaume-Uni, la France se situant dans la moyenne européenne (18 %). La consultation de professionnels ne semble pas influencer la durée des tentatives pour arrêter de fumer.

Les Français sont un peu plus enclins que la moyenne à recourir aux produits de substitution nicotiques (31 %, pour une moyenne de 26 %). Le stress vient le plus souvent en tête des raisons pour lesquelles on recommence à fumer, avec là encore une légère avance française (40 %, contre 33 % en moyenne). La crainte de prendre du poids est avancée dans un faible nombre de cas en France (3 %, contre 21 % en Autriche).

## Les attitudes à l'égard du tabac

Alors que, rappelait Markos Kyprianou le 31 mai, *"le tabagisme passif a des conséquences fatales pour 80 000 adultes chaque année"*, 4 Européens sur 5 se déclarent conscients des problèmes de santé que la fumée des autres peut causer, et seuls 3 % d'entre eux considèrent que le tabagisme passif ne représente aucun danger (voir graphique ci-dessous). Le pourcentage de répondants qui pensent que la fumée des autres peut "causer à la longue des maladies graves comme le cancer", qui est en hausse dans presque tous les pays européens, est particulièrement élevé en France (60 %) mais tombe à 24 % en Roumanie, pour une moyenne de 47 % en Europe.

Près de la moitié des foyers européens ont adopté une politique antitabac ; en moyenne, 22 % des répondants déclarent n'autoriser personne à fumer chez

<sup>3</sup> [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/Tobacco/keydo\\_tobacco\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/keydo_tobacco_en.htm) eux (16 % des répondants français), et 8 % répondent que les personnes s'abstiennent

volontairement de fumer dans la maison, tandis que, pour 1 répondant sur 4, il n'est pas nécessaire d'avoir des règles en la matière. Parmi les fumeurs, 82 % fument chez eux lorsqu'ils sont seuls, mais seuls 36 % fument à la maison en compagnie d'enfants et 23 % en présence de femmes enceintes. Cette abstinence en présence d'enfants et de femmes enceintes est particulièrement respectée en voiture : elle concerne alors respectivement 95 % et 99 % des fumeurs.

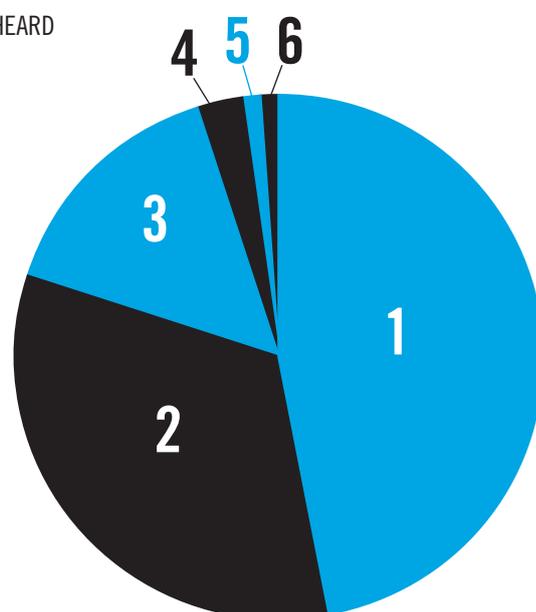
Le commissaire Markos Kyprianou retient de cet Eurobaromètre trois données essentielles : l'existence d'une opinion publique européenne largement favorable à l'interdiction de fumer dans les lieux publics fermés ; la volonté, dans une majorité de foyers européens, de mettre en œuvre à l'échelle individuelle une politique antitabac dans la maison ; et la proportion croissante d'Européens fumeurs conscients des dangers que leur tabagisme fait courir aux autres. Sur la base de ces constats, la Commission européenne entend renforcer ses outils pour promouvoir un environnement sans tabac en Europe. La large consultation publique lancée en janvier 2007 autour du *Livre vert : vers une Europe libérée du tabac, options stratégiques au niveau européen* s'est terminée le 1<sup>er</sup> juin<sup>3</sup>.

Les politiques publiques proposées à la discussion lors de cette consultation allaient du maintien du statu quo actuel à l'adoption de mesures interventionnistes, l'enjeu étant aussi de déterminer s'il convient de proposer des stratégies aux États membres, d'adopter des recommandations européennes, ou encore d'édicter une législation communautaire contraignante pour les pays. Les résultats de cette consultation, à paraître prochainement, devraient préciser où se situera le curseur entre responsabilisation individuelle et recours à la coercition dans les futures politiques européennes et nationales de lutte contre le tabac.

MÉLANIE HEARD

## Pensez-vous que, pour le non-fumeur, la fumée des autres...

- 1 peut causer à la longue des maladies graves comme le cancer 47 %
- 2 peut causer des problèmes respiratoires 33 %
- 3 peut déranger 15 %
- 4 est sans danger 3 %
- 5 cela dépend 1 %
- 6 ne sait pas 1 %



# Un nouveau outil

## dans les stratégies d'aide à l'arrêt

### TABAC

*Alors que l'interdiction de fumer dans les lieux publics semble modifier les comportements, Swaps s'est interrogé sur l'intérêt potentiel de la varénioline (Champix®), commercialisée en France depuis février, comme aide au sevrage tabagique.*

En 2004, 3 Français sur 10 étaient fumeurs<sup>1</sup>, et la moitié vont mourir prématurément des effets de leur consommation de tabac (cancer, maladie cardiovasculaire ou respiratoire), soient environ 60 000 décès par an... Cette donnée majeure est à ajouter, pour les populations polyconsommatrices de substances psychoactives, aux risques liés aux overdoses et aux virus (hépatite C, VIH...) et bien sûr à la mortalité imposante due à l'alcool.

Pour la survenue des complications liées au tabagisme, la durée de l'intoxication semble plus importante que la consommation journalière: l'arrêt précoce, en diminuant la durée du tabagisme, réduit la mortalité et la morbidité globale dues au tabac de façon constante. C'est d'autant plus vrai que le fumeur est jeune, mais reste bénéfique quel que soit l'âge. Les Csapa, qui rencontrent une majorité de jeunes adultes, devraient être en première ligne dans ce travail.

D'autant que le décret sur l'interdiction de fumer dans les lieux publics semble modifier les comportements de nombreux Français et que la question de la place de la cigarette est d'une brûlante actualité...

### Les aides à l'arrêt du tabac

Plusieurs rapports<sup>2</sup> font le point sur les stratégies d'aide à l'arrêt du tabac. Comment atteindre cet objectif? Toutes les recommandations internationales convergent sur ces différents points:

– Toute prise en charge médicale doit être personnalisée: chaque fumeur a sa propre motivation, son niveau de dépendance, d'observance, parfois des essais antérieurs,

– Les contacts interpersonnels (soutien individuel, de groupe ou téléphonique proactif) sont constamment efficaces, d'autant plus que le soutien est intense (durée et nombre de contacts).

– Trois types de thérapies comportementales sont recommandés: les conseils pratiques (résolution de problèmes et développement des compétences), le soutien psychosocial dans le cadre du traitement, et le soutien social en dehors du traitement.

– De plus, les aides pharmacologiques considérées comme efficaces devraient être proposées en première intention, sauf contre-indications.

### Quelle intervention pour quel résultat?

Même sans aucune intervention "professionnelle", après décision personnelle, un sevrage spontané à 6-12 mois est possible dans environ 11% des cas. Des interventions de type comportemental apportent un gain de 2% à 10-12% selon la durée et le type d'intervention. L'adjonction de médicaments offre un gain supplémentaire.

Le sevrage tabagique implique de prendre en compte plusieurs facteurs:

– l'environnement et l'exemplarité (lieux publics ou professionnels "sans tabac", coût des cigarettes, crédibilité de celui qui suggère un arrêt...);

– le caractère psychoactif de la substance principale (la nicotine) et du reste (menthol et un cinquantaine d'autres addi(c)tifs...);

– la "vulnérabilité psychologique" du fumeur (nicotine anxiolytique et antidépresseur): 50% des fumeurs seraient très dépendants.

Il s'agit donc de mettre en place des stratégies personnalisées et un accompagnement prolongé. Le point clé consiste en un "conseil minimal", qui augmente le nombre d'arrêts du tabac à 6 mois (+ 2%) ainsi que la motivation à arrêter.

L'effet sur la motivation est d'autant plus fort que le professionnel de santé a une attitude empathique et évite les arguments d'autorité, favorise l'autonomie du patient (choix entre plusieurs options) ainsi que son sentiment

<sup>1</sup> Rapport sur le tabagisme, Haute Autorité de santé, 2007

<sup>2</sup> Le point sur les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac, AÛssaps, 2003

– Stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique: efficacité, efficience et prise en charge financière, Haute Autorité de santé, 2007

d'efficacité personnelle (rappel de réussites antérieures). Les thérapies non médicamenteuses ont une place de choix (en particulier les thérapies cognitivo-comportementales) en notant un rôle spécifique dans le maintien de l'abstinence. Elles sont le plus souvent associées aux stratégies médicamenteuses.

Ces dernières ont longtemps été représentées par les traitements de substitution à la nicotine, qui sont en effet le mieux évalués. Dans la plupart des études, les substituts nicotiques offrent un bénéfice réel, significatif, par rapport à un sevrage sous placebo. Le bon rapport bénéfice/risque, la diversification des formes de nicotine et un "savoir-faire" en hausse des médecins maintiennent cette stratégie médicamenteuse au premier plan.

Le bupropion (Zyban®) inhibe la recapture de la dopamine et de la noradrénaline, et s'apparente à un antidépresseur. Son efficacité est supérieure à celle du placebo dans toutes les études, et il présente une supériorité modérée face aux substituts nicotiques. Cependant, ses effets secondaires semblent en limiter l'utilisation.

## L'arrivée de la varénicline (Champix®)

Dans la logique de l'aide au sevrage tabagique, la varénicline (Champix®) est apparue récemment sur le marché français. L'AMM européenne date du 26 septembre 2006, et sa disponibilité est effective pour les médecins français depuis le 12 février 2007.

Les données regroupées ci-dessous permettent d'apprécier sur le plan théorique les modalités de fonctionnement de cette molécule et les bénéfices attendus. Un certain recul (prévu d'ailleurs par l'Afssaps) permettra début 2008 de mieux appréhender l'intérêt réel et les limites de ce produit.

La varénicline est un agoniste sélectif partiel<sup>3</sup> du récepteur nicotinique alpha4 bêta2. Intérêt théorique majeur : elle agirait de la même façon que la nicotine, se fixant

sur le même récepteur, mais son affinité pour celui-ci est 15 fois plus forte. Aux doses utilisées, elle le stimule, empêchant le manque, et reste fixée 24 heures (contre 2 heures pour la nicotine). Ces informations théoriques rappellent les données fournies pour le mode d'action de la buprénorphine (dans la substitution opiacée) et doivent bien sûr être vérifiées en pratique en dehors des essais cliniques.

mettent par ailleurs de mieux comprendre les bases neurobiologiques de son action.

Après avoir lu les résultats des trois essais, on peut se poser plusieurs questions, selon le mode d'analyse proposé par une "médecine basée sur les preuves"<sup>5</sup> :

### Ces essais ont-ils des critères de randomisation corrects ?

Il s'agit d'études multicentriques, avec une randomisation centralisée. Les groupes contrôles sont bien constitués (bupropion et placebo) et traités en double aveugle.

### L'information peut-elle être utile pour notre pratique ?

Le critère majeur que représente l'arrêt du tabac émerge correctement dans ces études, à S12, S 24 ou S52, même si les chiffres à un an sont moins significatifs. Cependant, on remarque que les critères d'inclusion ont sélectionné une population de patients "sains" : 18 à 75 ans, pas de pathologie récente, pas de diabète, pas de problème rénal, hépatique ou cardiovasculaire, pas d'hypertension, pas d'antécédents de cancers, pas de problème psychiatrique (dépression incluse) et pas d'usage d'alcool ou de drogues...

### Ces études sont elles "fiables" ?

La transposabilité des résultats est problématique. Par ailleurs, la varénicline n'a pas été comparée aux substituts nicotiques dits "de référence".

Les études effectuées sur Champix ayant exclu certains groupes de patients, le laboratoire Pfizer doit réaliser d'autres études et surveiller son utilisation chez ces patients afin de garantir l'identification précise des effets secondaires dans les différentes "populations".

### Ces études mesurent-elles bien l'efficacité de la varénicline ?

L'importance du suivi (logistique, soignant, psychologique) mis en œuvre pour l'accompagnement des fumeurs dans l'étude était telle qu'il a pu influencer sur l'efficacité constatée (même en tenant compte d'un suivi équivalent pour les différents groupes, ce qui est le principe même d'une étude contrôlée).

### Ces résultats sont-ils pertinents ?

Le modèle physiopathologique sous-jacent (une approche du sevrage tabagique par un agoniste partiel des récepteurs à l'acétylcholine) est un point fort en faveur du produit. De plus, la posologie utilisée dans l'essai était compatible avec ce que l'on connaissait de la pharmacocinétique et de la relation dose-effet du produit (essais phase III). En revanche, il est impossible de savoir si ces essais confirment que la balance bénéfice-risque d'un tel "agoniste partiel" est plus favorable que celle de la nicotine, "agoniste complet".

Au total, les résultats sont intéressants sans être déterminants<sup>6</sup>. Ce médicament appartient à une classe médicamenteuse nouvelle, se posant donc en alternative pos-

<sup>3</sup> Rapport européen publié d'évaluation (EPAR) sur le Champix®

<sup>4</sup> Tonstad S et al., "Effect of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation", JAMA, 2006, 296, 64-71  
— Gonzales D et al., "Varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist", JAMA, 2006, 296, 47-55  
— Jorenby DE et al., "Efficacy of varenicline vs placebo or sustained-relapse bupropion for smoking cessation", JAMA, 2006, 296, 56-63

<sup>5</sup> (ou Evidence Based Medicine)  
Boissel JP, Cuherat M. "Les huit questions qu'un praticien doit se poser en lisant un compte rendu d'essai clinique" Médecine, 2007, in press

<sup>6</sup> Klesges RC et al., éditorial, JAMA, 2006, 296, 94-5

## Déchiffrer les études

Elle a reçu une AMM aux États-Unis en 2006, rapidement après la parution de trois études<sup>4</sup> de phase III. Plusieurs autres publications per-



sible à ce qui existe, d'autant qu'il bénéficie d'un certain "engouement" du public pour la nouveauté.

Son efficacité est peu discutable, mais les limites sont importantes :

- effets secondaires (nausées, céphalées, rêves anormaux – peu importants cependant) ;
- nombreuses sorties d'essai ;
- prix élevé ;
- aide comportementale considérable dans ces essais.

Par ailleurs, la varénicline n'est pas indiquée pour le

moment pour trois populations particulières, les femmes enceintes, les adolescents et les malades psychiatriques. Ce produit nécessite donc une évaluation "à grande échelle", impliquant une surveillance particulière pour l'apparition d'effets indésirables graves, ou de dépendance, comme tout produit de ce champ.

PIERRE POLOMÉNI

*Une première version de cet article (cosignée avec J.-P. Vallée) a été publiée dans la revue Médecine, juin 2007, vol. 3, n° 6*

## NOTE DE LECTURE

# Tabac La place des lignes d'aide à l'arrêt

*Les résultats de la ligne d'aide à l'arrêt mise en place en Grande-Bretagne tels que présentés dans une étude publiée dans la revue Addiction<sup>1</sup> s'avèrent décevants. L'occasion de préciser les conditions nécessaires à une aide efficace : professionnalisme des interlocuteurs, progression dans la prise en charge, durée de celle-ci, mais aussi utilisation des substituts nicotiniques.*

La prévalence du tabagisme reste élevée dans tous les pays d'Europe de l'Ouest et aux États-Unis (25 à 30 %) malgré le développement des campagnes de prévention médiatiques, l'instauration de lieux de prise en charge spécialisés (unités hospitalières de tabacologie en France et au Royaume-Uni, cliniques aux États-Unis) et de lignes d'aide à l'arrêt par téléphone.

Beaucoup de fumeurs et de personnels soignants restent encore mal informés des mécanismes du tabagisme, du type de dépendance à la cigarette dont sont victimes les fumeurs (dépendance physique requérant une aide médicamenteuse, dépendance comportementale requérant un changement de comportement se heurtant parfois à des traits ou des troubles psychologiques nécessitant une prise en charge spécialisée de plusieurs mois). La majorité de la population croit encore qu'arrêter de fumer est une question de simple volonté et sous-estime l'impor-

tance de la durée de l'effort à effectuer (en général au moins 3 mois).

## La référence californienne

La référence des *quitlines* internationales est celle de Californie, décrite dans les différents articles publiés par S.-H. Zhu<sup>2,3</sup>. Cette ligne est animée par des conseillers téléphoniques disposant d'un diplôme supérieur et formés à la tabacologie pendant 60 heures. Les fumeurs sont pris en charge en fonction de leur progression dans l'arrêt du tabac durant des entretiens de 50 mn où ils travaillent leur motivation, la perception de leur efficacité personnelle, choisissent une date d'arrêt, travaillent la prévention des rechutes, renforcent leur nouvelle identité d'ex-fumeur. Ces entretiens s'étalent sur 3 mois et sont effectués par le même conseiller, qui a donc un abord personnalisé de chaque fumeur.

Cette ligne intègre trois paramètres importants : professionnalisme des interlocuteurs, progression dans la prise

<sup>1</sup> Gilbert H., Sutton S. "Evaluating the effectiveness of proactive telephone counselling for smoking cessation in a randomized controlled trial" *Addiction*, 2006, 101, 590-8

<sup>2</sup> Zhu S.-H. et al. "Telephone counseling for smoking cessation: effect of single-session and multiple-session interventions" *J Consult & Clin Psychol*, 1996, 202-11

<sup>3</sup> Zhu S.-H. et al. "Evidence of real-world effectiveness of a telephone quitline for smokers" *NEJM*, 2002, 347, 1087-93

en charge (d'abord arrêt puis maintien), durée de la prise en charge. Manque toutefois un élément de prise en charge essentiel chez les fumeurs dépendants : l'utilisation des substituts nicotiques ou d'autres médicaments d'aide à l'arrêt. Une enquête est d'ailleurs en cours où l'utilisation de ces substituts sera intégrée.

Une étude de l'efficacité de la prise en charge proposée sur la ligne californienne (suivi sur 3 mois avec 6 entretiens *versus* absence de suivi mais possibilité de rappel) publiée dans le *New England Journal of Medicine*<sup>3</sup> démontre une supériorité de ce mode de suivi par rapport à l'absence de suivi, et ce en termes d'abstinence continue à 1, 3, 6 et 12 mois.

La ligne française Tabac Info Service prend en charge les fumeurs qui le souhaitent selon les recommandations de la conférence de consensus sur le sevrage tabagique de 1998 et de l'Afssaps de 2003 en proposant des entretiens avec des interlocuteurs tabacologues, des conseils pour l'utilisation de traitements d'aide à l'arrêt médicamenteux, l'orientation éventuelle vers un professionnel de terrain et une prise en charge comportementale avec un suivi adapté à chaque fumeur (au minimum 5 entretiens de 15 à 30 minutes sur un délai de 3 mois) durant lequel les thèmes de la ligne californienne sont intégrés.

## Les limites de la ligne britannique

Le mode opératoire de la ligne britannique, qui se réclame pourtant de celui de la ligne californienne, pour cette étude présentée par H. Gilbert et S. Sutton dans *Addiction*<sup>1</sup>, est beaucoup plus sommaire car il est essentiellement réactif en pratique courante. La mise en place d'un protocole de suivi pour les appelants fumeurs s'est heurtée à de multiples difficultés. Les conseillers ont une formation courte en tabacologie (25 heures), les entretiens sont brefs (10 mn). Les entretiens du protocole ne tenaient pas compte de la progression des fumeurs dans l'arrêt puisqu'ils étaient dispensés sur une période courte (6 semaines maximum). Les fumeurs étaient pris en charge à chaque appel par un conseiller différent, ce qui peut obérer la fluidité et la personnalisation de la prise en charge, ce d'autant plus que la ligne utilise 130 conseillers. Aucun traitement d'aide à l'arrêt n'a été conseillé aux fumeurs dépendants physiquement. Or, une bonne partie de la population étudiée avait un degré de dépendance élevé.

## Une adhésion médiocre

En pratique, 753 fumeurs ont été intégrés au groupe avec suivi (ils devaient être systématiquement rappelés par la ligne 5 fois) et 704 au groupe contrôle. Les fumeurs du groupe contrôle pouvaient rappeler la ligne *ad libitum* de

même que les fumeurs du groupe avec suivi. L'adhésion au protocole de suivi a été médiocre (42,2% des fumeurs ont reçu plus de 4 appels programmés, la moyenne du nombre d'appels reçus a été de 2,7). Leur durée moyenne a été de 9,4 mn. Le nombre de rappels de la ligne par les fumeurs est identique dans les deux groupes (2,28 groupe contrôle, 1,95 groupe suivi).

Dans les conditions de déroulement du protocole (absence d'adhésion au rythme des séances imposée par les conseillers, appels issus des fumeurs en nombre quasi équivalents dans le groupe suivi et le groupe contrôle, 37% de perdus de vue intégrés en fumeurs), aucune différence statistique n'a pu être relevée sur les effectifs bruts. En revanche, il a pu être démontré après retraitement des données que le fait d'avoir bénéficié d'au moins quatre séances de suivi augmentait de 1,8 les chances d'être abstinent à un an depuis au moins six mois.

## Des choix discutables

Contrairement à ce qu'écrivent les auteurs, cette étude ne permet pas d'affirmer qu'un suivi téléphonique proactif des fumeurs en cours d'arrêt ne donne pas de meilleurs résultats que l'écoute des appels spontanés de fumeurs. Le rythme du protocole utilisé ici ne correspond pas à l'évolution des besoins du fumeur (d'abord arrêter puis maintenir l'arrêt), contrairement au rythme utilisé par la ligne californienne. La qualité des conseillers est incertaine, un fumeur donné n'est pas pris en charge par un conseiller donné mais par n'importe quel conseiller de la ligne au cours de ses divers entretiens, les entretiens ne sont pas structurés, la durée des entretiens est 5 fois plus courte que celle du protocole californien. Ces choix initiaux discutables peuvent expliquer les difficultés d'adhésion au protocole qui ont abouti à ne pas fournir le nombre de rappels prévus.

## Aides médicamenteuses

Les déboires rencontrés dans ce type d'études ne doivent pas pousser à renoncer à l'utilisation des lignes téléphoniques d'aide à l'arrêt dans la prise en charge structurée des fumeurs autour des bonnes pratiques cliniques. Il est impératif de continuer à évaluer quels thèmes doivent être travaillés avec les fumeurs et à quel moment de leur parcours pour améliorer l'abstinence à long terme grâce au soutien téléphonique. Il est également impératif de s'assurer que les fumeurs dépendants physiquement reçoivent bien des aides médicamenteuses en plus du soutien téléphonique, faute de quoi leur tentative d'arrêt sera difficile et entretiendra la peur de l'arrêt du tabac encore vivace dans cette population.

ALINE MOREAU

(CONSULTATION DE TABACOLOGIE, HÔPITAL TENON)

# Suspendu relaxé!

## ORDRE

*Le docteur Patrick de la Selle avait été récemment condamné par le Conseil régional de l'Ordre des médecins à un an de suspension (dont six mois avec sursis) pour détention de méthadone. Le résultat de l'appel soutenu le 6 juin devant l'instance nationale du Conseil de l'Ordre vient de tomber: relaxe totale! Il faut dire que les arguments du Conseil départemental de l'Ordre et de l'avis de l'Inspection régionale de la pharmacie<sup>1</sup> étaient quelque peu "stupéfiants"... Décryptage.*

### De quoi s'agissait-il ?

*"Le docteur de la Selle est entendu à la suite de la présence d'un stock conséquent de méthadone au sein de son cabinet médical. Ce cabinet a été cambriolé dans la nuit du 2 au 3 octobre 2004, deux jours après le départ du docteur de la Selle en vacances. Ses associés (...) l'ont informé par téléphone de ce cambriolage et lui auraient dit avoir découvert dans ses affaires un carton comportant 17 flacons de méthadone (11 à 40 mg, 3 à 30 mg, 2 à 5 mg et 1 à 20 mg) provenant du grossiste CERP et identifié au nom du docteur de la Selle. Ce dernier nous affirme avoir répondu par téléphone à son associée que ce carton était destiné à être rendu à une pharmacie. Ces flacons de méthadone lui avaient été remis par une patiente qui avait d'elle-même diminué ses doses et qui ne voulait pas les conserver à son domicile par crainte qu'ils ne soient utilisés par ses enfants. Quatre jours après, une des associées du docteur de la Selle a porté ce carton de méthadone au Conseil de l'Ordre qui a informé le procureur de la République et l'inspection régionale de la pharmacie."*

### Il lui était reproché de posséder des produits stupéfiants

*"Il apparaît (...) que le docteur de la Selle détenait à son cabinet un médicament classé comme stupéfiant en quantité supérieure à la dose toxique dans des conditions non réglementaires."*

Tout praticien, libéral ou en CSST, s'est trouvé dans la situation où un patient a ramené son

traitement pour ne pas se trouver dans une situation "à risque". Nous avons alors tous "détenu illégalement" des stupéfiants. A-t-on voulu faire passer pour un dangereux "dealer" le docteur de la Selle pour la possession de 675 mg de méthadone, le maximum autorisé étant 600 mg... ?

### Il lui était reproché de prescrire une quantité journalière importante

*Les "conditions de mise en œuvre du traitement (...) n'apparaissent pas conformes aux conditions fixées par l'AMM et à celles recommandées par la conférence de consensus éditée par la haute autorité de santé publique".*

L'AMM de la méthadone n'est pas de 60 à 100 mg, il s'agit seulement de posologies moyennes. Des posologies supérieures sont fréquentes, le traitement étant le résultat d'une alliance thérapeutique entre le médecin et son patient. Ces posologies supérieures à 100 mg ne sont en aucun cas en contradiction avec l'AMM ou avec les recommandations de la conférence de consensus de juin 2004.

### Il lui était reproché de ne pas respecter un sevrage progressif par paliers de 5 à 10 mg

*"Par ailleurs, la méthode de sevrage utilisée interpelle. Compte tenu des caractéristiques pharmacologiques du produit, la conférence de consensus, la circulaire du 30 janvier 2002 et l'AMM recommandent un sevrage pro-*

<sup>1</sup> Les textes en italique sont extraits:  
• du procès-verbal du 3 mai 2005  
de la commission des auditions du Conseil  
départemental de l'Ordre de l'Hérault  
ayant entendu le docteur Patrick de la Selle  
le 25 avril 2004;  
• de l'avis du 21 février 2006  
de l'Inspection régionale de la pharmacie,  
Direction régionale des affaires sanitaires  
et sociales de la région Languedoc-Roussillon.

gressif par paliers au moins hebdomadaires de 5 à 10 mg. Dans le cas présent, la diminution s'est effectuée par paliers de 15 jours et pour des doses au moins quatre fois supérieures."

À des posologies de 200 ou 300 mg, il n'est pas opportun de parler de sevrage mais de maintenance avec adaptation thérapeutique. Par ailleurs, si une réduction de 5 à 10 mg à des posologies entre 60 et 100 mg représente 5% à 10% du traitement, ramenés à 200 ou 300 mg/j, ces paliers représentent 20, 25 ou 30 mg.

## Il lui était reproché d'avoir prescrit des traitements de substitution par les sulfates de morphine et d'avoir été membre d'un comité de soutien de professionnels dans ce sens

*"Il a été également un membre actif du comité de soutien aux professionnels de santé montpelliérains mis en examen pour prescription de sulfate de morphine à des toxicomanes et a revendiqué avoir utilisé ce produit comme traitement de substitution.*

*On rappellera qu'une évaluation effectuée en septembre 2001 à la demande du directeur général de la santé par un groupe d'experts présidé par le professeur Montastruc avait conclu qu'au regard des connaissances scientifiques disponibles, le sulfate de morphine ne répondait pas aux critères modernes d'un traitement de substitution, et qu'il n'existait pas d'arguments pour élaborer un dossier d'AMM qui pourrait être acceptable et recevable par l'Afssaps."*

Nous avons tous prescrit des traitements de substitution par les sulfates de morphine à l'époque où les AMM pour des médicaments de substitution n'existaient pas, et c'est pourquoi nous avons été nombreux à soutenir nos collègues de Montpellier, lesquels étaient confrontés à l'accès restrictif de la méthadone des centres de soins spécialisés aux toxicomanes dans le département de l'Hérault.

## Que lui était-il reproché quand, dans un même courrier, étaient mêlés mésusage de Subutex®, Rohypnol®, Moscontin® et Skénan® ?

*"En 1997, ce département représentait à lui seul plus d'un sixième de la consommation nationale de sulfate de morphine. Des médecins et pharmaciens ont été mis en examen sous les chefs de facilitation à autrui de l'usage de stupéfiants, non respect des règles relatives à la délivrance, la durée et la période de prescription de médicaments classés comme stupéfiants. Ces profes-*

*sionnels ont bénéficié d'un non lieu. Le décès par surdosage d'un jeune patient a cependant conduit sa famille ainsi que le parquet à faire appel de cette décision.*

*À ce jour, le taux de prescriptions non conformes à la réglementation est limité en ce qui concerne les opiacés (Skénan, Moscontin). En revanche, les prescriptions de Subutex et Rohypnol explosent, et l'inspection de la pharmacie a eu connaissance de l'existence d'un "trafic" de ces deux médicaments se développant actuellement en centre ville de Montpellier."*

Pourquoi fait-on un amalgame entre la détention de méthadone et ces médicaments ? Il apparaît pourtant cliniquement que l'utilisation de méthadone en traitement de substitution réduit le recours, l'abus et le mésusage des médicaments cités.

## Il lui était reproché de ne pas avoir fait de publications de niveau international (!)

*"Dans sa déclaration, il se présente comme un ancien universitaire, spécialiste du traitement de la toxicomanie ayant participé comme expert à diverses commissions du ministère de la santé.*

*La consultation de banques de données confirme qu'il a bien exercé les fonctions de maître de conférence à la Pitié-Salpêtrière et qu'il a été membre de deux groupes de travail du haut comité de santé publique (stratégie pour une politique de santé et dépistage de l'infection par le VIH) et de la commission Soubie (commission santé 2010 chargée de donner un avis sur les réseaux de soins).*

*Elles font état de quelques publications<sup>2</sup>. Peu sont de niveau international et il est rarement cité en premier rang. À noter qu'aucune ne concerne l'évaluation des médicaments de substitution aux opiacés."<sup>3</sup>*

Patrick de la Selle, médecin généraliste depuis trente ans, a reçu plusieurs centaines de patients, il a participé régulièrement, comme auditeur et comme expert, à des séances de formation médicale initiale et de formation médicale continue. D'où vient la compétence en médecine ? De la formation initiale et continue, de la fréquence de la confrontation à un problème, de l'échange des pratiques avec les confrères... et pas nécessairement de publications de niveau international.

VINCENT PACHABÉZIAN

<sup>2</sup> 6 publications indexées sur PubMed.

<sup>3</sup> — Ce qui est inexact, cf Bilal S., Menares J., De la Selle P. et al., "Impact des traitements de substitution aux opiacés sur la vie sociale — Une étude en médecine de ville", *Annales de médecine interne*, 2003, 154, HS 2, 6-14.

# Un an après, le générique de la BHD

## MARQUE

*Après la firme Arrow en 2006, Merck propose à son tour sa version générique de la buprénorphine haut dosage. L'occasion de se pencher sur l'accueil et l'"image de marque" de ces produits auprès des professionnels de santé et des usagers de la substitution.*

Un peu plus d'un an après l'arrivée sur le marché français du premier générique de la buprénorphine haut dosage (BHD) à l'initiative de la firme Arrow (spécialisée dans ce type de médicaments), le 31 mars 2006, le laboratoire Merck vient à son tour de lancer sa version de la BHD. Et d'aucuns prêtent à Sandoz l'intention d'en faire autant.

Il est vrai que si le générique proposé par Arrow peut sembler rencontrer quelques difficultés à trouver sa place (son "taux de pénétration" tournait autour de 10 % un an après sa mise sur le marché), en valeur il atteignait déjà au début de l'année 2007 le 8<sup>e</sup> rang sur l'ensemble des médicaments génériques au niveau national<sup>1</sup>.

## Particularités des génériques

Il n'est peut-être pas inutile de rappeler quelques notions de base concernant les médicaments génériques : si une différence de 20 % par rapport au médicament princeps est autorisée, la formule elle-même ne peut être modifiée. Dans le cas de la BHD, les posologies proposées étant les mêmes que pour le Subutex®, seuls les excipients, la forme et le conditionnement diffèrent.

Afin de favoriser leur introduction et ainsi de réduire les dépenses de l'assurance maladie, puisqu'ils coûtent nettement moins cher (environ 25 % pour la BHD) que les médicaments qu'ils "imitent", les phar-

maciens bénéficient sur les produits génériques d'une remise sur le prix de base fabricant. Celle-ci tourne autour de 15 %, au lieu de 7 % à 8 % pour les autres médicaments.

De fait, il apparaît que des freins au passage au générique se sont parfois fait jour chez les différents acteurs des traitements de substitution, médecins, pharmaciens mais aussi – et avant tout ? – usagers eux-mêmes. Certains médecins n'ont en effet pas modifié leurs prescriptions, ou se contentent de noter la dénomination commune internationale (DCI), renvoyant de fait le choix au pharmacien et au patient. Or, comme l'explique un pharmacien du nord de Paris, "la prise en charge des usagers de BHD pose pas mal de problèmes : il faut vérifier les ordonnances, les dates... Alors, le générique...". Il y a donc fort à parier que les pharmaciens assez impliqués à la fois dans la réduction des risques et dans celle des dépenses de la sécurité sociale pour faire l'effort de proposer le générique ne sont qu'une minorité.

## Le point de vue des usagers

Reste l'utilisateur lui-même. Là aussi, des résistances existent. Et en premier lieu l'idée selon laquelle il ne s'agit pas vraiment du même produit (phénomène qui concerne, en tout cas lors de son introduction, n'importe quel type de médicament générique). D'autant que la notion de

<sup>1</sup> Le Moniteur des pharmacies n° 2664, 17 février 2007

## Un "plan de gestion des risques" pour la BHD

À la mi-avril, la buprénorphine haut dosage (chlorhydrate de buprénorphine) a été le 6<sup>e</sup> médicament à bénéficier de la mise en place d'un plan de gestion des risques élaboré par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) et laissé à la responsabilité des firmes pharmaceutiques. Son but affiché : documenter précisément les effets indésirables, réaliser une étude observant la prescription et la délivrance afin d'identifier au maximum les enjeux et les méthodes de maîtrise des risques, mais aussi intégrer une notion d'évaluation constante du rapport bénéfice/risque dans les conditions réelles d'utilisation. Le document est disponible sur le site internet de l'Agence : [www.afssaps.sante.fr](http://www.afssaps.sante.fr) (à noter : un plan de gestion des risques a aussi été élaboré concernant le Champix®).

## La buprénorphine au 8<sup>e</sup> rang en valeur

Les 15 premières “dénominations communes” (DC) en valeur au niveau national (chiffres au mois de décembre 2006)

	poids par rapport au répertoire en valeur (%)	taux de pénétration des génériques en valeur (%)	taux de pénétration des génériques en unités délivrées (%)
oméprazole	7,6	75,9	84,8
pravastatine	6	56,3	65,7
simvastatine	4,2	75,2	81,8
ramipril	2,9	58,6	67
dextropropoxyphène + paracétamol	2,7	79,2	81,4
amoxicilline + acide clavulanique	2,5	82,4	84,6
paroxétine	2,5	72,1	78,8
→ buprénorphine	2,4	6,5	9,6

source: “Le Moniteur des pharmacies”

“produit” est particulièrement sensible dans l’univers des drogues: “Quand on est habitué à un produit, on n’en change pas.”

“J’ai essayé le générique une fois, pendant une semaine. J’ai senti un manque. Et je suis persuadé que ce n’était pas que psychologique”, témoigne Abdallah, sous BHD depuis cinq ans. Au-delà de l’aspect psychologique (“c’est pas la même boîte...”) ou “pratique” (“on peut pas l’injecter”), reste un souvenir de “manque” qui a amené Abdallah à abandonner le générique.

Jérôme, lui, a été contraint de “tester” le générique lors d’un passage en prison. Et, même s’il convient que le contexte a pu jouer, c’est un mauvais souvenir: “J’étais emprisonné et traité par Subutex. Un jour, on nous a distribué une feuille de papier pour nous dire qu’on allait passer au générique. Franchement, j’ai eu l’impression qu’il y avait plein de choses différentes, le goût...”

“Je ne sais pas si ça “tape dans la tête”, mais j’ai dû augmenter les dosages. D’ailleurs, à la sortie, j’ai repris le “normal”, et j’ai trouvé que l’effet était meilleur, explique-t-il. C’est vrai que le contexte dehors est totalement différent. En fait, j’aurais bien essayé le générique à l’extérieur...”

“Chez les usagers, il y a une grosse méfiance à l’égard du générique, poursuit Jérôme. En plus, le générique ne peut pas s’injecter. J’ai essayé et ça donne une grosse mélasse. J’ai laissé tomber.”

Les usagers sont assez rétifs au générique. Il faut passer beaucoup de temps à expliquer, pour un résultat souvent négatif. Alors si en plus il y a un peu de monde dans la pharmacie...” Selon lui, “c’est plus le rôle du médecin d’agir”.

Confronté à ces réticences, un autre pharmacien, basé dans le 7<sup>e</sup> arrondissement, propose pour sa part, afin d’aider à dépasser cette “peur de passer à autre chose”, un essai avec une boîte de générique, le reste du traitement étant donné sous sa forme classique, avec la possibilité de revenir échanger le générique si celui-ci n’a pas satisfait. “Personne n’a ramené de boîte, et certains ne veulent plus que du générique”, affirme-t-il, mettant les difficultés du générique sur le compte du “manque d’effort des pharmaciens” mais aussi d’un “défaut d’information des médecins”.

Des facteurs liés à la spécificité du produit se sont donc alliés aux réticences traditionnellement rencontrées par les génériques pour limiter l’implantation des nouvelles déclinaisons de la BHD. Mais ces résultats sont-ils si décevants? Sans doute si l’on songe que certains génériques ont pu s’imposer au point de remplacer totalement leurs prédécesseurs. Cependant, ils n’ont pas pour autant découragé le laboratoire Merck de se lancer à son tour, et ce malgré l’image assez négative du générique chez les usagers...

NESTOR HERVÉ

### Un “cercle vicieux”

Résultat: une sorte de “cercle vicieux”, comme l’explique un pharmacien de l’est parisien pourtant impliqué dans la réduction des risques: “C’est un peu décourageant.

# Prescriptions et prescripteurs de buprénorphine

*Publiée en deux volets, une enquête par entretiens répétés, conduite en France auprès d'un échantillon diversifié de personnes en traitement, permet de cerner quatre types d'usage de la buprénorphine, mais aussi quatre profils de médecins prescripteurs.*

Cette enquête qualitative, de type sociologique, s'est intéressée aux profils des usagers<sup>1</sup> de buprénorphine haut dosage (BHD, commercialisée sous l'appellation Subutex®<sup>2</sup>) et aux profils des médecins prescripteurs<sup>3</sup>, du point de vue des usagers.

L'approche a été celle d'entretiens approfondis et répétés auprès de 28 usagers de drogues en traitement de substitution par la BHD. Pour la partie modes d'usage et profil des usagers, étaient abordés les contextes de consommation (histoire avec les produits, traitements antérieurs, éléments d'histoire et de mode de vie, modalités de la prescription et de l'utilisation de la BHD), le mode de vie des usagers (logement, insertion professionnelle, situation juridique/administrative, vie familiale et affective), les réseaux sociaux et leur état de santé. La vision des médecins s'est faite au travers des patients consultant des médecins de Paris et de sa banlieue, soit dans des CSST, soit des médecins généralistes; deux patients venaient de programmes d'échange de seringues.

## Les profils d'usage de la BHD

L'enquête publiée dans *Sciences sociales et santé*<sup>1</sup> s'est intéressée aux différentes façons dont la BHD vient s'intégrer dans le parcours des usagers avec les produits psychoactifs, licites et illicites, en tenant compte des contextes de vie et des profils individuels des usagers concernés. Il apparaît, ici aussi, 4 profils différents d'usage:

### 1. Une ressource pour s'en sortir

Le Subutex® est perçu comme un médicament, aux effets "normalisants" avec une sensation de bien-être physique sans manque et sans défonce. L'absence de la gestion du manque et l'abandon des voies détournées d'usage (injection, sniff...) fait passer de la logique défonce à la logique thérapeutique. Le médicament permet de révéler les dimensions effacées par les drogues: sensations, émotions... Cette sortie de la drogue s'inscrit progressivement dans un

projet de sortie de la dépendance, amenant progressivement à réduire la dose pour amorcer un sevrage.

La consommation vise à ne pas interférer sur le quotidien: le médicament est pris à la dose prescrite, en une seule fois le plus souvent, à la même heure et sous la langue. Il s'agit de trouver l'équilibre entre l'absence de manque et l'absence de défonce.

Le recours à d'autres produits se limite au cannabis, aux benzodiazépines (prescrites), vécus comme des régulateurs des tensions émotionnelles et du sommeil. Les autres produits sont peu recherchés ou d'une manière occasionnelle (moins d'une fois par mois).

Ce traitement amène à une normalisation du mode de vie et une émancipation du milieu de la drogue (arrêt de la recherche d'argent, d'héroïne, réduction du risque d'interpellation), il offre des perspectives positives pour s'en sortir. La dépendance vis-à-vis de l'institution médicale amène à une représentation de soi comme "ex-tox", mais la persistance de la dépendance maintient l'obsession du sevrage.

### 2. Un traitement de maintenance

Dans ce cas de figure, les existences sont marquées par la souffrance et la vulnérabilité psychologique, la pénibilité des conditions de l'insertion, une santé dégradée (maladies graves: VIH, VHC...) et l'épuisement des années de toxicomanie. Le médicament de substitution assure une forme de survie et une meilleure qualité de vie. La dépendance à un traitement de substitution est vécue comme une maladie chronique. Le traitement de substitution permet d'affronter la réalité sans la protection des drogues, et la dépendance devient secondaire.

L'observance domine, les horaires de prise sont respectés et se combinent aux autres traitements, le recours aux benzodiazépines n'est pas habituel, la consommation de produits illicites a disparu depuis longtemps. La BHD permet un état "normal" pour pouvoir fonctionner, elle permet de suppléer le manque de volonté.

L'image est celle d'un patient soignant fréquemment à côté de sa toxicomanie des pathologies somatiques

<sup>1</sup> Guichard A., Lert F., Brodeur J.-M., Richard L.

"Rapport des usagers au Subutex®: de la reconquête de l'autonomie à la spirale de l'échec"  
*Sciences sociales et Santé*, 2006, 24, 4, 5-43

<sup>2</sup> L'enquête a été réalisée avant l'arrivée de génériques sur le marché.

<sup>3</sup> Guichard A., Lert F., Brodeur J.-M., Richard L.

"Buprenorphine substitution treatment in France: Drug users' views of the doctor-user relationship"  
*Social Science & Medicine*, 2007, 64, 12, 2578-93

sévères. Il n'est pas rare que ces usagers confient le suivi somatique au médecin délivrant la substitution.

### 3. Une drogue légale

Le Subutex® est perçu comme une drogue et, à part le flash, reproduisant les propriétés de l'héroïne, mêmes effets, mêmes modes d'action... Il est largement surconsommé, il n'est pas pris sous la langue et presque toujours associé à d'autres substances telles que cannabis, alcool ou benzodiazépines. C'est une drogue de rue associée au crack, essentiellement pour adoucir la descente. Il peut aussi être associé à des drogues de synthèse dans des circonstances festives (rave...). Ce "produit" favorise une chronicisation de la dépendance, il perd son statut de médicament, il entre dans une logique d'effets forts, de dépendance physique importante, de dépendance à la seringue et à l'injection. Dans l'incapacité de réduire les doses, l'usager se sent pris dans une logique d'échec. Chez les usagers plus jeunes qui n'ont pas l'expérience de l'héroïne, le Subutex® marque l'entrée dans la dépendance aux opiacés, il contribue à réduire les coûts et les risques de la dépendance à une drogue de rue, produit satisfaisant, économique, à accès facile, d'un bon rapport "qualité-prix".

Du point de vue des usagers rien n'a changé, pas d'emploi, pas de logement, mêmes fréquentations, leur référence est celle de la rue, ils restent des *junkies*. Ils font la manche, participent à des activités illicites, quelques uns ont recours au "commerce", sans grand danger, de Subutex®.

### 4. Un produit piège

Les usagers se sentent pris au piège d'un produit diabolique : absence de plaisir, absence de satisfaction psychologique, absence de repères corporels. La détresse psychologique est profonde, non compensée par la BHD à laquelle il est toutefois obligé de recourir, accès facile, manque intense, augmentant les doses, les rythmes, modifiant les modes d'utilisation. La dépendance à l'injection participe à ce sentiment de "piège". Malgré les dangers (abcès, détérioration veineuse, lieux d'injection, partage de matériel), la dépendance impose la recherche de produit et malgré l'urgence d'y mettre fin, l'usager est dans l'incapacité d'arrêter. Cet état de désespoir amène à recourir à des quantités massives de médicaments, d'alcool, accentuant la spirale des dommages.

Le mode de vie est associé à l'univers de la rue, dans un processus d'accélération de la précarisation, avec perte des liens familiaux et affectifs, dégradation des conditions d'hygiène, altération profonde de l'estime de soi et de l'image corporelle, souffrance psychique et isolement. Cette fragilisation croissante accentue la marginalisation, même parmi les usagers de drogues, en de micro-

groupes rejetés de tous. Les usagers ont le sentiment de servir de cobaye aux pouvoirs publics, aux médecins, la substitution étant vécue comme un outil au service d'une politique de répression.

## Médecins prescripteurs : quatre profils différents

L'analyse de la discussion avec les usagers, publiée dans *Social Science & Medicine*<sup>3</sup>, définit quatre profils de médecins prescripteurs :

### 1. Le prescripteur focalisé sur le dosage

Ce médecin apparaît relativement indifférent à la situation personnelle du patient (sociale, administrative, justice, relationnelles), ou à ses problèmes de maladies ou de santé, les questions existentielles ne sont jamais abordées ; le médecin se polarise sur la dose. Le dosage peut devenir une source de tension, avec l'insistance de l'usager à réduire les doses, alors que le médecin n'a pas cette option.

Tout problème soulevé (recours à des drogues, événements de vie, difficultés relationnelles, problèmes sociaux) est traité en termes d'adaptation de posologie. L'expression du mésusage (usage d'autres drogues, doses supplémentaires de Subutex®, injections...) est encouragée et utilisée par le médecin. Cependant, la plupart des usagers disent ne plus relater leur mésusage, parce que la réponse se résout à un dosage plus élevé ou parce que ces difficultés ne reçoivent pas l'attention et la réponse attendue.

Les questions des usagers sur le but ultime du traitement, quand commencer à baisser les doses ou dans combien de temps peut-on espérer arrêter, reçoivent de vagues réponses, le médecin insistant sur la nécessité de continuer avec une dose stable sans calendrier pour l'avenir. Les usagers ont alors la sensation d'être captifs de la prescription et du prescripteur.

L'absence de perspectives et l'impossibilité de s'en échapper donnent à l'usager le sentiment d'être un toxicomane incurable. À la longue, la relation se détériore, et apparaît une défiance dans les compétences du médecin.

### 2. Le médecin classique, autoritaire et paternaliste

Les relations sont centrées sur le strict respect du programme thérapeutique. Tout écart par rapport au plan prescrit (usage de benzodiazépines non prescrites, alcool, produits illicites ou injection) sont punis par une réduction de la dose prescrite, ou par des menaces d'arrêt de la prescription ou changement vers la méthadone (plus sévèrement contrôlée). Quel que soit l'état du patient (conditions psychologiques, problèmes de santé, logement, stress...), le médecin essaye de toute manière de



réduire la posologie sans tenir compte des circonstances. Les rechutes sont tolérées et relativement bien acceptées au début du traitement, mais sont comprises ou acceptées de moins en moins par le médecin si elles persistent. Dans ces circonstances, le plupart des usagers ont peur de relater leurs problèmes ou gardent leurs problèmes secrets.

La consultation laisse peu de place à la négociation et le médecin interprète tout point soulevé par l'usager (anxiété, symptômes dépressifs) comme des détours pour obtenir des doses supérieures ou pour une prescription injustifiée de benzodiazépines. L'absence d'espace de négociation peut provoquer un sentiment d'humiliation ou de révolte qui peut mener à l'abandon du traitement. L'usager apprend à régler son traitement d'une manière indépendante, réduire ou abandonner ses attentes du médecin. L'usager doit alors, en dehors de toute nécessité, avoir à acheter le Subutex® dans la rue ou obtenir une prescription parallèle d'un autre médecin.

### 3. Le médecin perçu comme expert en dépendance aux drogues

La relation est centrée sur la personne. La relation avec le médecin permet à l'utilisateur de participer aux décisions dans lesquelles il sent qu'il est reconnu comme une personne, et en retour, il reconnaît le médecin comme un véritable expert en dépendance aux drogues. La conviction du médecin favorise l'adoption d'un comportement responsable avec le Subutex®. L'usager de drogues reconnaît la relation avec le médecin comme une composante thérapeutique. L'ajustement de la dose est une négociation entre l'usager et le médecin, l'usager exprime ses soucis vis-à-vis du traitement mais aussi d'autres sujets liés à sa vie personnelle (travail, santé, humeur, problèmes quotidiens ou existentiels, élever les enfants, la sexualité...). Ces patients acceptent mieux l'idée d'une maintenance au long cours, sans préoccupation excessive des issues du traitement.

Ces usagers ne vont pas chez le médecin par contrainte. Le médecin apparaît être le contact préféré de l'usager, un pont entre le monde de la drogue et la société conventionnelle.

Cette attitude répond au besoin d'individualisation de l'usager et promeut la reconstruction d'une image valorisante libre de tout signe de toxicomanie. Ces usagers rapportent une relation personnalisée avec le médecin.

Ce type de relation peut parfois se heurter à certaines difficultés, en particulier lors des rechutes. L'usager a du mal à relater un mésusage, ayant la culpabilité de briser le contrat de sincérité et craint de décevoir le médecin.

### 4. Le dealer en blouse blanche

Certains usagers déclarent une relation avec le médecin

s'appuyant seulement sur l'obtention de la prescription sans se soumettre au traitement. La relation est centrée sur la manipulation du médecin par l'usager pour obtenir sa prescription. Il ajuste son histoire d'usage (produits et doses, durée d'utilisation, mode d'usage), son style de vie ou sa santé pour négocier la dose maximale, qui en pratique est toujours réduite par le médecin.

L'usager n'a pas d'attente en termes d'adaptation thérapeutique, il ne fournit rien de lui-même sauf le minimum pour justifier la prescription du médecin. Les usagers ont une série d'arguments et de motivations disponibles : recherche du produit le moins risqué, besoin temporaire d'une prescription un peu plus importante pour quitter l'environnement des drogues illégales. Ils jouent alors le rôle de "bons patients" irréprochables. Plusieurs exploitent le cliché du toxicomane repentant, ils flattent la vanité du médecin en accentuant leur sentiment de reconnaissance extrême. D'autres essaient de convaincre le médecin de leur sincérité et du bon usage de la prescription.

La prescription médicale est la continuité du recours à l'héroïne : la représentation d'eux-mêmes est celle de toxicomane, dépendant d'une substance légale délivrée par un médecin qui est un prescripteur et non un soignant.

Progressivement, consultation après consultation, la relation avec le médecin peut aboutir à une réelle demande de soins, ou simplement se finir.

## Une évaluation des pratiques

Cette enquête suscite quelques réflexions. La question de savoir de quel profil on se sent proche, ou à quel profil on s'identifie, s'impose au fur et à mesure de la description des profils de médecins et de patients. Il serait souhaitable que ce résumé incite à la lecture des articles dans leur forme intégrale. En effet, ces deux articles nous amènent à nous interroger sur nos pratiques, et ils devraient pouvoir servir dans le cadre d'évaluations des pratiques professionnelles (EPP). Une autre question est celle de savoir quel profil d'usager consulte quel profil de médecin, ou plus précisément de savoir si des patients appartenant au même profil décrivent un seul profil de médecin, à savoir celui qu'ils consultent, ou bien s'ils décrivent des profils différents de médecins qu'ils ont rencontrés, et consultent *in fine* le médecin correspondant à leurs besoins.

Cette enquête qualitative est particulièrement intéressante pour les médecins impliqués dans la prescription de BHD à un moment où ce médicament fait polémique dans sa modalité de délivrance à cause du mésusage.

VINCENT PACHABÉZIAN

# “ Un portail francophone venu du pays des narcomanes ”

## MULTIMÉDIA

*Le site [www.txsubstitution.info](http://www.txsubstitution.info) se définit comme le “portail francophone d’appui aux professionnels pour l’avancement des traitements de substitution”. Potentielle ressource majeure pour les professionnel-le-s, son intérêt sera lié à l’implication de ces derniers.*

Portail issu d’une collaboration entre le Centre de recherche et d’aide pour narcomanes (Cran, Montréal) et le Centre international pour l’avancement du traitement de la toxicomanie (ICAAT, New York), ce site a été conçu “pour diffuser, en français, des informations et outils de travail susceptibles de soutenir, dans leur pratique quotidienne auprès des personnes dépendantes des opioïdes, les professionnels francophones œuvrant dans le champ des traitements de substitution, tout particulièrement dans les régions du monde où ces traitements sont en émergence”.

## Partager les outils

Les contenus de ce site internet sont validés par un comité de lecture composé de personnes belges, québécoises, suisses et françaises travaillant dans le secteur des addictions, qui participent ainsi à la coloration francophone et internationale du projet.

Une partie du site fournit des informations générales sur les opiacés (effets, définitions de la dépendance, critères de diagnostic de la dépendance, traitements de substitution) et sur les modèles d’organisation de services mis en place dans différents pays francophones et aux Pays-Bas (mise en contexte, historique des traitements de substitution dans le pays, données chiffrées, conditions de prescription, diversité des approches, délivrance en pharmacie).

Dans une volonté de constituer un lieu de partage des outils, une rubrique plus technique met à disposition des outils cliniques comprenant un dossier médical type, une grille de redosage, des informations relatives à la méthadone (interactions, effets indésirables) et à la buprénorphine haut dosage, un contrat type entre le pharmacien et la/le patient-e dans le cadre de la délivrance, des “trucs” pratiques à destination des usagèr-e-s.

Ces informations sont complétées par une partie littérature clinique et des guides de pratiques.

La partie “section Québec” s’intéresse particulièrement à la façon dont s’organise le système de transferts (temporaires ou permanents) et de continuité de services pour les usagèr-e-s, ainsi qu’à la question de l’exemption des

médecins pour l’utilisation de la méthadone et à celle de la formation des professionnel-le-s.

Il serait souhaitable que cette partie s’étende des dispositifs mis en place dans les autres pays francophones.

## Publications, forum et blog

Au delà des incontournables (plan du site, moteur de recherche, pages de liens), ce portail propose un système de questions/réponses, une liste de diffusion du *Bulletin francophone d’information sur les traitements de substitution*, un accès à la revue *Enjeux méthadone*, et enfin un agenda de colloques, formations et conférences.

La rubrique “formation continue” propose aussi un espace de soumission de matériel pédagogique en français sur divers thèmes, dont la parentalité pour les personnes sous traitement de substitution ainsi que l’intervention par les pair-e-s.

Une section réservée aux professionnel-le-s (médecin, pharmacien, personnel des soins infirmiers, intervenant psychosocial) est disponible sur inscription pour permettre l’échange de pratiques et le transfert de connaissances. Elle est complétée par un forum de discussion [www.forummethadone.com/menu.asp](http://www.forummethadone.com/menu.asp) ouvert à tou-te-s (notamment aux usagèr-e-s).

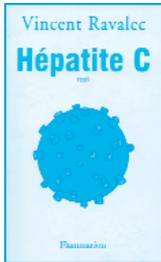
Les nouvelles technologies et les nouvelles formes d’échange sont exploitées de façon large afin de rencontrer un maximum de besoins. À noter le petit dernier des services, un blog sur les traitements de substitution aux opioïdes tenu par Éric Fabrés, du Cran.

## Un fort potentiel

Ce site riche déjà en informations et outils, orienté vers l’échange de connaissances et de pratiques, pourrait constituer une ressource majeure pour les professionnel-le-s œuvrant dans le champ des traitements de substitution. Son intérêt et son avenir semblent néanmoins étroitement liés à l’intérêt, à l’implication et à la participation de ces personnes.

## PUBLICATIONS

## Hépatite C, un témoignage hilarant et pédagogique



"Hépatite C" (récit)

Vincent Ravalec

Flammarion, 2007, 180 pages,  
16 euros

Les fâcheux effets secondaires du traitement de l'hépatite C n'en finissent plus de susciter débats d'experts et médications de toute sortes. Comment anticiper et prendre en charge les conséquences, parfois spectaculaires, de l'interféron et de la ribavirine ? Le prolifique Vincent Ravalec, auteur des emblématiques *Cantiques de la Racaille*, qui aurait expérimenté plusieurs fois ce fameux traitement, raconte son expérience sous forme d'épopée désopilante.

Il s'agit d'une furieuse saga destinée à éradiquer le virus, cadeau d'une mémorable rencontre avec une sulfureuse Anglaise lors du festival punk de Mont-de-Marsan, période seventies "no future".

Après examens médicaux, dépistages, biopsie, fibrotest et protocoles divers et quelques grandes interrogations existentielles, c'est le grand

saut. Quelques jours d'interféron/ribavirine et les fameux effets indésirables apparaissent, s'avérant constituer un "méga trip". L'asthénie larvaire est suivie de révélations supra-cosmiques, et voilà que la somme des effets secondaires de la notice des médicaments se liguent contre lui. Afin de déjouer cette obscure conjuration hépatique, un épique pèlerinage rock'n'roll le mène à Lourdes. Après s'être fait délester par une secte tout en croisant l'ours des Pyrénées et d'improbables nonnes ex-partouzeuses, il rentre, un peu calmé mais toujours confus. Sa famille flippe. Ses enfants sont abasourdis. Son banquier est plus qu'inquiet. Lui, illuminé par une fulgurante révélation (INTERféron + RIBAVIRINE = INRI), poursuit sa quête picaresque. Seule la fréquentation régulière d'un groupe de parole de type "autosupport" et d'inspiration comportementaliste s'avérera quelque peu thérapeutique. Voilà, très brièvement résumés, six mois de péripéties avec, tout de même, la guérison au bout ! L'épopée est tellement bien racontée que, pour un peu, on aimerait tâter du fameux traitement... La lecture de ce livre truculent devrait être obligatoire pour toute personne en traitement VHC ou autre

chimio. Bien mieux que le cannabis thérapeutique, l'efficacité des propriétés exhilarantes des inénarrables aventures de Ravalec est garantie. A-t-on jamais pensé à prescrire des crises de rire à la place des antidépresseurs ? La sécurité sociale serait bien inspirée de rembourser à 100 % cet impayable complément de soins. En attendant, nous exhortons vivement les hépatologues, soignants et proches à recommander cette lecture aux patients et surtout à ceux, nombreux, dont le profil socio-culturel est proche de celui de l'auteur. D'autant que l'ouvrage a également une intéressante fonction pédagogique. En effet, Ravalec reprend toute l'"hépatante" terminologie spécialisée pour la traduire (généralement de façon fort cocasse) en langage accessible à nous autres, ses "*frères humains qui parmi nous vivez...*". Enfin, derrière les apparences se profile une très fine analyse des effets secondaires ainsi que des interactions entre les protagonistes et un entourage généralement totalement déconcerté. Ravalec a compris que les effets secondaires sont aussi souvent étrangement "lucidogènes", pouvant amener à des logiques inhabituelles mais terriblement efficaces.

JIMMY KEMPFER

## Une mini brochure pour calculer son alcoolémie

*Nos limites ?!*

Crips-Cirdd Île-de-France,  
2007, 6x8 cm, 40 pages

Qu'est-ce qu'un verre standard ? Comment calculer son alcoolémie ou estimer le temps d'élimination de l'alcool dans le sang ? Concrète et précise, *Nos limites ?!* est une brochure au format de poche qui contient des informations essentielles sur l'alcool (les effets, la loi, les risques et les sanctions sur la route) et permet d'estimer l'alcoolémie et le temps d'élimination (en fonction du sexe, du poids, de la quantité consommée et du contexte de consommation).



# Abonnement

Je m'abonne  1 an = 8€  2 ans = 15€

Chèque à l'ordre de Pistes, à retourner Tour Maine-Montparnasse BP 54 75755 Paris cedex 15

Nom.....Prénom.....

Profession.....Organisme.....

Adresse.....

Code postal.....Ville.....

Tél.....Fax.....

25 millions d'usagers "problématiques" Environ 200 millions de personnes consomment des drogues dans le monde, soit 4,8 % de la population mondiale âgée de 15 à 64 ans, et cette consommation atteint un niveau "problématique" pour 25 millions d'usagers, estime l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) dans son rapport 2007, publié fin juin. "Traiter ceux qui souffrent de la drogue est un investissement dans la santé de nos nations, tout comme la lutte contre le VIH, le diabète ou la tuberculose", a affirmé Antonio Maria Costa, son directeur, lors de la présentation du rapport. "La dépendance aux drogues est une maladie qu'on peut prévenir et traiter. La détection précoce, de plus grands efforts de prévention, de meilleurs traitements de la dépendance et l'intégration des traitements dans les programmes sociaux et de santé publics peuvent libérer les consommateurs", fait valoir le directeur de l'ONUDC.

#### Les routes de l'Afrique

Le même rapport de l'ONUDC s'inquiète par ailleurs du fait que les routes du trafic de drogue passent de plus en plus par le continent africain, ainsi exposé à ce fléau supplémentaire. Les experts de l'ONU ont relevé des indices de trafic "encore faible mais croissant" d'héroïne d'Afghanistan transitant par l'Afrique orientale et occidentale à destination de l'Amérique du Nord. De même, "le trafic de cocaïne à destination de l'Europe passe habituellement par les Caraïbes, et chaque fois davantage par l'Afrique", où les saisies de cocaïne ont été multipliées par 6 durant la période 2000-2005.

#### Le "crystal" creuse son trou aux États-Unis

Les jeunes Américains consomment davantage de méthamphétamine, ou "crystal", que les études ne le montraient jusqu'à présent, selon une étude des National Institutes of Health publiée en juin. Quelque 2,8 % des jeunes adultes de 18 à 26 ans ont fumé du "crystal", rapporte l'étude. Les plus grands consommateurs sont les Blancs (majoritairement de milieu modeste) et les Indiens. Ces résultats, qui portent sur les

années 2001-2002, révisent à la hausse une étude précédente qui évoquait un taux de 1,4 % d'usage du crystal chez les jeunes adultes de 19 à 28 ans. Le crystal se présente sous la forme de cristaux incolores. Bon marché, il a des effets euphorisants, crée une forte dépendance et affecte le système nerveux. "Même un usage occasionnel s'associe avec de multiples risques sociaux et sanitaires", alerte le docteur Elias Zerhouni, directeur des NIH.

#### Un décret précise les missions des Csapa

Publié le 15 mai au *Journal officiel*, le décret n° 2007-877 précise les missions des Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa). Il sera complété par un décret en conseil d'État qui modifiera les codes de la santé publique et de l'action sociale. Une circulaire "Csapa et schémas d'addictologie" doit accompagner la mise en œuvre du décret. Le ministère de la santé et des solidarités a d'autre part envoyé le 16 mai aux directeurs des agences régionales de l'hospitalisation ainsi qu'aux préfets une circulaire qui "vise à préciser les rôles et articulations de chaque volet du dispositif de prise en charge et de soins aux personnes ayant une conduite addictive": les pôles ville, sanitaire et médico-social de l'addictologie à partir des objectifs du plan addiction.

#### Une nouvelle définition du mot "drogue"

L'Académie nationale de médecine propose une nouvelle définition du mot "drogue", afin de "lever des équivoques fâcheuses". La voici: "Substance naturelle ou de synthèse dont les effets psychotropes suscitent des sensations apparentées au plaisir, incitant à un usage répétitif qui conduit à instaurer la permanence de cet effet et à prévenir les troubles psychiques (dépendance psychique), voire même physiques (dépendance physique), survenant à l'arrêt de cette consommation qui, de ce fait, s'est muée en besoin. À un certain degré de ce besoin correspond un asservissement (une addiction) à la substance; le drogué ou toxicomane concentre alors sur elle ses préoccupations, en négligeant les conséquences

sanitaires et sociales de sa consommation compulsive. En aucun cas le mot drogue ne doit être utilisé au sens de médicament ou de substance pharmacologiquement active."

#### Les gélules de méthadone arrivent

Après deux ans de discussions, la forme sèche de la méthadone devrait être autorisée très prochainement par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps), et sa commercialisation est envisagée fin 2007. Présentée sous forme de gélules disponibles en cinq dosages (1 mg, 5 mg, 10 mg, 20 mg et 40 mg) en boîtes de 7, elle ne pourra être prescrite qu'aux personnes suivant depuis un an au moins un traitement sous sa forme sirop. La première prescription devra être faite soit dans un Csapa, soit à l'hôpital, le patient pouvant par la suite être pris en charge par son médecin généraliste.

#### Le trafic de buprénorphine en ligne de mire

La Sécurité sociale va "renforcer les actions répressives" contre le trafic de Subutex®, annonce Pierre Fender, directeur de la répression des fraudes de l'assurance maladie, dans une interview au *Parisien* du 16 juin: "Tous les acteurs de la lutte contre la fraude (assurance maladie, police, justice) se sont réunis en mai afin de définir de nouvelles actions. Nous allons notamment renforcer les actions répressives: en plus des assurés, nous déposerons plainte au pénal, si nécessaire, contre les médecins ou les pharmaciens mis en cause". Le plan de lutte contre les fraudes mis en place depuis 2004 par l'assurance maladie, "qui a permis de récupérer 1 million d'euros environ", a "porté ses fruits", estime-t-il, même s'il évalue le montant des fraudes "aux environs de 4 millions d'euros" en 2006. Mais surtout, M. Fender espère la mise en place au niveau national d'un dispositif expérimenté jusqu'à présent en Haute-Garonne qui vise à instaurer un meilleur encadrement des prescriptions. Le patient passerait un contrat avec le médecin de son choix, dès lors seul habilité à lui fournir son traitement, et devrait indiquer la pharmacie dans laquelle il compte se rendre,

dont le nom serait alors inscrit sur l'ordonnance.

#### Améliorer la prise en charge de l'hépatite C

Issu d'une volonté de créer des circuits adaptés à la prise en charge des patients substitués atteints par l'hépatite C, le programme "Hep'Tox", qui bénéficie du soutien du laboratoire Schering-Plough, va être lancé en septembre lors d'une journée nationale qui réunira quarante binômes hépatologue-Csapa. Afin de lever les obstacles au traitement de l'hépatite C chez les usagers de drogues, le programme Hep'Tox entend en effet favoriser, par la proposition d'un parcours codifié, un rapprochement entre les hépatologues et les équipes des Csapa. Lors d'une conférence de presse visant, début juin, à présenter ce programme, Gilles Picard, le président de Schering-Plough pour la France, en a profité pour annoncer la mise sur le marché "dans un proche avenir, probablement début 2008, de Suboxone® [une combinaison de buprénorphine et de naloxone]", afin de "réduire l'attractivité de la buprénorphine et son mésusage par voie intraveineuse".

#### Un portail européen sur les drogues

Elisad Gateway: c'est le nom d'un nouveau portail Internet qui permet, à partir de l'adresse [www.addictionsinfo.eu](http://www.addictionsinfo.eu), de rechercher les meilleurs sites sur l'alcool, les drogues et les addictions. Développé par 24 centres de documentation spécialisés membres du réseau Elisad (lire *Swaps* n° 40-41), ce service offre un libre accès à un millier de sites de qualité dans 35 pays d'Europe et dans 17 langues européennes. On peut y trouver des informations et des documents sur l'éducation et la prévention, les traitements, les politiques et les recherches, et identifier des organisations œuvrant dans d'autres pays européens. La coordination du projet a été assurée par Toxibase et l'OFDT, et sa conduite technique par Archido.



# Édito

Directeur de la publication  
Antonio Ugidos

Rédacteur en chef  
Gilles Pialoux

Rédaction  
Philippe Périn  
Alain Sousa

Comité de rédaction  
Florence Arnold-Richez  
Mustapha Benslimane  
Thiphaine Canarelli  
Lydie Desplanques  
Clotilde Genon  
Isabelle Grémy  
Mélanie Heard  
Marie Jauffret-Roustide  
Jimmy Kempfer  
France Lert  
Vincent Pachabézian  
Pierre Poloméni  
Brigitte Rebolot  
Olivier Smadja  
Marianne Storogenko  
Agnès Sztal  
Claudine Vallauri

Gestion  
Amanda Baptista  
Natalia De Oliveira  
Secrétariat  
Anne-Sophie Woreth

Réalisation graphique  
Céline Debrenne  
d'après une conception de  
Sylvain Enguehard  
Impression : Stipa / 4M  
Dépôt légal : à parution  
ISSN : 1277-7870  
Commission paritaire : en cours

SWAPS  
Tour Maine-Montparnasse  
BP 54  
75755 Paris cedex 15

Téléphone : 01 56 80 33 51  
Fax : 01 56 80 33 55  
swaps@pistes.fr  
www.pistes.fr/swaps

Édité par l'association Pistes  
(Promotion de l'information  
scientifique, thérapeutique,  
épidémiologique sur le sida)

Avec la participation des  
Centres régionaux  
d'information et de prévention  
du sida :



Avec le soutien  
du laboratoire



et de la Mission  
Interministérielle de Lutte  
contre la Drogue et la  
Toxicomanie.

Après un an de générique unique de la buprénorphine haut dosage, un deuxième laboratoire pharmaceutique, et non des moindres, est entré en piste (lire page 16). Il faut dire que la buprénorphine se situait, au début 2007, au 8<sup>e</sup> rang en termes de "valeur" des produits génériques, derrière l'indéboulonnable oméprazole (Mopral®) et quelques statines (utilisées contre le cholestérol)...

Dans le même temps où le *Moniteur des Pharmacies* diffusait ces chiffres, la buprénorphine était justement le 6<sup>e</sup> médicament à bénéficier de la mise en place d'un plan de gestion des risques élaboré par l'Afssaps (lire p. 17), plan établi en liaison avec les firmes pharmaceutiques. Reste à savoir si les grands laboratoires et les génériqueurs auront, sur ce point, le même investissement.

Cet anniversaire est aussi l'occasion de s'interroger sur les éléments souvent subjectifs qui différencient le "princeps" du générique. En d'autres termes, l'utilisateur ne reste-t-il pas, aussi, un consommériste avec ses goûts, ses couleurs, ses habitudes ?

Autre question, plus ardue et épineuse, mais autrement importante en termes de réduction des risques : du produit issu de la pharmacopée classique au générique, y a-t-il glissement du même risque de mésusage ?

Il est vrai qu'à l'instar de ces "malfaiteurs"<sup>1</sup> qui n'hésitent pas à dérober ou extorquer certains antirétroviraux tels que l'efavirenz dans les hôpitaux sud-africains afin de les fumer mélangés à du cannabis, le mésusage est partout... et pas seulement dans l'espoir de "faire des rêves fabuleux".

Comme l'illustrent plusieurs articles de cette 47<sup>e</sup> livraison de *Swaps*, ce champ du mésusage recouvre parfois l'appétence des Français pour les benzodiazépines (p. 2) quand ailleurs il englobe des produits censés, simplement, négativer les tests urinaires de recherche de toxiques (p. 7)...

GILLES PIALOUX

<sup>1</sup> Libération du 16 mai 2007