



# CP 1999/002FR Final

Comité Permanent des Médecins Européens  
Standing Committee of European Doctors

---

Original : français

## Subject

Conditions of practice for Doctors caring for drugs addicts  
Submitted by Dr GRUNWALD

## Sujet

Les conditions d'exercice des médecins prenant en charge des  
toxicomanes  
Présenté par le Dr GRUNWALD

### Concerning / Concerne

General Assembly  
Assemblée générale

### Purpose / Objet

Approval/Approbation

### Key word / Mot clé

Drug addiction  
Toxicomanie

27/03/99

---

Avenue de Cortenbergh, 66 box 2  
B - 1000 BRUSSELS - BELGIUM

☎ ++ 32 2 7327202

Fax ++ 32 2 7327344

E-mail : [cp@euronet.be](mailto:cp@euronet.be) - WWW : <http://www.cpme.be>

CONDITIONS D'EXERCICE DES MEDECINS  
PRENANT EN CHARGE DES TOXICOMANES  
- DR GRUNWALD -

SOMMAIRE

**I - Introduction**

- 1°) Un problème majeur de santé publique commun à tous les Etats
- 2°) Les toxicomanies en Europe
- 3°) Principes d'actions contre les toxicomanies nocives

**II - L'exercice médical dans la prise en charge des toxicomanes**

- 1°) Législations répressives
- 2°) Pratiques médicales
  - Accompagnement médical
  - Traitements de substitution
  - Distribution contrôlée de toxiques
- 3°) Structures de traitement et qualifications des médecins
- 4°) Structures sociales d'accompagnement
- 5°) initiatives internationales
- 6°) Incertitudes persistantes

### **III - Améliorations souhaitables de l'exercice médical**

1°) Prévention des toxicomanies et conduites addictives

2°) Cohérence des mesures répressives

3°) Environnement social

4°) Evaluations et recherches

5°) Formation des médecins

6°) Modes d'exercice spécifiques

7°) Ressources

### **IV - Conclusions**

## I - INTRODUCTION

### 1°) Un problème majeur de santé publique commun à tous les Etats

Depuis plusieurs années maintenant la lutte contre les toxicomanies est devenue l'un des problèmes majeurs de santé publique des sociétés modernes.

Les échanges de plus en plus faciles et nombreux entre les différents états ont hissé la lutte contre les drogues nocives au plan européen sachant que, par beaucoup de ses aspects, il s'agit tout autant d'un problème mondial.

De nombreux organismes européens, notamment le CELAD<sup>1</sup>, l'OEDT<sup>2</sup>, les commissions de l'Union européenne, recueillent et diffusent des informations, permettant de proposer des solutions coordonnées aux nombreuses questions soulevées par la lutte contre les toxicomanies et conduites addictives néfastes.

Les modalités d'exercice offertes aux médecins en ce domaine ont une grande importance.

A partir des solutions expérimentées et appliquées dans les différents pays de l'Union européenne, il apparaît utile que le Comité Permanent des médecins européens définisse les conditions estimées souhaitables de l'exercice des praticiens, d'autant que parallèlement les possibilités d'harmonisation des législations des Etats membres en matière de drogue sont étudiées au Parlement européen.

### 2°) Les toxicomanies en Europe

Leur constante évolution n'en facilite pas la prise en charge.

#### a) Les drogues

Elles sont de plus en plus nombreuses :

Opiacés (la consommation d'héroïne ne concerne que 1 % de la population européenne mais demeure la drogue la plus dangereuse), cocaïne, hallucinogènes (LSD-Mescaline), dépresseurs de l'attention (barbiturique, benzodiazépines).

Depuis quelques années sont de plus en plus souvent rencontrés d'une part, le cannabis (en tête des drogues consommées à titre occasionnel, 5 à 30 % des populations, selon les pays, en ont consommées au moins une fois), d'autre part, les amphétamines, ecstasy, et nouvelles drogues de synthèse dont les facilités de fabrication favorisent la diffusion.

Ces différents produits sont englobés sous le terme général de « substances psycho-actives » (SPA).

---

<sup>1</sup> Comité européen de lutte anti-drogue

<sup>2</sup> Observatoire européen des drogues et des toxicomanies

L'utilisation de la voie veineuse comporte une dangerosité propre s'ajoutant à celle des différents produits. De plus, les polytoxicomanies sont devenues pratiquement la règle, associées à d'autres conduites addictives, en particulier l'alcoolisme dont la fréquence est attestée dans tous les pays européens, ainsi que le tabagisme.

#### b) Les consommateurs

5 à 10 % des populations adultes de l'Europe déclarent avoir consommé au moins une fois une drogue illicite.

Dans l'ensemble des Etats européens, l'usage des drogues nocives affecte particulièrement les populations jeunes (16 à 30 ans, surtout de sexe masculin) avec ces dernières années :

- une augmentation globale du nombre de toxicomanes (portant surtout sur l'usage du cannabis, ecstasy, psychotropes et produits de synthèse, cocaïne à un moindre degré alors que l'héroïnomanie a plutôt diminué),
- une diminution de l'âge des sujets (4 à 30 % de lycéens de 15 ans dans l'Union européenne auraient déjà consommé des drogues).
- un élargissement des classes sociales concernées même si les toxicodépendances graves aux opiacés avec polyaddiction frappent toujours les populations mal socialisées voire très marginalisées,
- les liens étroits entre drogue et criminalité ne cessent par ailleurs de croître.

L'on décrit actuellement plusieurs formes d'usage de drogues :

- récréatif et occasionnel
- abusif et nocif
- habituel avec dépendance.

Toutefois, les intermédiaires sont multiples, de même que les possibilités de passage d'une forme à l'autre de consommation de drogues bien que ce point reste discuté et diversement apprécié.

#### c) Les conséquences

La surmortalité des populations toxicomanes est amplement prouvée et a augmenté depuis les années 1990, allant de 8,8 à 63 pour 1000 personnes par année.

Les facteurs aggravants sont l'héroïne, l'alcoolisme associé, les terrains polyfragilisés...de même l'arrêt d'un traitement de substitution. Les voies veineuses, le développement du sida jouent un rôle non négligeable.

La morbidité est liée au produit, au mode d'administration, au mode de vie, avec à côté du sida une augmentation importante des hépatites : 500 000 héroïnomanes européens sont infectés par l'hépatite C, avec des taux de 60 % d'hépatite chez les toxicomanes par voie veineuse dans certains pays.

### 3°) Principes d'actions contre les toxicomanies nocives

Du fait du nombre croissant de toxicomanes et de la diversification des drogues utilisées, des conséquences des toxicomanies sur la diffusion de maladies elles-mêmes considérées comme des fléaux sociaux, tel le sida et les hépatites, de leurs conséquences sociales, les toxicomanes posent des problèmes de santé au plan individuel et au plan de la santé publique : véritable fléau social de nos sociétés modernes.

Les Etats ont réagi d'une part, par le refus et la répression, d'autre part, plus récemment par des essais d'approche globale des toxicomanes eux-mêmes.

Ces actions se caractérisent dans tous les Etats de l'Union européenne par l'imbrication constante de deux ordres de préoccupations :

- préoccupations socio-politiques et judiciaires

Le contrôle de la fabrication des produits toxiques, de leur distribution, les interdictions de commerce ou d'utilisation touchant certains d'entre-eux sont du ressort de décisions politiques traduites par des textes légaux et réglementaires accompagnés de mesures judiciaires répressives motivées par la protection des individus et de la collectivité.

- préoccupations médicales et médico-sociales

Elles conduisent à la prise en charge de sujets dépendant de produits toxiques, source d'altération de leur santé et les exposant à des complications psychiques ou somatiques redoutables.

Cette prise en charge médicale poursuit deux objectifs, complémentaires mais parfois contradictoires dans leurs applications :

- suppression des conduites addictives néfastes
- limitation des risques et conséquences des toxicomanies dangereuses tant sur le plan médical que social.

L'élargissement du concept d'addiction et de dépendance utile à la compréhension des toxicomanies ne doit pas occulter les spécificités des problèmes posés par l'utilisation des différentes SPA par rapport aux autres conduites addictives particulières (alccolisme, tabagisme...).

## **II - L'EXERCICE MEDICAL DANS LA PRISE EN CHARGE DES TOXICOMANES**

Dans l'ensemble des pays européens, différents ordres de faits ont une influence sur les conditions de l'exercice médical lors de la prise en charge des toxicomanes.

### **1°) Législations répressives**

Dans tous les pays de l'UE, la fabrication, le trafic et le commerce de stupéfiants sont globalement réprimés. L'interdiction de leur détention n'est par contre explicite que dans la moitié environ des Etats.

Leur usage est par ailleurs diversement jugé au plan répressif, de même que l'attitude à avoir en ce qui concerne certaines drogues dites douces, notamment le cannabis, objet de polémique dans de nombreux pays.

La prohibition totale de tous les produits toxiques illicites est effective en Finlande, France, Grèce, Luxembourg, Portugal (qui en 1993 est revenu à une politique de prohibition stricte), Suède. Il en est de même au Royaume-Uni et en Irlande....

Dans certains pays (exemple France) une possibilité d'injonction thérapeutique existe pour remplacer la détention pour usage de drogues.

En Allemagne une dépénalisation de fait de l'usage privé du haschisch, en petite quantité a été décidée. La même orientation a été prise en Belgique.

Seul, l'usage de ces drogues dans des lieux publics est réprimé en Espagne. Une dépénalisation est intervenue en 1993 en Italie, mais elle s'est accompagnée de différentes mesures administratives.

Aux Pays-Bas, une distinction a été clairement établie depuis 1976 entre drogues dures et drogues douces (cannabis, haschisch) en vente libre en petite quantité, mais aucune légalisation de ces drogues n'est envisagée.

Concrètement, il est à noter que les mesures d'application des législations dans les différents pays, en cas d'usage de drogues, tendent à diminuer le nombre des condamnations et à privilégier les essais de soins et de réinsertion.

### **2°) Pratiques médicales**

Elles apparaissent fonction des conditions générales d'exercice de la médecine dans chaque pays. Des textes légaux définissent les possibilités de traitement offertes aux médecins, les attitudes privilégiées vis-à-vis des toxicomanes. Dans tous les cas, un usager de drogues toxico-dépendant, consultant un médecin, est un « patient » qui doit pouvoir bénéficier d'une prise en charge médicale appropriée, attentive, suffisamment prolongée. L'on doit insister sur cet aspect éthique, « humaniste » (souligné par plusieurs délégations), du rôle des médecins.

Il convient également d'insister sur l'importance de l'expérience acquise par chaque praticien, ainsi que sur la personnalisation nécessaire des prises en charge, adaptées aux terrains particuliers des patients toxicomanes.

- L'accompagnement médical avec prise en charge somatique, psychologique, voire psychiatrique est estimé indispensable dans tous les Etats et avec ou sans hospitalisation, le sevrage total ou partiel de la consommation de SPA pouvant être aidé par avec une éventuelle indication de substitution temporaire. Les mesures prescrites sont souvent associées à des prises en charge de l'alcoolisme concomitant (exemple Suède).

La durée des prises en charge est très variable selon les cas, de quelques semaines à plusieurs années.

- Traitements de substitution.

Ils sont utilisés dans des cas de pharmacodépendances sévères aux opiacés, de préférence lorsqu'elles sont anciennes et résistantes.

Les objectifs de ces traitements sont les mêmes dans les différents Etats : insertion dans un processus thérapeutique et suivi médical d'éventuelles pathologies associées, stabilisation de la consommation de drogues issue du marché illicite, limitation de la voie injectable, source de transmission virale et infectieuse, réinsertion sociale.

La méthadone est la plus souvent utilisée dans l'ensemble des pays européens. Sa prescription par les médecins est, dans certains pays, libre (Pays-Bas), parfois contrôlée en ce qui concerne les conditions de délivrance (exemple France) et le nombre de programme de traitements autorisés (Belgique, Finlande, France, Slovénie, Suède...)

Un certain nombre de pays utilise également la buprénorphine haut dosage dans un processus moins contraignant. D'autres produits sont également utilisés ou à l'étude. Tous ces traitements nécessitent une bonne coopération entre médecin prescripteur et pharmacien dispensateur des produits.

Même si les résultats de ces traitements de substitution ne sont pas encore pleinement évalués, il apparaît qu'ils ont un effet bénéfique en matière de mortalité et de morbidité des sujets traités, ainsi que vis-à-vis de leur réinsertion sociale avec diminution de la délinquance.

Le devenir des sujets traités demeure cependant très incertain. Les ambiguïtés de certaines prises en charge, les risques d'un nomadisme médical, de marché parallèle des drogues délivrées, les risques iatrogènes de certains produits de substitution, surtout en association avec d'autres médicaments ou toxiques, ne doivent pas être occultés.



Ces difficultés sont bien évidemment d'autant plus fréquentes que les indications de traitement sont élargies et les délivrances facilitées. Les risques de détournement de produits prescrits sont plus ou moins efficacement limités par les dispositifs de dispensation et les contrôles mis en place (exemple : Belgique, France).

- La distribution contrôlée de produits toxiques a été mise en oeuvre dans certaines villes, notamment dispensation d'héroïne sous contrôle médical et social. Les justifications avancées sont essentiellement sociales pour des sujets ayant résisté aux autres traitements y compris de substitution. Une diminution des risques de morbidité, de délinquance a été observée. Les résultats de ces initiatives ne sont encore que très indirectement estimés. Ces actions recherchent de plus à favoriser progressivement une prise en charge médico-sociale de sujets très marginalisés en vue d'éventuelles cures de sevrage ultérieures (malheureusement peu fréquentes).

La place exacte des médecins praticiens dans de telles procédures sociales est à vrai dire difficile à concrétiser : les situations semblent osciller entre des distributions simples de produits (peu médicalisés) et des prises en charge médicales authentiques, diagnostiques et thérapeutiques.

### 3°) Structures de traitements et qualification des médecins

Parallèlement aux systèmes de santé propres à chaque pays, des conditions particulières existent dans un certain nombre d'Etats.

La France n'autorise l'initialisation des substitutions par méthadone qu'à des médecins exerçant dans des centres spécialisés, la substitution par buprénorphine étant par contre possible dans tout cabinet médical. Les traitements de substitution sont délivrés uniquement dans des structures officielles en Finlande, Danemark, Suède et dans les grands centres urbains.

Les traitements appropriés peuvent être prescrits dans tout cabinet médical en Hollande, avec par ailleurs des centres de traitements spécialisés pour les problèmes de drogues.

Les médecins psychiatres sont le plus souvent impliqués dans ces traitements, recevant fréquemment une formation spécifique (exemple : Pays-Bas, Slovénie, Suède). D'autres spécialistes sont également concernés, notamment de médecine sociale et des médecins généralistes formés à ce type de pathologie. Une prise en charge médicale pluridisciplinaire est toujours fortement conseillée.

Les rapports des médecins praticiens avec les autres professionnels de santé (pharmaciens, infirmiers, travailleurs sociaux) sont plus ou moins formalisés et sont souvent estimés insuffisants. La création de réseaux pluridisciplinaires de prise en charge des toxicomanes a de ce fait été réalisée dans de nombreuses régions.

Une coordination est également nécessaire avec d'autres professionnels et les administrations concernées (ex. du Royaume-Uni).

#### 4°) Structures sociales d'accompagnement

Elles apparaissent d'importance primordiale dans tous les pays de l'UE. Différents axes sont privilégiés :

- des procédures d'échange de seringues et aiguilles limitant les risques infectieux des voies veineuses. Les résultats très positifs de ces mesures sur la diminution de la morbidité sont maintenant confirmés.
- l'approche des populations toxicomanes très marginalisée ne s'insérant pas dans une demande de soins a motivé la création de différentes formes de lieux de contacts par exemple en France « boutiques », « SLEEP-IN » d'hébergement d'une nuit , équipe sociale mobile ayant uniquement un rôle de contact. Aux Pays-Bas, des « coffee shops » sont autorisés à vendre de petites quantités de drogues douces. Le nombre de ces coffee shop doit être prochainement fortement réduit, de même que la quantité des drogues pouvant être délivrée ( 5 g au lieu de 30).
- les prises en charge en milieu carcéral sont réalisées dans différents pays avec poursuite éventuelle du traitement de substitution, suivi social et atelier d'insertion à la sortie de prison.

#### 5°) Initiatives internationales

Elles orientent depuis plusieurs années des actions de lutte contre les drogues nocives. Parallèlement aux directives européennes concernant les fabrications illicites de SPA, et les aspects financiers des toxicomanies, différentes mesures ont une incidence directe sur les prises en charge médicales, à la suite des travaux de l'OEDT, des commissions internationales d'experts, de la commission européenne, en application du traité de Maastricht et de l'article 129 du traité d'Amsterdam.

Le plan global d'action de l'UE contre la drogue 1995-2000 inclut notamment un objectif de réduction de la demande de drogue grâce à la prévention et à l'information. Des actions ciblées contre la fabrication et la diffusion de produits toxiques de synthèse ont également été mises en œuvre.

Insistant sur des objectifs précis de prévention, différentes actions concrètes, locales, avec des relations transfrontalières européennes ont été encouragées : réseaux de spécialistes en toxicomanie Rhin-Meuse-Moselle, stages d'échanges internationaux de formation à la prévention organisés par des fédérations de plusieurs pays européens.

Les semaines européennes de prévention des toxicomanies aident également à sensibiliser les populations concernées, particulièrement les sujets jeunes.

Ces préoccupations s'intègrent dans les études, résolutions et conventions élaborées à l'échelon mondial, notamment aux Nations Unies.

L'appréhension des réalités de terrain en matière de toxicomanie reste cependant difficile. Les différents aspects épidémiologiques globaux des toxicomanies sur l'UE sont difficiles à cerner et à comparer du fait des méthodologies souvent différentes utilisées dans les pays européens.

#### 6°) Incertitudes persistantes.

Au plan pratique, l'application de ces différentes mesures de prises en charge médicales des toxicomanes se heurtent à la dure réalité des faits : multiplicité grandissante des produits utilisés à des fins addictives, complexité des différentes catégories de consommateurs de drogues et de toxicomanes dépendants, imbrication, voire divergence judiciaire, sociale et médicale à leur propos qui sont autant de sources d'interprétation et de décisions contradictoires. Il existe par ailleurs de grandes disparités dans les populations toxico-dépendantes et leur prise en charge, non seulement entre les pays de l'UE, mais également entre les différentes régions au sein de chaque Etat (exemple des centres urbains, de la proximité plus ou moins grande des grandes voies de communication).

Différentes questions fondamentales demeurent encore objet de discussions :

- la finalité des prises en charge où se retrouve le dilemme entre deux attitudes, la première consistant à privilégier un objectif de suppression des toxicomanies, la seconde tendant à accepter une simple politique de réduction des risques de dangerosité sociale et de complications somatiques, bien que ces deux objectifs ne soient pas forcément contradictoires à long terme.
- l'augmentation des consommations de SPA considérée comme un phénomène de société. Si l'on doit lutter contre leur conséquence néfaste, doit on également s'opposer à leur usage privé sans conséquence majeure ? Les responsabilités récemment démontrées de certaines substances dans la vie courante (notamment rôle du cannabis dans des accidents de la route) méritent attention.
- les polyaddictions : Elles représentent, nous l'avons vu, le véritable défi actuel. Elles concernent dans de nombreux cas l'usage concomitant ou successif de plusieurs SPA. Le risque d'addiction progressive aux drogues dures chez les consommateurs de drogues douces est diversement analysé selon les pays avec des différences semblant liées au comportement des différentes populations toxicomanes. Cette escalade des drogues utilisées est estimée peu fréquente par certains ; d'autres travaux montrent, par contre, que tous les héroïnomanes sévères ont auparavant consommé pendant trois à quatre ans des drogues moins toxiques .

La gravité, donc l'importance de la prise en charge de l'alcoolisme et, à un moindre degré, du tabagisme demeure également un problème majeur des polyaddictions.

- Toxicomanie et milieu social : le développement de toxico-dépendances graves dans des contextes sociaux marginalisés en rend l'approche médicale plus difficile face à des situations traduisant des phénomènes sociologiques complexes.

### **III - AMELIORATIONS SOUHAITABLES DE L'EXERCICE MEDICAL**

La prise en charge médicale des toxicomanes est ainsi caractérisée par sa complexité liée à ces différents facteurs illustrant la dimension « culturelle » et de santé publique des interrogations relatives au phénomène général des addictions, ainsi que la dimension à l'évidence supranationale, européenne et mondiale des mesures à prendre.

Les difficultés persistantes justifient que l'on propose de mieux définir les conditions souhaitables de cet exercice médical en respectant les diversités culturelles et l'organisation des systèmes de santé des différents Etats concernés.

#### **1°) Prévention des toxicomanies et conduites addictives**

Elle représente, à terme, la seule solution à l'extension croissante des addictions dangereuses.

Au plan médical, la prévention, selon sa définition reconnue au plan international, concrétise des actions s'intégrant dans le champ plus vaste des mesures de « réduction de la demande » :

- prévention primaire. L'objectif d'une diminution des demandes d'utilisation de produits addictifs dangereux est à envisager dès l'âge scolaire. L'information répétée des jeunes sur les conduites à risque semble en effet favoriser des modifications significatives de comportement. Ce rôle incombe aux médecins scolaires pouvant utilement être aidés par des médecins praticiens de famille.
- prévention secondaire. Dans laquelle s'intègre à côté d'un versant répressif bien ciblé, des mesures d'accompagnement, d'abstinence, de sevrage, avec le cas échéant, phase de substitution. Des informations sanitaires adaptées peuvent également diminuer le risque de passage d'un usage occasionnel de SPA à une véritable dépendance.
- prévention tertiaire où la substitution, le contrôle et l'arrêt des voies veineuses de toxicomanie, les suivis médicaux nécessaires ont toute leur place.

Ces différentes formes de prévention représentent autant d'objectifs prioritaires à encourager et à soutenir dans les différents pays européens.

## 2°) Cohérence des mesures répressives.

Malgré leur intérêt reconnu en différents domaines, les politiques uniquement répressives se sont révélées insuffisantes, même accompagnées de mesures sociales (exemple : France avant 1995).

Actuellement les mesures à prendre dans les différents pays doivent concilier une répression adaptée nécessaire et des mesures utiles de prévention qui différencient « les fournisseurs » de drogues, et les « usagers » victimes de drogues. Plusieurs membres du Comité Permanent souhaitent que l'on insiste sur le fait qu'un sujet toxico-dépendant est avant tout un « malade » devant pouvoir bénéficier des prescriptions médicales appropriées à son cas.

Au plan médical, il apparaît utile d'insister sur l'importance de la cohérence et de l'harmonisation des législations répressives concernant les différentes conduites addictives dangereuses pour autrui et la société, tout comme pour les individus. Ce principe s'applique tant aux différentes SPA qu'à l'alcoolisme et au tabagisme.

Des évaluations scientifiques du degré exact de nocivité des drogues dites douces, notamment du cannabis, l'appréciation des relations entre usage de tels produits et autres addictions, devraient également pouvoir orienter les attitudes, actuellement divergentes sur ce point, des politiques des différents pays européens.

## 3°) Environnement social

L'ensemble des intervenants insiste sur la prééminence des mesures sociales dans la lutte contre les toxicomanies. Il est donc indispensable de les favoriser.

En outre, l'importance d'une coordination renforcée entre les actions sociales et médicales, respectant les conditions d'exercice de chacune de ces composantes est soulignée dans tous les Etats. L'approche sociale doit favoriser l'approche médicale, mais celle-ci ne peut s'effectuer que dans un cadre offrant toutes les garanties nécessaires à un exercice médical de qualité.

## 4°) Evaluations et recherches

Dans tous les pays de l'UE, les recherches en matière de prises en charge médicale des toxicomanes ont été initiées à partir d'expériences locales, dont les enseignements ont ensuite été plus ou moins étendus à l'échelle d'une région ou d'un pays.

Compte tenu des différentes stratégies de traitements actuellement proposées, il est désormais indispensable que les indications médicales des prises en charge soient basées sur des travaux de recherche dûment évalués et comparés.

L'élaboration de méthodologies d'études reproductibles dans les différents pays européens et basées sur des collectes d'information et de données coordonnées est souhaitable.

Ces préoccupations rejoignent les propositions faites en 1997 par la Direction de l'OEDT.

#### 5°) Formation des médecins

Une formation spécifique des praticiens prenant en charge les toxicomanes apparaît indispensable compte tenu des particularités de cette action.

Cet objectif est à encourager sur le plan international. De même, des actions de formation européenne transfrontalière permettant de faire connaître pratiquement les réalités des différents modes de prises en charge expérimentés et utilisés dans les différents états de l'UE devraient pouvoir être beaucoup plus développées.

#### 6°) Modes d'exercice spécifiques

Intégrés dans l'organisation générale de la santé des Etats de l'UE, susceptibles de s'adapter aux différentes conditions locales, des modes d'exercice spécifique sont à favoriser conjointement à la pratique médicale habituelle : centres de traitement spécialisés, réseaux pluridisciplinaires de prises en charge ouverts aux différentes catégories concernées de médecins, pharmaciens, travailleurs sociaux..., en particulier dans l'initialisation et le suivi des sevrages et des traitements de substitution.

Cette organisation ne doit pas altérer les possibilités d'action et la nécessaire indépendance professionnelle des praticiens notamment quant au choix des traitements qu'ils proposent.

Ce point est souligné dans de nombreux pays européens : la prise en charge des toxicomanes doit obéir aux règles légales et déontologiques habituelles de l'exercice de la médecine.

La responsabilité des médecins étant engagée dans tout acte médical, on ne peut que souligner l'opportunité de définitions précises des rôles de chaque intervenant dans la prise en charge des toxicomanes, point sur lequel ont également insisté différents membres du CP.

L'opportunité ou non d'un contrôle des prescriptions médicales des produits toxiques est diversement apprécié dans les différents états européens tant dans son principe que dans ses moyens. L'important semble en fait de pouvoir disposer de données fiables sur les traitements réalisés et leurs résultats orientant les évolutions des prises en charge estimées utiles.

#### 7°) Ressources

Le nombre croissant de sujets toxico-dépendants augmente considérablement les besoins financiers nécessaires.

La disproportion entre les besoins et les moyens disponibles s'aggrave : nombre insuffisant de médecins, de travailleurs sociaux, insuffisance du nombre des places de prises en charge spécialisées (même si elles ne représentent que l'un des traitements possibles, le nombre de traitements de substitution par méthadone programmé dans plusieurs pays de l'UE est nettement inférieur au nombre estimé de patients dépendants aux opiacés qui pourraient en bénéficier).

Tant au niveau de chaque pays que sur le plan européen, l'augmentation des ressources consacrées à la lutte contre les toxicomanies nocives, et les conduites addictives en général, représente actuellement une véritable priorité sanitaire.

#### **IV - CONCLUSIONS**

L'enquête réalisée auprès des membres du Comité Permanent montre que les problèmes médicaux soulevés par la prise en charge des toxicomanes sont nombreux et très comparables d'un pays à l'autre, avec de nombreuses appréciations convergentes.

Les améliorations souhaitables des pratiques médicales dépendent de décisions de nature politique.

Les propositions du Comité Permanent qui pourraient être transmises aux autorités politiques de l'Union européenne ont trait :

- à l'importance des différentes mesures nécessaires de prévention,
- à l'opportunité d'évolution cohérente des mesures répressives,
- au caractère indispensable de l'environnement social dans les prises en charge,
- à la nécessité confirmée d'évaluations approfondies et comparées des traitements,
- à l'intérêt d'une formation approfondie des médecins concernés,
- aux spécificités du rôle des médecins dans les prises en charge,
- au financement approprié de ces différentes actions qui constituent une véritable priorité sanitaire.

Les efforts à poursuivre dans le domaine des addictions dangereuses sont à la mesure de leur gravité.