

L'IRRÉSISTIBLE ASCENSION DU SUBUTEX

En 1994, la prescription en médecine de ville est toujours illégale mais les médecins se forment, apprennent à comprendre l'usage de drogues dans un dialogue avec leurs patients et acquièrent les connaissances scientifiques nécessaires au traitement. En mars 1995, le ministère annonce la mise sur le marché de deux médicaments, la Méthadone et le Subutex. Ce dernier est à base de buprénorphine. Il a été créé en France. Il peut être prescrit en médecine de ville comme tout autre médicament. Les médecins prescripteurs sont désormais convaincus de l'utilité des traitements de substitution, ils en ont constaté les effets bénéfiques sur les patients ; le débat est clos. La progression du médicament est rapide. De janvier 1996 à la fin de l'année, quelque 30 000 héroïnomanes sont entrés en traitement et la progression se poursuit de 1997 à 1999.

**« Ce que je sais de l'usage de drogues,
ce sont les usagers qui me l'ont appris »**

Tout au long de l'hiver 1994, les médecins prescripteurs ont recherché activement comment poursuivre les traitements qu'ils avaient commencés et, au cours de l'année, ils ont gagné en nombre, en force et en compétence. Les objectifs de la prescription n'étant pas définis, les pratiques sont d'abord en partie erratiques, d'autant que de nouveaux venus se lancent seuls dans l'aventure. Lorsque l'objectif de la prescription est le suivi des pathologies somatiques, nombre de médecins ne se

soucient pas de stratégie thérapeutique. Le traitement de la toxicomanie n'est pas leur partie. Ceux qui sont persuadés que la psychothérapie est le seul traitement de la toxicomanie ont quelquefois la même attitude, ils veulent « parler d'autre chose ». S'ils sont libéraux, ils prescrivent ce que l'usager leur demande sans discuter des effets de la prescription, choix du médicament, posologie ou injection. Ils ont accepté l'usage de drogues, ils ne s'y intéressent pas. S'ils sont craintifs, ils prescrivent du Temgésic à petites doses. Prudence est mère de sûreté, pensent-ils. Nombreux sont encore ceux qui prescrivent à doses dégressives. Si le patient se sent mal, ils ajoutent les benzodiazépines que les usagers leur réclament, ignorant que la buprénorphine devient dangereuse lorsqu'elle est associée à ces médicaments. Pendant des années, c'était les seuls médicaments que les usagers pouvaient obtenir, et ils en sont devenus dépendants. Si le médecin ne prend pas les devants, les usagers n'en parlent pas, soit qu'eux-mêmes en sous-évaluent les dangers, soit qu'ils craignent l'arrêt de la prescription. Le dialogue médecin-patient est faussé par les mauvaises habitudes et les préjugés, auxquels les usagers répondent habituellement par l'esquive. Pour parvenir à un dialogue, il faut parler la même langue, ou du moins connaître la langue de l'autre. Certains usagers maîtrisaient suffisamment la langue des médecins pour obtenir les prescriptions qu'ils voulaient.

Dans le mouvement de la réduction des risques, les médecins comblent leur retard. « Ce que je sais de l'usage de drogue, ce sont les usagers qui me l'ont appris », ont dit les uns après les autres les pionniers. Le dialogue se mène dans le cabinet du médecin, il se mène aussi en dehors, dans les réunions communes, dans les actions de réduction des risques qui se montent un peu partout en France cette année-là. À Nice, médecins et usagers de drogues ont formalisé l'alliance dans une association, Option-Vie¹. Les usagers sont accompagnés chez le médecin, ils sont soutenus au quotidien à l'initiation du traitement dans l'objectif commun que l'usager se sente bien, qu'il soit « stabilisé », comme disent les médecins. À Montpellier, à Lyon, en Seine-Saint-Denis, médecins et militants associatifs de la réduction des risques se rencontrent, échangent, travaillent ensemble.

Dialogue avec les usagers et appropriation des connaissances scientifiques progressent parallèlement. Les pionniers apprennent à maîtriser

1. Option-Vie est une association créée par André Bénézech, responsable de l'échange de seringues de Médecins du monde à Nice, et par le Dr Muchielli, qui a obtenu en 1997 le prix français de la réduction des risques, donné par la Conférence internationale de réduction des risques liés à l'usage de drogues (National Award).

les propriétés pharmacologiques des médicaments qu'ils prescrivent. Rompre avec le « toujours plus » est un des objectifs du traitement et les médecins comprennent que certaines molécules se prêtent mieux que d'autres à cet objectif. Parmi les médicaments qu'ils peuvent prescrire, les pionniers ont retenu deux molécules, la buprénorphine et le sulfate de morphine². Ces deux molécules présentent la même caractéristique, elles ont une longue durée d'action. Au contraire de l'héroïne ou du Palfium, ces nouveaux médicaments n'ont pas d'effet de « pic », le flash que recherchent les héroïnomanes. Le Palfium, par exemple, lorsqu'il est injecté, est souvent consommé de façon compulsive. Il peut l'être, il ne l'est pas nécessairement. La pharmacologie ne suffit pas à définir l'usage et tout dépend des choix de l'usager, mais ces choix doivent pouvoir être discutés franchement dans le cabinet médical. Les médecins ne craignent plus de discuter produit avec les usagers.

Le Temgésic, que les médecins prescrivent aisément, donne des résultats inégaux. Certains patients se stabilisent rapidement, d'autres n'y parviennent pas. Une des raisons de ces échecs peut être attribuée à une posologie insuffisante. Dans les études américaines, les posologies sont jusqu'à dix fois supérieures à celles que pratiquent les médecins français ! Le comprimé de Temgésic est complètement inadapté. Il faut une demi-heure pour que les trente ou quarante comprimés de Temgésic qui seraient nécessaires fondent dans la bouche. Comment s'étonner ensuite si les usagers se l'injectent ? Et pourtant, il y a bien des usagers qui se sont stabilisés avec la buprénorphine. Les médecins sont désormais convaincus que cette molécule est un « bon candidat » pour le traitement de la dépendance ; ils ne connaissent pas la méthadone, ils veulent au moins poursuivre les traitements qu'ils ont commencés, dans les meilleures conditions possibles.

« Hippocrate oui, hypocrites, non ! »

À Paris, trois réseaux regroupent cent généralistes pour huit cents patients. Ils demandent un cadre légal (*Libération*, 1^{er} juillet 1994). À la fin de l'année, le nombre de patients reçus par ces réseaux et régulièrement suivis par des médecins s'élève à deux mille. Le doute n'est plus permis. Une conférence interuniversitaire organisée selon les modalités des conférences de consensus, atteste des résultats des traitements de

2. Le sulfate de morphine est utilisé pour le traitement de la douleur.

substitution³. Le Dr Glorion, président de l'ordre des médecins, a pris nettement position. Dès février 1993, le REPSUD avait négocié avec le conseil départemental la délivrance de carnets à souche. La prescription n'est pas clandestine, elle est tolérée, même si elle est assortie de contraintes bureaucratiques absurdes. Le nombre de carnets à souche est limité, aussi quelques médecins parisiens se rendent-ils eux-mêmes chaque semaine au conseil de l'ordre pour assurer la continuité du traitement. Les relations avec le conseil de l'ordre sont donc assez intimes et cependant, en novembre 1994, Jean Carpentier et Clarisse Boisseau sont sommés de se rendre devant le conseil de discipline de l'ordre parisien. Sont incriminées des prescriptions de Temgésic hors du cadre réglementaire. L'affaire remonte à 1993 et elle a suivi son cours. La séance elle-même est ubuesque. Ces vénérables messieurs écoutent d'une oreille distraite le plaidoyer de Jean, l'un d'eux s'endort, deux autres échangent quelques nouvelles tandis que, dehors, cinquante médecins ont pris l'ordre parisien d'assaut avec pour slogan « Hippocrate oui, hypocrites, non ». Ces messieurs de l'ordre départemental s'en tiennent à la réglementation en vigueur et condamnent Jean et Clarisse à un mois d'interdiction d'exercer. En octobre 1994, un usager avait connu une aventure symétrique. Arrêté en gare du Nord avec quatre-vingt-dix gélules de méthadone, il avait été condamné à deux mois de prison avec sursis et trois ans de mise à l'épreuve. Officiellement, la méthadone est un stupéfiant ; peu importe qu'elle ait été prescrite par un médecin belge dans le cadre d'un traitement suivi depuis deux ans par cet usager (*Libération*, 27 octobre 1994). Les médecins prescrivent-ils des médicaments ou des drogues ? Le ministère de la Santé doit trancher.

Un nouveau médicament, la buprénorphine haut dosage

Il tranche enfin avec la circulaire publiée le 31 mars 1995⁴. Celle de mars 1994 répondait à la hantise de « donner de la drogue aux drogués », d'« ouvrir les vannes ». En une année à peine, la hantise est mystérieusement balayée. La nouvelle circulaire relative au traitement

3. *Intérêts et limites des traitements de substitution dans la prise en charge des toxicomanes*, Conférence interuniversitaire sous la présidence du Pr Boyan Christoforov, Châtenay-Malabry, 23-25 juin 1994, supplément n° 3, vol. 145, novembre 1994.

4. Circulaire du 31 mars 1995 relative au traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants des opiacés, DGS/SP3/95, n° 29.

de substitution annonce la mise sur le marché des « médicaments du traitement des pharmacodépendances aux opiacés ». Soit deux médicaments, la méthadone et la buprénorphine haut dosage. Il avait fallu dix-sept pages pour définir les contrôles associés à la méthadone, il en faut deux pour définir les conditions de la prescription et de la délivrance de ce nouveau médicament qui n'a pas encore de nom. Alors que la durée maximale de prescription est de sept jours pour la méthadone, elle est de vingt-huit jours pour la buprénorphine haut dosage, prescription assortie toutefois du conseil de consultations plus rapprochées en début de traitement. Les deux médicaments, méthadone et buprénorphine haut dosage, s'inscrivent dans le même objectif d'élaborer une vie sans dépendance ; il est toutefois précisé que les médicaments pourront être prescrits dans une stratégie de longue durée (le terme de « maintenance » n'est pas utilisé). Il est enfin conseillé aux médecins de se former, de pratiquer en réseau avec les centres de soins aux toxicomanes, les pharmaciens d'officine et les centres hospitaliers. La seule contrainte administrative de ce nouveau médicament est le recours au carnet à souche, mais entre traitement de la douleur et légitimation des traitements de substitution, le carnet à souche n'est plus cet obstacle insurmontable qu'il était en septembre 1992. Il n'est plus question de « prise en charge », terminologie utilisée dans la circulaire de mars 1994, mais de « traitement », terme utilisé trente-neuf fois⁵ dans cette nouvelle circulaire. L'« outil de prise en charge » s'est transformé en « médicament » et le « toxicomane » est devenu un « patient dépendant d'un opiacé ». Nous sommes entrés dans l'univers médical.

La France a adopté le système le plus libéral d'Europe avec un médicament, le Subutex, dont il était impossible de prévoir les effets. Aux États-Unis, la buprénorphine haut dosage avait été expérimentée dans le cadre d'études contrôlées sur de petits échantillons, sur des durées limitées à quelques semaines et la molécule, dissoute dans une solution alcoolisée, était distribuée au quotidien selon les mêmes règles que la méthadone, avec des contrôles urinaires. Que se passerait-il lorsque le médicament serait prescrit en médecine de ville et vendu en pharmacie ? On pouvait d'autant moins le prévoir qu'en 1994, il existait très peu d'études sur la prescription en médecine de ville avec méthadone et aucune étude sur tout autre médicament. Dans les quelques pays où les médecins de ville pouvaient prescrire de la méthadone, la prescription était assortie de règles précises. C'était le cas en Suisse et aux Pays-Bas, où les médecins pouvaient recourir à

5. LERT F., « Méthadone Subutex, substitution ou traitement de la dépendance à l'héroïne », in EHRENBURG A. (dir.), *Drogues et médicaments psychotropes*, op. cit.

des institutions spécialisées en cas de difficulté⁶. Pour ce qui est de la buprénorphine, l'incertitude est absolue. Ou presque. En Grande-Bretagne, quelques médecins, réticents à la prescription de méthadone, avaient prescrit de la buprénorphine à la fin des années quatre-vingt. Constatant que le médicament était injecté, qu'il était souvent pris avec des benzodiazépines, association dangereuse, les experts britanniques avaient recommandé de privilégier la méthadone⁷. Les médecins français avaient pu constater ces détournements, mais ils étaient persuadés qu'ils étaient principalement dus à l'inadaptation du Temgésic, trop faiblement dosé. Les améliorations qu'ils observaient par ailleurs l'emportaient sur les défaillances. Étaient-ils trop optimistes, avaient-ils sous-évalué l'ampleur des détournements, ou bien les détournements de cette période d'expérimentation étaient-ils limités par la bonne qualité des relations cliniques ? Auraient-ils obtenu de meilleurs résultats avec la méthadone, qu'ils ne connaissaient pas ? Rien ne permettait de trancher.

Lorsque Simone Veil avait pris ses fonctions en avril 1993, elle n'imaginait certainement pas une prescription généralisée en médecine de ville. Heureusement, elle avait eu l'intelligence d'explorer une piste qui lui avait été indiquée très tôt par différentes voies. Des médecins lui écrivent, sollicitent des audiences : il faut, disent-ils, imposer au laboratoire le développement d'un médicament, la buprénorphine est fiable, il n'y a pas de risque d'overdose, il n'y a pas d'ivresse. Consulté, le Pr Lagier, président de la Commission nationale des stupéfiants, est favorable à l'expérimentation de ce nouveau médicament, l'administration de la santé aussi. En cette période où la priorité de l'administration de la santé est de préserver le système de soins spécialisé d'une faillite généralisée, celle-ci voit dans ce nouveau médicament un « moindre mal ». La méthadone, traitement de la toxicomanie, restera le privilège des spécialistes, et les médecins généralistes disposeront d'un produit de substitution dont tout laisse à penser qu'il est relativement inoffensif. Le laboratoire Schering-Plough est loin d'être enthousiaste, mais les pressions administratives se font plus fortes tandis que, parallèlement, s'amorcent les négociations sur le traitement des hépatites, dont l'enjeu est décisif. On évalue alors à environ 500 000 les patients contaminés par l'hépatite C. Le dossier de demande d'autorisation de mise sur le marché (AMM) est constitué

6. INSIGHTS, *Reviewing Current Practice in Drug-Substitution Treatment in the European Union*, EMCDDA, Observatoire européen des drogues, 2000.

7. Ces détournements ont été signalés par l'OMS dans son rapport sur la buprénorphine en 1987.

en dix-huit mois selon le laboratoire. Les seules études existantes, dont l'équipe de Bordeaux fait la revue, sont américaines. En 1992, le NIDA a publié une synthèse des études auxquelles se sont ajoutées quelques études cliniques publiées en 1994⁸. Huit portent sur les doses, quatre sur la dépendance, cinq essais cliniques comparent méthadone et buprénorphine en traitement de maintenance ; ils obtiennent des résultats équivalents sur des durées limitées de treize à vingt-six semaines⁹. L'AMM est obtenue en juillet 1995 grâce au soutien technique de l'administration de la santé. Aucune des questions que nous nous posons aujourd'hui n'a été soulevée : 90 % des héroïnomanes étant des injecteurs, renonceraient-ils à l'injection et quels étaient les risques s'ils n'y renonçaient pas ? Autre difficulté, la consommation de benzodiazépine. On savait déjà qu'elle était contre-indiquée, on savait aussi que peut-être un héroïnomanes sur deux en était dépendant. Dernière question, au cœur du débat aujourd'hui : quelles sont les indications respectives de la méthadone et du Subutex ? Dans les premiers essais cliniques, rien ne différencie la méthadone du Subutex. Qu'en pensent les patients ? Cette question n'a pas été posée puisque, précisément, la molécule obtient le statut de médicament par ses résultats objectifs. Le Subutex présentait un avantage certain : il ne faisait pas peur, des médecins étaient familiers de la buprénorphine et la molécule ne donnait pas de plaisir. Ces caractéristiques font du Subutex un médicament acceptable. Sans doute aurait-il fallu plusieurs années pour répondre aux exigences de l'AMM ; nous ne sommes toujours pas au clair sur les indications respectives de la méthadone et du Subutex, bien qu'il faille constater que ce qui convient aux uns ne convient pas toujours aux autres. Les premiers essais cliniques, menés en quelques semaines, décrivent des symptômes de sevrage peu sensibles. L'OMS avait conclu en 1987 que la dépendance à la buprénorphine n'était pas avérée. Ce n'est pas ce que les usagers constatent aujourd'hui. Or, il fallait faire vite. Depuis les luttes menées par les associations pour obtenir rapidement des médicaments, cette situation est prévue ; des études dites de phase 4 accompagnent la mise sur le marché. Les certitudes sont telles qu'aucune évaluation n'est prévue, alors qu'elles sont

8. National Institute on Drug Abuse, *Buprenorphine, an Alternative Treatment for Opioid Dependence*, Research Monograph Series, US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Alcohol Drug Abuse and Mental Health Administration, 1992 ; COWAN A. et LEWIS J. (eds), *Buprenorphine, Combatting Drug Abuse with a Unique Opioid*, Wiley-Liss, New York, Chichester, Brisbane, Toronto, Singapour, 1998.

9. Les études sont présentées dans « Buprénorphine en traitement de substitution », *Prescrire*, t. 16, n° 160, mars 1996.

exigées pour la méthadone, malgré les quelque deux cents recherches validées par le NIDA.

Comment expliquer ce soudain libéralisme des autorités françaises ? Pour Simone Veil, convaincue de l'innocuité de la molécule, l'urgence est l'accessibilité du médicament. Pour l'Agence du médicament, un statut d'exception est toujours complexe à mettre en œuvre. Si les instances spécialisées ne sollicitent pas de contrôle particulier, c'est le régime général qui s'applique. Pour l'administration de la santé enfin, la buprénorphine est un « outil de réduction des risques » et non pas un traitement de la toxicomanie. Alors qu'elle est persuadée que l'efficacité du traitement par la méthadone tient à la psychothérapie ou à l'accompagnement psychosocial, elle ne songe pas à proposer ces services en complément des réseaux médicaux, services qui auraient exigé un investissement financier supplémentaire. En médecine de ville, elle considère que la prescription se suffit à elle-même. Les médecins revendiquent le droit de prescrire, ils l'auront. Quant aux toxicomanes, s'ils veulent autre chose qu'un produit, ils s'adresseront aux services de soins spécialisés. Devait-on s'inquiéter du sort des toxicomanes qui, selon le Pr Olievenstein, allaient être transformés en « veaux » avec la prescription médicale ? Cette crainte est débattue dans le milieu spécialisé, mais elle ne trouble pas outre mesure le bureau SP3 chargé du soin aux toxicomanes dans l'administration de la santé. « Pour ma part, commente une des administratives en charge du dossier, je n'étais pas très inquiète [pour les toxicomanes]. Je faisais confiance globalement aux capacités de jeu et de révolte de ces personnes ; peut-être que certains peuvent néanmoins en faire les frais. C'est très compliqué d'en mesurer les effets mais, à mon avis, s'il y a une grande quantité de "toxics" tout à fait capables de "jouer" avec leur médecin, ils n'ont pas attendu qu'il y ait de la méthadone ou du Subutex pour ça ; c'était la même chose avec le Rohypnol » (*La Cène*, 2001, p. 16). La pharmacologie est affaire de spécialistes. L'administration se rend à leurs avis mais ne s'y intéresse pas. Sa priorité est de mettre fin au tohu-bohu et scandales médiatiques, tout en préservant l'« éthique du soin ».

Le consensus du monde médical

Politiques et administratifs sont confortés par le consensus du monde médical. L'association « Généralistes et toxicomanie » avait été la dernière à tourner la page. En octobre 1995, l'association réclame un « agenda médico-social » pour le Subutex (*Le Quotidien du médecin*,

17 octobre 1995). Le président de l'association n'est pas encore au clair avec les objectifs du traitement : « Les généralistes seront-ils les casques bleus chargés d'une vague mission humanitaire ? » interroge-t-il. La question n'est plus d'actualité pour tous ceux qui se sont engagés dans les traitements de substitution. Quels qu'aient été les objectifs de départ, les médecins prescripteurs ont appris à se soucier des effets de leurs prescriptions. Il ne s'agit pas de donner purement et simplement accès à un produit par misérabilisme ou antiprohibitionnisme, il s'agit, comme toujours dans la médecine, que le patient aille mieux, qu'il soit plus stable. Il s'agit donc d'un traitement de la dépendance, qui offre en outre l'avantage de traiter les autres pathologies, somatiques ou psychiques.

La logique est médicale, elle n'est pas politique, même si elle se heurte à la conception traditionnelle de la lutte contre la drogue. Dans le monde du sida, les experts s'y rallient à leur tour. En 1994, le Dr Kazachine à l'hôpital Broussais, le Dr Lowenstein à l'hôpital Laennec ouvrent chacun un programme méthadone. Ces médecins avaient commencé par accepter que les patients en fin de vie consomment des drogues dans leurs services, ils avaient prescrit de longue date de la morphine compassionnelle, ils s'étaient d'abord efforcés d'adresser les patients dans les services spécialisés en toxicomanie à la sortie de l'hôpital. En 1994, les priorités médicales ne font plus de doute : « Pour libérer un homme d'une pharmacodépendance, il ne faut pas qu'il soit atteint d'une maladie mortelle¹⁰. » Peu à peu, des prescriptions compassionnelles s'étaient transformées en traitement de la dépendance aux opiacés. Si les patients veulent s'injecter des drogues, on leur donne des seringues stériles, mais s'ils veulent arrêter l'injection, autant les y aider le mieux possible...

Dans le milieu médical, la question du « comment » s'est substituée par étapes à celle du « pourquoi ». Avant même que le Subutex ne soit mis en vente, la presse médicale a publié des modes d'emploi¹¹. Lorsque, en février 1996, le Subutex arrive dans les pharmacies, la presse est étonnamment consensuelle. Ce consensus est le reflet de celui du monde médical. La presse médicale assume sans état d'âme sa mission d'information. Elle fournit comme il se doit toutes les informations utiles à la prescription, indication, modalités de prescription, avantages, risques d'utilisation. Pour la stratégie thérapeutique, parole

10. La formulation est de William LOWENSTEIN, elle est reprise du colloque Triville, *Les Temps modernes*, 1993.

11. « Buprénorphine, méthadone mode d'emploi », *Impact-Médecin*, 1^{er} octobre 1995.

est donnée à ceux qui l'avait élaborée¹². Dans un article de synthèse, *Le Monde* retrace les étapes de la « difficile reconnaissance des traitements de substitution qui ont abouti à cette "petite révolution", la prescription des substituts à l'héroïne en médecine de ville » (11 octobre 1995). *Le Figaro* est seul à émettre quelques réserves avec pour titre « La méthadone détrônée » et, en sous-titre, « La France sera le seul pays à expérimenter la vente dans les pharmacies du Subutex » (9 février 1996). À cette exception, la presse est unanime à se féliciter de cette « véritable révolution » qui s'opère « dans la plus parfaite discrétion ».

Lors de la négociation du prix, le nombre de patients avait été évalué à 10 000. Le chiffre de 20 000 patients semblait hautement improbable ; c'était un chiffre supérieur aux patients britanniques, allemands ou espagnols en traitement par la méthadone, qui, plus euphorisante, devait convenir à plus de patients. Le laboratoire se montrait à la fois sceptique et inquiet. Le moindre faux pas pouvait déclencher un scandale, la stratégie de marketing était de plus délicate et il ne s'agissait surtout pas de vendre à tous crins. Les craintes de départ ont été rapidement surmontées. Le nombre de patients augmentait rapidement, les médecins étaient convaincus, ils travaillaient étroitement avec le laboratoire. Celui-ci a été convaincu par la double réussite du médicament : profits inespérés mais aussi réussite thérapeutique. La molécule a traversé victorieusement la succession des épreuves validées par la communauté scientifique qui définissent le médicament moderne. Puis le médicament s'est intégré dans une stratégie thérapeutique et les évaluations attestent de son efficacité. Le laboratoire a toutes les raisons de s'en réjouir mais, contrairement à ce qui est dit parfois, l'irrésistible ascension du Subutex n'est pas due à une stratégie commerciale particulièrement offensive. Comme pour tous les médicaments psychotropes, ce sont les patients qui ont fait la réussite commerciale du médicament et, dans ce cas particulier, les patients sont aussi des usagers de drogues.

12. Voir articles ou interview d'Alex MAIRE, Patrick DE LA SELLE, Jean CARPENTIER (*Impact-Médecin*, 1^{er} octobre 1995), Alain MUCHIELLI (*Panorama des médecins*, 27 février 1996), Jean TIGNOL (*Impact-Médecin*, 23 février 1996), Vincent PACHABÉZIAN (*Libération*, 20 septembre 1995), Martine DARIE, Claude BRONNER et Pierre CORNIER (*Impact-Médecin Quotidien*, 12 février 1996).