

Recherche commissionné par



Processus de consensus sur des normes de qualité minimales et idéales pour la prévention, le traitement et la réduction des risques des problèmes de toxicomanie (COMIQS.BE)

Mieke Autrique

Isabelle Demarest

Ilse Goethals

Jessica De Maeyer

Marc Anseau

Wouter Vanderplasschen



1. Introduction

Durant la dernière décennie, l'accent a été mis sur l'application de pratiques evidence-based à la réduction de la demande de drogues (Miller et al., 2006; Berglund et al., 2003). Cette tendance a été soutenue par un nombre de plus en plus élevé de revues de littérature, de méta-analyses et de lignes de conduite evidence-based qui donnent une vision de "ce qui fonctionne" et de la manière dont les praticiens devraient implémenter les interventions dans leur pratique quotidienne. Alors que la plupart de ces documents fournissent des lignes de conduite claires sur l'efficacité et l'application d'interventions spécifiques, peu de lignes de conduite disponibles en Europe incluent des standards ou des critères génériques minimum pour sauvegarder la qualité générale de l'offre de service. Pourtant, l'implémentation de standards et d'indicateurs de qualité pour le traitement de différents problèmes de santé (p. ex. cancers, maladies cardiovasculaires, troubles psychiatriques) est une question émergente au niveau régional, national et international. En effet, les standards de qualité sont considérés comme un outil important pour améliorer l'efficacité et l'efficacité de l'offre de service.

Vu l'application limitée de normes de qualité dans le domaine de la prévention, du traitement et de la réduction des dommages en matière de drogues en Europe, la Commission Européenne a récemment décidé de lancer une étude sur le développement et l'implémentation de normes de qualité et de références pour des interventions effectives, en tenant compte des besoins de différents acteurs. Finalisée en Décembre 2011, l'étude EQUUS sur des Standards Minimaux de Qualité pour la Réduction de la Demande de Drogues s'est traduite en une liste de plus de 70 standards de qualité. Cette liste de normes a fait l'objet d'un consensus dans un groupe important de praticiens, de fournisseurs de services et de scientifiques en Europe ([Uchtenhagen & Schaub, 2011](#)). Ces normes font références à des aspects structurels, des éléments du processus et des standards de résultat à différents niveaux (intervention, service et système) de la réduction de la demande de drogues. Bien que l'acceptabilité des normes de qualité ne différerait pas beaucoup entre les pays, des différences substantielles sont apparues dans les modes d'utilisation des substances, dans la politique en matière de drogues et dans l'organisation des soins de santé, mais aussi dans l'étendue de l'implémentation des standards de service. En outre, les normes minimales qui ont été identifiés par consensus sont des propositions générales. Elles doivent être spécifiées et opérationnalisées.

Contrairement à d'autres pays européens, le développement de normes pour les services et de lignes de conduite pour la réduction de la demande de drogues en Belgique en est toujours à ses balbutiements. D'après une revue récente des normes et des lignes de conduite par l'OEDT (L'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies, EMCDDA, 2013), seules trois lignes de conduite en matière de traitement avaient été développées en Belgique. Dès lors, puisqu'une liste de normes de qualité est disponible au niveau de l'Union Européenne (UE), puisque l'accent est mis de plus en plus sur la qualité et l'efficacité des services en matière d'abus de substances et puisqu'en Belgique, il y a une absence totale de normes de qualité concernant la réduction de la demande de drogues, les objectifs de l'étude COMIQS.BE sont triples:

1. Etudier les normes de qualité disponibles pour la réduction de la demande de drogues dans l'UE et documenter les éléments critiques et les prérequis pour une implémentation réussie de ces standards, en se basant sur une sélection de bonnes pratiques.
2. Evaluer l'acceptabilité, la priorité et l'implémentation actuelle des normes de qualité EQUUS pour le traitement, la prévention et la réduction des dommages en matière de drogues auprès de différents acteurs et construire un consensus concernant des standards minimaux (adaptés) pouvant être implémentés en Belgique; spécifier et opérationnaliser le consensus sur les standards minimaux.
3. Déterminer des normes idéales possibles pour la prévention, le traitement et la réduction des risques en Belgique.

2. Méthodologie

Pour réaliser les objectifs mentionnés ci-dessus, une étude multiméthode est proposée incluant une revue de la littérature et des méthodes de recherche quantitatives et qualitatives. L'étude consiste en cinq volets. Dans chaque volet, soit une méthode spécifique est appliquée, soit deux méthodes sont combinées.

Pour atteindre le premier objectif, nous nous basons sur l'étude EQUUS déjà mentionnée ([Uchtenhagen & Schaub, 2011](#)) et sur l'étude de l'EMCDDA (L'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies, OEDT) sur [les Standards Européens de Qualité en matière de Prévention des Drogues](#) par Brotherhood, Sumnall et the Prevention Standards Partnership (2011). En outre, une mise à jour de la littérature sur les normes de qualité et/ou sur les lignes de conduite pour la réduction de la demande de drogues et sur une identification des bonnes pratiques était conduite depuis 2010 jusqu'à aujourd'hui. En outre, des visites sur site étaient faites pour certaines de ces bonnes pratiques; les ingrédients critiques et les prérequis pour une implémentation réussie de ces normes étaient étudiés. Un séminaire international avait lieu à Bruxelles pour les partenaires du projet, les membres du comité d'accompagnement et les acteurs concernés. Pendant ce séminaire, des experts internationaux présentaient un état des lieux en matière de normes de qualité dans le domaine de la prévention, du traitement et de la réduction des dommages en matière d'abus de substances.

Pour atteindre le deuxième objectif (construire un consensus), deux volets étaient développés. Une enquête en ligne, présentée comme un questionnaire structuré, était envoyée aux décideurs politiques, aux chercheurs, aux usagers de service et au personnel travaillant dans le domaine de la prévention, du traitement et de la réduction des risques en matière de drogues. Cette enquête évaluait le degré d'acceptation, le niveau et le processus d'implémentation (barrières et facteurs facilitants) ainsi que l'ordre de priorité des normes provenant de l'étude EQUUS et de l'étude de l'EMCDDA (OEDT). Pour chaque norme, les acteurs étaient invités à indiquer s'ils le considéraient comme un standard minimal ou un standard idéal. En fonction du degré de consensus atteint lors de l'enquête, les normes controversés (qui ont obtenu un consensus entre 50 et 80%) étaient discutés. En incluant tous les acteurs concernés, notre objectif était d'établir une compréhension commune du besoin de normes de qualité et du besoin de l'implémentation concrète de ceux-ci dans le domaine de la réduction de la demande de drogues. L'enquête en ligne incluait trois sections séparées : la prévention, le traitement et la réduction des risques. De plus, une distinction était faite entre les normes structurelles, de processus et de résultats aux niveaux de l'intervention, du service et du système. A côté de la classification des standards faisant l'objet d'un consensus, les participants de l'étude avaient l'opportunité de suggérer des normes de qualité additionnels pour la prévention, le traitement ou la réduction des risques en matière de drogues, aux niveaux de l'intervention, du service et du système.

Après avoir analysé les données de l'enquête en ligne, deux séries de focus groupes étaient réalisés. Chaque série comprenait six groupes de 6 à 12 acteurs : deux groupes pour la prévention, deux pour la réduction des dommages et deux pour le traitement, avec à chaque fois un groupe francophone et un autre néerlandophone. Ces six groupes se réunissaient deux fois avec les mêmes acteurs, lors des séries 1 et 2.

Au début de la première série de focus groupes, les résultats de l'étude en ligne étaient rapportés. Les standards controversés (avec un consensus entre 50 et 80%), s'ils existent, étaient d'abord discutés dans les focus groupes pour arriver à un consensus. Les normes qui ont été ajoutés étaient aussi discutés. S'il n'y a pas de normes controversées, les standards minimaux ayant obtenu un consensus pourront directement être spécifiés et opérationnalisés.

Dans la deuxième série de focus groupes, les participants étaient invités à discuter et concrétiser la liste des normes minimale de consensus. La pertinence, l'utilité et la faisabilité des normes seront examinées. Le but final de la recherche était d'arriver à un consensus sur une liste des normes de qualité minimales et idéales et de concrétiser les standards de qualité minimaux.

3. Normes consensuelles COMIQS

Sur la base de la procédure de consensus décrite ci-dessus, nous sommes arrivés à 20 normes de qualité par zone qui ont été acceptées par la grande majorité des répondants (> 80%). Pour le domaine de la «Prévention», un total de 32 normes a été approuvé, dont 28 minimales et 4 normes idéales. En ce qui concerne le domaine «traitement», nous sommes parvenus à un consensus sur 24 normes, dont 21 minimales et 3 idéales. Et pour les domaines de « réduction des risques », les répondants ont accepté un total de 20 normes, dont 17 minimales et 3 idéales

Dans ce qui suit, nous RECENSONS les normes de qualité COMIQS idéales et minimales par domaine à nouveau tel qu'adoptées par les répondants. Elles sont divisées en "normes structurelles", qui se réfèrent essentiellement à un certain nombre de conditions préalables d'organisation et de fond, et en "normes de processus" liées à l'intervention elle-même et la conduite de celle-ci ainsi que les «normes de résultats» se référant à l'obtention de résultats. Un code par norme est énuméré et celui-ci réfère aux normes EQUUS originales (Uchtenhagen & Schaub, 2011). Si ce code ne correspond à aucune des normes EQUUS, la norme doit être reformulée ou complétée. Par souci d'exhaustivité, nous mentionnerons par domaine également les normes rejetées qui illustrent quelles normes (pour les raisons mentionnées ci-dessus) ne sont pas acceptées par les répondants.

3.1. Prévention

PREVENTION : NORMES MINIMALES	
	Normes structurelles des services
P1	Principes éthiques : Adhésion aux principes éthiques : p. ex. le service doit protéger les droits des participants, fournir des services / des interventions qui ont un bénéfice clair pour les participants, ne doit pas fournir de service / d'intervention dont des preuves montrent que cela pourrait nuire aux participants (p. ex. augmentation de l'usage de drogues, stigmatisation des participants).
P2	Politique et législation : Référence à la politique en matière de drogues et à la législation selon ce qui est requis pour la réalisation du service / de l'intervention.
P3	Collaboration de routine avec d'autres organismes : L'organisation collabore avec d'autres organismes et institutions en accord avec la nature multiservice de la prévention en matière de drogues (p. ex. services de santé et sociaux, services de justice criminelle, services éducatifs).
P4	Conditions financières : Une estimation claire et réaliste du coût est fournie ; les sources de financement disponibles sont suffisantes pour couvrir les coûts.
P5	Ressources internes et capacités : Suffisamment disponibles pour l'implémentation (p. ex. ressources humaines, technologiques et financières).
P7	Soutien du personnel : Les membres du personnel sont soutenus dans leur travail de façon adéquate.
	Normes de processus pour des services/ interventions
P8	Standards éthiques : Adhésion aux standards éthiques (p. ex. une intervention n'est menée que si elle répond à un besoin, des procédures sont en place pour assurer le consentement éclairé, la confidentialité, la protection de la sécurité des participants et des membres de l'équipe, l'information sur les drogues et les comportements liés est exacte quand elle est fournie).
P10	Procédures d'évaluation : La culture de la population cible doit être évaluée (1. relation avec l'usage de drogues, 2. relation avec les activités du service / de l'intervention).
P11	Procédures d'évaluation : Les autres caractéristiques pertinentes de la communauté / la population cible / l'environnement doivent être évaluées (p. ex. connaissances, attitudes, comportements à risque, criminalité, situation sociale, disponibilité des drogues).
P12	Procédures d'évaluation : Le degré de disposition de la population cible et de la communauté pour le service / l'intervention doit être évaluée (p. ex. sources d'opposition ou de soutien).
P13	Procédures d'évaluation : La discontinuité dans l'offre actuelle de service doit être évaluée.
P14	Implications des parties prenantes : Toutes les parties prenantes concernées par le service / l'intervention sont impliquées dans son développement et son implémentation selon les besoins (p. ex. population cible, autres organismes).
P15	Durabilité : Stratégie à long terme pour la prévention des drogues ou pour une promotion plus large de la santé (toutes les activités font partie de la stratégie à long terme).
P16	Définition de l'objectif : Les objectifs du service / de l'intervention sont spécifiques, réalistes et éclairés par des procédures d'évaluation (p. ex. quels types d'usage de drogues ou quels comportements sont visés).

P17	Conception du service / de l'intervention : Le service / l'intervention est basé sur une compréhension - scientifiquement soutenue (modèles théoriques) - des comportements liés aux drogues et des changements comportementaux.
P18	Conception du service / de l'intervention : Le service / l'intervention est basé sur des données existantes (il est basé sur les résultats des revues de littérature, sur les données scientifiques de l'efficacité ou sur l'expérience professionnelle quand les revues de littérature ne sont pas disponibles).
P19	Conception du service / de l'intervention : Les services / les interventions sont adaptés aux caractéristiques de l'individu ou de la population (p. ex. langue, activités, messages, timing, nombre de clients).
P20	Conception du service / de l'intervention : Les critères pour la fin de l'intervention sont définis (p. ex. objectifs atteints, nombre requis de sessions atteint, nombre de clients atteint, durée de l'intervention).
P21	Conception du service / de l'intervention : Les activités du service / de l'intervention sont réalisables et cohérentes au niveau interne (p. ex. les activités sont liées aux objectifs, la population cible est choisie conformément à l'évaluation des besoins, la population cible peut être atteinte, l'installation convient à un bon fonctionnement).
P22	Adaptation : Les interventions existantes (p. ex. programmes dont un manuel existe, modèles de service réalisés ailleurs) sont adaptées en tenant compte des différences entre les circonstances originales et actuelles (p. ex. les caractéristiques de la population cible).
P23	La formation et le développement du personnel : Ceux qui délivrent le service / l'intervention (p. ex. membres du personnel, des enseignants, des parents, d'anciens utilisateurs de drogues) ont les compétences requises pour une implémentation réussie.
P27	Implémentation : Le service / l'intervention est réalisé selon le plan du projet et ajusté conformément aux résultats du monitoring.
P29	Evaluation du processus : L'implémentation est documentée et expliquée (des lacunes et déviations du plan original, participation de la population cible, des activités, l'accomplissement des activités, l'utilisation des ressources humaines, financières et matérielles)
P30	Diffusion : Avant et/ou pendant le service / l'intervention, une description du service / de l'intervention est rendue disponible (au moins en partie) pour les groupes concernés (p. ex. les participants).
P31	Diffusion : A la fin du service / de l'intervention, l'information à propos du service / de l'intervention est diffusée dans un format adéquat (p. ex. des sessions d'information sur les données, un rapport pour les organismes subsidants, un retour d'information aux participants).
	Normes de résultat au niveau du système
P33	Objectif de la prévention : Une diminution de l'usage de drogues (la prévention doit viser l'abstinence, le report à plus tard de la consommation de drogue, la réduction de l'usage de drogues et/ou la prévention de la dépendance).
P34	Evaluation : Une évaluation adéquate est conduite comme une partie du service / de l'intervention (p. ex. évaluation des résultats, évaluation du processus).
P35	Evaluation : Le service / l'intervention est poursuivi sur base des constats fournis par le monitoring ou l'évaluation.

PREVENTION : NORMES IDEALES	
	Normes structurelles des services
P6	Composition du personnel : La transdisciplinarité et les qualifications du personnel sont adéquates pour le service (p. ex. type de rôles, nombre de personnes, niveau de formation). Remarque : cet objectif peut être atteint en travaillant en réseau.
	Normes de processus pour des services / interventions
P25	Implémentation: Un plan du projet existe par écrit (p. ex. en incluant les principaux éléments et procédures du service / de l'intervention et une évaluation des risques avec une anticipation des imprévus). Remarque : Ceci concerne les projets et non pas chaque action à l'intérieur du projet.
P28	Evaluation du processus : Une intervention pilote est conduite si nécessaire (p. ex. lors de l'implémentation d'interventions nouvelles ou sérieusement adaptées ou si des programmes sont conçus pour une large diffusion). Les résultats de l'évaluation pilote sont utilisés pour informer et améliorer l'implémentation de l'intervention.
P32	Diffusion : Un rapport final documente les éléments importants des activités de prévention. Remarque : Ceci peut être réalisé dans un rapport d'activité annuel.

PREVENTION : NORMES REJETEES	
	Normes de processus pour des services / interventions
P9	Procédures d'évaluation : Des informations détaillées et diversifiées sur l'usage de drogues dans la communauté / la population cible / l'environnement concerné(e) doivent être récoltées via une étude primaire ou secondaire (p. ex. types d'usage de drogues, taux d'usage de drogues et tendances).
P24	Recrutement : Les participants ou les unités participantes (p. ex. écoles, communautés) proviennent de la population cible définie par le service.
P26	Implémentation : L'implémentation est surveillée et les ajustements nécessaires sont identifiés par le service ou par son pouvoir subsidiant si une convention préalable existe avec le service (p. ex. en passant en revue le résultat préliminaire ou les données du processus, le plan du projet, les ressources).

3.2. Traitement

TRAITEMENT : NORMES MINIMALES	
	Normes structurelles des services
TR1	Accessibilité : Localisation : le service peut être aisément atteint par les transports publics.
TR2	Environnement physique : Un espace adéquat pour les activités dans le service (p. ex. le service a des pièces séparées pour les consultations individuelles).
TR3	Environnement physique : Sécurité: le service est équipé pour les urgences comme p. ex. la gestion sur place des overdoses, des incendies ou des agressions.
TR4	Critères d'indication : Diagnostic : la proposition de la prise en charge est toujours faite sur base d'un diagnostic.
TR5	Formation du personnel : Formation de base p. ex. au moins la moitié de l'équipe a un diplôme en médecine, en travail infirmier, en travail social ou en psychologie.
TR6	Composition du personnel : Transdisciplinarité (p. ex. le service emploie une équipe multidisciplinaire composée d'au moins 3 professions).
	Normes de procesuss au niveau du service et des interventions
TR7	Procédures d'évaluation : L'historique de la consommation de substances, l'historique du diagnostic et du traitement doivent être évalués.
TR8	Procédures d'évaluation : L'état physique et la situation sociale doivent être évalués.
TR9	Procédures d'évaluation : L'état psychiatrique doit être évalué.
TR10	Planning individualisé de traitement: Les plans de traitement sont ajustés individuellement aux besoins du patient.
TR11	Consentement éclairé : Les patients doivent recevoir une information sur les options disponibles du traitement et être d'accord avec le régime ou le plan ou le changement de plan proposé avant de commencer le traitement.
TR12	Dossiers écrits du client : Les résultats des évaluations, le plan d'intervention, les interventions, les changements attendus et inattendus sont documentés complètement et mis à jour pour chaque patient dans un dossier patient.
TR13	Confidentialité des données des clients : Les dossiers des patients sont confidentiels et exclusivement accessibles au personnel impliqué dans le traitement ou le régime du patient.
TR14	Collaboration de routine avec d'autres organismes : Si un service n'est pas équipé pour gérer tous les besoins d'un certain patient, un autre service adéquat est disponible pour une réorientation.
TR15	Formation continue du personnel: L'équipe est régulièrement mise au courant des nouvelles connaissances pertinentes dans son champ d'action.
	Normes de résultat au niveau du système
TR16	Objectif : Stabilisation/amélioration de la santé : le traitement doit viser l'amélioration ou la stabilisation de la santé.
TR17	Objectif : Stabilisation/intégration sociale : le traitement doit viser l'amélioration de la stabilisation ou de l'intégration sociale.

TR18	Objectif : réduction de la consommation de substances : Le traitement doit viser la réduction de l'usage de substance des patients p. ex. le traitement doit aider le client/patient à réduire l'usage de substance ou à s'abstenir des substances illégales ou des substances psychotropes non prescrits.
TR19	Monitoring de l'utilisation : Les services doivent rapporter régulièrement le nombre de prises en charge ou le taux de d'occupation des lits.
TR19ter	Monitoring du suivi : le service s'interroge sur l'évolution de chaque patient et détermine la suite à donner ou non. Remarque : Les intervenants s'interrogent sur l'évolution de leurs patients. Cette évolution est ou doit être discutée en équipe. Celle-ci décide de ce qu'il faut faire ou non.
TR21	Evaluation interne : Les services doivent régulièrement réaliser une évaluation interne de leurs activités et de leurs résultats.

TRAITEMENT : NORMES IDEALES	
	Normes de résultat au niveau du système
TR19bis	Monitoring de l'utilisation : Les services s'engagent à informer le réseau des services de la disponibilité de la prise en charge ou des changements dans celle-ci.
TR20	Monitoring des arrêts: Le service s'interroge sur les arrêts / interruptions de suivi
TR22	Evaluation externe : Les services doivent régulièrement permettre une évaluation de leurs activités et de leurs résultats par un évaluateur externe indépendant.

TRAITEMENT : NORMES REJETEES	
	Normes de résultat au niveau du système
TR23	Rapport coût-efficacité : Des résultats positifs, comme p. ex. le nombre de patients abstinents en relation avec les coûts du traitement.
TR24	Rapport coût-bénéfice : Des bénéfices tangibles, comme p. ex. les années supplémentaires d'espérance de vie en relation avec les coûts du traitement.

3.3. Réduction des risques

REDUCTION DES RISQUES : NORMES MINIMALES	
	Normes structurelles d'interventions
HR1	Accessibilité : Localisation et heures d'ouverture : les services doivent rencontrer les besoins de leurs clients; les coûts ne devraient jamais être un obstacle à un service.
HR2	Qualification de l'équipe : Qualification minimale : l'équipe doit être qualifiée et la qualification de l'équipe doit être rendue transparente, p. ex. parmi les quatre pairs formés impliqués dans le service, deux ont un diplôme de travailleur social et deux autres en nursing.
HR3	Composition du personnel : Multidisciplinarité (p. ex. il y a une équipe multidisciplinaire qui est composée d'au moins trois associations professionnelles)
	Normes de processus d'interventions
HR4	Critères d'indication : Limites d'âge : 1. Les services doivent être adaptés à l'âge et l'équipe doit être entraînée pour rencontrer de façon adéquate les besoins liées à l'âge des clients ; 2. Des personnes de tout âge doivent pouvoir faire appel aux services de réduction des risques.
HR6	Procédures d'évaluation : Evaluation du comportement à risque : le comportement à risque du client/patient est évalué.
HR7	Procédures d'évaluation : Evaluation complète des besoins et de la hiérarchisation, p.ex. 1. Réduction des risques de l'usage des substances intraveineux et, 2. Limitation des aiguilles utilisées aux espaces publics ...
HR9	Consentement éclairé : Les clients/patients doivent recevoir des informations sur les options disponibles du service et accepter le régime ou plan proposé avant de commencer une intervention. Les interventions ne doivent pas être basées sur un consentement éclairé écrit, mais plutôt sur une information transparente à propos de toutes les offres d'un service.
HR10	Confidentialité des données des clients : les dossiers du client/patient sont confidentiels et accessibles exclusivement au personnel impliqué dans l'intervention ou le régime du client/patient.
HR12	Planning individualisé de traitement : Le régime de l'intervention et les plans de l'intervention, si d'application, sont ajustés individuellement aux besoins du client/patient.
	Normes de résultat au niveau du système
HR13	Collaboration de routine avec d'autres organismes : Quand un service n'est pas équipé pour traiter tous les besoins d'un certain client/patient, un autre service adéquat est disponible pour une réorientation.
HR14	Formation continue du personnel : Le personnel est régulièrement mis au courant des nouvelles connaissances pertinentes dans leur champ d'action.
HR16	Objectif : Réduction des comportements à risque : Réduction des injections à risque, de l'usage de drogues risqué et des rapports sexuels non protégés.
HR17	Objectif : Réorientations : les services de traitement doivent être préparés à réorienter un client/patient vers d'autres services de santé/social/de traitement/légal si nécessaire et accepté.

HR19	Monitoring de l'utilisation : Les services doivent rapporter périodiquement le nombre de prises en charge
HR20	Evaluation interne : Les services doivent régulièrement réaliser une évaluation interne de leurs activités et résultats
HR21	Evaluation externe : Les services doivent régulièrement permettre une évaluation de leurs activités et de leurs résultats par un évaluateur externe indépendant
HR25	Participation des usagers : Les actions de réduction des risques doivent favoriser la participation des usagers.

REDUCTION DE RISQUES: NORMES REJETEES	
	Normes de résultat au niveau du système
HR5	Critères d'indication : Diagnostic : L'indication du traitement est toujours faite sur la base d'un diagnostic ou, si ce n'est pas possible, d'une évaluation détaillée de l'usage actuel de substances.
HR22	Rapport coût-efficacité : Résultats positifs comme p.ex. le nombre de patients abstinents en relation avec les coûts du service.
HR23	Rapport coût bénéfice : Bénéfices tangibles comme p.ex. les années d'espérance de vie accrue en relation avec le coût du service.

4. Conclusions et recommandations

Il ressort du questionnaire COMIQS sur le taux d'application, la faisabilité et l'acceptabilité des normes européennes de qualité pour la prévention, le traitement et la réduction des risques des problèmes de toxicomanie (Uchtenhagen & Schaub, 2011; Brotherhood & Sumnall, 2013) que les normes de prévention - et dans une moindre mesure, les normes de réduction des risques - connaissent un taux d'application généralement faible, contrairement aux normes de traitement : seulement 13 des 34 normes de prévention sont appliquées dans 75% des organisations interrogées, alors que 19 normes de traitement sur 24 sont appliquées dans les trois quarts des centres de secours.

Le niveau d'application pour la réduction des risques se retrouve entre les deux avec 14 sur 23 normes qui sont utilisées dans 75% des établissements participants avec une activité de réduction des risques. Les répondants accordent généralement une haute priorité aux normes appliquées, mais sont plutôt sceptiques quant à la faisabilité de normes pas (encore) appliquées en raison d'une variété de raisons pratiques et de fond. Des recherches antérieures ont également démontré que - sans obligation ni contrainte - les normes de qualité connaissent un taux d'application plutôt faible (Schaub, Uchtenhagen & the EQUUS Expert Group, 2013), ce qui fut aussi souligné lors nos visites de travail à Berne et à Prague (Miovsky, 2015; Stamm, 2015).

Après une première étude complète du secteur de la *prévention* (n = 74), un total de 20 des 35 normes de prévention (57%) ont été acceptées comme une norme minimale de qualité. Les normes controversées (qui ont été acceptées par <80% des participants à l'enquête en ligne) s'expliquaient en partie par les aspects structurels et de processus tels que la composition de l'équipe et l'évaluation des besoins de prévention (par exemple, l'usage de drogues, les comportements à risque, cultures secondaires spécifiques) qui, en raison de la petite taille et des ressources limitées de certaines organisations ne sont pas considérés comme réalisables. D'autre part les normes controversées restent liées aux aspects de la mise en œuvre et de l'évaluation, comme les suites d'une programmation et du fait de documenter, mesurer et rendre compte des résultats obtenus (voir annexe 1).

Pendant les groupes de discussion, les normes de prévention controversées et les normes éventuellement modifiées/nuancées ont été discutées et précisées par un groupe restreint de répondants néerlandophones et francophones. En raison de la barrière des langues des groupes de discussion avec des experts néerlandophones et francophones, ceux-ci ont avancé individuellement, et les deux groupes de discussion sont parfois arrivés à des décisions différentes. Cependant, l'équipe de recherche a donné un feedback des résultats entre les deux groupes de discussion et, dans certains cas, des normes reformulées ont été soumises ensuite aux autres répondants par e-mail.

Ce processus de consensus a assuré l'adoption d'un total de 32 normes, dont 28 minimales et 4 normes idéales. La plupart de ces normes sont liées à des aspects de processus tels que l'évaluation des besoins en matière de prévention, le développement d'une gamme de prévention et sa mise en œuvre. Trois normes considérées comme minimales au niveau européen (Uchtenhagen & Schaub, 2011), et qui sont des composantes essentielles du cycle de prévention de la toxicomanie (Needs assessment – Delivery and monitoring; cf. Brotherhood & Sumnall, 2011), ont été rejetées par les experts flamands et francophones dans les groupes de discussion. Il porte sur la nécessité d'un examen préalable de la consommation de substances de l'auditoire cible, le recrutement d'une cible prédéterminée et le suivi des résultats de l'intervention. La désapprobation de ces normes a des raisons pratiques (manque de ressources pour faire usage de substances dans l'identification et le suivi des résultats), entre autres la volonté de ne pas définir ou contraindre la population cible a priori. Cependant, les expériences étrangères (par exemple, dans le projet «Three Cities» en Suède) démontrent l'importance de la mise en œuvre progressive et l'évaluation des activités de prévention (Eriksson, 2015).

Un processus de consensus similaire a été exécuté en ce qui concerne les *normes de traitement*. Sur la base de l'enquête en ligne des 84 organisations, 17 des 24 normes de qualités furent directement acceptées comme normes minimales. Les normes controversées étaient liées à la nécessité d'évaluer l'état mental, les objectifs du traitement (dans ce cas la réduction de consommation), le suivi du traitement, la redondance ainsi que l'évaluation interne des activités et des résultats. Les normes EQUUS pour évaluer l'efficacité des coûts et la nécessité d'une analyse coûts-avantages ont été rejetées lors de l'enquête en ligne par les répondants. Pendant les groupes de discussion ultérieurs, ils sont parvenus à un consensus sur les normes les plus controversées, sous réserve de certains ajustements et des ajouts. Finalement, 24 normes ont été acceptées, dont 21 minimales et 3 comme normes idéales. Les normes rejetées sur la rentabilité et l'analyse des coûts et avantages ont été fortement discutées : on indiquait d'un côté le fait que cette mission ne pouvait se réaliser seule et d'un autre côté qu'il n'existe pas de consensus sur de bons indicateurs pour mesurer l'efficacité du traitement de la toxicomanie. Les indicateurs connexes qui sont mis en avant dans les normes EQUUS (p. ex. abstinence) furent considérés «à sens unique» et «pas possible dans certains contextes". En outre certains répondants mettaient en garde au cours des groupes de discussion, quant à l'impact potentiellement néfaste de l'introduction de normes sur la rentabilité, impliquant que des clients difficilement traitables ou voulant éviter les soins seraient menacés de tomber entre les mailles du filet de l'aide proposée (Bryssinck, Vandeveldel & Vanderplasschen, 2015). Nonobstant ces adversités, il convient que le secteur des soins en toxicomanie participe à l'élaboration d'indicateurs de qualité, étant donné que le secteur sera inévitablement requis pour leur application par le gouvernement, le temps venu. La participation [des patients et des professionnels flamands \(VIP²\)](#) au projet de définition des indicateurs permet de donner une voix aux structures flamandes quant à la prévention et au soin en toxicomanie et contribue à la formulation des indicateurs possiblement applicables à ce secteur spécialisé et au sein de la santé mentale en général.

Le processus de consensus sur les normes EQUUS dans le domaine de la *réduction des risques* a conduit à moins de décisions consensuelles. Après le sondage en ligne, auquel 36 organisations différentes ont participé, seulement 11 des 23 normes (47,8%) ont été acceptées comme normes de qualité minimale. L'absence de consensus sur ces normes - comme dans les normes de prévention - étaient attribuées en grande partie à la grande hétérogénéité au sein du groupe de répondants, comprenant des représentants de diverses initiatives de réduction des risques (par exemple, l'échange de seringues, les programmes de réduction des risques en festif) (Schaub, Uchtenhagen & the EQUUS Expert Group, 2013). Il est frappant de constater que les normes controversées dans ce domaine de la réduction des risques sont semblables à celles dans les domaines de «prévention» et «traitement», en particulier l'effectif, la procédure d'évaluation, le classement et le suivi des résultats et de l'analyse coûts-avantages. Les normes sur la rentabilité et les objectifs de l'intervention (dans ce cas, la réduction de consommation) avaient déjà été rejetés au cours de l'enquête en ligne par les répondants. Pendant les groupes de discussion, les normes controversées étaient plus différenciées et personnalisées, permettant qu'un consensus puisse être atteint sur la plupart des normes. Finalement, nous sommes parvenus à un consensus sur les 20 normes, dont 17 minimales et 3 idéales, mais il y a trois normes de résultats qui ont été rejetées. Comme dans les groupes de discussion sur la «manipulation», les résultats des normes sur «la rentabilité» et «l'analyse coûts-avantages» ont été rejetées par les participants en raison du fait qu'elles n'indiquent pas la main-d'œuvre et les ressources nécessaires pour le faire par eux-mêmes, et l'argument selon lequel les effets / avantages atteints en termes de réduction des risques ne peuvent pas être définis sans ambiguïté. La norme qu'une intervention doit toujours être fondée sur un diagnostic (HR8) a finalement été rejetée en raison du faible seuil d'initiatives de réduction des risques, car le diagnostic détaillé et complet est souvent ni possible ni souhaitable. Le terme «diagnostic» fait également partie d'un discours médico-psychiatrique spécifique (Bryssinck et al., 2015; Saleebey, 2006), cette expertise n'étant pas forcément disponible dans la plupart des initiatives de réduction des risques.

Les résultats de l'étude COMIQS.BE indiquent d'un côté un large consensus en ce qui concerne les

normes européennes minimales de qualité pour la prévention de la drogue, le traitement et la réduction des risques (Uchtenhagen & Schaub, 2011). D'un autre côté, l'acceptation de "seulement" 70-83% des normes minimales ayant été approuvées par des centaines d'experts européens dans l'étude EQUUS pose de nombreuses questions. Pour le domaine de «la prévention», 80% des normes EQUUS (28/35) ont été reconnues par les répondants belges comme des normes minimales ; pour le domaine «traitement», c'était de 83% (20/24) et le pourcentage pour « réduction des risques » était de 70% (16/23). La plupart des autres normes ont été acceptées comme «idéal» ou de « normes à poursuivre » alors qu'il y avait deux ou trois normes par domaine qui ont été fermement rejetées.

La procédure de consensus utilisée, et en particulier les débats des groupes de discussion, nous ont permis de comprendre les raisons pour lesquelles le consensus reste relativement limité. Tout d'abord, les normes EQUUS sont formulées avec des termes très génériques, qui ne sont pas aussi reconnaissables ou applicables pour tous les répondants. Par ailleurs, l'addition de certains items (par exemple la consommation réduite ou l'abstinence comme but final d'une intervention) ou l'utilisation de termes spécifiques (comme diagnostic, évaluation, multidisciplinaire) appellent à la résistance vu que cela ne convenait pas à la philosophie de fonctionnement de certaines organisations. Ensuite, la composition hétérogène des groupes de discussion, illustrant les diverses méthodes de prévention et de soins du paysage belge, a fait que certaines normes furent jugés infaisables dans leurs services ou organisations, compte tenu de leurs points de vue spécifiques ou de leurs petites tailles. Par rapport à l'étude EQUUS, nous avons étendu le groupe cible pour l'alcool ainsi que les drogues. Cela conduit, d'une part, à un échantillon plus diversifié - et donc à un consensus plus large -, mais d'autre part à la reconnaissance et l'applicabilité de certaines normes et des exemples les accompagnants pouvant avoir un impact négatif, vu que cela traitera essentiellement de l'usage (illégal) de drogues. Enfin, un réflexe protectionniste jouait un rôle à ne pas sous-estimer durant la procédure de consensus : le rejet et l'affaiblissement des normes relatives aux résultats de l'évaluation de l'efficacité (des coûts) en témoignent. Des réactions similaires ont conduit à ce que des normes de résultats ne font toujours pas partie [des normes QuaThéDA en Suisse](#), et ne seront ajoutées que dans une étape ultérieure (Stamm, 2015). La Belgique devra, dans un futur proche, elle aussi déterminer - de préférence en étroite collaboration avec le secteur – comment et quelles normes de résultats réalisables et mesurables pour le traitement et la prévention de la toxicomanie sont à mettre en avant, tout comme cela est déjà en cours pour des secteurs adjacents tels que la santé mentale (VIP²) et la protection de la jeunesse (PROSE) en Flandres (Vyt, 2006). L'expérience du développement d'un système de qualité à l'étranger et dans d'autres secteurs, permet de préciser que la procédure de consensus doit être considérée comme un «travail en cours», où l'étude de COMIQS.BE n'est pas une finalité, mais plutôt un point de départ pour la construction d'une politique de qualité.

Parallèlement à l'étude COMIQS, une tentative a eu lieu – sous l'impulsion de la présidence italienne de l'Union Européenne (juillet - décembre 2014) – pour opérationnaliser davantage les normes EQUUS dans le cadre du “EU Action Plan on Drugs 2013-2016” contenant une action spécifique sur les “minimum quality standards in drug demand reduction in the European Union”. À cette fin, les décideurs et les experts de différents États membres ont été consultés. Cela a finalement résulté le 14 Septembre 2015 en l'adoption par le Conseil européen d'une liste de 16 normes : 4 en termes de prévention, 4 dans le domaine de la réduction des risques et 8 en ce qui concerne le traitement et la réadaptation (Council, 2015). Cette liste limitée des “EU minimum quality standards in drug demand reduction” est un compromis et concerne un regroupement et une réduction sévère de la liste initiale des normes EQUUS (Doms, 2014). Pour illustrer cela, nous mentionnons ici deux de ces normes :

- *“Those developing prevention interventions have competencies and expertise on prevention principles, theories and practice, and are trained and/or specialised professionals who have the support of public institutions (education, health and social services) or work for accredited or recognised institutions or NGOs.” (Standard 2 Prevention);*
- *“Appropriate evidence-based treatment is tailored to the characteristics and needs of service users and is respectful of the individual’s dignity, responsibility and preparedness to change”*

(Standard 11 Treatment and Rehabilitation).

Bien que ces normes ne sont pas contraignantes pour les États membres, ils soulignent l'importance que l'UE attache à un traitement et une prévention pour la toxicomanie fondés sur des preuves, ainsi qu'à la poursuite de la professionnalisation de ces pratiques. Ceux-ci – après de longues discussions et des compressions considérables – ont accepté d'illustrer que le développement des normes est un processus délicat exigeant du temps et que toutes les parties prenantes doivent être impliquées (Schaub, Uchtenhagen & the EQUS Expert Group, 2013; Stamm, 2015). La poursuite de la mise en œuvre et l'opérationnalisation de ces normes est de la responsabilité des États membres et des services de prévention et d'urgence concernés.

4.1. Recommandations relatives à l'élaboration des normes de qualité

La procédure de consensus décrite ci-dessus et l'étude des pratiques inspirantes nationales et à l'étranger ont pu nous éclairer sur un certain nombre d'obstacles importants et de facteurs facilitants présents et nous ont conduits à des lignes directrices claires pour le développement et la mise en œuvre de normes de qualité.

Tout d'abord, il est important d'avoir au niveau national (un nombre limité) de normes communes et partagées, établissant ainsi des normes de qualité identiques sur le même territoire. Les expériences de QuaThéDA en Suisse nous ont appris que l'on peut de cette façon créer des attentes claires et un langage commun dans un État fédéré dans le domaine de la toxicomanie, avec l'espace nécessaire pour des nuances et des accents qui varient entre les régions et les États (Stamm, 2015). Il est nécessaire de démarrer d'une vision commune et des objectifs communs, ce qui permet que tous les participants aient une vision claire sur l'objectif d'élaborer des normes de qualité. Certains objectifs (par exemple l'amélioration de la qualité, la transparence et de responsabilisation dans la gestion des deniers publics) peuvent en effet entrer en collision avec les principes (par exemple la liberté thérapeutique du prestataire de soins de santé) ou les objectifs (par exemple, l'efficacité, la participation et l'implication des consommateurs) d'autres parties prenantes. Bien que les objectifs de l'étude COMIQS.BE étaient claires, ce fut moins le cas avec les intentions des acteurs politiques concernés aux niveaux fédéral et communautaires, ce qui peut expliquer en partie l'attitude suspecte et plus protectionniste de certains répondants. Cependant, il a été précisé au début de l'étude que celle-ci faisait partie d'un processus bottom-up dans lequel le secteur pourrait être entendu et pourrait définir des normes de qualité en développant la politique.

Une recommandation connexe concerne l'utilisation d'un langage commun (Brotherhood & Sumnall, 2013; OFSP, 2012; Eriksson, 2015), ce qui est entravé en Belgique par les diverses langues nationales et par le bilinguisme limité de nombreux répondants. Pour éviter les problèmes de langue autant que possible et en fonction de la compréhension optimale de la signification des normes, nous avons opté pour le fait d'obtenir des réponses et de discuter avec chaque participant dans leur langue maternelle. Au cours de l'enquête, nous avons fait usage parallèle du néerlandais et du français, ce qui signifiait aussi que les documents ont été traduits et retraduits respectivement en néerlandais et en français. Ce ne fut pas seulement chronophage mais cela a aussi créé des vitesses légèrement différentes pour que nous arrivions à la conclusion qu'il existe des différences claires dans le processus de consensus entre les parties néerlandophone et francophone. Celles-ci sont dues en partie à des différences culturelles, mais compte tenu de l'approche nous n'avons pas été en mesure de rassembler physiquement des répondants néerlandophones et francophones ensemble. Les constatations et suggestions des deux groupes ont bien été présentées à chacun afin qu'ils puissent s'entraider dans leurs recherches. Il est clair que la procédure de consensus aurait conduit à un résultat différent si elle avait opté pour des groupes de discussion mixtes (bilingues). Les feedback du groupe de l'autre langue ont cependant assuré que le consensus le plus large possible ait été atteint concernant les normes communes de qualité pour le traitement et la prévention de la toxicomanie en Belgique, en tenant compte des différences linguistiques et culturelles qui ont sans aucun doute influencé ce processus. Et le faire fonctionner séparément pour les deux groupes linguistiques a permis de clarifier les sensibilités spécifiques dans ce domaine pour les décideurs politiques au

niveau des communautés et des régions (voir annexe 1-3).

Bien que de nombreuses normes de qualité génériques à penser concernent la santé (mentale), des *normes de qualité spécifiques* sont requises pour des formes plus spécialisées de prévention et d'assistance. En ce sens, ces normes consensuelles sont probablement juste un tremplin vers des normes plus spécifiques, par exemple les soins ambulatoires et résidentiels, le suivi, etc. (Miovsky, 2015; Stamm, 2015). Il convient de faire la distinction entre les différentes activités dans le continuum des soins (dans les cas de prévention, du traitement, de la réduction des risques), compte tenu des grandes différences en termes d'organisation, d'objectifs et d'interventions. Pour accroître la participation et la reconnaissance aux normes, la différenciation est bien effectuée par type d'établissement (OFSP, 2012). Le dialogue nécessaire entre les différents domaines et les types de services ne devrait cependant pas être négligé afin qu'ils continuent à utiliser des normes similaires et peuvent apprendre les uns des autres (Stamm, 2015).

Bien que la prévention nécessite une expertise différente et connaît un cycle de développement et de mise en oeuvre spécifique (Brotherhood & Sumnall, 2011), il est recommandé que les normes de prévention soient construites d'une manière similaire et classées comme des normes de traitement et de normes dans le domaine de la réduction des risques (Miovsky, 2015). En plus de celles étant structurelles, les normes de processus et de résultats servent à clarifier à la fois les normes au niveau de l'individu et le service ou l'installation au niveau du système (Dom, 2015). Les normes consensuelles COMIQS.BE s'y conforment: un consensus clair fut trouvé pour la majorité des normes situées au niveau structurel et de processus. Cela suggère qu'il y a beaucoup de volonté du domaine pour appliquer ces normes même si elles sont actuellement déjà appliquées. Les normes relatives à l'évaluation et les résultats se sont avérés être beaucoup plus difficiles parce que les répondants craignent que ces normes soient utilisées ou détournées pour réduire les coûts et fermer ou amincir les services. Un certain nombre de normes ont donc été mises en avant comme normes idéales mais cela a provoqué beaucoup de questionnements de la part des répondants. Quelle est l'utilité de poursuivre une norme qu'on ne peut pas remplir pour le moment ? Là encore se pose la question de savoir si les autorités subsidiaires ne veulent pas seulement la meilleure qualité possible de services et si en fin de compte les centres ne veulent pas la même chose ? On considère que la chance est grande que des normes idéales deviendront obligatoires au bout d'un moment. Dans l'approche de l'amélioration de qualité comme processus où les taux varient entre les établissements eux-mêmes (Vyt, 2006), les normes idéales sont sans aucun doute utiles car elles ont mis un calendrier pour l'avenir et qu'elles permettent de se différencier.

La spécification détaillée des normes en fonction du type d'intervention (par exemple des programmes de prévention universels et spécifiques; le traitement par sevrage ou de substitution) et du niveau de l'intervention (client, organisation/service, système de soin) est une étape suivante importante qui peut être réalisée par un projet-pilote au sein duquel les concrétisations et développements réalisés à l'étranger et qui font office de directives 'evidence based' ne seraient pas omises. Le couplage ou la traduction de normes COMIQS en indicateurs mesurables semblent une prochaine étape importante, comme démontré par les pratiques inspirantes nationales et à l'étranger. Un cadre doit notamment être recherché dans le projet VIP² qui désire développer des indicateurs de qualité génériques (et plus spécifiques) pour le soin de la santé mentale (Van den Broeck, 2016).

Il ressort des projets pratiques visités – entre autres à Berne et Stockholm – qu'une confusion sur *la terminologie, les définitions et les formulations* peuvent être des obstacles majeurs au développement de normes de qualité. Des concepts similaires ont dans d'autres contextes une interprétation parfois différente, et les termes peuvent être différents pour le même concept. Il est donc crucial d'expliquer ce que certains termes signifient et de viser à créer un glossaire dès le début. Cette recommandation vaut en particulier pour l'élaboration de normes largement applicables au niveau national ou international : par exemple, le concept de 'evidence-based' obtient différentes interprétations. Si les normes de qualité sont traduites à partir d'une autre langue, il est nécessaire de nommer un traducteur professionnel familier avec le jargon spécifique du secteur. Dans le deuxième

cas, un groupe de référence est nécessaire pour évaluer le langage, le ton et la difficulté des normes établies et pour les optimiser. Comme indiqué précédemment, nous nous heurtons à certaines barrières linguistiques dans le projet COMIQS.BE. Les normes EQUUS furent traduites de l'anglais vers le français et le néerlandais (et retraduits), mais il était très difficile d'apporter les nuances linguistiques des normes d'origines dans celles ayant été traduites, aussi bien en français qu'en néerlandais. Ainsi, le terme 'treatment' couvre un champ beaucoup plus large en anglais qu'en français (traitement). Pendant les groupes de discussions, certains débats ont parfois surgi sur certains termes ou formulations. Nous les avons "résolus" en donnant une interprétation supplémentaire sous la forme de commentaire sur la norme. Cette option fut utilisée en particulier dans les groupes de discussion 'traitement' et 'réduction des risques'. Il est fortement recommandé de faire un glossaire contenant une interprétation des concepts principaux et potentiellement confus afin de propager les normes consensuelles de COMIQS.BE et d'en avoir une interprétation univoque.

Un processus de développement bottom-up est le plus approprié pour atteindre les normes de qualité à base élargie. Par exemple, les normes existantes (étrangères ou d'autres secteurs) peuvent être adaptées (comme dans l'étude de COMIQS.BE) ou formulées sur la base de l'expérience pratique de nouvelles normes (voir le développement en République tchèque et en Suisse). L'utilisation d'un modèle participatif rend l'élaboration de normes de qualité fastidieuse, mais il assure ainsi qu'une large base légitime ces normes et qu'elles soient en conformité avec la pratique existante (Stamm, 2015; Miovisky, 2015). L'approche bottom-up a été testée positivement à la fois par des chercheurs et des praticiens dans l'étude de COMIQS.BE et a conduit à un consensus atteint après une période de 12 à 18 mois. Celui-ci repose sur un total de 32 normes pour la prévention, 24 pour le traitement et 20 normes pour la réduction des risques. Si il y a une volonté d'élargir le consensus vers des normes de résultat et des indicateurs mesurables afin de pouvoir évaluer la qualité des offres d'aide et de prévention, alors une recherche en follow-up est conseillée. La méthode bottom-up est donc préférable à une approche top-down afin de contrôler ce processus et établir des lignes directrices et des échéances claires. En outre, le gouvernement peut fournir les «incitations» nécessaires pour encourager la participation et l'implication des structures (Stamm, 2015).

Outre *la participation de tous les acteurs concernés* (tels que les utilisateurs de soins de santé, les praticiens, les décideurs et les universitaires), il est crucial de tenir compte des attentes différentes et des agendas des différentes parties prenantes ainsi que des différences culturelles entre les secteurs et les structures (par exemple, les établissements psychiatriques et les centres conventionnés par l'INAMI) et entre les acteurs néerlandophones et francophones. En outre, la composition de l'équipe multidisciplinaire en soins en toxicomanie entraîne l'implication de différents groupes professionnels dans le développement des normes de qualité afin d'assurer que leur formulation soit bien générique et que cela indique ce que la norme est, ou devrait être pour une intervention particulière (Schaub & Uchtenhagen, 2013). Les normes de qualité devraient être élaborées par analogie avec les codes professionnels existants, déjà que les fournisseurs privés et les experts sont de plus en plus actifs dans le domaine des addictions et de la prévention, sans être couverts par un code d'éthique spécifique. Le placement des soins dans des établissements médicaux nous offre à ce propos de nouveaux défis pour qu'il soit clair, même pour les nouveaux acteurs du 'marché', où bénéficier d'un traitement et d'une prévention des problématiques en toxicomanie. Dans ce cas, bénéficier d'une expérience ou se fonder sur un «modèle» ne suffit pas. Les normes de qualité doivent contribuer à la professionnalisation du secteur et veiller à ce qu'il n'y ait pas de place pour des non-professionnels qui pourraient développer leurs affaires comme «thérapeutes» sans contrôle (De Block, 2016) ou effectuer des interventions non basées sur la science (par exemple, prévention de la toxicomanie par la Scientologie en République tchèque (Miovisky, 2015)).

Pendant le processus de consensus COMIQS, nous avons essayé d'avoir l'avis des représentants de différentes organisations, disciplines et secteurs à travers la Flandre, Bruxelles et la Wallonie. En fin de compte, seulement un nombre limité d'entre eux étaient représentés dans les groupes de discussion, mais nous avons pris en compte la voix de tous les répondants afin que les résultats de cette recherche puissent être considérés comme un ensemble de normes de qualité pour lesquels

une large base de soutien existe en Belgique.

4.2. Recommandations relatives à la mise en œuvre des normes de qualité

Les recommandations antérieures étaient relatives à l'élaboration de normes mais, sur base de nos recherches ainsi que des bonnes pratiques nationales et internationales, des recommandations spécifiques peuvent être formulés pour la mise en œuvre de normes de qualité.

Une *structure solide et cohérente* pour la prévention, le traitement et la réduction des risques est une condition importante pour la mise en oeuvre des normes de qualité. En l'absence d'une politique claire ainsi que d'un système de financement et d'enregistrement commun, diverses normes et attentes peuvent apparaître chez différentes parties prenantes, selon le type d'installation/activité ou de la région. Un bon accord entre ces normes de qualité avec les politiques prioritaires ainsi qu'un dialogue avec les personnes directement impliquées facilite le processus de mise en oeuvre (OFPC, 2012), ce qui crée une préoccupation majeure dans le contexte belge, compte tenu de la fragmentation des responsabilités en matière de soin en toxicomanie.

Donc, la communication et la formation se réfèrent au processus d'application pratique des normes de qualité. Puisque de grandes quantités d'informations et de matériaux sont produits dans les processus de mise en oeuvre (Brotherhood & Sumnall, 2011), le temps manque souvent aux praticiens pour tout analyser soigneusement. L'utilisation d'un "mini guide" (une sorte de guide de référence), dans lequel toutes les informations nécessaires concernant les normes seraient affichées de façon concise et claire, est une valeur ajoutée importante et est également recommandé dans le cadre de la mise en œuvre de normes de qualité dans notre pays. Il est aussi important d'impliquer *des plateformes et des fédérations* dans le processus de mise en oeuvre, vu qu'elles jouent un rôle important non seulement dans la diffusion et la promotion des normes, mais également dans la mise en oeuvre effective et son suivi. Les associations plateformes dans le domaine de la prévention et le traitement lié à l'alcool et aux drogues – comme Eurotox, FEDITO et VAD – sont évidemment concernées mais cela vaut également pour d'autres organisations représentant les fabricants et les groupes d'intérêt du secteur (par exemple, associations de services, groupes de patients, associations professionnelles).

Il est nécessaire d'assurer *la formation et la supervision* pour que tout soit clair pour les associations et leurs employés de comment les normes de qualité peuvent être concrétisées et mises en œuvre dans la pratique. De plus, il sera nécessaire d'encadrer et de soutenir les structures individuellement en fonction de la mise en oeuvre de ces normes. Il va sans dire qu'il faut prendre en compte le niveau de qualité dans les établissements et que différentes vitesses compteront (Schaub, Uchtenhagen & the EQUUS Expert Group, 2013). Les services peuvent servir de modèle les uns pour les autres. La formation et la supervision sont alors surtout concentrées sur les normes reconnues qui sont actuellement appliquées dans une mesure limitée et sur l'élaboration des normes de résultats acceptables pour le secteur dans son ensemble. Le questionnaire en ligne a déjà montré quelles normes sont déjà largement utilisées et quels domaines ont besoin de soutien et d'interprétation supplémentaire.

Lorsque les normes de qualité sont considérées comme des lignes directrices plus génériques que la prévention, le traitement et la réduction des risques doivent respecter, les indicateurs fournissent une définition plus détaillée, concrète et mesurable de la qualité des soins (Vyt, 2006). C'est dans les systèmes de santé mentale plus larges qu'on a commencé, dans le cadre du projet VIP², à formuler 7 indicateurs, divisés en 4 quadrants, pour mesurer la qualité des soins de santé mentale (Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid, 2016). Ce procédé, dans lequel les indicateurs sont déterminés au niveau de la Flandre pour l'ensemble du secteur, diffère de la méthodologie de QuaThéDA par lequel les installations individuelles se convertissent aux normes de qualité en indicateurs mesurables (Stamm, 2015). L'avantage de cette dernière méthode est que l'approche bottom-up reste fidèle et les structures travaillent à élaborer et à promouvoir des indicateurs de qualité en fonction de leur situation et de leur fonctionnement spécifique. D'autre part, l'élaboration d'indicateurs spécifiques au

niveau de l'établissement peut se faire au détriment de l'analyse comparative avec d'autres installations. Des indicateurs largement légitimés augmentent la motivation pour ceux-ci à y travailler et à utiliser des outils de mesure communs. Dans cette perspective, on peut sans doute s'inspirer des développements liés au Routine Outcome Monitoring aux Pays-Bas, où l'on distingue les catégories de résultats suivantes: 1) utilisation de substances, 2) signes et symptômes, 3) fonctionnement quotidien et 4) qualité de vie (Derks, Buwalda & De Weerd, 2016). Comme déjà souligné plus haut, l'objectif d'indicateurs limités doit être clair : est-ce un outil interne afin d'améliorer la qualité du soin, ou/et un instrument d'évaluation pour l'autorité ?

Il est évident que le contrôle *de la qualité* des indicateurs proposés est important. Cela peut être réalisé via un système d'audits internes et externes comme en témoignent les bonnes pratiques en République tchèque et en Suisse (Miovsky, 2015; Stamm, 2015). En fonction du contrôle de qualité externe, les critères et les procédures doivent être formulés de façon très claire et transparente, et tous les conflits d'intérêt doivent être évités (Stamm, 2015). Un organe de contrôle indépendant, telles l'inspection des soins, offre les meilleures garanties à notre pays mais doit répondre à son tour à certaines exigences de qualité. Ainsi, le processus de certification décrite ci-dessus donne lieu à un label de qualité utilisable dans le monde extérieur comme une preuve de qualité de soins. L'accréditation des programmes de soins trouve progressivement son entrée dans notre pays vu les structures flamandes éligibles pour agrément par le programme d'accréditation internationale NIAZ-Qmentum de l'[Institut Néerlandais d'accréditation en soins de santé \(NIAZ\)](#). Les programmes de 'traitement' pour les toxicomanes des Frères Alexiens à Tirlemont est récemment devenu le premier établissement belge à offrir ce label de renom et à l'avenir d'autres installations pour toxicomanes suivront sans aucun doute cet exemple.

Il ressort des expériences à l'étranger que la mise en œuvre des normes de qualité contribue à professionnaliser et structurer les services de prévention et de soins, conduisant à plus de communication et d'échange d'informations à l'intérieur et entre les établissements, à favoriser le processus d'évaluation et les résultats et à fournir un cadre clair pour le personnel et le nouveau personnel, en particulier (Stamm, 2015). La transparence des soins, la responsabilité de l'utilisation des ressources et, surtout, la garantie et l'amélioration de la qualité des soins sont d'autres avantages indéniables associés à l'introduction d'un système de normes de qualité. L'importance d'une mise en œuvre graduelle et progressive ne peut pas être assez souligné. Le gouvernement devrait fournir les incitations et le soutien nécessaire pour aider les institutions à surmonter leurs frilosité et en même temps, et permettre de créer un certain nombre de 'projets pilotes' où ces normes de qualité peuvent être mises en pratique de façon plus approfondie et être évaluées efficacement avant que cela puisse être appliqué sur une plus grande échelle. Le développement de la qualité prend du temps et il est important de ne pas sauter d'étape !

4.3. Limites de l'étude

L'étude de COMIQS avait pour but de parvenir à un consensus dans un temps relativement court sur un certain nombre de normes minimales de qualité pour la prévention, le traitement et la réduction des risques dans le domaine de la toxicomanie, afin de continuer la construction de deux études européennes antérieures dans ce domaine (Uchtenhagen & Schaub, 2011; Brotherhood & Sumnall, 2013). Bien que nous atteignons un grand nombre de répondants avec cette enquête et que nous ayons combiné différentes méthodes de recherche (triangulation), l'étude appliquée a connu un certain nombre de limitations évidentes.

Tout d'abord, l'échantillon de l'enquête est dans une certaine mesure faussé, étant donné que le nombre de répondants en Wallonie et à Bruxelles a été relativement plus faible qu'en Flandre. L'échantillon de l'enquête en ligne comptait environ deux tiers de répondants flamands, ce qui fait une (légère) sur-représentation des installations flamandes. Compte tenu de l'échantillon limité nous n'avons pas la possibilité d'étudier les différences dans les schémas de réponse entre les répondants

des différentes régions du pays. Pendant les groupes de discussion, on visait à un nombre égal de néerlandophones et de francophones pour les répondants par domaine (prévention, traitement, de réduction des risques). Ainsi, un poids relativement plus élevé a été donné à la voix des répondants de langue française. Les groupes de discussion n'avaient - contrairement à l'enquête en ligne - pas l'intention de recruter un échantillon représentatif, mais de saisir la variété des réponses d'un groupe diversifié impliqué dans la prévention, le traitement et la réduction des risques liés à toxicomanie. Le fait que nous construisons par domaine, un seul groupe de discussion en Flandre et un seul pour la partie de langue française (Wallonie et Bruxelles) du pays est une limitation, mais pour des raisons pratiques, la mise en place ne permettait pas de créer plus d'un groupe de discussion par région linguistique.

Une deuxième limite de l'étude est que beaucoup de poids a été donné à l'opinion et au jugement des répondants des groupes de discussion, vu que - sur la base de l'évaluation initiale des normes par les participants à l'enquête en ligne - ils ont décidé d'accepter ou de rejeter les normes. Bien qu'en consultation avec les organisations de tutelle, qui ont été très sélectives dans la conception de l'échantillon et des experts sélectionnés dans les domaines de la prévention, du traitement et de la réduction des risques, une vingtaine des personnes décidait finalement de l'acceptation/du rejet des normes. Les groupes de discussion se sont réunis deux fois et ils ont présenté leurs conclusions par norme.

Troisièmement, nous utilisons, tout comme dans l'étude EQUUS (Uchtenhagen & Schaub, 2011), la limite arbitraire de 80% de consensus comme valeur cut-off dans cette analyse. En termes concrets, cela a eu pour conséquence que la norme qui avait été acceptée par 75-79% des répondants pouvait encore être rejeté par les groupes de discussion. La limite de 80% est un seuil assez haut qui, d'une certaine manière, indique que les normes acceptées (> 80% d'acceptation) sont supportés par l'ensemble du secteur. Bien qu'une valeur cut-off doit être utilisée pour faire la distinction entre les normes «acceptables», «controversées» et «rejetés», avec le recul, il a été convenu d'aborder les normes controversées plus du point de vue dimensionnel. Dès lors, les normes ayant eu 78% de consensus étaient considérées comme autant controversées que celles acceptées à 55% par les répondants.

Quatrièmement, nous avons cherché aux différentes étapes de l'enquête d'avoir une bonne représentation de toutes les parties prenantes, mais nous nous soucions particulièrement du fait que les consommateurs et leurs proches sont restés relativement sous-représentés dans ce processus. Dans un groupe de discussion, des représentants de clients ont participé, tout comme certains consommateurs pour l'enquête en ligne, mais cela a été très limité, il est conseillé d'impliquer les utilisateurs de services et leurs proches d'une manière plus structurelle à l'avenir pour le développement de normes de qualité. Nous pensons ici aux groupes d'intérêt des usagers de drogues, groupes de patients et les associations de parents. La représentation des universitaires et des décideurs politiques à l'étude a également été plutôt limitée, ce qui montre que ces normes consensuelles doivent être surtout vues comme un avis de révision des normes de qualité par les praticiens et les gestionnaires au niveau des installations.

Enfin, nous constatons que la formulation de certaines normes de qualité pourrait être améliorée. Nous avons continué la méthodologie et les normes proposées en les traduisant littéralement, mais il semble approprié de les réviser à l'avenir. Par exemple, en termes de terminologie il n'y a pas une utilisation cohérente des termes «client» et «patient». Ces deux termes sont désormais - comme dans les normes originale de EQUUS - utilisés à même escient. Une limitation plus substantielle concerne le fait que les normes sont plutôt convaincantes et formulées en termes de "devoir", tandis qu'une formulation plus positive est probablement souhaitable pour que les normes ne soient pas considérés comme quelque chose de négatif ou d'obligatoire, mais plutôt comme un exemple et un indicateur de bons soins. Les normes du consensus COMIQS devraient donc être considérées comme une première étape vers des normes de qualité pour le traitement et la prévention de la toxicomanie, mais doivent encore être affinées et cristallisées à l'avenir au niveau des (types d') installations.

Références

- Agentschap Zorg en Gezondheid (2016b). *Kwaliteitsindicatoren voor de geestelijke gezondheidszorg*. Teruggevonden op: <http://www.zorg-en-gezondheid.be/kwaliteitsindicatoren-voor-de-geestelijke-gezondheidszorg> (17-3-2016)
- Agentschap Zorg en Gezondheid (2016a). *Kwaliteitsindicatoren voor algemene ziekenhuizen*. Teruggevonden op: <http://www.zorg-en-gezondheid.be/kwaliteitsindicatoren-voor-algemene-ziekenhuizen> (17-3-2016)
- Autrique, M., Vanderplasschen, W. & Sabbe, B. (2008). Evidence-based werken in de verslavingszorg: geen evidentie!? *Tijdschrift Verslaving*, 4(2), 3-18.
- Autrique, M., Vanderplasschen, W., Pham, T.H., Broekaert, E. & Sabbe, B. (2007). *Evidence-based werken in de verslavingszorg: een stand van zaken / Les pratiques 'evidence-based' dans l'aide aux toxicomanes: un état des lieux*. Gent: Academia Press.
- Berglund, M., Thelander, S., & Jonsson, E. (2003). *Treating Alcohol and Drug Abuse: An Evidence-based Review*. Weinheim: Wiley-VCH.
- Brotherhood, A. & Sumnall, H.R. (2013). *European drug prevention quality standards: a quick guide*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Brotherhood, A., Sumnall, H.R. & the Prevention Standards Partnership (2011). *European drug prevention quality standards: A manual for prevention professionals* (EMCDDA Manuals No 7). Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Bryssinck, D., Vandeveld, S. & Vanderplasschen, W. (2015). De ondersteuning van personen met een dubbele diagnose (psychose en drugproblemen) in Villa Voortman, een ontmoetingsplaats in de stad. In: C. Wittouck, K. Audenaert & F. Vander Laenen (Red.), *Handboek Forensische Gedragwetenschappen*. Antwerpen: Maklu, pp.303-329.
- Charvat, M., Jurystova, L. & Miovsky, M. (2012) Four-level Model of Qualifications for the Practitioners of the Primary Prevention of Risk Behaviour in the School System. *Adiktologie*, 12(3), 190-211.
- Council of the European Union (2015). *Council conclusions on the implementation of the EU Action Plan on Drugs 2013-2016 regarding minimum quality standards in drug demand reduction in the European Union* (Document 11985/15). Brussels: Council of the European Union.
- De Block, M. (2016). *Wet op geestelijke gezondheidszorgberoepen* (persbericht 6-2-2016). Brussel: Kabinet Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid.
- Derks, E., de Weert-van Oene, G.H. & Buwalda, V. (2016). Responsiviteit van de MATE-ICN in de verslavingszorg: een eerste verkenning. *Tijdschrift Verslaving* (ingestuurd ter publicatie).
- Dom, G. (2015). *Introductie: Vlaams Indicatoren Project GGZ* (Presentatie op de studiedag 'Kwaliteitsindicatoren in de geestelijke gezondheidszorg', 2 oktober 2015). Brussel: Agentschap Zorg en Gezondheid.
- Doms, K. (2014). *Commentaires Minimum quality standards*. Persoonlijke communicatie, 17-12-2014.
- EMCDDA (2013). *Standards and guidelines*. Teruggevonden op: <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/guidelines> (25-11-2013)
- Eriksson, A. (2015). Three Cities Project : Implementatie van preventiestandaarden in Zweden. Persoonlijke communicatie, 1-6-2015.
- Folkhälsomyndigheten (2015). *Snabbguide för drogöföbyggande arbete* (Quick guide for drug prevention work). Stockholm: Folkhälsomyndigheten.
- InfoDrog (2015). *QuaTheDA – die Qualitätsnorm des BAG*. Teruggevonden op: <http://www.infodrog.ch/quatheda.html> (27-11-2015)
- Miller, W.R., Sorensen, J.L., Selzer, J.A. & Brigham, J.M. (2006). Disseminating evidence-based practices in substance abuse treatment: a review with suggestions. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31(2), 5-39.

- Miosvsky, M. (2015). Ontwikkeling en implementatie van kwaliteitsindicatoren in Tsjechië. Persoonlijke communicatie, 7-6-2015.
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) (2012). *La Référentiel modulaire QuaThéDA: La norme qualité pour le domaine des dépendances, de la prévention et de la promotion de la santé* (révision juillet 2012). Berne: Confédération suisse, Département Fédéral de l'Intérieur (DFI), Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP).
- Pavlas Martanova, V. (2012) Development of the standards and the certification process in primary prevention – an evaluation study. *Adiktologie*, 12(3), 174-189.
- Saleebey, D. (2006). *The Strengths perspective in social work practice*. Boston: Pearson Education.
- Schaub, M.P., Uchtenhagen, A. & the EQUUS Expert Group (2013). Building a European Consensus on Minimum Quality Standards for Drug Treatment, Rehabilitation and Harm Reduction. *European Addiction Research*, 19, 314-324.
- Stamm, R. (2015). Ontwikkeling en implementatie van kwaliteitsindicatoren in Zwitserland. Persoonlijke communicatie, 22-5-2015.
- Uchtenhagen, A. & Schaub, M. (2011). *Minimum Quality Standards in Drug Demand Reduction EQUUS : Final Report*. Zurich : Zurich University, Research Institute for Public Health and Addiction.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2012). *TREATNET: Quality Standards for Drug Dependence Treatment and Care Services*. New York: United Nations.
- The European Prevention Standards Partnership (2015). *EDPQS Prevention Position Paper: Defining "drug prevention" and "quality"*. Liverpool: Centre for Public Health.
- Van den Broeck, K. (2015). *Kwaliteitsindicatoren in de GGZ: concrete werkwijze* (Presentatie op de studiedag 'Kwaliteitsindicatoren in de geestelijke gezondheidszorg', 2 oktober 2015). Brussel: Agentschap Zorg en Gezondheid.
- van den Broeck, K. (2016). *Kwaliteitsindicatoren in de geestelijke gezondheidszorg*. Persoonlijke communicatie, 3-3-2016.
- Vander Laenen, F. & Vanderplasschen, W. (2016). Samenwerking justitie en hulpverlening. In: J. Dangreau et al., *Wet & Duiding: Drugwetgeving*. Gent: Larcier.
- Vlaams Patiëntenplatform (2015). *Kwaliteit van zorg*. Teruggevonden op : http://www.vlaamspatiëntenplatform.be/themas/kwaliteit-van-zorg#Kwaliteitsindicatoren_AZ (8-3-2016)
- Vyt, A. (2006). *Werken aan kwaliteit in de bijzondere jeugdbijstand*. Antwerpen : Garant.