

Dr Marc Valleur*

* Médecin chef, Centre médical Marmottan, F-75017 Paris. Courriel : mvalleur@free.fr

Quelle démarche de soins et d'accompagnement ?

Contraintes et particularités propres aux polyconsommations

(liées aux patients, aux produits, aux réglementations)

Résumé

Le terme de "polyconsommations" recouvre des réalités multiples, surtout si l'on y inclut les associations de tabac, cannabis, et alcool. Une grande partie des problèmes posés en clinique tient en fait aux statuts légaux différents des substances en cause et aux clivages entre les institutions concernées. L'un des éléments les plus problématiques de ces consommations est l'usage de drogues illicites associé au mésusage de médicaments psychotropes. Les réglementations devraient évoluer afin de permettre aux centres spécialisés de remettre les médicaments au jour le jour, ce qui aurait pour but d'abord de minimiser les risques, ensuite de créer les bases d'une alliance thérapeutique avec des patients qui, initialement, n'ont pas d'autre demande que l'approvisionnement en ces médicaments.

Mots-clés

Polyusage – Polytoxicomanie – Médicament – Psychotrope – Prise en charge.

Le fait de consommer d'autres substances qu'un "produit de choix" est, en toxicomanie, un élément extrêmement fréquent, sinon une constante ; c'est de ce constat que provient d'ailleurs, au début du 20^{ème} siècle, le mot "toxicomanie", tant il devenait fastidieux de désigner les patients avec des termes aussi compliqués que par exemple "morphino-héroïno-cocainomanes" (1)... Il existe cependant dans la littérature actuelle un certain consensus pour dire que le "polyusage" est en augmentation, aggrave le pronostic des toxicomanies et doit être pris en compte de façon plus systématique. Dans le champ de l'alcoologie, ce constat de la prédominance des "polyconsommations" est presque aussi net, surtout si l'on inclut dans les substances d'abus le tabac, à côté du cannabis et des médicaments psychotropes. Le regroupement en un ensemble unique des conduites addic-

Summary

What type of care and support? Constraints and particularities of polydrug use related to patients, substances and rules

Polydrug use is a (too) wide concept that includes many kinds of drug uses, especially if taking into account cannabis, alcohol and tobacco associations. Most of the clinical issues come from the different legal status of the substances used, either illegal (heroin and cocaine) or legal (alcohol, psychotropic medications) and from the divide between institutions in this field. Rules should evolve to allow addiction centres to prescribe and directly dispense short term medication in out-patient consultations. The aim is first to minimize the risk of psychotropic drug abuse, but also to create the bases of a therapeutic alliance with patients who, initially, have no other demand than the supply of medication.

Key words

Polydrug abuse – Polydrug use – Drug – Psychotropic – Care.

tives est aujourd'hui assez généralement admis ; l'addictologie devient une discipline, les centres d'alcoologie et de toxicomanies sont regroupés en centres d'addictologie... Cette évolution répond d'une certaine façon à la fréquence de ces usages mixtes, l'usage d'une substance donnée (héroïne d'un côté, alcool de l'autre) ne suffisant plus à définir une catégorie homogène d'usagers. Mais, même limité au sens de consommation simultanée de plusieurs drogues, en excluant les successions d'usages au cours d'une vie, ce terme de "polyconsommation" est en fait susceptible de désigner des réalités très diverses : "Polydrug use is a poorly defined concept" (2).

Deux grands axes se dessinent, selon l'angle du regard, qui peut privilégier soit la santé publique et les données objectives de

dangerosité, soit la clinique et le vécu subjectif des patients. D'un côté, il s'agit de problématiques très répandues dans la population générale, comme l'usage de tabac et d'alcool, voire de cannabis, de l'autre, au contraire, de pratiques plus marginales intégrant les usages de substances illicites, héroïne, cocaïne et crack. Nombre de profils de "polyconsommateurs" peuvent donc être tracés, certains plus répandus dans la population (par exemple tabac, cannabis, alcool...), d'autres plus durs et plus radicalement marginaux (crack, héroïne, alcool, benzodiazépines...). Mais les différentes associations possibles de produits ne suffisent pas non plus à rendre compte de tous les cas de figure, tant il peut y avoir des problématiques différentes pour une même association : l'usage d'alcool, de tabac, de cannabis, peut être modéré ou contrôlé, comme il peut être intense et explosif, selon le profil psychopathologique et la trajectoire de vie du sujet... Les modalités d'usage, plus que les produits en cause, vont donc séparer des modes d'abus et de dépendance différents, qui intéressent tant la santé publique que la clinique, et qui ont jusqu'ici relevé tantôt du champ de l'alcoologie, tantôt de celui de la toxicomanie.

L'étude de la littérature spécialisée montre bien l'entrelacement de préoccupations très diverses, et le risque de faux consensus basés sur l'emploi d'un terme de fait aussi polysémique que celui de "polyconsommation".

Polyconsommations "douces" et polyconsommations "dures"

La littérature présente des données épidémiologiques provenant d'études en population générale ou d'enquêtes plus ciblées, pouvant porter sur des populations particulières (adolescents, sujets incarcérés, sous-groupes culturels...). On y trouve aussi des études et des synthèses générales sur les polyconsommations, soit au sens le plus large, soit comme sous-groupe de "toxicomanes". Mais surtout, une grande partie des données provient d'études cliniques de populations d'usagers de drogues illicites ou de patients alcooliques. Avec l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) (3), il est possible de classer toutes ces variantes de polyconsommation en trois catégories :

- le mélange alcool, tabac, cannabis, qui est une problématique répandue dans la population générale ;
- l'association de stimulants, de cannabis et d'alcool en milieu festif, *rave parties*, boîtes de nuit... ;
- les polyconsommations des usagers pris en charge dans les dispositifs de soin, ceux qui furent définis comme "toxicomanes" ou "alcooliques".

Les études portant sur la première problématique concluent à la nécessité d'investiguer plus systématiquement l'usage de tabac chez les personnes vues par des professionnels pour des troubles liés à l'abus d'alcool, ou le contraire, et de prendre plus en compte les polyusages dans les actions de prévention et de soin. Les études sur les pratiques des jeunes en milieu festif concluent sou-

vent à la nécessité d'actions d'information et de prévention, de développement de logiques de réduction des risques (4) chez des personnes qui, majoritairement, ne sont pas considérées comme des malades, mais qui sont exposées à des expérimentations de toutes sortes. Pour le troisième type de préoccupation, il est très généralement noté que la polyconsommation est la règle chez les usagers de centres spécialisés en toxicomanie. Nombre de publications vont en ce sens et soulignent que des termes comme "héroïnomanie" ou "cocaïnomanie" ne désignent à peu près jamais une "monoconsommation" (par exemple 5). Dans nombre de textes, "polyusage" ou "polytoxicomanie" sont simplement les termes remplaçant l'ancien "toxicomanie". Dans les centres d'alcoologie, la polyconsommation est aussi la règle, évidemment avec le tabac, mais aussi le cannabis, et surtout les médicaments psychotropes (par exemple 6).

L'utilisation problématique et conjointe de substances illicites "dures" (héroïne, cocaïne ou crack), d'alcool (drogue licite) et de médicaments (traitement de substitution aux opiacés, benzodiazépines particulièrement) pose donc des problèmes particuliers dans la prise en charge. C'est donc en premier lieu ce profil d'utilisateur "lourd" qui mérite pour le regard d'un clinicien une attention particulière : usage d'opiacés (de substitution ou non) et/ou de cocaïne/crack, avec usage abusif d'alcool et/ou de benzodiazépines, parmi les différentes formes de polyusage ou de polydépendance qui peuvent être repérées. Les motivations de ce type d'usage ne sont pas toujours aisées à saisir. Certes, la rationalité des polyconsommations est, à un certain niveau, parfaitement compréhensible, et quatre fonctions lui ont été attribuées (7, 8) :

- la potentialisation des effets d'un produit par un autre, afin d'optimiser cet effet ;
- l'équilibre ou la modulation des effets ;
- la maîtrise des effets négatifs : c'est le cas de l'usage d'opiacés ou de tranquillisants, lorsqu'il est destiné à atténuer la "descente" de cocaïne ;
- la substitution d'un produit par un autre, par exemple pour des raisons de disponibilité...

Cette rationalité n'est toutefois pas toujours évidente en pratique, particulièrement lorsqu'il s'agit d'usages explosifs, démesurés, que l'effet recherché soit positif (plaisir, euphorie) ou négatif (cessation de souffrance) :

- la recherche "positive" n'est pas simplement quête de plaisir, mais aussi d'éprouvés violents, parfois plus ou moins délibérément risqués, hasardeux. Il s'agit par exemple de "s'éclater", "s'explorer", parfois "se mettre minable", et la potentialisation des effets va de pair avec le caractère aléatoire des mélanges... ;
- la recherche "négative" peut dépasser l'atténuation d'effets désagréables, pour atteindre une volonté d'anesthésie, d'absence au monde, de disparition momentanée, et le flirt avec l'inconscience où l'amnésie antérograde peut alors faire partie de ce qui est plus ou moins consciemment recherché.

Les textes qui portent sur ces pratiques émanent du champ de la clinique des toxicomanies ou de l'alcoologie, et la polycon-

sommatum y est mentionnée à la fois comme très fréquente, comme source de complications dans la prise en charge, et comme élément de mauvais pronostic. Il est par exemple notable que ce que l'on continue à nommer les surdoses mortelles d'héroïne ou de cocaïne relève le plus souvent de polyintoxications, et que l'alcool y joue un rôle majeur (9).

Il n'est pas toujours aisé d'attribuer les spécificités de cette problématique aux patients, aux produits ou aux réglementations, mais il est indéniable que les trois dimensions doivent être interrogées

Particularités dues aux institutions

Les frontières entre psychiatrie, alcoologie, toxicomanie ont pu apparaître à certaines époques plus nettes qu'elles ne le sont aujourd'hui. Parmi les éléments ayant conduit au flou actuel des frontières, la généralisation des traitements de substitution, remontant en France à 1997 avec l'utilisation de la buprénorphine, est manifeste et relevée par la plupart des auteurs. C'est sur un fond d'utilisation d'opiacés de substitution légaux, prescrits ou non, que se développe l'usage de crack, mais aussi d'alcool et de benzodiazépines (10-12).

Parmi les usagers des centres spécialisés de soins pour toxicomanes (CSST), la question de la "comorbidité" psychiatrique ou des troubles co-occurents se pose de plus en plus, ainsi que celle de la grande précarité sociale (13-15). L'usage d'alcool et de médicaments passe beaucoup plus facilement au premier plan. Tout ceci tient au fait que l'usage d'héroïne – qui n'est plus le "marqueur" obligé de la toxicomanie – a été dédramatisé par l'emploi d'opiacés légaux ou de contrebande, et que les autres problématiques apparaissent plus facilement. Cela tient aussi au fait que les patients les moins perturbés sur le plan social et psychopathologique peuvent bénéficier de prises en charge relativement légères en médecine de ville. Les médecins de ville voient cependant se développer les usages explosifs de benzodiazépines, ressemblant un peu aux barbituromanies traditionnelles (16). Dans le même temps, des personnes traitées par opiacés se révèlent alcooliques et apparaissent dans les lieux spécialisés dans l'alcoologie comme une nouvelle catégorie de polyusagers...

Particularités dues aux produits

L'association d'excitants avec de l'alcool et des benzodiazépines est fréquente, notamment chez des patients en traitement de substitution aux opiacés. Le plus grand nombre des demandes de sevrage est aujourd'hui constitué par des sevrages "sélectifs", où il s'agit d'arrêter cocaïne ou crack, et/ou alcool et benzodiazépines, tout en gardant et en équilibrant le traitement de substitution. Ces associations peuvent être à l'origine de situations spectaculaires, avec ivresses pathologiques, violences, amnésie

antérograde, risque de surdose... Mais souvent, la répétition de ces situations peut aller de pair avec une absence de demande de soin exprimée, voire avec pour seule demande, celle d'obtenir encore plus de substances. La dépendance de type toxicomaniaque aux barbituriques, aujourd'hui disparue, avait pu dans les années 1970 produire des tableaux similaires : successions d'ivresses amnésiques, de comas avec hospitalisations en réanimation, de scènes de violence ou de troubles de l'ordre public, sans demande exprimée de suivi ou de prise en charge.

L'effet même des substances paraît évidemment ici au premier plan : l'ivresse avec amnésie antérograde est notamment à l'origine d'une temporalité très particulière et d'un risque de passage à l'acte important. L'association d'alcool et de benzodiazépines est particulièrement en cause aujourd'hui dans cette problématique. Les benzodiazépines hypnotiques d'action rapide, potentialisées par l'alcool, font ainsi partie des "drogues de soumission", mais aussi "d'autosoumission" par des sujets qui se livrent à des délits plus ou moins violents ou à la prostitution, ce qui souligne le risque de passage à l'acte directement facilité, sinon induit par l'effet de ces substances. Mais il convient de nuancer quelque peu cette dimension strictement "psychopharmacologique", de responsabilité des produits et de leur association dans les passages à l'acte auto- ou hétéroagressifs, et de façon générale dans le lien entre usage de substances psychoactives et violences. La dimension psychopathologique est souvent au premier plan dans les usages les plus problématiques, où troubles de personnalité, traumatismes, dépression, précarité participent alors d'un équilibre complexe.

Particularités dues aux patients

L'automédication est l'un des modèles explicatifs de l'usage "sauvage" de substances psychoactives. Mais ici encore, la rationalité de ce type d'usage n'est pas toujours évidente, qu'il s'agisse d'ailleurs ou non de polyusage. Nombre d'auteurs admettent en effet que l'usage de drogues illicites, de médicaments, voire d'alcool aurait chez nombre de patients cette fonction d'atténuer une souffrance psychique préexistante. Mais, et notamment dans les cas avérés de comorbidité psychiatrique, cette explication se heurte au caractère paradoxal, anarchique, démesuré des prises de substances. On ne voit par exemple guère de toxicomanes psychotiques qui abusent de neuroleptiques, alors que ce serait dans nombre de cas l'automédication qui paraîtrait logique. On voit au contraire régulièrement des schizophrènes qui abusent d'excitants, et particulièrement d'Artane® (trihexyphénidyle), correcteur des neuroleptiques à effet anticholinergique "délirogène"... Cet exemple ne fait qu'illustrer le caractère paradoxal de ce qui est attendu des psychotropes dans ces automédications "sauvages" : se faire délirer plus peut être considéré comme une tentative, plus ou moins magique, d'emprise sur les phénomènes et les idées délirantes. Aléatoire et dangereuse, cette "stratégie" ne peut évidemment pas être cautionnée telle quelle par la médecine...

Comme l'avait remarqué S. Rado dès 1933, l'alcool lui-même peut avoir fonction, dans l'idée d'un patient déprimé, d'antidépresseur stimulant, mais aussi, dans un second temps, d'instrument de suicide. De façon générale et plus simplement, la polyconsommation est encore plus fréquente chez les patients présentant une comorbidité de type addiction et troubles mentaux sévères (17).

Problèmes dus aux réglementations

Les problèmes de polyusage ou de polydépendances sont donc en grande partie dus à l'intrication des problèmes d'alcool, de drogues illicites et de médicaments psychotropes qui relèvent de trois statuts légaux différents. Une grande part de ces problèmes provient de la difficulté à réguler correctement l'usage de médicaments, dont l'abus et le détournement les transforment en équivalent de drogues de rue, même lorsqu'ils sont tout à fait légalement prescrits. Et il faut constater l'absence d'un cadre réglementaire spécifique, pour les dépendants, en ce qui concerne la délivrance et l'administration de médicaments psychotropes. Or, selon les règles en vigueur, seuls les traitements de substitution peuvent être remis de la main à la main, de manière déconditionnée, en consultation ambulatoire dans un CSST ; la délivrance de Subutex® (buprénorphine haut dosage) peut même être fractionnée, mais non déconditionnée, en pharmacie de ville. Ce cadre légal prend en compte la spécificité des soins aux toxicomanes, mais ne s'applique malheureusement qu'aux seuls médicaments de substitution ; le cadre légal étant pensé par classe médicamenteuse et non par indication clinique.

La prescription et la remise de traitements de la main à la main, gratuitement, anonymement et pour de courtes durées, est l'un des outils essentiels du dispositif thérapeutique développé en consultation ambulatoire au Centre médical Marmottan, qui permet d'éviter une bonne partie de ces écueils. Ce dispositif ne concerne pas uniquement les traitements de substitution, mais aussi les autres traitements médicamenteux fréquemment nécessaires dans les soins aux personnes toxicomanes.

Une proposition concrète : la remise des traitements de la main à la main en centres spécialisés

Voici les principaux arguments cliniques qui justifient cette pratique de prescription-remise des traitements en consultation ambulatoire (18). Il est admis et institué que les traitements de substitution relèvent d'un mode particulier de délivrance et d'administration : le modèle en est la prescription/délivrance de méthadone en CSST. Le cadre réglementaire, bien connu, en est toujours très contraignant, le caractère "sensible" de cette prescription spécifique des toxicomanes ayant toujours apparu évident. La méthadone est classée comme stupéfiant, ne peut être prescrite que pour 14 jours au maximum, avec initialisation obli-

gatoire en centre spécialisé ou en milieu hospitalier. Des analyses d'urine sont aussi obligatoires. La buprénorphine haut dosage relève de la même indication, mais la France a décidé d'en faire l'outil d'une substitution plus souple et plus facilement accessible : non-inscription sur la liste des stupéfiants, prescription possible par les médecins de ville, durée de prescription possible de 28 jours.

Les comparaisons entre les deux principaux médicaments de substitution montrent à l'évidence que le cadre de prescription et de délivrance est totalement déterminant dans l'impact de ces traitements : le "mésusage" de buprénorphine est devenu une préoccupation majeure du fait de l'existence d'un important trafic de rue, de pratiques d'injection ou de prise nasale, d'utilisation de dosages non conformes (12, 19-21). De fait, cet "opiacé légal" est devenu – avant l'héroïne – la "drogue" la plus répandue parmi les opiacés.

L'analyse des bénéfices et des risques de cet état de fait est complexe : nous avons pointé l'intérêt sociologique des "détournements", même s'ils ne s'inscrivent pas dans les cadres canoniques des traitements médicaux (22). Surtout, nous avons démontré, par notre pratique et l'instauration d'un pôle de délivrance quotidienne, que les principaux inconvénients de la buprénorphine étaient liés aux modes de prescription et de délivrance, plus qu'aux propriétés pharmacologiques de cette substance. Autrement dit, il existe autant sinon plus de différences entre buprénorphine de ville et buprénorphine de centre spécialisé qu'entre buprénorphine et méthadone.

La "monodélivrance" de méthadone dans de nombreux centres joue sans doute un rôle important dans l'utilisation de ce produit comme "antidépresseur", "antipsychotique", etc. Si des effets positifs sont en effet à attendre de la méthadone dans toutes ces situations de "comorbidité" chez des toxicomanes, il est permis de penser qu'il en existe une surévaluation lorsque c'est le médicament unique remis par le centre, et que l'on hésite à faire une ordonnance... Élargir la palette médicamenteuse est bien souvent d'une grande nécessité, et il serait plus efficace que l'intégration des différentes dimensions de délivrance de psychotropes puisse se faire dans le même lieu de soins. De fait, dans les soins aux toxicomanes, sont couramment utilisées plusieurs classes de traitements médicamenteux et pas seulement les traitements de substitution dont l'indication ne concerne que la dépendance aux opiacés :

. Pour la dépendance à la cocaïne et au crack, le recours à une prescription d'anxiolytiques, voire d'antidépresseurs, est souvent nécessaire et doit souvent se faire en urgence devant les troubles psychiques majeurs et rapidement réversibles induits par l'abus de ces produits.

. Pour la dépendance à l'alcool, l'utilisation de benzodiazépines pour le sevrage et de traitements visant à diminuer l'appétence à l'alcool par la suite est recommandée. Il est assez généralement admis qu'un traitement de sevrage de l'alcool peut s'effectuer en ambulatoire, mais nécessite un suivi serré : les benzodiazépines

sont le traitement de choix, mais leur posologie doit être adaptée au jour le jour, et les risques liés à une potentialisation par l'alcool doivent être évalués fréquemment.

. Pour la dépendance aux benzodiazépines, une substitution par une autre benzodiazépine avec diminution progressive est en général la règle. Dans le cas de dépendances à fortes doses, comme c'est souvent le cas pour nombre de toxicomanes, il est évident que le suivi très serré des traitements s'impose. Le risque de surdosage, de coma, d'ivresses pathologiques est en effet très important. Mais l'utilisation des benzodiazépines reste obligée dans ces sevrages, du fait du risque de syndrome de sevrage grave, avec crises convulsives, voire d'état de mal épileptique...

Les comorbidités fréquemment associées aux pathologies addictives, en particulier psychiatriques, peuvent par ailleurs nécessiter tout l'arsenal classique psychiatrique. Délivrer les traitements de manière déconditionnée, au comprimé près, pour la durée de prescription, permet d'être au plus près de la posologie décidée sans être obligé de respecter le conditionnement standard par boîtes. En France, le pharmacien n'est pas autorisé au "déconditionnement", c'est-à-dire qu'il doit respecter le conditionnement des boîtes de médicaments et ne remettre qu'un nombre entier de boîtes. Ceci pose nombre de problèmes qui ont par exemple été évoqués au sujet des gardes à vue et du secret médical (23), mais surtout du fait de la quantité de médicaments remis à des personnes qui ne savent pas les gérer. Dans le cas où la posologie journalière et la durée de prescription ne correspondent pas à un nombre entier de boîtes, le pharmacien "arrondit" à la boîte supérieure. À titre d'exemple, une prescription de Lexomil® (bromazépam) se fait pour un minimum d'une boîte de 30 comprimés, celle de Valium® (diazépam) 5 mg pour au minimum une boîte de 40 comprimés... Prescrire des benzodiazépines sur ordonnance à un patient polyconsommateur est au minimum l'inviter à abuser du surplus, au pire lui faire risquer une surdose mortelle. C'est surtout nier son problème.

La délivrance du traitement de la main à la main permet au contraire une réponse concrète et directe aux besoins du moment (les patients toxicomanes viennent consulter pour la première fois généralement quand ils sont au plus mal, souvent dans un contexte de crise personnelle). Cette réponse médicamenteuse a ainsi pour fonction de se placer au cœur du symptôme du patient dans le but d'essayer de l'accompagner progressivement vers la sortie. Ignorer le symptôme ou ne pas lui accorder toute son importance, c'est prendre le risque qu'il ne se manifeste à nouveau de manière plus grave.

Conclusion

L'un des éléments les plus problématiques de la polyconsommation est le mésusage de médicaments psychotropes. Les réglementations devraient évoluer, afin de permettre aux centres spécialisés de remettre les médicaments au jour le jour, ce qui aurait pour but d'abord de minimiser les risques, ensuite de créer les

bases d'une alliance thérapeutique avec des patients qui, initialement, n'ont pas d'autre demande que l'approvisionnement en ces médicaments. ■

Remerciements à Mme C. Carrandié, documentaliste au Centre Marmottan, pour sa recherche bibliographique.

M. Valleur

Quelle démarche de soins et d'accompagnement ? Contraintes et particularités propres aux polyconsommations (liées aux patients, aux produits, aux réglementations)

Alcoologie et Addictologie 2007 ; 29 (4) : 384-389

traitements de première intention dans la dépendance aux opiacés ?
In : Conférence de consensus, SFA ANAES, 2004. *Alcoologie et Addictologie* 2004 ; 26 (4S) : 275-335.

23 - ANAES, Collégiale des médecins légistes, Société de médecine légale et de criminologie de France. Intervention du médecin auprès des personnes en garde à vue, Conférence de consensus, Texte des recommandations, version longue. Paris : ANAES, 2004.

Références bibliographiques

- 1 - Dugarin J, Nominé P. Toxicomanie : historique et classifications. *Confrontations psychiatriques* 1987 ; 28 : 9-61.
- 2 - Ives R, Ghelani P. Polydrug use (the use of drugs in combination): a brief review. *Drugs Educ Prev Policy* 2006 ; 13 (3) : 225-232.
- 3 - OFDT. Drogues et dépendances, données essentielles. Paris : La Découverte, 2005.
- 4 - Sueur C. Usages de drogues de synthèse : réduction des risques dans le milieu festif. Paris : Médecins du Monde, 1999.
- 5 - Darke S, Hall W. Levels and correlates of polydrug use among heroin users and regular amphetamine users. *Drug Alcohol Depend* 1995 ; 39 (3) : 231-235.
- 6 - ANPAA. Consultants des CCAA, 2002. Paris : ANPAA, 2004 (<http://www.anpaa.asso.fr>).
- 7 - EMCDDA. Report on drugs situation. Vienne : Austrian Federal Ministry of Social Security, 2002.
- 8 - Phan O. Polyconsommation. In : *Traité d'addictologie*. Reynaud M. Paris : Flammarion, 2006.
- 9 - Darke S. Polydrug use and overdose: overthrowing old myths. *Addiction* 2003 ; 98 : 711.
- 10 - T3E. Les polytoxicomanies en Europe. Université d'été, T3E, Bruxelles, 25-27 juin 1998. Beauvais : Les Cahiers T3E, 1999.
- 11 - RESSCOM, Bouhnik P, Jacob E, Maillard I, Touze S. L'amplification des risques chez les usagers de drogues précarisés. Prison – Polyconsommations – Substitution. Les "années cachets". Paris : Ministère Emploi Solidarité, DGS, Ministère Justice, DAP, 1999.
- 12 - Thirion X, Barrau K, Micallef J, Haramburu F, Loweinstein W, San Marco JL. Traitements de substitution de la dépendance aux opiacés dans les centres de soins : le programme OPPIDUM des Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance. *Annales de Médecine Interne* 2000 ; 151 (Suppl. A) : A10-A17.
- 13 - Aubisson S, Bendiane MK, SALIBA ML, Obadia Y. Évaluation des besoins des usagers de substances psychoactives en situation de grande précarité à Marseille. Marseille : ORS PACA, 2005.
- 14 - Lukaszewicz M. Le "double diagnostic" en addictologie : état des lieux et prise en charge. In : *Traité d'addictologie*. Reynaud M. Paris : Flammarion, 2006.
- 15 - Péquart C. Travailler avec les publics précaires. In : *Traité d'addictologie*. Reynaud M. Paris : Flammarion, 2006.
- 16 - Jamouille M. "Être en Roche", utilisation compulsive du flunitrazépam (Rohypnol®). Étude dans une population de toxicomanes consultants en médecine générale. Rapport de recherche n° D/1995/7508/1, Collectif Santé Gilly-Haies, asbl, 1995.
- 17 - Verthein U, Degkwitz X, Haasen C, Krausz M. Significance of comorbidity for the long-term course of opiate dependence. *Eur Addict Res* 2005 ; 11 : 15-21.
- 18 - Blaise M. De la main à la main. Réflexions sur la prescription-délivrance de traitements en consultation comme outil de soin en toxicomanie. *L'Information psychiatrique* 2005 ; 81 (5) : 429-436.
- 19 - Duburcq A, Charpak Y, Blin P, Madec L. Suivi à deux ans d'une cohorte de patients sous buprénorphine haut dosage. Résultats de l'étude SPESUB (suivi pharmaco-épidémiologique du Subutex® en médecine de ville). *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 2000 ; 48 (4) : 363-373.
- 20 - Fremont C. Subutex®. Traitement de substitution des pharmacodépendances majeures aux opiacés dans le cadre d'une thérapeutique globale de prise en charge médicale, sociale et psychologique... La grande illusion. *Les Cahiers de la CPAM de Nantes* 2003.
- 21 - Halfen S, Grémy I. Tendances récentes sur la toxicomanie et les usages de drogues à Paris en 2005. Paris : ORS Île-de-France, OFDT, 2006.
- 22 - Valleur M. Comment se pose aujourd'hui la question du sevrage ? Les traitements de substitution doivent-ils constituer des