



VERENIGING VOOR
ALCOHOL- EN ANDERE
DRUGPROBLEMEN vzw



Vrije
Universiteit
Brussel

ICArUS

Integrated Care for patients with Alcohol Use disorders

Executive summary

Trudy Bekkering

Lodewijk Pas

Evelien Lenaerts

Bert Aertgeerts

Geert Verstuyf

Dieter Zeeuws

Frieda Matthys

Catharina Mathei

Contexte

La consommation d'alcool est une cause majeure de morbidité et de mortalité. Selon un récent rapport de l'OMS, la consommation d'alcool est en partie responsable de 200 états de maladie et de lésions, en particulier l'alcoolodépendance, la cirrhose du foie, des cancers et des accidents (1). La mortalité due à la consommation d'alcool est estimée à 1 sur 7 décès pour les hommes et 1 à 13 pour les femmes (2).

En Belgique, selon l'enquête de santé Belge, 10 % de la population Belge a un trouble de l'usage de l'alcool (AUD) (basé sur les critères de la CAGE) et Rehm et al.8 affirment que 5,4 % des hommes Belges et 1,9 % des femmes Belges de 18 à 64 ans étaient affectés par la dépendance à l'alcool (3-4).

En médecine des assuétudes, il existe un soutien considérable à l'hypothèse selon laquelle la dépendance est une maladie chronique, présentant beaucoup de similitudes avec d'autres maladies chroniques en ce qui concerne l'héritabilité, l'évolution, le risque de rechute et la réponse au traitement (5). Pourtant, contrairement à d'autres maladies chroniques, la condition est extrêmement sous-traitée. Une étude Européenne (dont la Belgique) a révélé que seulement 8 % des personnes ayant un problème d'alcool avait demandé une forme d'assistance professionnelle pour leur problème d'alcool dans l'année écoulée (6).

Cet écart de traitement est le résultat des deux processus majeurs. D'abord, il a été établi qu'il y a un long délai avant que les individus avec AUD demandent de l'aide. Plusieurs obstacles ont été définis: au niveau des individus avec AUD, les professionnels de la santé et aussi le contexte socio-économique (7-8). Ensuite, de nombreuses personnes qui entrent dans le traitement sont expulsés ou ils quittent le traitement prématurément. Les raisons sont multiples. Des soins de santé pour les patients avec AUD sont souvent insuffisants et fondés sur les pratiques avec aucune preuve d'efficacité ou presque (5, 9-11). En outre, ils s'appuient fortement sur un modèle de traitement aigu, offrant des programmes de désintoxication, parfois suivis de programmes de réhabilitation pour le traitement spécialisé, mais sans efforts proactifs pour assurer la continuité des soins par la suite (5). Enfin, il n'y a pas d'intégration des soins. Un traitement médical, programmes de soins de santé mentale et de la toxicomanie sont souvent fournis séparément, et différents contextes de soins de santé (milieu hospitalier, ambulatoire et hospitalisation partielle) généralement fonctionnent de façon indépendante.

En soins continus pour des patients avec AUD, plusieurs interventions de soins continus isolés ont été décrits dans une grande variété de formats et de modalités (10,12). Néanmoins, programmes de soins entièrement intégrée (PCI) n'ont jamais été développés (13).

Objectifs

L'objectif final du projet ICARUS Belge est de développer un ICP pour les soins continus des patients avec dépendance à l'alcool. Pour développer un tel ICP, une approche systématique doit être appliquée basée sur une approche internationale validée (14).

Dans ce projet, nous avons abordé les objectifs spécifiques suivants

1. Identifier les interventions pour soutenir les principes de soins intégrés de AUD et évaluer leur efficacité ;
2. Développer systématiquement les indicateurs *evidence-based* pour mesurer la qualité des soins continus pour AUD ;
3. Evaluer des soins continus pour AUD actuellement fournis en Belgique ;
4. Identifier les obstacles et les facilitateurs associés à des soins continus actuels pour AUD.

Nous avons défini des « soins continus » comme la phase de traitement après un traitement de désintoxication de l'alcool.

Résultats

1. Interventions efficaces en soins continus pour AUD

Afin d'obtenir une meilleure compréhension de la meilleure façon d'organiser efficacement des soins continus aux patients avec AUD après qu'ils ont terminé la phase de soins psychiatriques plus intense, un examen systématique de la littérature sur ces interventions de soins continus a été réalisé. Cette étude a été publiée dans *Drug and Alcohol Dependence* (13).

La première constatation remarquable de cette révision était la rareté des études de grande qualité sur la poursuite des soins pour les patients avec AUD. Seulement 6 études satisfaisaient aux critères d'inclusion. Pour une maladie avec des conséquences dévastatrices, tant au niveau personnel et socio-économique, on aurait pu attendre le contraire.

En outre, d'après les données limitées disponibles, nous avons conclu provisoirement que l'ajout qu'une intervention active pour soins continus habituels semble améliorer les résultats thérapeutiques. Les interventions actives différaient des soins continus habituels dans le sens qu'ils offraient un traitement proactif au patient et étaient habituellement organisés sur une base plus régulière. Ils étaient fortement concentrés sur l'autonomisation des patients en fournissant des capacités d'adaptation et en augmentant la motivation, alors que les soins habituels se concentraient préférentiellement sur le counseling de soutien et l'encouragement à participer aux groupes d'anonymes alcooliques. Les interventions actives mettaient également l'accent sur le fonctionnement du patient au sein de son réseau familial et amélioraient la coordination entre le patient et les différents services de soins de santé. Enfin, nous avons conclu qu'il existe la nécessité de nouvelles études au sujet d'efficacité des interventions en soins continus pour AUD. Ces études doivent comprendre des recherches sur l'adéquation entre les caractéristiques des patients à la traitement et de la rentabilité. En outre, nous recommandons fortement l'utilisation de mesures de résultats plus homogènes.

2. Développement d'indicateurs pour évaluer la qualité des soins continus pour AUD

À l'aide de la méthode de Delphe, modifiée par RAND, cette étude visait à développer des indicateurs *evidence based* pour mesurer la qualité du suivi postcure. À l'aide d'une recherche systématique des directives internationales fondées sur des données probantes, des indicateurs de qualité existants et des mesures de résultats ont été identifiés et évalués par un groupe d'experts multidisciplinaire.

Nous avons trouvé 6 directives fondées sur des preuves de qualité moyenne avec des recommandations pertinentes pour postcure pour AUD. La plupart des recommandations sur postcure étaient fondées sur un consensus d'experts et pour aucun des indicateurs de qualité existants, une base de données probantes ont été fournies. Sur un total de 69 recommandations, 17 indicateurs de qualité et 19 indicateurs de résultats ont été proposés. Après 3 tours 13 indicateurs dont 10 associés au processus et 3 au résultat du suivi ont obtenu le consensus (tableau 1).

Tableau 1: L'ensemble d'indicateurs validés sur postcure

1. Le nombre de patients qui ont été informés sur un groupe d'entraide pour l'abus d'alcool.
2. Le nombre de patients pour qui des stratégies psychosociales pour la prévention des rechutes sont utilisées.
3. Au sein du groupe de patients qui ont accepté de faire participer l'environnement familial en poursuivant care, la proportion de patients dont l'environnement est effectivement impliqué.
4. Au sein du groupe de patients qui ont reçu des médicaments, la proportion de patients qui reçoit aussi des interventions psychosociales.
5. Le nombre de patients qui pendant le processus de désintoxication est informé de l'importance de la participation de longue durée dans le traitement.
6. Le nombre de patients qui est suivie au moins 3 mois après leur libération.
7. Au sein du groupe de patients qui ont opté pour la consommation contrôlée, la proportion de patients pour lesquels des stratégies de réduction des méfaits sont utilisées.
8. Le nombre de patients pour qui le plan de soins continus est élaboré en concertation avec le patient.
9. Le nombre de patients ayant reçu des soins continus n'importe quel professionnel ou non professionnel dans les 14 jours après la sortie.
10. Le nombre de patients qui est satisfaite de la qualité du contact avec son thérapeute.
11. Le nombre de patients qui est abstinente à trois * mois après leur sortie.
12. Le nombre de patients qui fonctionne bien à trois * mois après leur sortie.
13. Le nombre de patients qui se sent bien mentalement à trois * mois après leur sortie.

* aussi autres périodes, y compris le suivi plus longue sont à considérer

Les indicateurs de processus de soins se réfèrent généralement à des interventions psychosociales des professionnels de soin, dans lesquels le patient joue un rôle central. On peut citer: informer les patients sur l'entraide, fournir les interventions psychosociales et garder les patients impliqués dans le traitement.

Notre liste d'indicateurs est unique car c'est le premier set spécifiquement sur les soins continus pour AUD. Les indicateurs de qualité existants en général mesurent le nombre de contacts et de services, la continuité de ces contacts et la prescription des médicaments. Ce qui est probablement dû à la méthode de développement; comme la plupart des séries d'indicateurs existants reposent sur des bases de données actuelles ou des données administratives. On peut citer les mesures de performance de Washington Circle (15) ou les mesures internationales de qualité des soins pour les soins de santé mentale (16). Avantage de ces indicateurs, c'est qu'il est plus facile de recueillir des données sur une vaste échelle. Du côté incliné des mesures des processus basés sur des taux ne couvrent que certains aspects de la qualité des soins. Éventuels aspects pertinents de qualité de suivi qui manquent sont la satisfaction des patients, les résultats cliniques et l'évaluation de la fidélité des *evidence based* interventions dans les modèles empiriquement prouvés (16). Ceux-ci sont inclus dans notre cadre d'indicateurs.

Nous avons appliqué une méthode systématique pour l'élaboration des indicateurs de la qualité basé sur des preuves scientifiques en combinant des éléments de preuve disponibles (la validité de contenu) avec l'opinion des experts par exemple la méthode de RAND (validité apparente). La force de cette méthode est dû au fait que des directives cliniques visent à améliorer la qualité des soins. Les indicateurs basés sur ces directives concernent par conséquent le processus qualité (17).

Toutefois, on doit noter que toutes les recommandations étaient généralement fondées sur un consensus d'experts. Ceci illustre qu'aussi peu de données sur les soins continus sont disponibles, comme nous avons mentionné dans notre analyse systématique (13). Un autre point fort est l'incorporation le point de vue des patients. Une étude sur l'élaboration d'indicateurs axés sur la directive de den Breejen et coll. (18) a montré que le comité composé des patients a sélectionné des indicateurs différents par rapport à un comité qui est composé de professionnels. Notre dernière série comprend un indicateur qui s'inspire uniquement sur la vision du patient: « la proportion de patients qui est satisfaite de la qualité du contact avec son thérapeute ». Le patient a souligné qu'une relation de confiance avec les professionnels a été cruciale pour la qualité des soins continus. Cette étude est acceptée pour publication dans *Alcohol and Alcoholism* (19).

3. Évaluation des soins continus en Belgique

Afin d'évaluer les soins continus de AUD actuellement fournis en Belgique, un enquête en ligne a été élaboré et envoyé à tous les CSM, les équipes des hôpitaux psychiatriques avec une unité d'alcool, des services psychiatriques hospitalier et les équipes mobiles en Belgique. Si CSM ou hôpitaux psychiatriques comprenaient plusieurs centres qui dispensaient des soins pour la dépendance à l'alcool, chacun a reçu un questionnaire distinct. Au total 18 CGG (65 centres), 34 hôpitaux (38 centres) et 12 équipes mobiles de crise en Flandre et 62 centres de CSM, 35 hôpitaux en Wallonie et à Bruxelles ont été invités à participer. Ce sondage en ligne essayait de recueillir des données sur le genre et le contenu des soins continus pour AUD – le cas échéant - actuellement pourvu. Nous avons également évalué dans quelle mesure les données étaient enregistrées, en général, mais aussi plus précisément sur l'ensemble des indicateurs de la qualité mis au point dans une phase antérieure d'ICARUS.

Une grande variété dans la poursuite des interventions de soins pour AUD a été observée en ce qui concerne la durée et la fréquence des soins continus, le genre des sessions (séances individuelles versus en groupe), les fournisseurs de soins et le contenu des soins (tableau 2). Cette variation peut tenir compte de la variation des besoins de la population, mais il peut également illustrer un manque de protocoles et guides de pratique clinique. Pour l'élaboration d'indicateurs de qualité, nous avons identifié toutes les directives contenant des recommandations pour les soins continus pour les personnes ayant AUD. Nous avons trouvé seulement 6 directives et les recommandations précises sur les soins continus pour AUD étaient assez générales. Cela donne place à l'interprétation individuelle de postcure.

Table 2. Duration of aftercare, type of sessions and care providers in Dutch and French-speaking centers

Question	Answers	Dutch-speaking (N = 27)	French-speaking (N = 8)
Durée	< 6 mois	17%	36%
	6 mois à 2 ans	27%	54%
	> 2 ans	30%	0%
	Diffère au cas par cas	27%	9%
Catégorie	Sessions individuelles	37%	0%
	Seulement groupe	0%	12%
	Individuelle et groupe	44%	88%
Professionnels de la santé	Psychiatre	74%	100%
	Psychologue	70%	100%
	Social workers	37%	38%
	d'Autres thérapeutes	37%	88%

* Autres dispensateurs de soins ont été

NL: psychiatisch verpleegkundige, verpleegkundige therapeut (2x), therapeutische medewerker dagziekenhuis

FR: éducateurs (2x), criminologues, kiné, ergothérapeutes, Assistent Social, neuropsychologues

Nous constatons une différence frappante entre les centres Francophones et Néerlandophones (qui ont émergé de l'enquête): les centres Francophones fournissent plus souvent une partie des soins continus pour AUD dans un cadre résidentiel alors qu'en Flandre les soins continus pour AUD sont principalement fournies sur une base ambulatoire. Actuellement, nous ne savons pas quel cadre est le meilleur, ou quel patient répond mieux dans quel cadre.

Enregistrement des données n'est pas encore une pratique courante. 35% des centres de langue Néerlandophones et 46 % des centres Francophones ont enregistré les soins continus pour AUD. Le contenu des données recueillies aussi variait considérablement. Données sur le processus ont été généralement enregistrées mais pas les données sur les résultats. Sept organisations (5 Néerlandophones, 2 Francophones) ont déclaré qu'ils utilisent les dossiers électroniques des patients pour enregistrer ces données. Pour chaque indicateur de qualité sélectionné au moins quelques centres enregistraient des données (tableau 3). Cela semble confirmer l'applicabilité du set pour l'évaluation de la qualité des soins continus aux patients avec AUD.

Table 3: Données enregistrées pour l'ensemble des indicateurs de la qualité

	Dutch	French
1. Le patient est informé du groupe d'entraide	74%	85%
2. Stratégies de prévention de rechute psychosociaux sont utilisés.	74%	69%
3. Les patients dont l'environnement est effectivement impliqué.	71%	77%
4. Les patients qui reçoivent des médicaments et interventions psychosociales.	83%	85%
5. Patient est informé de l'importance de l'implication de longue durée en traitement.	69%	85%
6. Le patient a suivi au moins 3 mois après leur sortie de l'hôpital	50%	62%
7. Si l'on utilise des stratégies de réduction des méfaits.	53%	46%
8. Le plan de suivi est élaboré en consultation avec le patient.	53%	92%
9. Le patient a reçu un suivi dans les 14 jours	41%	46%
10. Satisfaction des patients avec la qualité du contact avec le praticien	71%	85%
11. Le patient est abstinente après trois mois	26%	46%
12. Le patient fonctionne bien après trois mois	29%	54%
13. Les patients se sentent bien mentalement après trois mois	26%	62%

4. Identifier les obstacles et les facilitateurs afin d'améliorer la qualité des soins postcure pour AUD : une étude de groupe de discussion

Afin de combler la lacune de l'information sur la qualité des soins après désintoxication, nous avons étudié l'opinion des patients, de leurs familles et des professionnels dans les deux communautés linguistiques. Cinq groupes de discussion ont été organisés avec des psychiatres, des assistants sociaux, des infirmières et des psychologues, deux en Français et deux en néerlandais et deux groupes de patients, anciens patients et leurs conjoints. En utilisant une procédure standard les questions suivantes ont été discutées entre les participants.

- Qu'est-ce qui va bien ?
- Quels sont les problèmes que vous voyez ?
- Qu'est-ce qui pourrait être amélioré ?

Les discussions ont été enregistrées (audio et vidéo) et transcrites (textuellement). Les groupes de discussion ont été analysés à l'aide d'une approche comparative constante.

Continuité des soins, la disponibilité d'un soutien professionnel après la désintoxication ainsi que développer des stratégies pour faire face aux facteurs de stress externes ont été les principales préoccupations exprimées dans les groupes de discussion de patients. Après la désintoxication on doit aspirer une augmentation graduelle de compréhension de la maladie; différentes modalités devraient être combinées pour produire cette conscience, entre autre une aide professionnelle sur mesure ainsi que des groupes de suivi. Groupes d'entraide sont populaires mais ont été considérés par certains participants comme moins efficace que la discussion structurée en groupes de suivi permettant une attention plus équilibrée sur les processus de groupe et les besoins personnels.

Une idée dominante exprimée par les patients ainsi que par les soignants était la nécessité de la continuité des soins et graduel de transition entre la période de désintoxication, l'admission, les soins dans l'hôpital et les soins ambulatoires. Quittants l'hôpital, les patients souvent éprouvent une interruption du soutien psychothérapeutique liée à a non-disponibilité, les listes d'attente ou les questions financières. En outre, tous les participants ont souligné la nécessité pour améliorer la communication et la coordination des soins entre les dispensateurs de soins dans toutes les étapes de leur traitement pour AUD.

Meilleure continuité des soins nécessite:

- Maintenir le contact avec tous les soignants impliqués
- Impliquer les *peer*-groupes et les aidants naturels au cours de soins intra-muros.
- Réduire le temps d'attente pour la prise en charge ambulatoire par exemple en impliquant les thérapeutes ambulatoires avec les services et les clients avant la sortie de l'hôpital
- Fournir des mesures simples dans la période de suivi pour atteindre l'équipe de l'hôpital
- Une coordination multidisciplinaire régionale
- Des systèmes pour organiser la planification des soins bien personnalisés

Pour éviter le *drop-out* les aspects organisationnels comme soutien professionnel continu, prévoyant la participation des *peers* et soutien individuel ou groupe d'entraide est nécessaire.

Des soins individuels sur mesure devraient mener à un changement d'attitude cognitif favorisant une attitude ouverte vers la réflexion et libre discussion des incidents de rechute et attention aux comorbidité et aux facteurs sociaux, quand ils sont présents..

Les facteurs sociaux externes, aspects psychologiques et comportementaux doivent être contrôlés pour éviter la rechute. La nécessité d'une attention particulière aux facteurs contextuels et une offre de soins sur mesure sont clairement exprimées, par exemple un endroit convenable pour vivre et de bonnes conditions de travail, aussi bien que des informations à des amis ou des collègues pour diminuer la pression sociale (à boire).

Les professionnels attendant d'une approche résiliente un changement d'attitude et plus d'acceptation de la chronicité de la dépendance à l'alcool (AUD). Cela implique des systèmes pour favoriser le contact continu après le sortie et le possibilité d'accéder facilement de nouveau à l'hôpital ou aux groupes de soins si nécessaire.

Un autre aspect important, c'est le contexte familial, par exemple en incluant les conjoints prévisoirement dans le processus de soins. Si nécessaire, un soutien individuel doit être organisé, surtout lorsque parfois, ils/ells aussi ont un problème d'alcool.

Recommandations et plans d'avenir

1. Les prochaines étapes

Le test des indicateurs pour les soins continus dans la pratique

Afin d'évaluer les effets, des indicateurs de qualité de soins ont été développés par notre équipe

pour mesurer la qualité des soins continus pour AUD en termes de processus, ainsi que des résultats, en utilisant la méthode de Delphe, modifiée par RAND (19). Au cours de la procédure de sélection des indicateurs, les groupes d'experts ont été invités à tenir compte de cinq critères lors de la sélection des indicateurs clés. Cependant, l'expérience apprend que même une procédure rigoureuse-élaboration d'indicateurs - comme nous avons utilisé - devrait être complétée par un test pratique car un écart considérable pouvant exister entre les estimations des experts de ces critères et les soins actuellement dispensées (20).

Par conséquent, dans une prochaine étape nous voulons tester le set d'indicateurs dans la pratique pour plusieurs critères de qualité (20). Nous allons également évaluer la variation dans les soins de AUD dans un grand échantillon d'organisations et étudier si les caractéristiques du patient et ceux de la facilité sont associées à cette variation. Connaître l'influence de ces facteurs est importante pour l'adaptation des interventions visant à améliorer les soins de AUD.

Identification des obstacles pour respecter les indicateurs et le raffinement des indicateurs

Nous allons identifier les obstacles et les facilitateurs pour se conformer aux indicateurs selon les professionnels, ainsi que selon les patients et reviser, le cas échéant, l'ensemble des indicateurs en conséquence.

Proposition pour un programme de soins intégrés

Enfin, en collaboration avec toutes les partenaires, nous voulons élaborer un programme de soins intégrés, fondés sur des résultats précédents et adaptées à la situation Belge. Composantes du programme vont être concentrés sur les soins, axées sur le patient et sur la qualité d'organisation. Ce programme devrait alors être davantage étudié dans un (cluster) essai randomisé contrôlé avant d'être mis en œuvre dans la pratique quotidienne. Nous croyons qu'un programme de soins intégrés répondra mieux aux besoins complexes des patients atteints de AUD, comparée à une seule intervention de soins continus. En outre, un tel programme devrait offrir la souplesse nécessaire pour adapter le traitement à chaque patient.

2. Recommendations

Poursuivre les recherches

Nous avons identifié un remarquable manque de preuve concernant l'efficacité des interventions des soins continus pour les patients avec AUD. Ces études sont nécessaires d'urgence ainsi que la recherche sur l'adéquation entre les caractéristiques des patients, le traitement et la rentabilité. En outre, nous recommandons fortement l'utilisation de mesures de résultats plus homogènes afin d'améliorer la comparabilité entre les études.

Amélioration des soins sur le plan individuel

Basé sur les conclusions de l'étude de groupe de discussion, les recommandations suivantes peuvent être formulées pour améliorer les soins continus aux patients avec AUD:

- Qualité doit être poursuivie par le biais de mesures garantissant la meilleure connaissance et communication entre soins ambulatoires et résidentiels.
- Mesures devraient être mises en œuvre pour fournir un accès plus rapide pour (re)hospitalisation en cas de rechute (ou risque de) et de soins ambulatoires à décharge (par exemple support en ligne, contacts téléphoniques, possibilité de transition progressive)
- On doit prendre des mesures pour permettre l'accès des soignants laïcs à un soutien professionnel.

- Prise en charge des fournisseurs de soins informels, aussi les conjoints ou les autres ainsi que les bénévoles des groupes d'entraide devraient faire partie des protocoles dans les établissements hospitaliers.

Amélioration des soins au niveau structural

Un certain nombre de mesures au niveau de l'hôpital et au niveau régional sont nécessaires pour définir le cadre de cette coordination, qui n'étaient pas décrits notre directive. Ces mesures sont toutefois des critères de qualité structurelle importante. Une politique peut être, mais essayer dans des projet pilotes peut déjà être fait maintenant. .

Certaines mesures existantes peuvent être utilisées (zorgplannen en -trajecten, Samenwerkingsinitiatieve eerste lijn (sels en GDT), réseau WaB et d'autres)

- Information professionnelle sur les établissements de soins et la continuité des mesures de soins
- Discussions multidisciplinaires
- Contacter des organisations ambulatoires au cours de la période de désintoxication
- Façon de rapporter

References

1. World Health Organization. Global status report on alcohol and health – 2014. Geneva: 2014.
2. Rehm J, Shield KD, Gmel G, Rehm MX, Frick U. Modeling the impact of alcohol dependence on mortality burden and the effect of available treatment interventions in the European Union. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2013;23(2):89-97.
3. Gisle L, Demarest S. Gezondheidsenquête 2013. Rapport 2: gezondheidsgedrag en leefstijl samenvatting van de onderzoeksresultaten. *Volksgezondheid*; 2014. Brussel: Wetenschappelijk Instituut
4. Rehm J, Shield KD, Rehm MX, Gmel G, Frick U. Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe: Potential gains from effective interventions for alcohol dependence. Centre for Addiction and Mental Health; 2012.
5. McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP, Kleber HD. Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *J. Am. Med. Assoc.*, 2000; 284: 1689–1695.
6. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2004; 420:47-54.
7. Mistiaen P, Kohn L, Mambourg F, Ketterer F, Tiedtke C, Lambrechts MC, Godderis L, Vanmeerbeek M, Eysen M, Paulus D. Reduction of the treatment gap for problematic alcohol use in Belgium. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2015. KCE Reports 258. D/2015/10.273/116.
8. Anderson P, Chisholm D, Fuhr DC. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet.* 2009;373: 2234–2246.
9. Rehm, J., Shield, K., Rehm, M.X., Gmel, G., Frick, U., 2012. Alcohol Consumption, Alcohol Dependence and Attributable Burden of Disease in Europe: Potential Gains from Effective Interventions for Alcohol Dependence. Centre for Addiction and Mental Health www.camh.net
10. Lash SJ, Timko C, Curran G.M, McKay JR, Burden JL. Implementation of evidence-based substance use disorder continuing care interventions. *Psychol. Addict. Behav.* 2009; 25: 238–251.
11. Miller, W.R., Sorensen, J.L., Selzer, J.A., Brigham, G.S., 2006. Disseminating evidencebased practices in substance abuse treatment: a review with suggestions. *J. Subst. Abuse Treat.* 31, 25–39.
12. McKay J.R. Continuing care research: what we have learned and where we are going. *J. Subst. Abuse Treat.* 2009; 36: 131–145.

13. Lenaerts E, Matheï C, Matthys F, Zeeuws D, Pas L, Anderson P, Aertgeerts B. Continuing care for patients with alcohol use disorders: a systematic review. *Drug Alcohol Depend.* 2014 Feb 1;135:9-21.
14. Grol R, Grimshaw J: From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet* 2003;362:1225-1230.
15. Garnick, D.W., Lee, M.T., Horgan, C.M., Acevedo, A. 2009. Washington Circle Public Sector Workgroup. Adapting Washington Circle performance measures for public sector substance abuse treatment systems. *J Subst Abuse Treat*, 36, 3, 265-77. doi: 10.1016/j.jsat.2008.06.008. Epub 2008 Aug 21.
16. Hermann, R.C., Mattke, S., Somekh, D., Silfverhielm, H., Goldner, E., Glover, G., Pirkis, J., Mainz, J., and Chan, J.A. 2006. Quality indicators for international benchmarking of mental health care. *Int. J. Qual. Health Care*, September, 31–38 10.1093/intqhc/mzl025
17. Kotter, T., Blozik, E., Scherer, M. 2012. Methods for the guideline-based development of quality indicators—a systematic review. *Implementation science: IS*, 7, 1, 21. Epub 2012/03/23.
18. den Breejen, E.M., Nelen, W.L., Schol, S.F., Kremer, J.A., Hermens, R.P. 2013. Development of guideline-based indicators for patient-centredness in fertility care: what patients add. *Hum Reprod.* 28, 4, 987-96. doi: 10.1093/humrep/det010. Epub 2013 Feb 14.
19. Bekkering GE, Zeeuws D, Lenaerts E, Pas L, Verstuyf G, Matthys F, Aertgeerts B, Matheï C Development and validation of quality indicators on aftercare for patients with AUD: a Delphi study. *Alcohol and Alcoholism*. 2016. Accepted.
20. Mourad SM, Nelen WL, Hermens RP, Bancsi LF, Braat DD, Zielhuis GA, Grol RP, Kremer JA. Variation in subfertility care measured by guideline-based performance indicators. *Hum Reprod.* 2008; 23:2493-500.