

d'intérêts" (qui n'étaient pratiquement jamais mentionnés dans les éditoriaux) peuvent avoir un rôle.

### **Quelques commentaires en guise de conclusion**

Des problèmes sont signalés sporadiquement en cas de passage d'une spécialité originale à un générique (p.ex. réapparition des symptômes de la maladie pour laquelle le médicament a été administré, ou apparition d'effets indésirables). Ceci ne s'explique pas toujours. Certains facteurs, tels que la couleur ou la forme du médicament, peuvent avoir un impact psychologique sur la façon dont le patient accepte le traitement par un générique. Au moment de prescrire un générique, il est donc essentiel de le faire en

concertation avec le patient afin d'éviter toute confusion ou méfiance qui pourraient entraver la bonne observance du traitement. Dans le cas des médicaments qui ont une marge thérapeutique-toxique étroite, il est préférable de ne pas changer de spécialité (passage d'une spécialité originale à un générique ou inversement). Si un tel changement a quand même lieu, il doit se faire avec prudence. Il est en tout cas recommandé de suivre le patient plus régulièrement afin de déceler à temps une éventuelle différence individuelle dans la réponse au traitement [voir Folia de février 2006].

### **Référence utile**

Bogaert M en Chevalier P. De klinische equivalentie van generieken. *Minerva* 2008;8:41

## **Courrier de lecteur**

### **TRAITEMENT DE SUBSTITUTION DANS LA DEPENDANCE AUX OPIACES**

Suite à l'article "Traitement de substitution dans la dépendance aux opiacés" paru dans les Folia de novembre 2009, on nous signale qu'un certain nombre de médecins, lorsqu'ils prescrivent de la méthadone dans le cadre d'un traitement de substitution, n'hésitent pas à prescrire en même temps une benzodiazépine (entre autres du diazépam, du flunitrazépam, parfois à très hautes doses) ou plus rarement du méthylphénidate.

- Des experts dans la prise en charge de la dépendance aux opiacés attirent l'attention sur le fait que la prescription de benzodiazépines doit être encore plus parcimonieuse dans cette population. S'il existe déjà une dépendance aux benzodiazépines,

il est conseillé d'opter pour une posologie aussi faible que possible. Le flunitrazépam entraîne souvent un usage abusif chez les toxicomanes, et il vaut donc mieux l'éviter dans cette population.

- Il apparaît que, chez les personnes présentant un syndrome d'hyperactivité et de manque d'attention (ADHD), une dépendance aux opiacés est plus fréquente. On ignore si l'association d'un traitement de substitution (à base de méthadone) à un traitement à base de méthylphénidate est cliniquement efficace et si les bénéfices contrebalancent les risques (abus de méthylphénidate comme amphétamine dans une population polytoxicomane). Davantage d'études sont nécessaires à ce sujet.