

SERVICES DU PREMIER MINISTRE

SERVICES FEDERAUX DES AFFAIRES SCIENTIFIQUES,
TECHNIQUES ET CULTURELLES (S.S.T.C.)

ÉVALUATION DES MAISONS D'ACCUEIL SOCIO-SANITAIRE POUR USAGERS DE DROGUES

Rapport de synthèse global

Coordinateur: Pr. I. Pelc (ULB)

Promoteurs: Pr. B. De Ruyver (UG) - Pr. J. Casselman (KUL) - Pr. A. Noirfalise (ULg) –
Pr. C. Macquet (ULg)

Chercheurs: G. Bosman (KVMW Gent) - F. Bullens (UG) - L. From (ULB) - K. Meuwissen (KUL)
Nicaise (ULB) - F. Vander Laenen (UG) - O. Warland (ULg)

Université Libre de Bruxelles
Faculté de Médecine
Laboratoire de Psychologie Médicale, d'Alcoologie et
de Toxicomanie
CHU Brugmann - Institut de Psychiatrie

Katholieke Universiteit Leuven
Faculteit Rechtsgeleerdheid, Afdeling Criminologie
Onderzoekscentrum Gerechtelijke Geestelijke
Gezondheidszorg

Universiteit Gent
Vakgroep Strafrecht en Criminologie
Onderzoeksgroep Drugbeleid, Strafrechtelijk beleid en
Internationale Criminaliteit

Université de Liège
Cellule Drogues
(Service de Sociologie du Contrôle Social -
Laboratoire de Toxicologie et de Bromatologie)

Juillet 2001

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION

I. DISPOSITIF GENERAL DE LA RECHERCHE

1. LES MISSIONS DE LA RECHERCHE

2. QUELQUES REMARQUES PRELIMINAIRES

2.1. Définition des notions “évaluation du processus et des effets”

2.2. Double mandat de la recherche

2.3. But de la recherche : optimisation du type de travail

2.4. Méthodologie générale : recherche participative / recherche-action

2.5. Pierre d’achoppement concernant les données personnelles relatives aux patients des MASS : convention avec les MASS

2.6. Absence d’une culture de l’évaluation

3. RECOMMANDATIONS

II. VOLET A : ETUDE PILOTE ET DE FAISABILITE

1. INVENTAIRE DES DONNEES DISPONIBLES ET MANQUANTES

1.1. Données disponibles

1.2. Données manquantes

2. METHODOLOGIE

2.1. Générale: recherche participative / recherche-action

2.1.1. *Introduction*

2.1.2. *Statut problématique de l'évaluation*

2.1.3. *Principes généraux de la recherche-action*

2.2. Spécifique: questions de la recherche et choix des méthodes

3. COMBINAISON DE METHODE QUANTITATIVES ET QUALITATIVES

4. DIVERS GROUPES DE TRAVAIL, DIVERSES APPROCHES

5. RECOMMANDATIONS

III. VOLET B : EPIDEMIOLOGIE DE L'USAGE DE DROGUES ET DESCRIPTION DE L'OFFRE D'ASSISTANCE

1. INVENTAIRE DE DONNEES ET DE RECHERCHES EXISTANTES

1.1. Nature et dimensions de l'usage problématique de drogues

1.2. Dimensions et répartition de l'offre d'assistance

2. USAGE (PROBLEMATIQUE) DE DROGUES : MANQUE DE DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES UTILISABLES

3. L'OFFRE D'ASSISTANCE

3.1. Absence d'inventaire complet

3.2. Imprécisions des fonctions de soins existantes

4. APPORTS DE LA RECHERCHE-ACTION ACTUELLE

5. RECOMMANDATIONS

IV. VOLET C : EVALUATION DU PROCESSUS ET DES EFFETS DU PROJET MASS

1. DESCRIPTION GENERALE DES MASS

1.1. Introduction

1.2. Données chiffrées provenant des MASS

Capacité de facturation

Semaines de prestation valorisables

Nombre de patients

Profil des patients des MASS

2. ANALYSE CRITIQUE DU MANDAT DE RECHERCHE

3. FINANCEMENT

4. ÉVALUATION DU PROCESSUS

4.1. Le bas-seuil dans le travail des MASS

4.1.1. *Le bas-seuil dans l'espace*

4.1.2. *Le bas-seuil dans la prise de contact*

4.1.3. *Le bas-seuil dans le temps*

4.1.4. *Le bas-seuil dans l'accompagnement*

4.2. Le réseau local

4.2.1. *L'offre d'assistance existante dans le domaine des drogues*

4.2.2. *Les organes de concertation et initiatives de coordination*

4.2.3. *La participation des MASS au réseau local*

5. ÉVALUATION DES EFFETS

5.1. Au niveau des patients

5.1.1. Les patients disposent d'un nouveau point de référence sur le plan de l'offre d'aide

5.1.2. Le temps comme facteur limitant de l'accompagnement dans les MASS

5.2. Au niveau du réseau

5.2.1. La mise en place d'antennes

5.2.2. Certains groupes cibles ne sont pas atteints de façon satisfaisante

5.2.3. Un nouveau flux de patients est apparu

5.2.4. Une nouvelle dynamique s'est établie au niveau local

6. FACTEURS D'ENVIRONNEMENT INFLUENÇANT LE TRAVAIL DES MASS

6.1. Diverses approches : importance des facteurs d'environnement

6.2. Facteurs déterminant les différences d'approches selon les MASS

V. APERÇU DES RECOMMANDATIONS

- **Recommandation 1 : Mise en place d'une culture de l'évaluation**
- **Recommandation 2 : Développement de critères d'évaluation**
- **Recommandation 3 : Combinaison de méthodes quantitatives et qualitatives**
- **Recommandation 4 : Standardisation dans l'enregistrement**
- **Recommandation 5 : Nécessité d'une recherche poussée sur les besoins**
- **Recommandation 6 : Révisions des conditions financières et administratives**
- **Recommandation 7 : Clarifications des objectifs et des attentes**
- **Recommandation 8 : Clarifications de l'offre d'aide en matière de drogues**
- **Recommandation 9 : Mise en place d'une structure de coordination bien définie**
- **Recommandation 10 : Critères et instruments d'évaluation spécifiques à la patientèle des MASS**
- **Recommandation 11 : Extension au moyen de la mise en place d'antennes**
- **Recommandation 12 : Recherche portant sur les groupes cibles non atteint**
- **Recommandation 13 : Flexibilité structurée**

VI. BIBLIOGRAPHIE

Introduction

C'est l'une des premières fois, en Belgique, et dans le domaine des drogues et des toxicomanies, que 4 centres universitaires ayant des domaines d'expertises complémentaires (juridiques, en organisation des soins, clinique, médico-sociale et sur les pratiques de terrain, ...) ont eu l'occasion de confronter ces expertises au contact du terrain, en l'occurrence les Maisons d'Accueil Socio-Sanitaire pour usagers de drogues (MASS). Ces institutions, d'un genre nouveau, implantées dans des contextes locaux spécifiques, ont dû tenir compte de conditions fort diversifiées auxquelles s'adapter et s'intégrer dans un réseau d'accueil et de soins déjà existant. La recherche fait donc le constat de cette complexité, difficile à gérer, et débouche sur des concepts et recommandations essentiels.

Le présent document constitue le rapport final du projet de recherche « Evaluation des Maisons d'Accueil Socio-Sanitaire pour usagers de drogues (MASS) ». La recherche, commanditée par les Services Fédéraux des affaires Scientifiques, Techniques et Culturelles (SSTC), a été réalisée par un consortium de 4 universités. L'Université Libre de Bruxelles (ULB)¹ a évalué les MASS de Mons et Charleroi; l'Universiteit van Gent (UG)² a évalué les MASS de Gent et d'Oostende; l'Université de Liège (ULg)³ a évalué la MASS de Liège et la Katholieke Universiteit van Leuven (KUL)⁴ a évalué les MASS d'Antwerpen et de Genk/Limburg. Le Professeur I. Pelc (U.L.B.) a coordonné l'ensemble des travaux. La recherche s'est étalée du 1er avril 1999 au 31 mars 2001.

Après un chapitre introductif portant sur le dispositif général de la recherche, ce rapport se subdivise en 3 volets, reprenant précisément les diverses missions de la recherche telles que définies dans le "cahier de charges" de la recherche, c'est-à-dire : un premier volet d'Etude Pilote et de Faisabilité, un deuxième d'Epidémiologie et un troisième volet d'Evaluation du processus et des effets.

Ce rapport contient les résultats, conclusions et recommandations de la recherche. Les recommandations sont proposées directement dans le texte et numérotées. Elles sont rappelées en fin de rapport, selon la même numérotation.

Les chercheurs souhaitent attirer l'attention du lecteur sur le fait que le présent document constitue un rapport général ne contenant que des résultats sur le projet global MASS, sans précisions aucune sur l'une ou l'autre zone de recherche et/ou MASS spécifique. Pour obtenir des informations plus détaillées sur les zones de recherches ou MASS distinctes, nous le renvoyons aux rapports locaux réalisés par chaque équipe de recherche.

Les chercheurs veulent également avertir le lecteur sur le fait que la formulation de généralités rend souvent difficile l'expression satisfaisante des nuances. Un certain nombre de conclusions, sont davantage applicables à telle MASS plutôt qu'à une autre. Le lecteur, en cours de lecture, doit toujours être conscient de l'existence de différences locales importantes qui, dans un rapport général tel que celui-ci, n'ont pas toujours pu être exprimées.^{5, 6}

¹ Promoteur Pr. I. Pelc. Chercheurs : L. From & P. Nicaise

² Promoteur Pr. B. De Ruyver Chercheurs : G. Bosman & F. Bullens Assistente: F. Vander Laenen

³ Promoteurs C. Macquet et Prof. A. Noirfalise. Chercheur : O. Warland

⁴ Promoteur Prof. J. Casselman. Chercheuse : K. Meuwissen

⁵ Pelc I. ; Les assuétudes : définitions – concepts, in Pelc I. (Ed.), *Les assuétudes, Abus et états de dépendance, alcool, tabac, médicaments, drogues*, Ed. de l'ULB, Bruxelles, 1983.

⁶ Pelc I. ; Les drogues en Belgique – Situation actuelle et perspectives, Lecture à l'Académie Royale de Médecine, in *Bulletin et mémoires de l'Académie Royale de Médecine de Bruxelles*, 144, Bruxelles, 1989, pp.580-588

I. DISPOSITIF GENERAL DE LA RECHERCHE

Cette première partie rappelle les **missions de la recherche**, telles qu'elles ont été définies dans le contrat de recherche. La suite est consacrée à quelques **remarques préliminaires** concernant le dispositif général de l'étude d'évaluation. Pour finir, des **recommandations** sont formulées ; elles portent sur la présente recherche.

1. LES MISSIONS DE LA RECHERCHE

Les tâches spécifiques du projet sont réparties en 3 parties⁷ :

- Volet Etude pilote et de faisabilité (A.)
- Volet Epidémiologie de la problématique des toxicomanies et de l'offre d'assistance (B.)
- Volet Evaluation du processus et des effets des MASS (C.)

Le "cahier de charges" de la recherche spécifie les volets de la manière suivante :

A. Etude pilote et de faisabilité

A.1. – *Inventaire des données disponibles et accessibles à propos du fonctionnement des MASS et à propos des bénéficiaires de leurs services*

- Inventaire des données manquantes qui aurait du pouvoir être produites par la recherche.

A.2. *Dans un deuxième temps, et compte tenu des résultats de cette première démarche (A1), on procèdera aux décisions à prendre en ce qui concerne le choix des outils méthodologiques.*

B. Epidémiologie de l'usage problématique de drogues et de l'offre d'assistance.

B1. *Évaluation de la zone géographique d'influence des MASS et délimitation des territoires des enquêtes épidémiologiques*

B2. *Évaluation des aspects quantitatifs et qualitatifs du phénomène de la consommation de drogues dans les ZIG retenues et, en particulier, en ce qui concerne les consommateurs à problèmes et les toxicomanes marginalisés.*

B3. *Analyse de l'offre d'assistance dans les ZIG retenues et étude des possibilités de coopération fonctionnelle entre ces services*

B4. *Évaluation du fonctionnement interne des MASS et de leurs capacités à intervenir dans les circuits de soins respectifs.*

C. Analyse processuelle des MASS et de leurs effets, tant sur les bénéficiaires des services que sur les réseaux régionaux des interventions

C.1. *Analyse processuelle: Analyse détaillée et stratégique de la participation des MASS aux circuits de soins locaux*

C.2. *Évaluation des effets: Analyse détaillée des effets des services offerts par les MASS sur les bénéficiaires*

C.3. *Évaluation des effets: Analyse des effets des activités des MASS sur le circuit de soins.*

⁷ cf. "cahier de charges" de la recherche.

2. QUELQUES REMARQUES PRELIMINAIRES

2.1. Définition des notions d' "évaluation du processus et des effets"

Au commencement de cette recherche, les notions d'évaluation du processus et des effets ont été définies au niveau théorique comme suit :

Par **évaluation du processus**, on se réfère à : l'évaluation du fonctionnement interne des MASS et l'évaluation de leur participation aux réseaux locaux d'assistance, évaluation qui doit répondre à la question de savoir si l'implémentation du *Projet MASS* s'est faite de manière adéquate et intégrée.

L'**évaluation des effets** porte, d'une part, sur les effets au niveau des patients et, d'autre part, au niveau de l'offre d'assistance.

En ce qui concerne l'évaluation des effets au niveau des **patients**, il s'agit de l'analyse des effets produits par les traitements prodigués par les MASS sur les patients, donc une première mesure des changements produits chez le patient, et ensuite la mise en évidence de liens entre ces changements et les traitements.

En ce qui concerne l'évaluation de l'offre d'assistance en termes de **réseaux**, il s'agit d'analyser les effets de l'activité des MASS sur la constitution de circuits de soins au sein de l'offre d'assistance.

Ces définitions sont théoriques, au sens où, en cours de recherche, le niveau de faisabilité pratique de ces évaluations est apparu selon des degrés divers. C'est le cas pour les effets objectifs⁸ sur les patients définis ci-dessus: leur évaluation n'a pu être réalisée malgré l'existence d'un instrument limité qui peut mesurer des changements chez les patients existe (tel le questionnaire ASI). Les chercheurs n'ont pas été en mesure d'utiliser un tel instrument du fait que seule une minorité des MASS avait pour habitude d'y recourir et qui, de plus, ne l'appliquait pas systématiquement⁹.

De manière plus générale, mesurer des effets, constitue un phénomène complexe dans lequel tous les facteurs doivent pouvoir être contrôlés, dans leur validité ainsi que dans leurs interactions réciproques. Un phénomène d'amélioration en santé mentale, a fortiori en toxicomanie, se produit dans la durée. Par ailleurs, le domaine de la « représentation sociale » de la toxicomanie est en évolution constante (ex. : amorce de la dépénalisation du cannabis, ...) et de ce fait, les attendus d'une « évolution positive » sont interprétés variablement au cours du temps, dans le chef des thérapeutes et des usagers.

Néanmoins, des changements ont pu être évalués dans cette recherche au moyen d'autres méthodologies diverses (Focus Groups, échelles de satisfaction de l'utilisateur, modification des habitudes de consommation, ...).

⁸ Une "évaluation subjective des effets" a bien pu être réalisée au moyen d'interviews des patients et de Focus Groups. Quand on demande aux patients dans quelle mesure ils ont trouvé une aide à la résolution de leurs problèmes dans les programmes proposés, il s'agit alors d'une "proxy outcome measure". Une évaluation positive de la part du patient ne représente pas en soi une preuve de l'efficacité d'une politique / d'un traitement. Voir : OMS, UNDCP, EMCDDA, *Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder Treatment, Client Satisfaction Evaluations*, Workbook 6, s.l., 1998, p. 3.

⁹ Cf. aussi infra (VOLET A: Etude Pilote et de faisabilité).

2.2. Double mandat de la recherche

En se référant aux tâches telles que définies ci-dessus, la recherche-évaluation se caractérise par un double mandat : l'évaluation du **fonctionnement interne** des MASS d'abord, leur évaluation au sein des **réseaux** ensuite.

2.3. But de la recherche : optimisation du type de travail

Le *Programme d'Action Toxicomanie-Drogue* en 10 points du Gouvernement Fédéral¹⁰ ainsi que le *Groupe de travail chargé d'étudier la problématique de la drogue* du Parlement¹¹ ont indiqué très clairement la nécessité d'une offre d'assistance "à bas seuil" du type réalisé actuellement par les MASS. Aussi l'intention de la présente recherche est-elle de permettre une **optimisation**¹² de la fonction des MASS dans le cadre d'une stratégie politique globale de l'offre d'assistance aux usagers de drogues. Dans la mesure où les MASS sont capables de participer aux réseaux d'offre d'assistance aux usagers de drogues existants, l'optimisation du travail des MASS en tant que partie du réseau local d'offre d'assistance, constitue un objectif complémentaire¹³. C'est sur cette base que l'évaluation s'est orientée et que les conclusions ont été formulées.

2.4. Méthodologie générale: recherche participative / recherche-action

Au moment où la recherche-évaluation a débuté, les MASS avaient une période d'activité allant de 1 à 2 ans, organisant leur travail selon les modalités définies par les Conventions INAMI. C'est une période relativement brève pour une évaluation. La recherche-évaluation a dès lors été envisagée comme une **recherche participative**, une **recherche-action**: une étroite collaboration entre MASS et équipes universitaires de recherche a permis de mettre à jour les facteurs de réussite et les difficultés intervenant dans les structures actuelles et le travail des MASS. Les autres acteurs (parmi lesquels les usagers-mêmes) confrontés à la problématique des drogues ont également été impliqués dans la recherche. La recherche-évaluation a ainsi stimulé l'auto réflexion parmi les MASS, la discussion entre institutions, mais aussi entre le secteur d'intervention et les usagers de drogues. Dans la mesure où la communication entre chercheurs et MASS a conduit à l'action, entreprises par les MASS et/ou par d'autres acteurs du réseau en rapport avec le groupe cible, on peut parler d'une **recherche orientée vers l'action**¹⁴

¹⁰ *Programme d'Action Toxicomanie-Drogue*, Cabinet du Premier Ministre, Bruxelles, 2 février 1995

¹¹ Chambre des Représentants de Belgique ; *Rapport fait au nom du groupe de travail chargé d'étudier la problématique de la drogue*, SO 1996-1997, doc. 1062/3, Bruxelles, 5 juin 1997

¹² "cahier de charges" de la recherche, spécifications techniques, 1.

¹³ "cahier de charges" de la recherche, spécifications techniques, 1.

¹⁴ Voir également, ci-dessous dans ce rapport, les aspects méthodologique (Volet A: Etude pilote et de faisabilité).

2.5. Pierre d'achoppement concernant les données personnelles relatives aux patients des MASS : convention avec les MASS

Dès le volet "Etude Pilote et de Faisabilité", une concertation étroite avec les MASS a pu être établie. Des difficultés en termes de confidentialité ont dès lors pu surgir, qui demandaient une recherche de solution. De sorte qu'une attention particulière a été consacrée au secret professionnel et à la protection des données des patients. En vue de permettre l'accès ou la création de données, il a été nécessaire de tenir compte de ce domaine sensible. Ceci s'est concrétisé dans une **convention** conclue entre équipes de recherche et MASS respectives, convention ayant pour objet la protection du secret professionnel et des données personnelles.

2.6. Absence d'une culture de l'évaluation

À la lumière du Plan d'Action Antidrogue de l'Union Européenne (2000-2004), qui met l'accent sur l'importance des évaluations pour parvenir à une meilleure approche de la problématique des drogues, on peut constater, en Belgique, un impact important lié à **l'absence d'une culture de l'évaluation**.

Ainsi, une conclusion de la recherche-évaluation des MASS concerne le statut de cette évaluation elle-même : alors qu'une évaluation a souvent une signification administrative et porte sur la gestion des moyens alloués, la recherche-évaluation des MASS a voulu profiter du caractère expérimental du dispositif pour introduire des démarches d'**évaluation scientifique** des structures de soins en matière de drogues et des processus de prise en charge en la matière.

3. RECOMMANDATIONS

• Recommandation 1 : Mise en place d'une culture de l'évaluation

Il est souhaitable que cette démarche soit prolongée dans d'autres protocoles de recherche-évaluation à caractère scientifique dans le domaine des drogues et des toxicomanies. D'une façon plus générale, une **culture de l'évaluation** régulière doit pouvoir s'installer de façon systématique dans ce domaine, pour mieux maîtriser, comme cité plus haut, les évolutions sur de longues périodes de temps.

• Recommandation 2 : Développement de critères d'évaluation

Il sera nécessaire, à l'avenir, d'accorder également de l'importance à la formulation de **critères d'évaluation univoques** selon lesquels des évaluations de l'offre d'assistances en matière de drogues pourront être réalisées.

II. VOLET A: ETUDE PILOTE ET DE FAISABILITE

La deuxième partie de ce rapport traite du volet d'Etude Pilote et de Faisabilité, première démarche de recherche entreprise. Elle a consisté en un inventaire des **données** disponibles et manquantes, suivi d'une sélection des **méthodes de recherche** adéquates, et enfin, la formulation de **recommandations** concernant à la méthodologie.

1. INVENTAIRE DES DONNEES DISPONIBLES ET MANQUANTES

Les trois premiers mois de la recherche ont été consacrés à une reconnaissance du terrain par les chercheurs, en ce qui concerne les données existantes relatives aux MASS ainsi qu'en ce qui concerne l'épidémiologie de l'usage problématique de drogues. Nous présentons ici un aperçu des données disponibles et manquantes. Il faut y distinguer les données manquantes qui pouvaient être créées par la recherche de celles qui ne le pouvaient pas.

1.1. Données disponibles

- En ce qui concerne le *Projet MASS*, le *Programme d'Action Toxicomanie-Drogue* et les *Conventions INAMI*
- En ce qui concerne le profil des patients des MASS: nombre de patients, âge, genre, nationalité, données socio-démographiques (telles que ressources financières et scolarité), les enregistrements de traitements à la méthadone, les produits consommés, ... (Les données enregistrées relatives aux patients étaient différentes d'une MASS à l'autre. Certaines MASS enregistraient des données complémentaires comme l'administration par injection, le statut judiciaire, la situation de ménage y compris le nombre d'enfants, ...).
- Procédures internes élaborées par les MASS
- Résultats de recherches entreprises par les MASS ou auxquelles les MASS ont pu participer (lorsque c'était le cas)
- Articles scientifiques produits par le personnel des MASS (lorsque c'était le cas)
- Conventions de collaboration avec d'autres services
- En ce qui concerne l'épidémiologie de l'usage problématique de drogues: recherche et données chiffrées existantes

Remarque : le fait que certaines données étaient disponibles au début de la recherche ne signifie pas que toutes ces données étaient utilisables pour la recherche. L'utilité des données dépend essentiellement de l'objectif pour lequel elles ont été enregistrées. Certaines d'entre-elles, enregistrées pour constituer des rapports annuels, ne sont valides que dans cet objectif particulier ; d'autres sont destinées au gouvernement fédéral et ne sont, une fois encore, utilisables qu'à ce niveau¹⁵.

¹⁵ L'utilité et la comparabilité de données d'enregistrement des MASS et d'autres institutions ou instances, seront commentées plus loin.

1.2. Données manquantes

En ce qui concerne les données manquantes, une distinction est faite dans le schéma suivant entre données manquantes pouvant être créées par la recherche et données manquantes ne le pouvant pas. Pour ces dernières, la raison de leur absence est communiquée.

Schéma 1 : Données manquantes de la recherche-évaluation

Données manquantes pouvant être créées par la recherche	Données manquantes ne pouvant pas être créées par la recherche (+ raison de leur absence)
<i>1. Zones d'Influence Géographique des MASS (ZIG)</i>	
Données quantitative via l'analyse des enregistrements dans les MASS Données qualitatives via interviews	
<i>2. Nature et extension de l'usage problématique de drogues dans les territoires de recherche</i>	
Données qualitatives via interviews Récolte et description de données quantitatives et de recherches fragmentaires existantes	Données quantitatives (Nombre d'OD ¹⁶ : pas de chiffres disponibles / informations confidentielles) (nombre de décès liés aux drogues: idem) (enregistrement méthadone via les PGC ¹⁷ : enregistrement inexistant ou imprécis) (nombre et profil des patients de l'offre d'assistance (en matière de drogues) réunies dans une même région: travail de recherche et temps trop importants pour être réalisés dans le cadre de cette recherche, double-comptage des patients, systèmes d'enregistrements multiples)
<i>3. Nature, extension, et répartition de l'offre locale d'assistance</i>	
<i>Extension et répartition</i> : intégration des recherches et des compilations existantes	<i>Nature</i> : manque de clarté des fonctions de soins
<i>4. Carences dans l'offre locale d'assistance et groupes-cibles insuffisamment atteints</i>	
Données qualitatives via interviews, et intégration de recherches existantes	Données quantitatives: manque de recherches sur les besoins suffisamment complètes

¹⁶ Overdoses

¹⁷ "Commissions médicales provinciales ", en Communauté Flamande

<i>5. Rétention des patients des MASS dans le dispositif</i>	
	Pas de données chiffrées élaborées et disponible ; travail de recherche et temps trop importants pour les chercheurs dans la réalisation de l'analyse approfondie des dossiers, pas d'enregistrement uniforme
<i>6. Trajectoires institutionnelles des patients des MASS</i>	
Données qualitatives au moyen d'interviews et de <i>Focus-Groups</i> avec les patients	Pas d'identifiant unique des patients, pas d'enregistrement uniforme entre services différents, investissement trop important en temps et travail pour les chercheurs pour retrouver un patient unique
<i>7. Évaluation des effets au niveau des patients du traitement réalisé par les MASS</i>	
Évaluation des effets subjectifs via interviews, via un Questionnaire de Satisfaction des Patients, via les <i>Focus Groups</i>	Évaluation des effets objectifs: aucun paramètre d'objectivation disponible, ASI non utilisé par toutes les MASS, investissement trop important en temps et travail pour les chercheurs pour administrer eux-mêmes l'ASI aux patients
<i>8. Étude des possibilités de collaboration fonctionnelle avec d'autres services</i>	
Qualitatif via analyse des rapports annuels, via interviews	
<i>9. Évaluation des processus de participation des MASS aux réseaux</i>	
Qualitatif via interviews	
<i>10. Évaluation des effets des activités des MASS au niveau des réseaux</i>	
Évaluation subjective des effets via interviews	Évaluation objective: pas de paramètre objectif disponible

2. METHODOLOGIE

2.1. Générale: recherche participative / recherche-action

2.1.1. Introduction

La présente recherche-évaluation a été définie comme recherche **participative orientée vers l'action** ou **recherche-action**¹⁸. Par participatif, coopératif, recherche-action, il est entendu que le chercheur est impliqué et interagit avec la réalité sociale que l'il veut étudier. La distance entre le chercheur et le sujet se restreint et chaque participant au processus de recherche en devient « co-chercheur » ou « co-objet »... Dans une recherche portant sur des organisations, cela implique une collaboration étroite avec les membres desdites organisations¹⁹. Grâce à leur position particulière au sein de l'organisation, les membres du personnel des MASS détiennent une riche connaissance de leur lieu de travail et ils sont d'avantage experts en la matière que les chercheurs ne pourraient jamais l'être²⁰. Il y a donc eu, depuis le début de la recherche, des entretiens et une communication étroite avec les MASS, chacun des partenaires apportant une contribution unique et précieuse. Les chercheurs apportaient leur expertise scientifique dans la MASS, les MASS les mettant à l'épreuve de la réalité pratique en communication avec les chercheurs.

Une pareille collaboration semble finalement offrir la meilleure garantie pour accomplir une évaluation sur le processus et les effets selon une approche qualitative.

2.1.2. Statut problématique de l'évaluation

Toute recherche en sciences humaines et sociales modifie son objet de recherche au cours de son déroulement. En effet, ces recherches portent sur des personnes conscientes –non sur des objets inertes–, qui dès lors se positionnent vis-à-vis de ces recherches. Cette situation introduit un facteur de *complexité*. Ce qui vient d'être dit vaut donc pour la recherche-évaluation des MASS. En outre, celle-ci présente des particularités puisqu'elle concerne :

- des institutions de soins : il ne s'agit donc pas d'évaluer, par exemple, la productivité d'une entreprise dont l'efficacité se mesure au chiffre d'affaires. À l'inverse, cela signifie que l'évaluation porte sur des éléments, eux-mêmes *complexes*, puisque les objectifs énoncés sont des résultats à obtenir simultanément dans divers champs, médical, psychologique, social, en interaction ("*répondre rapidement et efficacement aux demandes*", "*améliorer la qualité de vie*", etc.) ;
- des institutions dont l'installation est récente : la période de fonctionnement à évaluer est donc brève ;

¹⁸ P. REASON en J. ROWAN, (ed.), *Human Inquiry : a sourcebook of new paradigm research*, New York, Wiley, 1981, 530 p.; D. SELENER, *Participatory Action Research and Social Change*, New York, Ithaca, 1997, 384 p.; W.F. WHYTE, (ed.), *Participatory Action Research*, Newbury Park, Sage Publications, 1991, 247 p.

¹⁹ M. ELDEN en M. LEVIN, 'Cognitive Learning : Bringing Participation into Action Research', in W.F. WHYTE, (ed.), *Participatory Action Research*, London, Sage Publications, 1991, 127-142.

²⁰ K. SIPS, *Participative Action Research : the role of researcher, organisation and external consultant*, paper presented at the Conference on Learning and Research in Working Life, Lunden, Sweden, June 20-23, 1994, 3.

- des institutions qui dépendent financièrement de l'Etat fédéral : qui se trouve être aussi le commanditaire de l'évaluation ;
- des institutions qui travaillent dans le champ des toxicomanies : où la question de l'évaluation est de toute manière une question délicate étant donné la pluridisciplinarité et la *complexité* propre du champ ;
- des institutions dont le projet implique un dispositif inédit : il n'y a donc pas de point de référence pour l'évaluation, ni dans la pratique, ni dans la littérature scientifique (patients non-classiques impliquant des dispositifs non-classiques) ;
- enfin, des institutions dont les textes fondateurs manquent de cohérence interne : il n'y a donc pas non plus suffisamment de points de référence opératoires pour leur évaluation dans le *Projet MASS*.

Le statut scientifique de l'évaluation des MASS est donc problématique. Par ailleurs, les statuts organisationnel et clinique de cette même évaluation soulèvent aussi des interrogations. En effet, les intervenants de terrain estiment souvent qu'il y a une distance entre les préoccupations des pouvoirs subsidiaires, commanditaires habituels des évaluations, et les situations quotidiennes qu'elles rencontrent. De même, ces intervenants peuvent estimer qu'il existe une distance entre leurs pratiques et le point de vue théorique de chercheurs universitaires. Dès lors, les intervenants peuvent se sentir mis en cause dans leur légitimité, et nier dans le même temps la légitimité des chercheurs et de l'évaluation. En l'absence d'une telle légitimité, la recherche-évaluation est condamnée à n'avoir aucune portée, et donc aucune utilité. La méthodologie de "*recherche-action*" constitue une réponse à cet ensemble de difficultés. Cependant, le contenu spécifique de cette méthodologie doit être clarifié.

2.1.3. Principes généraux de la recherche-action

La notion de "recherche-action" trouve son origine chez K. Lewin. Interdit d'enseignement par le régime nazi dans l'Allemagne des années 1930, ce psychologue est contraint de faire émerger de nouvelles méthodes de recherche, hors des murs de l'université. La "recherche-action" naît donc dans une situation de crise où les méthodes classiques deviennent inapplicables car inaccessibles. C'est une caractéristique fondamentale de cette méthodologie²¹.

Plusieurs auteurs ont essayé d'organiser cet ensemble. Ainsi, M. Liu en distingue trois catégories selon le type de partenariat mis en place entre chercheurs et praticiens au sein de la recherche. Il énumère :

- La recherche-action associée : "*où la volonté de changement est portée par des membres d'une institution et l'intention de recherche par les membres d'une équipe appartenant à un laboratoire extérieur*" ;
- La recherche-action interne : "*où la volonté de changement et l'intention de recherche appartiennent à une même équipe au sein d'une institution unique*" ;
- La recherche sur l'action : "*où la finalité poursuivie consiste à apprendre à des acteurs ayant réalisé des innovations sociales importantes, à expliciter les savoirs*"

²¹ Liu M. ; *Fondements pratiques de la recherche-action*, L'Harmattan, "Logiques sociales", Paris, 1997, pp. 13-15

implicites qu'ils ont utilisés, afin de pouvoir les transmettre à d'autres et les recueillir dans le corpus des connaissances scientifiques"²².

La recherche-évaluation des MASS s'inscrit dans cette troisième catégorie.

Pour sa part, O. Zuber-Skerritt distingue également trois types de "recherche-action" selon ses finalités : les "recherches-actions" technique, pratique et émancipatrice. Selon ces définitions, cette recherche-évaluation serait une *recherche-action pratique*, dont le but est, d'une part, l'augmentation de l'efficacité de la pratique managériale, et d'autre part, la compréhension par les praticiens des différents aspects de leur pratique et une modification de leur conscience de celle-ci. Le chercheur, dans cette catégorie, est un expert extérieur auquel est attribué un rôle "socratique", encourageant l'auto réflexion²³. Dans ce contexte, la "recherche-action" a pour objectif, non seulement d'enregistrer des résultats, mais aussi de permettre aux équipes de praticiens de se situer et de se réorienter au cours de la recherche²⁴.

Concrètement, notre démarche a consisté à considérer que chercheurs et praticiens évoluaient dans un rapport d'égalité, tant dans la production des connaissances que dans la modification des pratiques. Notons toutefois que, si ce rapport d'égalité implique l'absence de prépondérance de l'apport des uns vis-à-vis des autres, il ne signifie pas pour autant la confusion des rôles. Il s'est agi de permettre aux praticiens de parler de leurs pratiques, de leurs questions, de leurs idées, puisqu'ils en ont l'expertise. Les chercheurs ont alors pour tâche de mettre en confrontation des points de vue différents, soit entre les membres d'une même équipe, soit entre les points de vue exprimés et des propositions couramment acceptées dans d'autres lieux d'intervention, dans les milieux scientifiques et / ou dans la littérature, soit encore entre ces points de vue et des résultats de la recherche, présentés en *feedback*. Ce faisant, le rôle du chercheur n'est pas de répondre aux questions mais bien d'investir ses compétences propres pour enrichir la discussion. En d'autres termes, "[...] le chercheur découvre que, si abstraite que soit sa recherche, elle constitue une pratique sociale, tandis que le professionnel aperçoit que son action quotidienne est grosse d'une théorie [...]"²⁵.

La confrontation de points de vue différents pousse bien évidemment chacun à la réflexion –praticiens et chercheurs–, ce qui enrichit le débat. Une telle démarche, encadrée par des *feedback* synthétiques et réguliers des chercheurs, augmente la cohésion des propositions discutées et permet ainsi d'agrèger un ensemble de propositions cohérentes en tant que *corpus discursif* ayant valeur consensuelle — autrement dit, une terminologie commune, même si à ce moment, le contenu de cette terminologie ne fait pas forcément l'objet d'un accord explicite. Ce corpus discursif peut alors être confronté aux déterminations du Projet (textes du *Projet MASS* et volonté des pouvoirs organisateurs, réalités géographiques, socio-économiques, positions d'autres intervenants du réseau, représentations...). De sorte que des propositions, des idées, des modèles

²² Liu M. ; *Fondements pratiques de la recherche-action*, L'Harmattan, "Logiques sociales", Paris, 1997, p. 20

²³ Zuber-Skerritt O. & al. ; *New Directions in Action Research*, Falmer Press, London, 1996, p. 4

²⁴ Une évaluation de la recherche consiste donc à mesurer la capacité des équipes à tirer des conclusions vis-à-vis de la recherche à laquelle ils participent à la fois en tant qu'objet et en tant que sujet.

²⁵ Martin C. ; *Les recherches actions sociales, miroirs aux alouettes ou stratégie de qualification*, La Documentation Française - Documents Affaires sociales - MIRE, Paris 1986, p. 14

peuvent alors émerger comme des ensembles cohérents et orienter ainsi des *choix*, désormais consciemment posés et partagés au sein de l'équipe. Le *corpus discursif* se constitue *corpus notionnel*. Enfin, si ce travail de mise en cohésion peut se poursuivre à plus long terme, le corpus notionnel pourrait devenir un *corpus conceptuel*, autrement dit une *théorie* –sur le versant de la recherche– ou un programme d'action, par exemple un programme thérapeutique — sur le versant des pratiques.

Exemple : on pose la question aux intervenants d'une MASS : « Pour vous, que signifie la notion de bas-seuil ? ». Un intervenant répond : « Le bas-seuil, c'est accepter n'importe quel patient quelle que soit sa demande. » Un autre intervenant répond : « Le bas-seuil, c'est faire en sorte que l'institution soit accessible à tous. »

Jusque-là, nos intervenants utilisent un vocabulaire commun qui constitue le *corpus discursif*. Pourtant, nous voyons qu'un même terme, en l'occurrence le *bas-seuil*, peut revêtir des sens différents.

Après discussion, nos intervenants conviennent ensemble que : « Le bas-seuil, c'est ne pas poser d'exigence à l'arrivée d'un nouveau patient, y compris si le patient n'exprime pas de demande. » On voit que cette proposition tente de concilier les deux premières réponses. Après un tel travail de mise en cohérence, le corpus discursif devient un *corpus notionnel*, ce qui signifie qu'un même terme recouvre des éléments communs, même s'il n'est pas encore univoque.

D'autres éléments doivent encore entrer en ligne de compte pour définir le bas seuil (textes du *Projet MASS* et volonté des pouvoirs organisateurs, réalités géographiques, socio-économiques, positions d'autres intervenants du réseau, représentations...). Si le travail de synthèse se poursuit, il se peut que l'on parvienne à constituer un *corpus conceptuel*, i. e. univoque. Le *corpus conceptuel* formalisé peut faire partie d'une *théorie*. Mis en pratique, le corpus conceptuel peut définir un **programme thérapeutique**.

2.2. Spécifique: questions de la recherche et choix des méthodes

Étant donné la multitude des questions à investiguer, des approches variées ont été adoptées par les équipes de recherche. Dans le tableau suivant sont mentionnées les questions investiguées en regard des méthodes utilisées en vue d'y répondre : les croix indiquent les combinaisons question/méthode réalisées.

Schéma 2 : Questions investiguées et méthodes

Méthodes	Analyse de chiffres et de recherches existantes (1)	Analyse de documents existant et de données enregistrées par les MASS (2)	Analyse de documents existant d'autres services (3)	Cartographie (4)	Interviews du personnel des MASS (5)	Interviews du personnel d'autres services et personnes-clés (6)	Observation (participante) dans la MASS (7)	Intervision institutionnelle (8)	Analyse de dossiers d'un échantillon de patients de la MASS (9)	Focus groups avec usagers de drogues (10)	Questionnaire de Satisfaction des Patients (11)
GENERAL											
Référents théoriques et paradigmes		X	X		X	X		X			
Définition des notions	X				X	X		X			
Zone d'Influence Géographique et détermination territoire de recherche		X		X	X			X			
DESCRIPTION TERRITOIRES DE RECHERCHE											
Nature et étendue de l'usage de drogue dans les ZIG	X	X	X	X	X	X		X		X	
Étendue et répartition de l'offre d'aide dans les ZIG	X		X	X	X	X		X		X	
Lacunes dans l'offre d'aide locale et groupes cible insuffisamment touchés	X				X	X		X		X	
ÉVALUATION PROCESSUS											
Historique		X			X			X			
Modalités de fonctionnement et moyens		X			X		X	X	X	X	
Profil de la patientèle des MASS		X						X	X	X	
Procédures internes		X			X		X	X		X	
Collaboration avec d'autres services		X	X		X	X	X	X		X	

ÉVALUATION DES EFFETS											
Évaluation des effets au niveau des patients					X			X	X	X	X
Points de vue des usagers de drogues sur les MASS										X	X
Évaluation des effets sur d'autres services					X	X		X			

(1) Analyse de chiffres et de recherches existantes

(2) Analyse de documents existants et de données enregistrées par les MASS

(3) Analyse de documents existants d'autres services (notamment rapports annuels)

(4) Cartographie: Méthode ayant consisté à reporter sur une carte géographique les communes d'origine des patients des MASS, les Zones d'Influence des Villes et quelques autres données socio-démographiques et socio-économiques en vue de déterminer les territoires d'enquête de la recherche et les Zones d'Influence Géographique des MASS (ZIG).

(5) Interviews du personnel des MASS: Des interviews semi-structurées ont été réalisées de membres du personnel des MASS. Centrées entre autres, sur la manière selon lesquels les MASS ont élaboré leur fonctionnement, comment se fait le travail avec les patients et comment se passe la collaboration avec d'autres services²⁶.

(6) Interviews du personnel d'autres services et personnes-clé: Des interviews semi-structurées ont été également conduites dans d'autres services spécialisés de l'offre d'assistance en matière de drogues et d'institutions (de soins) qui entrent en contact avec le groupe cible des MASS. On a, entre autres choses, demandé comment a été conçu le fonctionnement des MASS et la collaboration avec celles-ci, comment l'usage problématique de drogues dans la région est évalué et comment on envisage dans la pratique les notions de « bas seuil », d'« usager de drogues marginalisé » et d'« usage problématique de drogues »²⁷.

(7) Observation (participative) dans la MASS : Les chercheurs ont été constamment présents dans les MASS et ont pu ainsi observer leur fonctionnement. De plus, ils ont participé à des réunions d'équipe et à des moments de concertation structurelle dans le secteur des drogues.

(8) Intersession institutionnelle: Méthode ayant consisté à accompagner les démarches de réflexion et de recherche entreprises par les MASS elles-mêmes en vue d'organiser leurs processus de prise en charge et leurs processus organisationnels. Il s'agissait de rendre les intervenants des MASS conscients des orientations défendues par leurs institutions, de leurs conséquences et de leurs contradictions, pour qu'ils puissent améliorer la qualité de leurs services et qu'ils disposent de points de repère en vue de choix ou d'orientations ultérieures²⁸.

(9) Analyse des dossiers d'un échantillon de patients de la MASS: Un échantillon représentatif de dossiers de patients a été constitué. Cet échantillon tenait compte, le plus précisément possible, des variables suivantes de la population de la MASS : âge moyen, genre, nationalité, durée moyenne du contact avec le centre et produit. Ces dossiers ont été analysés grâce à un formulaire standard comportant un certain nombre de variables communes.

(10) Focus groups avec usagers de drogues: la recherche par Focus groups est une méthode qualitative qui se base sur une discussion structurée au sein d'un groupe de participants soigneusement sélectionnés, en l'occurrence, des usagers de drogues patients d'une MASS et des usagers non-patients d'une MASS, constitué de participants répondant à des critères homogènes comme les caractéristiques démographiques et schémas de prise en charge thérapeutique, pour rassembler de l'information quant à leur vision et expériences relatives à l'objet de l'étude. Les questions n'ont pas été posées telles quelles l'une à la suite de l'autre, il s'agit plutôt d'un canevas de questions permettant la confrontation d'opinions diverses au sein du groupe.

²⁶ Cf. questionnaires dans les rapports locaux des équipes de recherche.

²⁷ Cf. questionnaires dans les rapports locaux des équipes de recherche.

²⁸ Cf. méthodologie de recherche-action pour le détail.

(11) Questionnaire de Satisfaction des Patients: Une liste de questions écrites a été remise aux patients des MASS. Cette liste était basée sur le manuel "Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder Treatment".²⁹ Ces questions ont entre autres été posées aux patients sur la description de leur parcours, sur un certain nombre de domaines de vie dérivées du questionnaire ASI (notamment sur les modifications dans l'usage de drogues, la santé, les relations avec la famille / les amis, les situations de travail / de ressources financières et situation juridique)³⁰.

²⁹ World Health Organisation, United Nations International Drug Control Programme, European Monitoring Center on Drugs and Drug Addiction, *"Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder Treatment, Client Satisfaction Evaluations"*, Workbook 6, 1998, 56 p.

³⁰ Cf. enquête complète dans les rapports locaux des équipes de recherche.

3. COMBINAISON DE METHODES QUANTITATIVES ET QUALITATIVES

Pour correspondre au mandat de la recherche, une combinaison de méthodes de recherche **quantitatives et qualitatives** a été retenue. Le manque de données³¹ quantitatives nécessaires a été suppléé via des méthodes qualitatives. La composante qualitative s'est traduite principalement dans la réalisation d'interviews. Le *Projet MASS* a été envisagé selon plusieurs angles d'attaque : non seulement selon celui des MASS mais aussi selon le point de vue des autres offres d'assistance en matière de drogues, selon le point de vue de l'offre d'aide non spécifique de ce domaine, selon le point de vue de la Police, de la Justice et finalement, selon le point de vue des usagers de drogues. Cette approche de recherche est décrite dans la littérature sous le vocable de Rapid Situation Assessment (RSA)³² et permet d'interpréter des données limitées et de comprendre de façon globale et générale la situation dans une région déterminée.

4. DIVERS GROUPES DE TRAVAIL, DIVERSES APPROCHES

Certaines équipes de recherche ont pris en compte le Rapid Situation Assessment comme fil rouge dans la recherche évaluation. Le Rapid Situation Assessment (RSA) se réfère à une approche de recherche dans laquelle diverses méthodes et technique **quantitatives et qualitatives** sont combinées pour rassembler des données³³. Les spécificités des MASS et régions à étudier, ont forcé également les chercheurs à utiliser des méthodes de recherche différentes. De ce fait, toutes les méthodes de recherche envisagées n'ont pas été adoptées par chaque groupe de recherche et des nuances s'y sont exprimées dans l'utilisation qui en a été faite en fonction des MASS respectives et des informations présentes ou non. Ainsi, par exemple, l'équipe de l'ULB a plutôt mis l'accent sur la recherche-action et l'intervision institutionnelle ; alors que les équipes de l'UG, de la KUL et de l'ULg ont d'avantage recouru à des méthodes d'interviews.

5. RECOMMANDATIONS

- **Recommandation 3 : Combinaison de méthodes quantitatives et qualitatives**

En vue de permettre l'estimation en nature et ampleur de la problématique des drogues, d'une part, et l'évaluation des institutions de soins relatifs aux drogues, d'autre part, il est nécessaire d'envisager une approche holistique du problème selon le contexte social, culturel, politique et historique³⁴, suivant une combinaison de données **quantitatives** et d'informations **qualitatives**.³⁵

³¹ Pelc I., Ledoux Y. ; Epidémiologie de la toxicomanie en Belgique, in Chambre des Représentants de Belgique / Parl. St. Kamer ; *Rapport fait au nom du groupe de travail chargé d'étudier la problématique de la drogue / Verslag namens de werkgroep belast met het bestuderen van de drugproblematiek*, SO 1996-1997, 1062/3, Bruxelles / Brussel, 5 juin / juni 1997

³² UNDCP, *Drug abuse rapid assessments and responses*, Vienna, March 1999.

³³ UNDCP, *Drug abuse rapid assessments and responses*, UNDCP, Vienna, 1999, ; Qualitative European Drug Research Network, *Workgroup review of qualitative research on the health risks associated with injecting drug use, Co-ordination of working groups of qualitative researchers to analyse different drug use patterns for public health strategies and prevention* (CT97.EP.01), URL: www.qed.org.uk/european.html

³⁴ UNDCP, *Drug abuse rapid assessments and responses*, March 1999, Vienna, p. 1.

³⁵ UNDCP, *Drug abuse rapid assessments and responses*, March 1999, Vienna, p. 4 en p. 5.

III. VOLET B : EPIDEMIOLOGIE DE L'USAGE DE DROGUES ET DESCRIPTION DE L'OFFRE D'ASSISTANCE

Cette troisième partie est consacrée au Volet B du mandat de recherche, en particulier l'estimation de la nature et de l'extension de l'usage de drogues et la description de l'offre d'assistance dans les Zones d'Influence Géographique des MASS (ZIG). Après un **inventaire** des données et des recherches existantes, quelques **difficultés** sont abordées, et l'on établit l'**apport** de la présente recherche-évaluation à ce niveau. Nous terminons avec quelques **recommandations**.

1. INVENTAIRE DES DONNEES ET DES RECHERCHES EXISTANTES

1.1. Nature et extension de l'usage problématique de drogues

International

Publications de l'United Nations International Drug Control Programme (UNDCP)
Publications de l'European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)

National

LEURQUIN, P., BILS, L., HARIGA, F., KÖTTGEN, S., LAUDENS, F. en VANDERVEKEN, M., *Belgian National report on drugs 2000, Extended version*, Scientific Institute of Public Health, Unit of Epidemiology, BIRN, Brussels, Belgium, 2000.

VAN DAELE, L., CASSELMAN, J., DEBBAUT, D., DE RUYVER, B., ETIENNE, M., GILLET, I., NOIRFALISE, A. en PASSCHYN, L., *Données épidémiologiques relatives à l'usage des drogues en Belgique et dans les pays voisins*, SSTC, Bruxelles, 1996

Conseil Supérieur d'Hygiène, Commission des Médicaments ; *Rapport de suivi de la Conférence de Consensus sur les traitements de substitution à la méthadone du 8 octobre 1994*, Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement, Bruxelles, 2000

http://www.health.fgov.be/CSH_HGR/Francais/Brochures/conference_consensus_methadone.html

QUATAERT, P. en VAN OYEN, H., *Gegevensinzameling in verband met middelengebruik door middel van CATI, Deel I, II en III*, Brussel, IHE, 1995

Résumé Psychiatrique Minimum (RPM) : Système d'enregistrement destiné aux Hôpitaux Psychiatriques, Services Psychiatriques d'Hôpitaux Généraux (actuellement suspendu), Maisons de Soins Psychiatriques et Initiatives d'Habitations Protégées^{36, 37}

Service Général d'Appui Policier : enregistrement de la criminalité liée à l'usage de drogues

Ministère de la Justice : enregistrement des décès liés à l'usage de drogues

Bureau Central de Renseignements de la Gendarmerie (jusqu'en décembre 2000) : enregistrement des interpellations policières pour usage en groupe, détention ou trafic de stupéfiants et / ou psychotropes

Région linguistique de langue française

CCAD : enregistrement de la "Fiche Commune" (jusqu'en septembre 2000), sous-point focal du BIRN pour la Communauté Française – Rôle repris depuis lors par l'asbl Eurotox

Système Psyfile : enregistrement des Centres de Santé Mentale francophones.

³⁶ Pelc I, Joosten J, From L; Bergeret I, Ledoux Y, Tecco J.; The minimal psychiatric summary and the current organisation in mental health care in J. Guimon & N. Sartorius (Ed.), *Manage or Perish ?*

³⁷ Pelc I, From L, Joosten J, Bergeret I, Ledoux Y Le R.P.M. et l'organisation actuelle des soins de santé mentale. in Les Entretiens d'Egmont. Région et Santé: « Connaître les faits pour développer une politique globale » Bruxelles, 13-14 février 98 (Publié).

Région linguistique de langue néerlandaise

MAES, L. e.a., *Jongeren en gezondheid in Vlaanderen. Resultaten van een schoolenquête*, (<http://allserv.rug.ac.be/~cvereeck/hbsc>)

VAD-registratie

Medar : registratiesysteem Centra Geestelijke Gezondheidszorg

Vlis-DC : registratiesysteem VVBV (koepel van TG's, crisiscentra en dagcentra)

VLASTROV : registratie straathoekwerk

Zones d'Influence Géographique des MASS

Commissions Médicales Provinciales (Flandre) : enregistrement des traitements de substitution à la méthadone

Province de Limburg

BIJNENS, J., NIELANDT, B. en HAUGLUSTAINE, A., *Probleemgebruikers van harddrugs: Onderzoek naar de aantallen en kenmerken van probleemgebruikers in Limburg 1984-1985*, Hasselt, CAD, 1985

BOONS, M., DE BOECK, R., MARECHAL, N., ROMBAUTS, P. en VANHEX, M., *Provinciaal onderzoek drugproblematiek Limburg. Kontakten van welzijnswerkers met gebruikers van illegale drugs*, Hasselt, Limburgs Platform Overleg Verslaving, 1992.

BUNTINX, F., SCHILLEMANS, L., BAPTIST, M., BEMELMANS, M., BRUYNOOGHE, R., DEQUEKER, W., SPEETJENS, J., VAN DEUN, P. en VANHEX, M., "Waarom stopt iemand ambulante met heroïnegebruik?", *T.Alc.Drugs*, 1992, nr. 4, 190-196.

Province d'Antwerpen

VAN CAUWENBERGHE, K., VAN DAMME, P. en VAN HAL, G., "Registratieonderzoek van druggebruikers door het parket Antwerpen - 1991", *Panopticon* 1993, 526-536.

TODTS, S., *Eindrapport onderzoek infectieziekten en risicogedrag bij binnenkomende gedetineerden in de strafinrichtingen van Antwerpen*, 1993

KINABLE, R., CASSELMAN, J., TODTS, S. en VAN DEUN, P., *Aids-risicogedrag bij injecterende druggebruikers en evaluatie van een preventief project*, Brussel, VAD - Leuven, KUL - Antwerpen, Free Clinic, 1994.

DECORTE, T., *Informeel controlemechanisme bij cocaïne- en crackgebruikers in Groot-Antwerpen*, Leuven, KUL, 1999.

VAN DIJCK, A., *Inventarisatie en analyse van publiek beschikbare gegevens m.b.t. de gespecialiseerde drughulpverlening in Antwerpen (1996-1999)*, Antwerpen, SODA, UIA, 2000.

Province d'Oost-Vlaanderen

W. VANDERPLASSCHEN, I. DE BOURDEAUDHUIJ en P. VAN OOST, *Eindrapport Onderzoeksproject Case Management in de Oost-Vlaamse drughulpverlening*, Vakgroep Gedragstherapie en Psychologische Begeleiding, Onderzoek in opdracht van de provincie Oost-Vlaanderen en PopovGGZ, Universiteit Gent, Gent, 1999.

E. BROEKAERT, I. DERLUYN en W. VANDERPLASSCHEN, *Drugverslaafden met jonge kinderen, Een exploratief onderzoek naar modellen en opvoedingsondersteunende methodieken bij de hulpverlening aan drugverslaafde ouders met jonge kinderen*, Onderzoek in opdracht van de VAD en de Vlaamse Gemeenschap, Universiteit Gent, Gent, 2000.

W. VANDERPLASSCHEN, "De instroom in de Oost-Vlaamse drughulpverlening, Overzicht van alle nieuwe aanmeldingen tussen februari en september 1999", in: *Preventief +, Nieuwsbrief rond preventie en hulpverlening van middelenmisbruik*, nr. 2000/6, februari 2000, Provinciaal Platform Middenmisbruik.

S. VANDEVELDE, W. VANDERPLASSCHEN, "Drughulpverlening aan allochtonen, Een exploratief onderzoek naar methodieken bij begeleiding van allochtone patiënten in de drughulpverlening", Een onderzoek in opdracht van de VAD en de Vlaamse Gemeenschap, Universiteit Gent, Gent, 2000.

S. STRYNCKX, "Onderzoeksproject: doorstroom naar de psychiatrische sector", onderzoeksproject uitgevoerd in het kader van de stage bij VOS vzw, Gent, academiejaar 2000-2001.

ZIG de la MASS de Charleroi

"Enquête-Sentinelles" enregistrement de données épidémiologiques à l'échelle locale.

Dumoulin P., Giot M.P., Jamouille P. & Panunzi-Roger N. ; *Rapport de recherche : évaluation des dispositifs de prévention et de traitements des toxicomanies dans une optique comparative*, CPAS de Charleroi, ville de Leers, Pacte Interreg I, Charleroi, octobre 1995

Goelens I. & al. ; *Enquête-Sentinelles, recueil de données épidémiologiques concernant les usagers de produits psychotropes illicites en contact avec des instances d'aide dans la région de Charleroi, analyse descriptive de l'évolution des données de 1995 à 1999*, Ville de CharleroiD Coordination Drogue, Charleroi, octobre 2000

Jamouille P. ; *Drogues de rue, récits et styles de vie*, De Boeck Université, "Oxalis", Bruxelles, 2000

1.2. Dimensions et répartition de l'offre d'assistance

Région linguistique de langue française

CCAD ; *Liste des centres, organismes et institutions ayant une action préventive, de recherche et / ou curative dans le domaine des toxicomanies*, Bruxelles, 1^{er} trim. 1998

Région linguistique de langue néerlandaise

VAD, *Doorverwijsgids*, VAD, Brussel, 1999.

A. RIEPEMA, A. VAN GELDEREN, H. VAN DER WILT, (red.), "Adresgids verslavingszorg 1998-1999", Trimbos instituut, Utrecht, 1998, p. 125-157.

Zones d'Influence Géographique des MASS

Province de Limburg

X., *Drugwijzer. Wegwijs in drughulpverlening en -preventie in Limburg 1999*, Hasselt, Provinciebestuur Limburg, 2000.

Province d'Antwerpen

BRUGGEMAN, B. (red.), *Gids Aanbod Hulpverlening en Preventie Middelenmisbruik Provincie Antwerpen 2001*, Lier, Van In, 2001.

VAN DIJCK, A., *Inventarisatie en analyse van publiek beschikbare gegevens m.b.t. de gespecialiseerde drughulpverlening in Antwerpen (1996-1999)*, Antwerpen, SODA, UIA, 2000.

Province d'Oost-Vlaanderen

H. BODYN, "Werkingsverslag 2000 door VOS vzw, Regionaal Ankerpunt straathoekwerk Oost- en West-Vlaanderen", Gent, 2001.

W. VANDERPLASSCHEN, I. DE BOURDEAUDHUIJ, P. VAN OOST, "Eindrapport Onderzoeksproject Case Management in de Oost-Vlaamse drughulpverlening", Vakgroep Gedragstherapie en Psychologische Begeleiding, Onderzoek in opdracht van de provincie Oost-Vlaanderen en PopovGGZ, Universiteit Gent, Gent, 1999.

Province de West-Vlaanderen

H. BODYN, "Werkingsverslag 2000 door VOS vzw, Regionaal Ankerpunt straathoekwerk Oost- en West-Vlaanderen", Gent, 2001.

ZIG de la MASS de Charleroi

Declerck B. ; *Listing des membres des différents ateliers ainsi que des membres de la Coordination élargie*, Coordination Drogue, Ville de Charleroi, liste non-publiée

De Vleeschouwer D. ; *Inventaire des structures spécialisées dans le suivi des usagers de drogues en Province de Namur*, Plate-forme de concertation de la région de Namur, liste non-publiée

Dumoulin P., Giot M.P., Jamouille P. & Panunzi-Roger N. ; *Rapport de recherche : évaluation des dispositifs de prévention et de traitements des toxicomanies dans une optique comparative*, CPAS de Charleroi, ville de Leers, Pacte Interreg I, Charleroi, octobre 1995

"*Ne faisons pas l'autruche face aux toxicomanies*", répertoires des institutions compétentes en matière de toxicomanies en Province de Namur, Gouvernement Provincial de Namur, Namur

ZIG de la MASS de Mons

Boon H. & Desmecht R. ; *Evaluation de l'offre en Province de Hainaut des soins socio-sanitaires en matière d'assuétudes*, CAREDA, Mons, septembre 1998

2. USAGE (PROBLEMATIQUE) DE DROGUES : MANQUE DE DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES UTILISABLES

Étant donné que les MASS visent les usagers de drogues marginalisés, le Volet Epidémiologique a été centré sur l'usage problématique de drogues. La Belgique ne dispose pas de données suffisantes relatives à l'usage problématique de drogues. Plus précisément, il n'existe que des données-ci fragmentaires et difficiles à agréger pour permettre une vision globale. En ce qui concerne la nature et l'ampleur de la consommation problématique de drogues dans une zone définie, on ne peut que répondre par des tendances générales. Ceci est bien connu et abondamment documenté dans la littérature³⁸ ; cependant, il est important d'insister une fois encore sur le manque de données de ce type, ce qui a rendu l'évaluation des MASS réellement difficile !

Le fait que l'usage de certaines drogues soit criminalisé, fait en sorte que l'usage de ces drogues illégales se déroule dans la clandestinité, et qu'il est généralement sous-estimé (dans des études de type self-report).

De même, les tendances et modalités d'usage (problématique) de drogues changent très vite, et il peut se passer beaucoup de temps avant que de nouvelles tendances ne soient prises en compte dans les systèmes d'enregistrement³⁹. On verra, dans les rapports locaux des équipes de recherche, qu'il est toutefois possible d'identifier à travers des données qualitatives des tendances particulières⁴⁰.

Un autre problème réside dans le biais inhérent à un enregistrement qui serait basé avant tout sur des chiffres d'usagers atteints par les services d'assistance en matière de drogues au lieu de prendre en compte (la prévalence de l'usage de drogues dans) la population générale⁴¹. L'impression qu'a le secteur de l'assistance sur l'ampleur et la nature de

³⁸ DE RUYVER B., CASSELMAN J., NOIRFALISE A. & al. ; *Données épidémiologiques relatives à l'usage des drogues en Belgique et dans les pays voisins*, SSTC, Bruxelles, 1996, introduction

³⁹ UNDCP, *Drug abuse rapid assessments and responses*, March 1999, Vienna, p. 1.

⁴⁰ Par exemple l'augmentation de l'usage de la cocaïne

⁴¹ RHODES, T., STIMSON, G, FITCH, C., BALL, A., RENTON, A., "Rapid assessment, injecting drug use, and public health.", in: *The Lancet*, Vol. 354, July 3 1999, p. 67.

LEURQUIN, P., BILS, L., HARIGA, F., KÖTTGEN, S., LAUDENS, F. en VANDERVEKEN, M., Belgian National report on drugs 2000, Extended version, Scientific Institute of Public Health, Unit of Epidemiology, BIRN, Brussels, Belgium, 2000, p. 49.

l'usage de drogues dans la zone est aussi déformée par leur expérience avec la patientèle. Une autre conséquence de ce biais réside dans la difficulté particulière à établir une image de la situation des groupes non atteints. Dans certaines zones, il est possible de se faire une idée quant à l'apparition de nouveaux patients dans les services d'assistance en matière de drogues. Ceci peut donner une image approximative des groupes non atteints. Mais cela demeure une image partielle : les groupes n'ayant jamais de contacts avec l'offre d'assistance ne sont ainsi, évidemment, pas pris en compte dans les chiffres.

3. L'OFFRE D'ASSISTANCE

3.1. Absence d'inventaire complet

L'offre d'aide connaît la même lacune sous l'angle des usagers problématiques de drogues : il n'existe aucun inventaire exhaustif des services et des institutions proposant de l'aide aux usagers (problématiques) de drogues. Il n'existe pas non plus d'inventaire pour les services et institutions non-spécifiques aux drogues.

De même les médecins généralistes, les CPAS, le secteur de l'aide à la jeunesse, etc.⁴², constituent une part importante dans l'ensemble des soins et aides apportés aux usagers problématiques de drogues.⁴³ Pour le moment, il est impossible de donner une vue complète de tous les services et institutions qui proposent une aide aux usagers de drogues. L'identification et la description de tous ces services constituent la première phase de la recherche SSTC sur « La politique des drogues en chiffres » qui a débuté en avril 2001.⁴⁴

3.2. Imprécisions des fonctions de soins existantes

De même, sur le terrain, un des problèmes centraux pour la collaboration entre services, en général, et pour le transfèrement des patients en particulier, réside dans le **manque de clarté de l'offre** de services et institutions qui travaillent spécifiquement sur les drogues⁴⁵. Cela concerne non seulement l'offre, en général, mais aussi et surtout la mise en cohérence de leurs pratiques (critères d'admission, et de sortie, listes dénommées grises ou noires)⁴⁶. Pour le moment, les institutions envoyeuses ont une vision incomplète des objectifs, du contenu, des approches et/ou de la vision clinique de chaque orientation de travail. Ces dernières, ainsi que les différences individuelles dans une

⁴² Et certains autres services spécifiques aux régions (cf. Algemeen Welzijnswerk, en Communauté Flamande).

⁴³ M. GEIRNAERT, "Overzicht van de structuur van de preventie, de hulpverlening en het straathoekwerk in Vlaanderen", in: B. DE RUYVER, P. DE SOMERE, G. VERMEULEN, A. NOIRFALISE, C. FIGIEL (red.), "Het drugbeleid in België: actuele ontwikkelingen", Drugbeleid 2000, Maklu, Antwerpen, 1998, p. 63.

⁴⁴ Services fédéraux des affaires Scientifiques, Techniques et Culturelles, Programme "problèmes actuels en matière de cohésion sociale", *La politique des drogues en chiffres*, contrat de recherche avec les universités de Gent (UG), Bruxelles (ULB) et Leuven (KUL)

⁴⁵ Corten Ph., Pelc I. ; Alcoholics and Drug Addicts at the Emergency Room of the Hospital. Analysis of the Staff Behaviour and Patient's Progression, in *Acta Psychiatrica Belgica*, 86, Bruxelles, 1986, pp. 103-110

⁴⁶ K. VAN CAUWENBERGHE, "Geïntegreerd beleid op lokaal niveau", in: B. DE RUYVER, G. VERMEULEN, A. FLAVEAU, A. DE LEENHEER, F. CARLIER, A. NOIRFALISE, I. PELC (red.), *Drugbeleid aan de vooravond van de 21^e eeuw*, Antwerpen, Maklu, 2000, 179.

même orientation et/ou au niveau d'une même institution sont trop peu caractérisées.⁴⁷ Ceci constitue un obstacle à la circulation des patients et conduit à des transfèrements erronés. Ce n'est pas seulement un problème pour les services non-spécialisés en matière de drogues. C'est aussi un problème au sein de ce secteur spécialisé.⁴⁸ Le problème du manque de clarté dans l'offre vaut encore plus dans l'offre de **fonctions de soins**⁴⁹ destinées aux usagers de drogues dont dispose une institution déterminée.

4. APPORTS DE LA RECHERCHE-ACTION ACTUELLE

La recherche MASS a été notamment mise en place comme tentative de réponse à ce défaut bien connu d'une épidémiologie défailante sur le plan de l'usage de drogues en Belgique. La recherche MASS a permis des **apports** dans ce domaine, notamment :

- Il a été possible de confirmer une situation déjà connue, à savoir que les données de base ne sont pas accessibles ;
- Un inventaire des données effectivement présentes a été réalisé ;
- Nous avons explicité la mesure dans laquelle les données existantes sont exactes ;
- Aux niveaux régional ou local, nous avons pu étudier des tendances de la nature et de l'ampleur de l'usage de drogues. Bien que ceci ne puisse prétendre au titre de recherche satisfaisante sur les besoins, nous disposons toutefois de tendances par ZIG⁵⁰ qui peuvent constituer une amorce pour des recherches ultérieures.
- Pour les ZIG déterminées, nous sommes parvenus à dresser un inventaire des services, des institutions et des organes de concertation existants ;
- Par la présente recherche, il apparaît plus évident encore qu'une information qualitative peut être considérée comme une donnée valide et non seulement comme un complément de données quantitatives peu utilisables

⁴⁷ V. RAES, F. LENDERS, M. GEIRNAERT, "*Drughulpverlening in Vlaanderen, Feiten en Problemen*", Onderzoek in opdracht van de Minister van financiën en begroting, gezondheidsinstellingen, gezin en welzijn, VAD, Brussel, 1995, p. 137.

⁴⁸ P. VAN DEUN, "Aansluiting tussen de diverse hulpverleningsniveaus op lokaal vlak", in : B. DE RUYVER, G. VERMEULEN, A. FLAVEAU, A. DE LEENHEER, F. CARLIER, A. NOIRFALISE, I. PELC (red.), *o.c.*, p. 506.

⁴⁹ Prévention secondaire, Accueil téléphonique en matière de drogues, Travail de rue, Intervention de crise, Présentation, Admission, Accueil de bas seuil, Accueil de bas seuil, Accueil de crise, Traitements de substitution, Traitements individuels, Entretiens de groupe, Accueil de jour, Accueil d'urgence, "Détoxification", Traitement intensif de courte durée (ambulatoire ou résidentiel), Traitement intensif à long terme, Traitement partiel, Post-cure, Aide ménagère, Guidance à domicile, Réinsertion professionnelle, "Case management", Loisirs, Accompagnement à domicile Guidance à domicile, Réhabilitation sociale. Voir: W. VANDERPLASSCHEN, B. MOSTIEN, P. CLAEYS, V. RAES en J. VAN BOUCHAUTE, «*Conceptnota: organisatiemodel zorgcircuit verslaving*», niet gepubliceerd document, 2001, p. 25.

⁵⁰ Pour les tendances spécifiques et selon les ZIG, voir les rapports de synthèse locaux.

5. RECOMMANDATIONS

• **Recommandation 4 : Standardisations dans l'enregistrement**

Pour obtenir une vue générale de la nature et de l'ampleur de l'usage de drogues en Belgique, et plus particulièrement appréhender l'usage problématique de drogues, il est nécessaire, en premier lieu, de disposer de données fiables et comparables.⁵¹ Pour réaliser ces conditions, il est nécessaire d'utiliser un système d'enregistrement standardisé, tant au niveau local qu'au niveau fédéral, en vue d'optimiser la comparabilité entre données. À défaut de n'avoir pas pu effectuer une lecture de toutes les possibilités existantes, les éléments utilisés par le BIRN pourraient constituer une première base, pour le développement de ces variables standards qui fait partie des priorités. À ce propos, les travaux en cours de l'équipe de l'ULB sur le projet "Résumé Toxicomanie Minimum" (RTM)^{52, 53}, font un inventaire critique des systèmes d'enregistrement de données en matière d'assuétudes : il est clair que les systèmes existants portent principalement sur des données épidémiologiques et non sur l'évaluation des processus thérapeutiques.

Il serait intéressant, bien que délicat, d'instaurer un numéro unique et crypté pour les usagers (problématiques) de drogues qui entrent en contact avec l'offre d'assistance, pour éviter les doublons et de pouvoir disposer d'un panorama des trajectoires des patients à travers l'offre d'assistance.

Vu que nous sommes conscients que la mise en place d'un enregistrement uniforme, pour toutes sortes de raisons, constitue, une question très délicate dans la pratique, il y a lieu de rester très vigilant dans les recherches qualitatives au sens à donner à l'information quantitative. En ce qui concerne les groupes d'usagers de drogues dits "**hidden populations**", l'approche qualitative est du reste la seule méthode applicable.

• **Recommandation 5 : Nécessité d'une recherche poussée sur les besoins**

Outre un enregistrement standardisé et un inventaire de l'offre d'assistance et des fonctions de soins spécifiques, il sera également nécessaire à l'avenir de consacrer de l'attention une **recherche permanente** et exhaustive **sur les besoins** du secteur des drogues ; recherche qui fournirait, d'une part, une image précise des besoins et nécessités des usagers de drogues et d'autre part, des besoins et nécessités de l'offre de soins.

⁵¹ Leurquin, P., Bils, L., Hariga, F., Köttingen, S., Laudens, F. en Vanderveken, M., Belgian National report on drugs 2000, Extended version, Scientific Institute of Public Health, Unit of Epidemiology, BIRN, Brussels, Belgium, 2000, p. 80-81.

⁵² Bergeret I., De Backer V., From L., Joosten J., Nicaise P., Pelc I ; *Recherche relative à l'application du RPM aux problématiques des usagers de drogues dans les établissements hospitaliers*, Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement, Octobre 1999 (rapport intermédiaire).

⁵³ Bergeret I., From L., Joosten J., Nicaise P., Pelc I ; *Recherche relative à l'application du RPM aux problématiques des usagers de drogues dans les établissements hospitaliers – Validation du module Résumé Toxicomanies Minimum (RTM)*, Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement, Mars 2001.

IV. VOLET C : EVALUATION DU PROCESSUS ET DES EFFETS DU PROJET MASS

Dans la **description générale** du projet MASS, on peut trouver, entre autres, un certain nombre de données chiffrées portant sur l'ensemble des MASS et le profil de leur patientèle. Après une **analyse critique du mandat** des MASS, et les recommandations portant sur le système de **financement** des MASS, suit **l'évaluation du processus et des effets**. Les recommandations figurent à chaque fois dans le texte. Pour finir, on a un aperçu sur les **facteurs** déterminant les différences de fonctionnement entre MASS.

1. DESCRIPTION GENERALE DES MASS

1.1. Introduction

En 1995, le Gouvernement Fédéral a donné, dans le Programme d'Action Toxicomanie-Drogue⁵⁴, le coup d'envoi de la création des Maisons d'Accueil Socio-Sanitaire pour usagers de drogues. Ce Plan et les Conventions que les MASS ont conclu avec l'Institut National Assurance Maladie Invalidité (INAMI), constituent les textes de base déterminant les missions et objectifs des MASS, ce que nous nommons le Projet MASS. En janvier 1997, la première MASS –Gent–, débute ses activités. Les autres MASS ont été créées entre 1997, et février 1998, à l'exception de la MASS de Bruxelles, qui entre en fonction en septembre 1999. Seule la MASS d'Oostende est partie de rien ; les autres résultent de l'adaptation de structures existantes, telle la MASS d'Antwerpen (issue de la "Freeclinic") ou Start - la MASS de Liège (dont le même nom, identifiait un centre pour usagers de drogues dans le cadre des contrats de sécurité). Au total, il existe actuellement, réparties sur toute la Belgique, 8 MASS⁵⁵, à Liège, Charleroi, Mons, Bruxelles, Oostende, Gent, Antwerpen, et Genk/Limburg.⁵⁶ Le Programme d'Action Toxicomanie-Drogue affirme qu'il s'agit de "centres urbains qui connaissent un problème important de toxicomanies".

Le financement le plus important provient du Ministère des Affaires Sociales. Chaque MASS a conclu une convention avec l'INAMI pour le remboursement des prestations médicales. Une MASS est en d'autres mots – tout comme un hôpital – financée à la prestation. Pour la patientèle des MASS, cela signifie que l'offre d'assistance y compris les consultations médicales, est gratuite. Dans le cas présent, seul le tiers payant de la méthadone est demandé. D'autre part, la MASS est également financée par le Ministère de l'Intérieur dans le cadre des Contrats de Sécurité par un montant forfaitaire annuel.

Comme déjà énoncé, les conventions INAMI déterminent le cadre théorique (groupe-cible, objectifs, moyens) dans lequel les MASS opèrent. Dans les limites de ce cadre théorique, nous voyons que les différentes MASS développent des pratiques de fonctionnement permanentes et différenciées, adaptées aux possibilités et besoins locaux.

⁵⁴ *Programme d'Action Toxicomanie-Drogue*, Cabinet du Premier Ministre, Bruxelles, 2 février 1995

⁵⁵ La MASS de Namur, initialement prévue, n'a finalement jamais été mise en place: les autorités locales ayant estimé qu'un tel service n'était pas nécessaire.

⁵⁶ Soulignons que la MASS de Bruxelles n'a pas été incluse dans cette recherche-évaluation, dans la mesure où elle est entrée en fonction après le début de la recherche (septembre 1999).

En faisant abstraction des pratiques de fonctionnement différenciées des MASS distinctes, nous donnons ici une énumération des principes de base communs du “projet” et de la “fonction” MASS.

- Les MASS fonctionnent avec les méthodes de la réduction des risques (“*harm reduction*”). Elles impliquent que l'on ne considère pas l'usage de drogue comme central, mais que l'on s'emploie à limiter les dommages pouvant être associés à la consommation de drogues.
- La population visée est celle des usagers problématiques et marginalisés de drogues illégales qui ne sont pas, plus ou insuffisamment atteints par d'autres institutions et pour lesquels, pour favoriser la prise en charge de problématiques se posant sur plusieurs plans, un traitement multidisciplinaire est indiqué.
- Les MASS offrent un accompagnement ambulatoire à bas seuil, pour lequel peu ou pas de conditions sont imposées. Ainsi, le (niveau de préparation au) sevrage ne constitue aucunement une condition à la prise en charge.
- L'offre dans les MASS comporte un accompagnement médical, psychologique et social. La composition de l'équipe est, dans ce but, multidisciplinaire.
- Un pilier important des MASS réside dans la collaboration avec d'autres partenaires du réseau destiné aux usagers.

1.2. Données chiffrées provenant des MASS ⁵⁷

Remarques préalables

- Le traitement des données chiffrées des diverses MASS, semble montrer que des efforts réels ont été réalisés par les MASS pour rassembler des données chiffrées. Il semble également évident que ces données chiffrées ne sont pas récoltées de la même manière, de sorte qu'elles ne peuvent toujours être comparées.
- Chaque fois que nous disposons des données chiffrées de 3 MASS ou plus, celles-ci sont reprises dans le tableau.
- Toutes les MASS n'enregistrent pas pour les patients les âges, le niveau d'enseignement/diplôme, les revenus et le produit principal, selon les mêmes sous-catégories. De ce fait, seules quelques sous-catégories sont reprises dans le tableau, lorsqu'elles sont utilisées par 3 MASS ou plus. Une conséquence est que le pourcentage des sous-catégories n'atteint pas 100 %. Ce pourcentage n'est pas non plus mentionné dans le tableau.
- Dans les tableaux, le nombre de MASS impliquées dans le total est chaque fois indiqué.

⁵⁷ Entrée en vigueur des conventions INAMI: MASS Gent: janvier 1997; MASS Antwerpen: mars 1997; MASS Limburg: avril 1997; MASS Charleroi: avril 1997; MASS Liège janvier 1998; MASS Mons: février 1998; MASS Oostende: février 1998; MASS Bruxelles: septembre 1999.

Tableau1 : Capacité de facturation des MASS

Capacité moyenne normale de facturation	6596 (6 MASS)
Empan de la capacité normale de facturation	5070 – 7800 (6 MASS)
Capacité moyenne maximale de facturation	7329 (6 MASS)
Empan de la capacité maximale de facturation	5633 – 8677 (6 MASS)

Tableau2 : Semaines de prestation valorisables

	1997 ⁵⁸	1998	1999	2000
Nombre total de semaines de prestation valorisables	13.412 (3 MASS)	31.166 (5 MASS)	37.663 (5 MASS)	40.406 (5 MASS)
Nombre moyen de semaines de prestation valorisables	4470 (3 MASS)	6233 (5 MASS)	7533 (5 MASS)	8081 (5 MASS)
Empan des semaines de prestation valorisables	1814 – 7438 (3 MASS)	1512 – 9257 (5 MASS)	3336 – 9573 (5 MASS)	5275 – 9801 (5 MASS)

Nous observons une augmentation du nombre total (ainsi que de la moyenne) des semaines de prestations valorisables entre 1998 et 2000. En 2000 il y a 5 MASS dépassant les 40.000 semaines de prestations valorisables.

La moyenne maximale de capacité de facturation est de 7329. Avec un nombre moyen semaines de prestations valorisables de 7533 (en 1999) et de 8081 (en 2000), les MASS excèdent cette capacité maximale de manière très évidente.

Tableau3 : Nombre de patients

	1997	1998	1999	2000
Total du nombre de patients	1569 (4 MASS)	2436 (6 MASS)	3132 (6 MASS)	2820 (5 MASS)
Nombre moyen de patients	392 (4 MASS)	406 (6 MASS)	522 (6 MASS)	564 (5 MASS)
Empan du nombre de patients	248 – 712 (4 MASS)	150 – 715 (6 MASS)	215 – 733 (6 MASS)	262 – 712 (5 MASS)

Entre 1998 en 2000, les MASS atteignent une moyenne de 500 patients par an et par MASS⁵⁹.

Par ailleurs, il existe des différences importantes entre MASS : La “plus grande” MASS atteint, en 2000, 712 patients, la “plus petite”, 262.

⁵⁸ Aucune donnée pour les MASS de Liège, Mons et Oostende, vu qu’elles n’ont débuté leur activité qu’en 1998.

⁵⁹ Une estimation générale nous permet de dire qu’environ 4000 patients fréquentent l’ensemble des MASS (y compris la MASS de Bruxelles) chaque année. Les études épidémiologiques dénombrant entre 15000 et 70000 toxicomanes lourds en Belgique, nous pouvons dire que 10 à 15% de ceux-ci sont aujourd’hui pris en charge dans les MASS.

Tableau4 : Profil des patients des MASS

	1997	1998	1999	2000
Age moyen des patients	La comparaison des données des MASS sur les âges s'avère très difficile. Toutes les MASS n'utilisent pas les mêmes catégories d'âges. Certaines MASS enregistrent séparément les patients de moins de 18 ans. La plupart des MASS procèdent comme dans le présent tableau. D'autres MASS n'enregistrent que les âges moyens de leurs patients, sans répartition entre ranches d'âges.			
< 20 ans		20 % (3 MASS)	18,2 % (3 MASS)	
<i>Empan pour la catégorie < 20 ans</i>		7 % - 31 % (3 MASS)	10 % - 30 % (3 MASS)	
20-24 ans		32 % (3 MASS)	24,8 % (3 MASS)	
<i>Empan pour la catégorie 20-24 ans</i>		27 % - 39 % (3 MASS)	16,5 % - 32 % (3 MASS)	
25-34 ans		39,4 % (4 MASS)	46,9 % (4 MASS)	
<i>Empan pour la catégorie 25-34 ans</i>		34 % - 46 % (4 MASS)	35 % - 58,5 % (4 MASS)	
>34 ans		11,7 % (4 MASS)	12,5 % (4 MASS)	
<i>Empan pour la catégorie > 34 ans</i>		7 % - 20,7 % (4 MASS)	9 % - 21,2 % (4 MASS)	
Homme-femme ratio	78,5 % hommes 21,5 % femmes (4 MASS)	77,3 % hommes 22,7 % femmes (6 MASS)	76,4 % hommes 24,6 % femmes (6 MASS)	78,1 % hommes 21,9 % femmes (5 MASS)
<i>Empan du ratio homme-femme</i>	68,3 % hommes 84,1 % hommes (4 MASS)	69,6 % hommes 82,3 % hommes (6 MASS)	70,5 % hommes 81,4 % hommes (6 MASS)	69,4 % hommes 83 % hommes (5 MASS)
Patientèle Méthadone	La proportion de patients qui suit un traitement par méthadone n'est pas systématiquement enregistrée par les MASS. Les MASS de Wallonie enregistrent bien cette donnée ; c'est moins le cas pour les MASS de Flandre. Les données enregistrées et les modes d'enregistrement pour les enregistrer sont très diversifiées d'une MASS à l'autre. Par conséquent, il est extrêmement difficile sinon risqué d'établir des comparaisons et surtout des interprétations sur une telle base. C'est d'ailleurs l'intérêt de la présente recherche de mettre en évidence la nécessité de standardiser les enregistrements.			
Niveau d'enseignement / diplômes				
Aucun diplôme		2,4 % (4 MASS)	3,9 % (3 MASS)	
<i>Empan catégorie sans diplôme</i>		1 % - 3 % (4 MASS)	2 % - 5,6 % (3 MASS)	
Enseignement primaire		43,6 % (4 MASS)	44,8 % (3 MASS)	
<i>Empan catégorie enseignement primaire</i>		25,3 % - 65 % (4 MASS)	20 % - 62,8 % (3 MASS)	
Enseignement Secondaire Professionnel		9,3 % (4 MASS)	12,6 % (3 MASS)	

<i>Empan catégorie Enseignement Secondaire Professionnel</i>		10 % – 38,9 % (4 MASS)	6,9 % – 31 % (3 MASS)	
Enseignement Secondaire Technique / Artistique		9,3 % (4 MASS)	8 % (3 MASS)	
<i>Empan catégorie Enseignement Secondaire Technique / Artistique</i>		4,7 % – 13,3 % (4 MASS)	6,3 % – 11 % (3 MASS)	
Enseignement Secondaire Général		7,5 % (3 MASS)	10,2 % (3 MASS)	
<i>Empan catégorie Enseignement Secondaire Supérieur non Universitaire</i>		5 % – 9,3 % (3 MASS)	6,9 % – 13 % (3 MASS)	
Supérieur non Universitaire		2,9 % (4 MASS)	2,8 % (3 MASS)	
<i>Empan catégorie Supérieur non Universitaire</i>		2 % – 3,9 % (4 MASS)	2 % – 3,5 % (3 MASS)	
Universitaire		0,5 % (3 MASS)	0,7 % (3 MASS)	
<i>Empan catégorie universitaire</i>		0 % – 1 % (3 MASS)	0,7 % – 1,4 % (3 MASS)	
Situation financière				
Revenus professionnels		20 % (5 MASS)	18,8 % (4 MASS)	
<i>Empan catégorie activités propres</i>		8 % – 30 % (5 MASS)	10 % – 27,3 % (4 MASS)	
CPAS		21,4 % (5 MASS)	21 % (4 MASS)	
<i>Empan catégorie CPAS</i>		5,5 % – 35 % (5 MASS)	19,8 % – 24 % (4 MASS)	
Assurance Maladie		14,6 % (5 MASS)	9,8 % (4 MASS)	
<i>Empan Assurance Maladie</i>		9 % – 20 % (5 MASS)	8 % – 12,8 % (4 MASS)	
Chômage		25,4 % (5 MASS)	27,5 % (4 MASS)	
<i>Empan catégorie chômage</i>		21 % – 32 % (5 MASS)	20 % – 41 % (4 MASS)	
Famille / (ex)partenaire		12,2 % (4 MASS)	5 % (3 MASS)	
<i>Empan catégorie Famille / (ex)partenaire</i>		7,6 % – 18 % (4 MASS)	3 % – 6 % (3 MASS)	

Produits (produit principal)	Certaines MASS font la distinction entre produits selon ce critère de produit principal. Vu l'usage assez répandu qui en est fait dans la plupart des MASS, nous l'utilisons également ici. D'autres MASS font une distinction entre abus et dépendance dans l'enregistrement des produits. "Polytoxicomanie" est usité par un nombre insuffisant de MASS pour que nous en fassions mention ici.		
Opiacés	66,8 % (4 MASS)	70,6 % (5 MASS)	
<i>Empan catégorie opiacés</i>	52 % – 78,6 % (4 MASS)	57 % – 84 % (5 MASS)	
Stimulants	16,9 % (4 MASS)	17,6 % (5 MASS)	
<i>Empan catégorie stimulants</i>	3 % – 25 % (4 MASS)	8 % – 28 % (5 MASS)	
Cannabis	8,3 % (4 MASS)	7,1 % (5 MASS)	
<i>Empan catégorie cannabis</i>	3 % – 15 % (4 MASS)	2 % – 12,9 % (5 MASS)	

L'âge des patients des MASS

Un peu moins de 20 % des patients des MASS ont moins de 20 ans (1998 – 1999). Plus de 70 % des patients se situe entre 20 et 34 ans. Un peu plus de 10 % des patients des MASS semble avoir plus de 34 ans.

Les différences entre MASS semblent remarquables. Par exemple, en ce qui concerne le nombre de patients de moins de 20 ans, une des MASS, en 1999, en avait 10 %, alors qu'une autre en avait 30 %.

Le rapport homme-femme dans les MASS est à peu près constant au cours des ans. En moyenne, on trouve dans les MASS un peu moins d'un quart de femmes. Ici aussi, nous constatons une différence non négligeable entre les MASS. La MASS qui compte le plus de femmes en 2000, par exemple, atteint une proportion de 30 % de femmes ; dans la MASS qui en compte le moins, seulement 17 %.

Patientèle Méthadone

Sur base des données dont nous disposons, nous pouvons constater qu'il existe de grandes différences entre MASS. Dans les MASS de Flandre, environ 50 % des patients suivent un traitement méthadone ; dans celles de Wallonie plus de 2/3 – et jusqu'à 90 %.

Niveau d'enseignement / diplôme

Il est remarquable de constater qu'un très grand nombre de patients des MASS n'ont obtenu qu'un diplôme d'enseignement primaire sinon pas de diplôme du tout. Cela concerne pratiquement 50 % des patients. Nous constatons également ici de grandes différences entre MASS. Par exemple, en 2000, dans une MASS plus de 60 % des patients ne détient qu'un diplôme d'enseignement primaire, alors que d'autre part une autre MASS ne montre que 20 % de patients de la même catégorie.

Situation financière

On remarque que moins d'un cinquième des patients des MASS dispose de revenus professionnels et que la plupart des patients des MASS vivent de revenus de substitution. Ici encore, les différences entre MASS sont remarquables. Pour 2000, dans une MASS où 10 % des patients disposent de ressources provenant d'une activité professionnelle, alors que dans une autre MASS, ce chiffre monte à près de 30 % des patients.

Le produit principal

Les opiacés constituent, bien évidemment, le produit principal pour environ 70 % des patients des MASS. Les stimulants représentent environ 17 % des patients. Le Cannabis constitue le produit principal pour 7 à 8 % des patients des MASS. Ici aussi, nous pouvons constater des différences importantes entre MASS. Par exemple telle MASS atteint, en 2000, 8 % des patients pour lesquels les stimulants représentent le produit principal, alors que dans une autre MASS, c'est près de 30 % des patients.

2. ANALYSE CRITIQUE DU MANDAT DE RECHERCHE

Le projet MASS décrit un certain nombre de principes généraux de fonctionnement permettent la possibilité de larges interprétations. Ceci a permis de s'adapter aux conditions locales auxquelles les MASS sont confrontées. Les situations démographiques, socio-économiques, épidémiologiques, l'existence préalable d'une offre d'assistance en matière d'assuétudes, ne sont pas identiques d'un lieu d'implantation à l'autre. L'absence de principes univoques a cependant confronté les équipes des MASS aux considérations suivantes :

- MANQUE DE DEFINITION DES CONCEPTS : un grand nombre de concepts ou de conceptions sont utilisées dans la définition de la notion de MASS sans que l'on puisse leur donner un contenu précis. C'est le cas de la notion de "**bas-seuil**", utilisée pour définir le concept global de fonctionnement des MASS, alors qu'elle couvre des logiques différentes d'un point de vue théorique, et des réalisations différentes d'un point de vue pratique. C'est également le cas : de la notion de "**marginalité**" appliquée au public-cible, et de "**services réguliers de soins**" ou de "**réseaux de soins classiques**" avec lesquels les MASS devraient collaborer ;
- COLLUSION D'OBJECTIFS : il est remarquable, à la lecture des principes généraux de la notion de MASS, d'y trouver mêlés des aspects relevant d'objectifs divers. En effet, elles doivent entrer en contact avec un public exclu, le réinsérer socialement (**objectif pédagogique**), réduire les dommages liés à la consommation de drogues illicites (**objectif sanitaire**), inciter le patient à entrer dans des programmes à visée d'abstinence (**objectif thérapeutique**) et avoir un impact sur les comportements délinquants (**objectif sécuritaire**) ;
- ABSENCE DE CADRE OPERATIONNEL : les textes de référence du Projet MASS décrivent les principes de fonctionnement et les objectifs des MASS, sans pour autant livrer de piste permettant la concrétisation pratique de ces principes. On n'y trouve aucun élément précisant les tâches à accomplir, ni la distribution des rôles et fonctions des travailleurs au sein des MASS, ni la disposition des lieux, ni les règles de "bonne pratique" clinique à suivre, ni la définition du cadre thérapeutique

opérateur, ni les moyens de gérer les éventuelles difficultés pouvant surgir de la gestion d'un service destiné à un public marginalisé... Certes, on y trouve des directives et contraintes en termes d'organisation de la prise en charge (nombre de contacts par semaine, types d'activité entrant dans le cadre d'une semaine remboursable de rééducation fonctionnelle...), mais elles sont liées aux normes de financement, alors que l'ensemble des autres dispositions est très peu déterminé. Il y a ainsi un décalage entre la flexibilité que permet le Projet MASS dans ses attentes et, d'autre part, les contraintes financières et administratives imposées aux MASS. Cette question est surtout patente en ce qui concerne l'organisation de la multidisciplinarité, dont on a vu ci-dessus qu'elle est un élément déterminant du dispositif des MASS ;

- DESARTICULATION DES TECHNIQUES ET DES OBJECTIFS : plusieurs techniques d'intervention sont mentionnées dans les Conventions INAMI. Certaines avec un caractère obligatoire ("**réduction des risques**", **guidance médicale** et **guidance sociale**, ...), d'autres avec un caractère facultatif (**traitements de substitution**, **guidance psychologique individuelle**, **guidance familiale**...). Or, le contexte d'approche des MASS étant, par principe, d'atteindre un public exclu des "*services réguliers de soins*", ces techniques "classiques" sont préconisées par rapport à des objectifs et un public "non-classiques".

Voilà un ensemble de domaines de questionnement auxquelles toutes les MASS ont eu à répondre par la pratique dès leur entrée en fonction. Tout au long de l'examen des résultats de la recherche, nous aurons à montrer l'incidence⁶⁰ de ces espaces relativement peu définis du Projet MASS.

⁶⁰ Essentiellement dans les Rapports locaux des équipes de recherche.

3. FINANCEMENT

Une difficulté dans le développement des MASS concerne le **financement** ; basé sur le système des prestations qui repose sur les patients et les prestations valorisables. Ce type de financement constitue une source de difficultés, sinon d'effets pervers, quand il est appliqué intégralement aux MASS. Le fait qu'une partie importante des patients des MASS n'est pas en règle d'assurabilité sociale (assurance maladie-invalidité), a pour conséquence que ces patients ne sont pas non plus valorisables. Aussi, les MASS sont-elles contraintes de prendre en charge beaucoup plus de patients que le nombre valorisable prévu.

• **Recommandation 6 : Révision des conditions financières et administratives**

Il y a donc lieu de recommander un **réexamen des conditions administratives et des modalités de financement de ces institutions telles que posées actuellement**. En effet, un certain nombre des dispositions de ce mécanisme assez rigide entrent en contradiction avec la flexibilité souhaitable pour un projet dont la caractéristique principale est l'adaptabilité. Notamment, il y a lieu :

- d'octroyer aux MASS un système de **financement plus stable que celui basé sur le remboursement de dépenses déjà engagées**, en effet, les MASS assurent actuellement un travail important avec les patients avant que ceux-ci ne soient dans les conditions officielles de couverture financière - la prise en charge de type "bas seuil" ne pouvant poser de condition financière préalable à la prise en charge;
- de permettre aux MASS d'obtenir des **moyens pour les patients en situation de marginalité administrative** ("sans papiers", SDF, personnes sans couverture maladie-invalidité)...
- de permettre aux MASS plus de largesses quant à la fixation du cadre de personnel. En effet, celui-ci est fixé par les projets que les Villes d'implantation des MASS ont remis lors de leur création. Or, les MASS se caractérisant par leur adaptabilité, elles doivent pouvoir revoir ce projet de départ, notamment par une **réadaptation concertée de l'allocation des moyens financiers et des ressources humaines**. Le travail des MASS ne devrait, en effet, pas être sous-estimé: notamment en ce qui concerne l'importante charge de travail et le fait d'un type de travail exigeant, il faut souligner les difficultés de certaines MASS à trouver/ ou garder du personnel qualifié ;
- de **faciliter administrativement et financièrement la circulation des patients au sein des circuits de soins** en construction. Actuellement en effet, le financement d'un patient n'est plus octroyé dès lors que sa prise en charge multidisciplinaire n'est plus réalisée entièrement au sein de la MASS. La bonne pratique du travail en partenariat implique pourtant qu'une part de la prise en charge d'un patient puisse continuer dans les MASS lorsque le patient est déjà partiellement pris en charge dans d'autres institutions ;

- de même, il y a lieu de **faciliter administrativement et financièrement la circulation de certains intervenants-clé, membres des équipes des MASS, au sein des circuits de soins**, pour faciliter le passage de patients d'une institution à une autre, par exemple en continuant de suivre un même patient au sein d'une institution différente ;
- enfin, le dispositif administratif et financier a été pensé pour des périodes de prise en charge trop brèves par rapport aux réalités de terrain (le groupe-cible se caractérisant notamment par la chronicité de ses difficultés). Le travail demandé aux MASS qui consiste à inciter les patients à entrer dans des programmes thérapeutiques plus élaborés est une tâche à bien plus long terme que ne le permet le dispositif actuel⁶¹. Un ordre de grandeur réaliste des prises en charge dans une MASS est de quelques années, et non de quelques mois comme préconisé actuellement dans le *Projet MASS*. Il y a donc lieu d'adapter le dispositif administratif et financier pour qu'il corresponde mieux à cette constatation.
- L'effectif en personnel est essentiellement établi sur base du nombre de traitements à exécuter. Il n'y a qu'un volet limité prévu pour la gestion, l'enregistrement, la formation, la concertation, la supervision interne et l'évaluation. La sous-capacité des MASS atteste que seulement un temps insuffisant peut être libéré pour ces activités structurelles. Ces activités sont pourtant d'une importance cruciale. **Vu la charge de travail existant dans les MASS, il est sensé de permettre au personnel de pouvoir systématiquement mettre en pratique ces aspects de l'organisation du travail.**
- Un nombre important de patients dans les MASS, et une charge de travail conséquente ont des conséquences importantes au niveau des directeurs. Mais c'est surtout l'importance d'un développement équilibré, aussi bien interne (gestion de revalidation et gestion du personnel), qu'externe (constitution d'un réseau, contacts avec d'autres services et institutions, avec la direction), qu'il est indiqué de faire la **distinction entre un directeur général et un directeur médical**. Ceci ne peut qu'améliorer le développement équilibré des MASS.

4. ÉVALUATION DU PROCESSUS

4.1. Le bas-seuil dans le travail des MASS

Les MASS ont été instaurées comme centres ambulatoires de bas seuil pour usagers problématiques de drogues. La notion de bas seuil peut être envisagée selon 4 niveaux : bas-seuil dans l'**espace**, dans la **prise de contact**, dans le **temps** et dans l'**accompagnement**.

Le projet MASS constitue un vaste projet, de sorte que les MASS sont obligées **d'effectuer des choix**. Avec les moyens et le modèle financier actuels, il ne faut pas s'attendre des MASS qu'elles puissent réaliser de manière poussée toutes les missions qui

⁶¹ Par exemple, lors du démarrage de la MASS de Liège, la durée des prises en charge était organisationnellement limitée à quelques jours. Elles ont été allongées à un mois ultérieurement, et elles n'ont plus de durée limitée à l'heure actuelle.

leur sont dévolues. Étant donné les faibles moyens mis en oeuvre, les MASS doivent faire des choix sur le niveau d'investissement de ces moyens. Nous avons pu constater que toutes les MASS ont notamment fait un choix entre les divers aspects du travail de bas-seuil. Ceci signifie que les MASS qui se situent à un très bas-seuil sur certains plans, ont dû opter pour un seuil plus élevé pour d'autres plans. Pour les MASS, ceci aboutit à la constatation qu'elles doivent toujours chercher un équilibre entre quantité et qualité.

4.1.1. Le bas-seuil dans l'espace

Ni le *Programme d'Action Toxicomanie-Drogue*, ni les Conventions INAMI ne définissent de Zones d'Influence Géographique des MASS. Étant donné l'étendue de la problématique de l'usage de drogues, les MASS, avec les faibles moyens qui leur sont alloués par rapport aux missions qui leur sont dévolues, ne peuvent pas couvrir l'entièreté du pays. Les Conventions disent pourtant les MASS font partie d'un réseau de centres ambulatoires pour usagers de drogues qui doit couvrir l'entièreté du territoire. Or, en ce qui concerne la couverture géographique des MASS, l'étude des ZIG a montré que celles-ci ont un recrutement de proximité, ce qui est logique vis-à-vis d'une population marginalisée. De fait, toutes connaissent un bon ancrage local, qui est assuré, pour certaines MASS, par le travail en antennes.

4.1.2. Le bas-seuil dans la prise de contact

Le bas-seuil dans la prise de contact implique la définition d'objectifs minimalistes par rapport à une prise en charge idéalisée qui viserait l'abstinence, même différée (pas de confrontation directe des patients vis-à-vis d'intervenants individuels, philosophie de "réduction des risques" visant une meilleure gestion de la consommation de drogues). Parfois, elle se traduit également par un *bas-seuil de la motivation au changement*, impliquant le travail de cette motivation au départ de démarches non-thérapeutiques (comptoirs d'échange de seringues, travail de rue).

De cette manière, les MASS parviennent à conserver de façon plus ou moins satisfaisante un seuil bas (avec ou sans travail de rue). Les MASS ne posent aucune condition préalable et ne recourent pas ou très rarement à des critères d'exclusion.

4.1.3. Le bas-seuil dans le temps

Le bas-seuil dans le temps est réalisé par l'instauration d'heures d'ouverture élargies et d'une disponibilité envers les patients. Les MASS ont tenté de se positionner à un seuil dans le temps aussi bas que possible. Cependant, quelques MASS ont, dans la réalité, évolué vers un système de rendez-vous, en dépit de moyens limités. Une permanence est bien sûr prévue, mais la plupart du temps, ceci semble ne servir qu'à fixer les rendez-vous et/ou à réagir promptement en cas de situation de crise.

4.1.4. Le bas-seuil dans l'accompagnement

Le bas-seuil dans l'accompagnement constitue le pilier principal du fonctionnement en bas-seuil. C'est la première fois que des documents de politique reconnaissent des méthodes de réduction des risques comme méthode de traitement⁶². Ceci semble ressortir évidemment des missions confiées aux MASS, notamment l'exigence de bas-seuil, le traitement sans condition (préalable), la non-possibilité de refuser des patients, l'utilisation de traitements de substitution⁶³ et la possibilité d'un comptoir d'échange de seringues.

La question peut se poser de savoir si l'**objectif** final d'"abstinence" (au sens de "vivre sans drogues") constitue un objectif réaliste. Pour une part importante d'usagers de patients de certaines MASS, la réponse à cette question est négative. Ceci fait partie d'une évolution de la vision classique de la méthadone (en fonction de la diminution et le sevrage) vers une vision plus réaliste, c'est-à-dire le traitement de maintenance par méthadone, en soutien d'une démarche psychothérapeutique. La question est que cette approche "réaliste", est peu reconnue en dehors des MASS. La recherche a mis en évidence un champ de tension entre l'acceptation de l'approche par réduction des risques et l'ambition (ultime) de réaliser un sevrage. Cette tension résulte des *Programme d'Action Toxicomanie-Drogue* et Conventions INAMI, qui mentionnent les méthodes de réduction des risques tout en réaffirmant l'abstinence l'objectif ultime ; les mesures de limitation des dommages n'y étant conçues que comme une étape intermédiaire. Sur le terrain, il n'existe pas plus de consensus évident sur le contenu et la portée du concept de "harm reduction". Les différents acteurs en donnent des interprétations très variées.

Sur le plan du **transfèrement** des patients, des améliorations peuvent encore être apportées, aussi bien dans les MASS que dans les autres services et institutions spécialisées en matière de drogues. Les MASS établissent des conventions avec divers services et institutions relatives au transfèrement des patients. Dans certains cas, ceci conduit également à une politique délimitée / planifiée.

Rien n'est dit cependant quant à une politique élaborée et systématique de transfèrement avec tous les services et institutions du secteur. De la recherche, il ressort qu'il existe sporadiquement des transfèremments entre tous les services et institutions de l'offre d'assistance s'occupant de drogues ; et que c'est essentiellement le patient ou sa famille⁶⁴ ou son entourage qui entreprend le premier pas dans l'offre d'assistance aux problèmes de drogues. Ce constat met en évidence l'importance du développement d'un réseau efficace dans l'offre d'assistance pour les problèmes de drogues.

⁶² Pelc I. (ed.) & al. ; " La pensée et les hommes " ; *La drogue, réprimer, libérer, soigner*, ULB, n° 24, Bruxelles, 1993

⁶³ Reisinger M., Pelc I. ; Treatment of Heroin Addicts with Buprenorphine: Evaluation over a Three-Year Period, in *Problems of Drug Dependence*, NIDA, Coll. "Research Monography Series", Maryland, 1988.

⁶⁴ Ledoux Y., Pelc I., Rousseaux J-P., *Le devenir des toxicomanes et des alcooliques après traitement : le rôle des rapports familiaux et interpersonnels*, in *Nouvelles des Sciences et Technologies*, Vol 11, n° 4, 1993, pp. 71-80

- **Recommandation 7 : Clarifications des objectifs et des attentes**

L'expérience MASS dans son ensemble constitue un projet encore fort orienté sur la "*question de la substance*". Cette orientation générale est assez contradictoire avec un dispositif à visée multidisciplinaire qui devrait tendre, selon ses objectifs, à recentrer les programmes sur la question du "*développement personnel*"⁶⁵ des usagers. Le projet MASS bénéficierait, en effet, de la mise en place d'un programme visant le développement personnel des individus et de leur qualité de vie subjective. **Une clarification des attentes du Projet et de ses objectifs est donc nécessaire pour favoriser l'accompagnement au développement personnel des individus et leur qualité de vie subjective.**

On pourrait notamment soutenir l'*adaptabilité du seuil d'intervention* plutôt que l'intervention "à bas-seuil", la *réduction des dommages* plutôt que la "réduction des risques", les traitements de substitution à *visée de maintenance* plutôt qu'à visée de sevrage, le travail en partenariat concerté avec le patient et centré sur lui (*case management*) plutôt que le transfert du patient entre institutions d'un réseau... Il s'agit surtout d'éviter un effet non-désiré de l'expérience MASS qui consiste à maintenir le patient à un seuil d'intervention relevant de l'humanitaire plus que du sanitaire ou du thérapeutique, voire à l'enfoncer dans une "*spirale du bas-seuil*". Une place doit ainsi être accordée à la parole du patient en tant que personne en recherche de son propre développement autonome. Il y a lieu de favoriser la concertation avec les patients et de développer des activités qui leur permettent de participer à l'évaluation des dispositifs offerts par l'institution MASS (notamment, par l'intermédiaire de *Focus Groups*). Cependant, la clarification des objectifs et des attentes ne doit pas avoir pour conséquence de contrecarrer la nécessaire flexibilité des MASS, notamment les possibilités d'adaptation aux situations locales.

⁶⁵ Pelc I., Ledoux Y. ; Prévention de l'usage de drogues en Thaïlande – Le programme CEMUBAC – Assuétudes sous l'égide de la Commission des Communautés Européennes : « L'approche Humaniste », in *Nouvelles de la Science et des Technologies*, Vol 11, N° 4, Bruxelles, 1993, pp.47-59

4.2. Le réseau local

4.2.1. L'offre d'assistance existante dans le domaine des drogues

Un des problèmes centraux de la collaboration en général et dans le transfèrement des patients en particulier, réside dans **l'imprécision de l'offre d'assistance** en matière de drogues (concrètement les critères d'admission et d'exclusion); et dans l'offre des fonctions de soins des services et institutions spécialisés en matière de drogues.

L'**ampleur et la nature de l'offre d'assistance** aux usagers problématiques de drogues dans une ZIG est également importante en ce qui concerne le transfèrement des patients. Il semble qu'à ce propos l'offre d'assistance aux usagers problématique de drogues présente des **disparités très importantes selon la zone**.

• **Recommandation 8 : Clarifications de l'offre d'aide en matière de drogues**

Il est nécessaire que les institutions implantées, et ayant un rôle dans le domaine des assuétudes, soient associées à des projets **d'identification** de la problématique des drogues et de l'offre d'assistance non seulement d'un point de vue épidémiologique, mais également clinique. Cette diversité des projets et des programmes thérapeutiques devrait, une fois identifiée par l'ensemble des acteurs des institutions d'assistance et de soins, contribuer à l'élaboration de réseaux et circuits de soins. De telles perspectives devraient contribuer à optimiser les démarches de coordination dans les secteurs concernés; coordinations centrées sur les besoins des patients.

Face à ces divergences dans les logiques d'action, il convient de favoriser l'harmonisation de la politique horizontale, tels qu'elle a été décrite dans "Het Belgisch drugbeleid anno 2000"⁶⁶. Les villes ont déjà considérablement investi dans le domaine de la toxicomanie en adoptant une politique adaptée aux caractéristiques locale de la toxicomanie⁶⁷. Cette logique relève de la plus grande importance. Tout au long de la recherche, nous n'avons cessé de pointer les différences que nous avons pu observer entre les différents sites étudiés. Il s'agit ainsi de favoriser les initiatives locales, car les pouvoirs locaux sont les mieux placés à connaître la situation et les caractéristiques de la toxicomanie auxquelles les services locaux doivent quotidiennement faire face. Ici, s'applique particulièrement ce que l'OMS a déjà énoncé il y a plusieurs années: «Penser largement pour agir localement» ("*Think wide to act tight*").

⁶⁶ Casselman, J., De Ruyver, B., Meuwissen, K., Bullens, F. & Van Impe, K., *Het Belgisch drugbeleid anno 2000: een stand van zaken drie jaar na de aanbevelingen van de parlementaire werkgroep*, Gent, UG - Leuven, KUL, 2000, p. 9.

⁶⁷ Citons, entre autres, les coordinations suivantes: "Stedelijk Overleg Drugs Antwerpen" (Antwerpen), "Regionaal drugoverlegplatform" (Aalst), "Drugoverlegplatform Brugge" (Brugge), "Stuurgroep Drugbeleid" (Gent), "Coördination des Actions en Toxicomanie" (Liège) et "Coördination Drogues" (Charleroi) (liste non-exhaustive).

4.2.2. Les organes de concertation et initiatives de coordination

Dans certaines zones, une **concertation et une coordination** structurelles (sectorielle et intersectorielle) ont été mises en place. Quelques MASS jouent elles-mêmes un rôle central dans ces concertations autour des drogues. Au plan sectoriel, un certain nombre d'initiatives ont vu le jour en vue de développer des réseaux structurels. Ces initiatives ne dépassent pas encore le stade de développement conceptuel. Dans certaines zones, il y a toutefois des expériences et des projets pilotes qui sont mis en place. Les services non-spécialisés en matière de drogues n'y sont pas suffisamment impliqués dans le développement des réseaux. Cette façon de procéder n'est pas opportune en regard de la complexité et des dimensions multiples de la problématique des drogues. Dans d'autres ZIG, la question d'une politique des drogues ou d'initiatives de coordination régionales ou locales au niveau sectoriel, n'est toujours pas à l'ordre du jour. L'absence d'une politique des drogues univoque, intégrée – horizontale et verticale – et le financement parcellaire des services spécifiques aux drogues, empêche le développement d'organes de concertation et les initiatives en matière de coordination.

Un problème inhérent au développement de liens de collaboration et aux réseaux réside dans l'indétermination du niveau de pouvoir légitime pour prendre en charge les fonctions de coordination ou de concertation. Actuellement, les précurseurs de la concertation en réseau ne disposent ni du **mandat** ni de la compétence pour prendre des décisions et trancher à l'intérieur de cette concertation.

- **Recommandation 9 : Mise en place d'une structure de coordination bien définie**

Une **structure de coordination étendue**, explicite et conséquente, chargée de missions et mandat évidents qui serait reconnue par les diverses autorités et par les secteurs, est essentielle. Cette structure de coordination doit être élaborée pour tous les niveaux politiques (local, provincial, régional et fédéral), avec une attention particulière pour le niveau politique *local*.

4.2.3. La participation des MASS au réseau local

Les MASS ont, dès le départ, établi le dialogue avec toute une série d'acteurs. De nombreux accords ont été conclus avec ces nombreux acteurs qui se sont concrétisés par la signature de protocoles.

Nous constatons que dans la pratique, au niveau du patient, une **collaboration ad hoc** constitue la règle. L'utilité de ces protocoles serait avantagée si des moments d'évaluation étaient prévus dès leur conception. C'est encore trop rarement le cas.

Les MASS se sont rapidement et fortement impliquées dans les structures de concertation et de coordination existantes. Ailleurs, elles ont parfois été à l'origine de ces organes de concertation. Ceci a conduit les MASS à occuper une position de pouvoir sur le terrain, mais il ne faut pas négliger pour autant leur influence au niveau politique. En trois ans, les MASS sont devenues des **acteurs de premier plan** dans le secteur des drogues.

5. ÉVALUATION DES EFFETS

5.1. Au niveau des patients

L'évaluation des effets au niveau des patients n'a pu être menée à bout en tant qu'évaluation des effets objectifs. Nous n'avons, en effet, pas pu disposer, au préalable, des facteurs de réussite pré-établis et mesurables relatifs à l'accompagnement réalisé dans une MASS.

L'évaluation des effets réalisée par les chercheurs comporte dès lors aussi une « évaluation des effets subjectifs »⁶⁸. Quand les patients sont invités à se prononcer sur la mesure dans laquelle ils ont obtenu de l'aide dans la résolution de leurs problèmes, il s'agit d'une « proxy outcome measure ». Une évaluation positive des patients n'est en soi pas suffisante pour mesurer l'efficacité d'un accompagnement/d'un traitement.⁶⁹

5.1.1. Les patients disposent d'un nouveau point de référence sur le plan de l'offre d'aide

Depuis la mise en place des MASS, les usagers de drogues marginalisés disposent d'un nouveau point de référence et ils peuvent aussi situer leurs expériences dans un contexte élargi. De ce fait, ils semblent moins enclins à rechercher une offre d'aide de type haut-seuil ; l'approche « harm reduction » des MASS colle mieux à leurs besoins et à leurs attentes. Les usagers problématiques de drogues sont, d'une façon pragmatique, fortement orientés vers des interventions favorisant la santé physique. Aussi, l'assistance sur des questions concrètes au plan du logement, du travail et du fonctionnement social par les intervenants, sont considérées comme prioritaires par les patients. Il est remarquable de constater par les Focus Groups et les Questionnaires de Satisfaction des Patients qu'il semble que la très grande majorité des patients des MASS sont en général **contents à très content** des MASS.

Le Questionnaire de Satisfaction des Patients indique que pour la majorité des patients de la plupart des MASS, que c'est surtout sur le plan de l'usage de drogues et sur celui de la santé que se produisent des améliorations. Une amélioration sur le plan des relations avec la famille et les amis, au niveau du travail, des situations financière et juridique, se retrouve chez la moitié des patients. Les patients indiquent des améliorations significatives dans l'ensemble de leurs domaines de vie.

5.1.2. Le temps comme facteur limitant de l'accompagnement dans les MASS

Le **temps** constitue un facteur important dans la réussite/ou pas des objectifs des MASS. Nous voyons cela notamment dans les MASS qui sont issues de structures déjà existantes parfois avec une histoire antérieure de 20 à 25 ans. Dans ces MASS, on décrit ce dernier

⁶⁸ Par *subjectif* dans l'évaluation des effets, on met l'accent sur le fait que c'est le patient qui remplissait un questionnaire écrit où il mentionnait *lui-même* la mesure dans laquelle il estimait que sa situation dans un certain nombre de domaines s'était amélioré/avait empiré/était restée inchangée ("Client Satisfaction Questionnaire": voir II. VOLET A: Etude Pilote et de faisabilité). De plus un certain nombre de résultats a émergé au cours des interviews du personnel des MASS.

⁶⁹ WHO, UNDCP, EMCDDA, *Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder Treatment, Client Satisfaction Evaluations*, Workbook 6, s.l., 1998, p. 3.

groupe plutôt comme ayant évolué vers plus de stabilité, plus tranquille, avec moins de moments de crise, moins de marginalisation. Le personnel de ces MASS indique aussi que cette évolution vers la stabilisation constitue un projet qui se chiffre en années, en moyenne 5 à 10 ans. Bien évidemment, comme on pourra le constater dans les rapports locaux des équipes de recherche, des particularités sont à noter en ce qui concerne les caractéristiques distinctives de ces deux sous-populations.

- **Recommandation 10 : Critères et instruments d'évaluation spécifiques à la patientèle des MASS**

Étant donné la particularité de la patientèle des MASS, il nous semble indiqué de ne pas limiter la prise en compte des effets au sevrage des patients seulement mais surtout à tenir compte de **l'amélioration de leur situation sur un nombre de domaines spécifiques** (usage de drogues, santé, relations avec la famille/les amis, le travail/la situation financière, juridique). Pour avoir une vision de ces effets, l'utilisation d'un questionnaire, à vocation clinique, adapté aux MASS doit être encouragé. Étant donné le complètement de ce questionnaire, exigeant en temps et en travail, il faut dans cette optique mettre disposition les moyens nécessaires.

En outre, il incombe également aux MASS de réaliser un objectif réaliste dans le travail de motivation du patient pour rendre possible son transfèrement et de **réaliser effectivement** celui-ci à sa demande. Le rôle de la MASS réside aussi, le cas échéant, à amener le patient à envisager au cours d'entretiens qu'un transfèrement est nécessaire.

En général, on ne peut pas perdre de vue que les effets décrits ci-dessus sur l'accompagnement des patients par une MASS peuvent impliquer des années.

5.2. Au niveau du réseau

5.2.1. La mise en place d'antennes

Le bas-seuil dans l'espace signifie concrètement que certaines MASS travaillent selon un réseau d'antennes, c'est-à-dire de locaux répartis dans la zone d'influence (ZIG) pour améliorer la proximité.

- **Recommandation 11 : Extensions au moyen de la mise en place d'antennes**

Le cas échéant, **le développement d'antennes locales, pour ces zones où l'usage problématique de drogues existe manifestement, constitue une possibilité intéressante mais encore sous-exploitée.** L'expansion territoriale de services à bas seuil comme les MASS dans ces zones serait donc utile. En effet, outre la décentralisation en antennes réalisée par certaines MASS, mais qui implique une grande dispersion des moyens et du personnel, d'autres modalités peuvent être soutenues : développement d'antennes secondaires basées sur des partenariats locaux, implantation d'antennes MASS au sein d'autres institutions ou à l'inverse, implantation d'antennes d'autres institutions au sein des MASS...En tout état de cause, la création d'antennes, quelle que soit la modalité souhaitée, suppose la nécessité **d'un surcroît de moyens** pour éviter les effets négatifs de la dispersion du matériel et du personnel. Le coût supplémentaire qu'entraîne la mise en place d'antennes est de toute façon moindre que la création de nouvelles MASS.

5.2.2. Certains groupes cibles ne sont pas atteints de façon satisfaisante

L'arrivée des MASS a remis en évidence le fait que certains groupes cibles sont atteints de manière insuffisante par l'offre d'assistance. Il s'agit des groupes cible suivants (sans prendre en considération les différences locales) : immigrés en situation illégale (notamment sans papiers), les patients à doubles diagnostics, les femmes isolées avec enfants usagères problématiques de drogues, les patients dont les noms figurent sur les soit-disant listes noires, les mineurs d'âge et le groupe de jeunes, agressifs et dangereux, usagers d'amphétamines. Quelques MASS atteignent déjà assez bien ces groupes, mais disposent de trop peu de moyens que pour aider substantiellement ces personnes.

• **Recommandation 12 : Recherches portant sur les groupes cibles non atteint**

Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour vérifier combien de patients de la zone ne sont pas touchés par l'offre d'assistance relative aux drogues, combien de patients n'ont aucun contact avec l'offre d'aide, ni même avec les travailleurs de rue et surtout les raisons pour lesquelles ces usagers ne sont pas touchés.

5.2.3. Un nouveau flux de patients est apparu

La mise en place des MASS a suscité vers les MASS un flux de patients issus de l'offre d'assistance de haut seuil. Les services et institutions qui, avant la mise en place des MASS, avaient peu de disponibilité en termes de places (sous-capacité) sont très satisfaits de cette évolution ; par contre, ceux qui, à ce moment, souffraient d'un excès de places (sur-capacité), émettent des critiques.

5.2.4. Une nouvelle dynamique s'est établie au niveau local

L'arrivée des MASS a mis en marche une **dynamique** dans l'offre d'assistance aux problèmes de drogues. Les MASS ont provoqué non seulement pas mal de discussion et de critiques, mais aussi une **réflexion** sur la méthodologie, les procédés, le fait de ne pas toucher certains groupes cible et les nécessités et besoins des patients.

Cela a eu une influence sur l'offre et les procédés dans la zone d'influence. Beaucoup de services spécialisés et non-spécialisés en matière de drogues ont adapté leur fonctionnement sous l'influence de l'offre d'aide des MASS. Là où il est question d'un accord avec l'offre des MASS, cet effet peut être interprété comme positif ; là où il est question d'éviter de prendre en charge les patients problématiques ou de développer des stratégies concurrentes, cet effet peut être jugé comme négatif.

La mise en place des MASS, dans tous les cas, a mis en évidence de manière plus qu'évidente que tous les usagers n'obtiennent pas de réponse à leur demande d'aide et qu'il existe une réelle **nécessité de collaboration et de se mettre d'accord**. Plus la problématique de la population des MASS est lourde (patients à problématique très lourde et complexe sur divers plans) et plus il est important pour les intervenants des MASS de pouvoir collaborer avec d'autres services en vue de pouvoir **partager les responsabilités** concernant certains patients. Actuellement, il arrive encore trop souvent que toutes les responsabilités soient reportées sur un seul service (par ex. une MASS), ce qui alourdit considérablement la charge de travail des intervenants des MASS.

Notons ainsi que certains usagers de drogues, fréquentant l'une ou l'autre MASS, ne demandent, pendant un certain temps, que d'être présents dans l'institution sans autre demande précise. Pour ceux-là, aucun travail en réseau n'est possible à ce stade. L'expérience montre qu'il s'agit, très souvent, d'une phase de contact qui est mise à profit pour élaborer les prémisses d'un travail thérapeutique ultérieur. Pour ces usagers, et dans ce cas-là, la notion de bas seuil est à ce prix.

Certains **services non-spécialisés en matière de drogues** restent encore indécis à l'égard des usagers de drogues. Quelques services refusent même de les admettre. Dans le cadre du programme de substitution méthadone, les MASS collaborent en général bien avec **des généralistes et des pharmaciens**. Néanmoins, tous les généralistes ne sont pas prêts pour une collaboration et les pharmaciens encore trop souvent méfiants. Les difficultés dans les relations entre la **Police**, la **Justice** et les MASS sont entre autres choses causées par les différences dans leurs objectifs. La relation ne se passe pas sans difficulté, mais s'est améliorée en général.

Étant donné le manque de transparence de l'offre d'assistance spécifique aux drogues, certainement en ce qui concerne l'assistance non-spécialisée, la police, la Justice ; et, étant donné l'importance d'un accueil rapide et positif des usagers problématiques de drogues, il est important d'étendre cette offre par une disponibilité permanente, y compris le soir et pendant les week-ends.

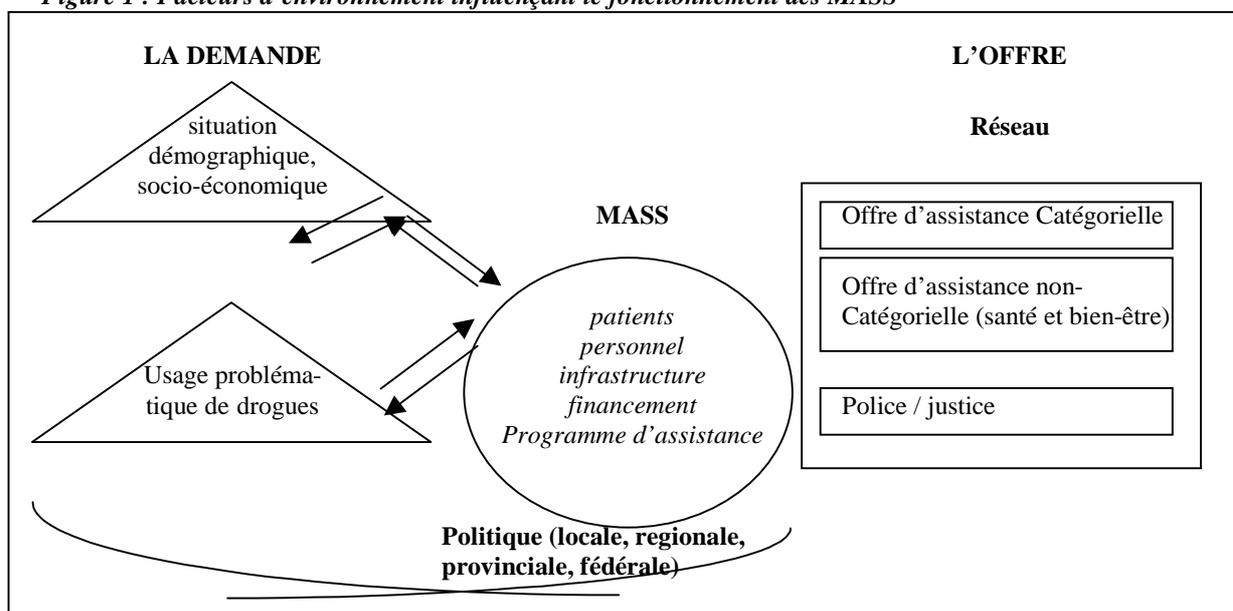
Il est également important, assurément par rapport à l'importance croissante d'une collaboration entre justice et offre d'assistance, de développer un point de contact dans le secteur social pour la police et la justice. La qualité de l'offre d'assistance et des transfèments provenant de la police et de la justice ne pourrait que s'en porter mieux.

6. FACTEURS D'ENVIRONNEMENT INFLUENÇANT LE TRAVAIL DES MASS

6.1. Diverses approches : importance des facteurs d'environnement

La situation démographique et socio-économique dans la zone cible, la nature et l'ampleur de l'usage problématique de drogues, l'offre d'assistance existante et le réseau dans une zone d'influence, la politique des drogues et le point de vue des secteurs impliqués constituent les facteurs d'environnement qui ont influencé fortement le développement des MASS.

Figure 1 : Facteurs d'environnement influençant le fonctionnement des MASS



Par ailleurs, l'expérience MASS s'est développée à partir d'un Projet – que nous avons appelé *le Projet MASS* tout au long de ce rapport –, dont nous avons vu les espaces non-définis, les incohérences et / ou contradictions et les imprécisions. Toutefois, nous avons également vu que ces zones d'ombre ont été transformées, la plupart du temps, en espaces de liberté. Espace dont les équipes des MASS se sont saisies en vue d'adapter leurs institutions propres et leurs projets aux réalités locales tant sur le plan de la géographie humaine, des conditions sociales et économiques, que du contexte culturel et psychologique des populations qu'elles rencontrent, ou encore de l'offre d'assistance et de soins disponibles autour d'elles. À ce titre, l'expérience MASS constitue sans aucun doute une originalité. Il s'agit d'un résultat bénéfique, puisque la mission des MASS était d'atteindre une population peu ou pas en contact avec des services réguliers de soins, ce qui passe inévitablement par la recherche de nouvelles modalités de fonctionnement. Nous pouvons affirmer que **la caractéristique principale de la spécificité des MASS tient dans leur capacité d'adaptation, caractéristique qu'il y a donc lieu d'encadrer et de soutenir, tant sur le plan intellectuel que matériel.**

- **Recommandation 13 : Flexibilité structurée**

Ainsi, étant donné cette situation d'expérience originale, ne bénéficiant pas d'une grande expertise organisationnelle et clinique, n'ayant pas la possibilité de se référer aux modèles classiques de soins en matière de toxicomanie. Étant donné, également, les spécificités de ces institutions dédiées à une population présentant des problématiques lourdes, peu demanderesse de soins, et au vu de la charge, en particulier émotionnelle, inhérente au travail de prise en charge de cette population particulière ; nous devons considérer que la capacité d'adaptabilité constitue une des caractéristiques la plus spécifique des MASS. Il apparaît dès lors clairement que ces institutions forment un réseau de services en évolution constante. Il est donc souhaitable que les MASS puissent bénéficier d'une recherche évaluative permanente quant à leurs processus organisationnels et à leurs processus de prise en charge. Cet accompagnement du travail des MASS est censé suivre l'évolution de ces institutions sur plusieurs années, dans une optique de recherche-action, de sorte qu'elles participent pleinement à l'amélioration des connaissances dans le domaine des assuétudes. En outre, elles peuvent ainsi être le lieu privilégié pour l'examen de nouvelles réalités émergentes dans ces domaines qui évoluent très vite. **Il paraît indispensable de doter ces institutions des moyens nécessaires en vue de pouvoir bénéficier, de façon continue, de moyens de soutien dans leur travail**, notamment au moyen de :

- *supervisions extérieures*, au bénéfice de l'équipe, en particulier pour y gérer des états de crise institutionnelle ou encore de violence de la part de certains patients ;
- *participation à des formations ou élaboration de formations au travail d'accueil* et à la valorisation de celui-ci ;
- *soutien à la réflexion et à la recherche* de nouvelles modalités dans les processus organisationnels et dans les processus de prise en charge ;
- *coordination* en vue de permettre à ces institutions de faire connaître leurs spécificités vis-à-vis des autres institutions de l'offre d'assistance en vue d'intégrer les circuits de soins existants ou de participer à leur élaboration.

Le fait de prévoir les moyens et structures supplémentaires ne doit pas avoir pour conséquence d'empêcher la flexibilité des MASS, i. e. la possibilité de s'adapter à la situation locale spécifique.

6.2. Facteurs déterminant les différences d'approches selon les MASS

- **La situation socio-économique**

Plus une ville est grande et plus le nombre potentiel de patients pour l'assistance ; plus le nombre de patients très marginalisés augmente ; plus il faudrait accorder d'attention aux sous-groupe spécifiques, comme les illégaux, les doubles diagnostics, les enfants des usagers de drogues qu'on ne peut pas aider suffisamment par manque de moyens actuels. Dans une grande ville, il faut décentraliser dans la ville même et moins en dehors.

Plus une ZIG d'une MASS est rurale et plus il est nécessaire de mettre en place des antennes très décentralisées, dans le sens où une multiplication des antennes dans une ville ou commune ne s'impose pas mais elles doivent être réparties sur plusieurs communes. De même, dans une zone rurale, la collaboration entre généralistes, pharmaciens et MASS doit être plus importante ; et le personnel ainsi que les moyens beaucoup plus dispersés. De fait, de telles MASS ont besoin de plus de moyens.

- **Profil du demandeur d'assistance**

Le profil du demandeur d'assistance est fortement déterminé par la situation socio-économique dans une zone d'influence géographique. Dans les zones où existe une problématique de jeunes et/ou d'immigrants et/ou de quart-monde, les groupes cibles des MASS et les demandes d'aide en seront influencés.

- **L'histoire antérieure des MASS**

Quand une MASS est installée dans l'offre d'aide déjà existante, cette MASS peut dès le début bénéficier de l'expérience de cette institution. Dans le cas contraire, la MASS doit plus se débrouiller pour trouver un appui.

Plus une MASS est « vieille », plus le fossé se creuse entre les nouveaux patients et les « anciens » déjà stabilisé et plus se fait sentir la nécessité de recourir à des approches réalistes différentes comme des projets d'insertion professionnelle et un traitement de maintenance sous méthadone.

- **La familiarité à travailler en réseau avec des usagers problématique de drogues**

Quand il existe une tradition de travail avec des usagers problématiques de drogues dans les services et institutions dans une zone, l'installation d'une MASS provoquera moins de résistance.

- **L'offre existante d'assistance aux usagers de drogues**

Plus l'offre est importante, plus il y a de concurrence, plus la collaboration est difficile, plus il est nécessaire de mettre en place des conventions et meilleure sera la politique de transfèrement. Plus il y a nécessité de développer un réseau dans lequel pourra se déployer une offre d'assistance différenciée.

Par contre, une MASS située dans une zone où l'assistance spécialisée est faible, sera confrontée à un plus grand nombre de problèmes que l'abus ou la dépendance, entre autres, à l'héroïne (cocaïne, amphétamines et cannabis - en combinaison avec de l'alcool et/ou des médicaments) mais aussi d'ordre psychologique et comportemental. Ces « nouveaux » groupes de patients posent ainsi d'autres problèmes. Les processus d'incitation au traitement sont moins facilement applicables et ils décrochent plus vite d'un traitement entrepris, les comportements peuvent être différents (agressivité, exigences plutôt que demandes). Ces patients nécessitent une assistance plus adaptée. Dans ces zones, il existe un besoin manifeste de réseau d'assistance renforcé.

- **Les initiatives de développement du réseau**

Dans des zones où l'on travaille d'une façon intensive la mise en place d'un réseau, la MASS se situe dans une position facilitée car elle peut compter sur une offre (entre autres dans la fonction de transfèrement) et sur l'expérience d'autres services et institutions.

Dans les zones où ce travail est plus difficile, la MASS doit d'avantage compter sur elle-même. Dans ce cas, il faut stimuler les initiatives de développement du réseau, assurément dans l'optique des circuits de soins.

V. APERÇU DES RECOMMANDATIONS

- **Recommandation 1 : Mise en place d'une culture de l'évaluation (p. 10)**

Il est souhaitable que cette démarche soit prolongée dans d'autres protocoles de recherche-évaluation à caractère scientifique dans le domaine des drogues et des toxicomanies. D'une façon plus générale, une **culture de l'évaluation** régulière doit pouvoir s'installer de façon systématique dans ce domaine, pour mieux maîtriser, comme cité plus haut, les évolutions sur de longues périodes de temps.

- **Recommandation 2 : Développement de critères d'évaluation (p. 10)**

Il sera nécessaire, à l'avenir, d'accorder également de l'importance à la formulation de **critères d'évaluation univoques** selon lesquels des évaluations de l'offre d'assistances en matière de drogues pourront être réalisées.

- **Recommandation 3 : Combinaison de méthodes quantitatives et qualitatives (p. 21)**

En vue de permettre l'estimation en nature et ampleur de la problématique des drogues, d'une part, et l'évaluation des institutions de soins relatifs aux drogues, d'autre part, il est nécessaire d'envisager une approche holistique du problème selon le contexte social, culturel, politique et historique, suivant une combinaison de données **quantitatives** et d'informations **qualitatives**.

- **Recommandation 4 : Standardisation dans l'enregistrement (p. 28)**

Pour obtenir une vue générale de la nature et de l'ampleur de l'usage de drogues en Belgique, et plus particulièrement appréhender l'usage problématique de drogues, il est nécessaire, en premier lieu, de disposer de données fiables et comparables. Pour réaliser ces conditions, il est nécessaire d'utiliser un système d'enregistrement standardisé, tant au niveau local qu'au niveau fédéral, en vue d'optimiser la comparabilité entre données. À défaut de n'avoir pas pu effectuer une lecture de toutes les possibilités existantes, les éléments utilisés par le BIRN pourraient constituer une première base, pour le développement de ces variables standards qui fait partie des priorités. À ce propos, les travaux en cours de l'équipe de l'ULB sur le projet "Résumé Toxicomanie Minimum" (RTM), font un inventaire critique des systèmes d'enregistrement de données en matière d'assuétudes : il est clair que les systèmes existants portent principalement sur des données épidémiologiques et non sur l'évaluation des processus thérapeutiques.

Il serait intéressant, bien que délicat, d'instaurer un numéro unique et crypté pour les usagers (problématiques) de drogues qui entrent en contact avec l'offre d'assistance, pour éviter les doublons et de pouvoir disposer d'un panorama des trajectoires des patients à travers l'offre d'assistance.

Vu que nous sommes conscients que la mise en place d'un enregistrement uniforme, pour toutes sortes de raisons, constitue, une question très délicate dans la pratique, il y a lieu de rester très vigilant dans les recherches qualitatives au sens à donner à l'information quantitative. En ce qui concerne les groupes d'usagers de drogues dits "**hidden populations**", l'approche qualitative est du reste la seule méthode applicable.

- **Recommandation 5 : Nécessité d'une recherche poussée sur les besoins (p. 28)**

Outre un enregistrement standardisé et un inventaire de l'offre d'assistance et des fonctions de soins spécifiques, il sera également nécessaire à l'avenir de consacrer de l'attention une **recherche permanente** et exhaustive **sur les besoins** du secteur des drogues ; recherche qui fournirait, d'une part, une image précise des besoins et nécessités des usagers de drogues et d'autre part, des besoins et nécessités de l'offre de soins.

- **Recommandation 6 : Révisions des conditions financières et administratives(p. 36)**

Il y a donc lieu de recommander un **réexamen des conditions administratives et des modalités de financement de ces institutions telles que posées actuellement**. En effet, un certain nombre des dispositions de ce mécanisme assez rigide entrent en contradiction avec la flexibilité souhaitable pour un projet dont la caractéristique principale est l'adaptabilité. Notamment, il y a lieu :

- d'octroyer aux MASS un système de **financement plus stable que celui basé sur le remboursement de dépenses déjà engagées**, en effet, les MASS assurent actuellement un travail important avec les patients avant que ceux-ci ne soient dans les conditions officielles de couverture financière - la prise en charge de type "bas seuil" ne pouvant poser de condition financière préalable à la prise en charge;
- de permettre aux MASS d'obtenir des **moyens pour les patients en situation de marginalité administrative** ("sans papiers", SDF, personnes sans couverture maladie-invalidité)...
- de permettre aux MASS plus de largesses quant à la fixation du cadre de personnel. En effet, celui-ci est fixé par les projets que les Villes d'implantation des MASS ont remis lors de leur création. Or, les MASS se caractérisant par leur adaptabilité, elles doivent pouvoir revoir ce projet de départ, notamment par une **réadaptation concertée de l'allocation des moyens financiers et des ressources humaines**. Le travail des MASS ne devrait, en effet, pas être sous-estimé: notamment en ce qui concerne l'importante charge de travail et le fait d'un type de travail exigeant, il faut souligner les difficultés de certaines MASS à trouver/ ou garder du personnel qualifié ;
- de **faciliter administrativement et financièrement la circulation des patients au sein des circuits de soins** en construction. Actuellement en effet, le financement d'un patient n'est plus octroyé dès lors que sa prise en charge multidisciplinaire n'est plus réalisée entièrement au sein de la MASS. La bonne pratique du travail en partenariat implique pourtant qu'une part de la prise en charge d'un patient puisse continuer dans les MASS lorsque le patient est déjà partiellement pris en charge dans d'autres institutions ;
- de même, il y a lieu de **faciliter administrativement et financièrement la circulation de certains intervenants-clé, membres des équipes des MASS, au sein des circuits de soins**, pour faciliter le passage de patients d'une institution à une

autre, par exemple en continuant de suivre un même patient au sein d'une institution différente. On constatera, ainsi dans les adaptations de la Convention INAMI à Liège, que la durée des prises en charge par la MASS a évolué de quelques jours au départ vers un mois ultérieurement et qu'on peut considérer aujourd'hui qu'il n'y a plus vraiment de durée clairement fixée ;

- enfin, le dispositif administratif et financier a été pensé pour des périodes de prise en charge trop brèves par rapport aux réalités de terrain (le groupe-cible se caractérisant notamment par la chronicité de ses difficultés). Le travail demandé aux MASS qui consiste à inciter les patients à entrer dans des programmes thérapeutiques plus élaborés est une tâche à bien plus long terme que ne le permet le dispositif actuel. Un ordre de grandeur réaliste des prises en charge dans une MASS est de quelques années, et non de quelques mois comme préconisé actuellement dans le *Projet MASS*. Il y a donc lieu d'adapter le dispositif administratif et financier pour qu'il corresponde mieux à cette échelle de temps.
- L'effectif en personnel est essentiellement établi sur base du nombre de traitements à exécuter. Il n'y a qu'un volet limité prévu pour la gestion, l'enregistrement, la formation, la concertation, la supervision interne et l'évaluation. La sous-capacité des MASS atteste que seulement un temps insuffisant peut être libéré pour ces activités structurelles. Ces activités sont pourtant d'une importance cruciale. **Vu la charge de travail existant dans les MASS, il est sensé de permettre au personnel de pouvoir systématiquement mettre en pratique ces aspects de l'organisation du travail.**
- Un nombre important de patients dans les MASS, et une charge de travail conséquente ont des conséquences importantes au niveau des directeurs. Mais c'est surtout l'importance d'un développement équilibré, aussi bien interne (gestion de revalidation et gestion du personnel), qu'externe (constitution d'un réseau, contacts avec d'autres services et institutions, avec la direction), qu'il est indiqué de faire la **distinction entre un directeur général et un directeur médical**. Ceci ne peut qu'améliorer le développement équilibré des MASS.

• **Recommandation 7 : Clarifications des objectifs et des attentes (p. 40)**

L'expérience MASS dans son ensemble constitue un projet encore fort orienté sur la "*question de la substance*". Cette orientation générale est assez contradictoire avec un dispositif à visée multidisciplinaire qui devrait tendre, selon ses objectifs, à recentrer les programmes sur la question du "*développement personnel*" des usagers. Le projet MASS bénéficierait, en effet, de la mise en place d'un programme visant le développement personnel des individus et de leur qualité de vie subjective. **Une clarification des attentes du Projet et de ses objectifs est donc nécessaire pour favoriser l'accompagnement au développement personnel des individus et leur qualité de vie subjective.** On pourrait notamment soutenir l'*adaptabilité du seuil d'intervention* plutôt que l'intervention "à bas-seuil", la *réduction des dommages* plutôt que la "réduction des risques", les traitements de substitution à *visée de maintenance* plutôt qu'à visée de sevrage, le travail en partenariat concerté avec le patient et centré sur lui (*case management*) plutôt que le transfert du patient entre institutions d'un réseau... Il s'agit surtout d'éviter un effet non-désiré de l'expérience MASS qui consiste à maintenir le

patient à un seuil d'intervention relevant de l'humanitaire plus que du sanitaire ou du thérapeutique, voire à l'enfoncer dans une "*spirale du bas-seuil*". Une place doit ainsi être accordée à la parole du patient en tant que personne en recherche de son propre développement autonome. Il y a lieu de favoriser la concertation avec les patients et de développer des activités qui leur permettent de participer à l'évaluation des dispositifs offerts par l'institution MASS (notamment, par l'intermédiaire de *Focus Groups*). Cependant, la clarification des objectifs et des attentes ne doit pas avoir pour conséquence de contrecarrer la nécessaire flexibilité des MASS, notamment les possibilités d'adaptation aux situations locales.

- **Recommandation 8 : Clarifications de l'offre d'aide en matière de drogues (p. 41)**

Il est nécessaire que les institutions implantées, et ayant un rôle dans le domaine des assuétudes, soient associées à des projets **d'identification** de la problématique des drogues et de l'offre d'assistance non seulement d'un point de vue épidémiologique, mais également clinique. Cette diversité des projets et des programmes thérapeutiques devrait, une fois identifiée par l'ensemble des acteurs des institutions d'assistance et de soins, contribuer à l'élaboration de réseaux et circuits de soins. De telles perspectives devraient contribuer à optimiser les démarches de coordination dans les secteurs concernés ; coordinations centrées sur les besoins des patients.

Face à ces divergences dans les logiques d'action, il convient de favoriser l'harmonisation de la politique horizontale, tels qu'elle a été décrite dans "*Het Belgisch drugbeleid anno 2000*". Les villes ont déjà considérablement investi dans le domaine de la toxicomanie en adoptant une politique adaptée aux caractéristiques locale de la toxicomanie. Cette logique relève de la plus grande importance. Tout au long de la recherche, nous n'avons cessé de pointer les différences que nous avons pu observer entre les différents sites étudiés. Il s'agit ainsi de favoriser les initiatives locales, car les pouvoirs locaux sont les mieux placés à connaître la situation et les caractéristiques de la toxicomanie auxquelles les services locaux doivent quotidiennement faire face. Ici, s'applique particulièrement ce que l'OMS a déjà énoncé il y a plusieurs années : « Penser largement pour agir localement ».

- **Recommandation 9 : Mise en place d'une structure de coordination bien définie (p. 42)**

Une **structure de coordination étendue**, explicite et conséquente, chargée de missions et mandat évidents qui serait reconnue par les diverses autorités et par les secteurs, est essentielle. Cette structure de coordination doit être élaborée pour tous les niveaux politiques (local, provincial, régional et fédéral), avec une attention particulière pour le niveau politique *local*

- **Recommandation 10 : Critères et instruments d'évaluation spécifiques à la patientèle des MASS (p. 44)**

Étant donné la particularité de la patientèle des MASS, il nous semble indiqué de ne pas limiter la prise en compte des effets au sevrage des patients seulement mais surtout à tenir compte de l'**amélioration de leur situation sur un nombre de domaines spécifiques** (usage de drogues, santé, relations avec la famille/les amis, le travail/la situation financière, juridique). Pour avoir une vision de ces effets, l'utilisation d'un questionnaire, à vocation clinique, adapté aux MASS doit être encouragé. Étant donné le complètement de ce questionnaire, exigeant en temps et en travail, il faut dans cette optique mettre disposition les moyens nécessaires.

En outre, il incombe également aux MASS de réaliser un objectif réaliste dans le travail de motivation du patient pour rendre possible son transfèrement et de **réaliser effectivement** celui-ci à sa demande. Le rôle de la MASS réside aussi, le cas échéant, à amener le patient à envisager au cours d'entretiens qu'un transfèrement est nécessaire.

En général, on ne peut pas perdre de vue que les effets décrits ci-dessus sur l'accompagnement des patients par une MASS peuvent impliquer des années.

- **Recommandation 11 : Extension au moyen de la mise en place d'antennes**

Le cas échéant, le **développement d'antennes locales, pour ces zones où l'usage problématique de drogues existe manifestement, constitue une possibilité intéressante mais encore sous-exploitée**. L'expansion territoriale de services à bas seuil tels que les MASS dans ces zones serait donc utile. En effet, outre la décentralisation en antennes réalisée par certaines MASS, mais qui implique une grande dispersion des moyens et du personnel, d'autres modalités peuvent être soutenues: développement d'antennes secondaires basées sur des partenariats locaux, implantation d'antennes MASS au sein d'autres institutions ou à l'inverse, implantation d'antennes d'autres institutions au sein des MASS... En tout état de cause, la création d'antennes, quelle que soit la modalité souhaitée, suppose la nécessité **d'un surcroît de moyens** en vue d'éviter les effets négatifs de la dispersion du matériel et du personnel. Le coût supplémentaire qu'entraîne la mise en place d'antennes est de toute façon moindre que la création de nouvelles MASS.

- **Recommandation 12 : Recherche portant sur les groupes cibles non atteint**

Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour vérifier combien de patients de la zone ne sont pas touchés par l'offre d'assistance relative aux drogues, combien de patients n'ont aucun contact avec l'offre d'aide, ni même avec les travailleurs de rue et surtout les raisons pour lesquelles ces usagers ne sont pas touchés.

- **Recommandation 13 : Flexibilité structurée**

Ainsi, étant donné cette situation d'expérience originale, ne bénéficiant pas d'une grande expertise organisationnelle et clinique, n'ayant pas la possibilité de se référer aux modèles classiques de soins en matière de toxicomanie. Étant donné, également, les spécificités de ces institutions dédiées à une population présentant des problématiques lourdes, peu demanderesse de soins, et au vu de la charge, en particulier émotionnelle, inhérente au travail de prise en charge de cette population particulière ; nous devons considérer que la capacité d'adaptabilité constitue une des caractéristiques la plus spécifique des MASS. Il apparaît dès lors clairement que ces institutions forment un réseau de services en évolution constante. Il est donc souhaitable que les MASS puissent bénéficier d'une recherche évaluative permanente quant à leurs processus organisationnels et à leurs processus de prise en charge. Cet accompagnement du travail des MASS est censé suivre l'évolution de ces institutions sur plusieurs années, dans une optique de recherche-action, de sorte qu'elles participent pleinement à l'amélioration des connaissances dans le domaine des assuétudes. En outre, elles peuvent ainsi être le lieu privilégié pour l'examen de nouvelles réalités émergentes dans ces domaines qui évoluent très vite. **Il paraît indispensable de doter ces institutions des moyens nécessaires en vue de pouvoir bénéficier, de façon continue, de moyens de soutien dans leur travail**, notamment au moyen de :

- supervisions extérieures, au bénéfice de l'équipe, en particulier pour y gérer des états de crise institutionnelle ou encore de violence de la part de certains patients ;
- participation à des formations ou élaboration de formations au travail d'accueil et à la valorisation de celui-ci ;
- soutien à la réflexion et à la recherche de nouvelles modalités dans les processus organisationnels et dans les processus de prise en charge ;
- coordination en vue de permettre à ces institutions de faire connaître leurs spécificités vis-à-vis des autres institutions de l'offre d'assistance en vue d'intégrer les circuits de soins existants ou de participer à leur élaboration.

Le fait de prévoir les moyens et structures supplémentaires ne doit pas avoir pour conséquence d'empêcher la flexibilité des MASS, i. e. la possibilité de s'adapter à la situation locale spécifique.

BIBLIOGRAPHIE

- *Actieplan Toxicomanie-Drugs / Programme d'Action Toxicomanie-Drogue*, Kabinet van de Eerste Minister / Cabinet du Premier Ministre, Brussel / Bruxelles, 1995.
- American Psychiatric Association ; *DSM-IV, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (4^e ed.)*, trad. fr. par Guelfi J.D. & al., Masson, Paris, 1996.
- Balthazar T., Bogaert M., De Ruyver B., Dewallens F. & Maximus L. ; *Juridische aspecten van druggebruik*, Mys&Breesch, Gent, 1996.
- Barbier R. ; *L'approche transversale, l'écoute sensible en sciences humaines*, Anthropos, Paris, 1997.
- Beauchesne L. ; *La légalisation des drogues... pour mieux en prévenir les abus*, Méridien - Georg, "Repères", Montréal, 1991-1992.
- Bergeret I., From L., Joosten J., Pelc I ; *The Minimum Psychiatric Summary : Care Profiles and Patient's Needs*, in VIII congrès de la Fédération Internationale d'Épidémiologie Psychiatrique, Taipei, mars 1999.
- Bergeret I., De Backer V., From L., Joosten J., Nicaise P., Pelc I ; *Recherche relative à l'application du RPM aux problématiques des usagers de drogues dans les établissements hospitaliers*, Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement, Octobre 1999 (rapport intermédiaire)
- Bergeret I., From L., Joosten J., Nicaise P., Pelc I ; *Recherche relative à l'application du RPM aux problématiques des usagers de drogues dans les établissements hospitaliers – Validation du module Résumé Toxicomanies Minimum (RTM)*, Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement, Mars 2001
- Belding, M.A., McLellan, A.T., Zanis, D.A., Incmikoski; "Characterizing "Nonresponsive" Methadone Patients", in: *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 15, 1998, 6.
- *Beleidsnota van de Federale Regering in verband met de drugproblematiek / Note politique du Gouvernement fédéral Drogues*, Brussel / Bruxelles, 19 januari / janvier 2001.
- Bijnens J., Nielandt B., & Hauglustaine A. ; *Probleemgebruikers van harddrugs: onderzoek naar de aantallen en kenmerken van probleemgebruikers in Limburg 1984-1985*, Hasselt, CAD, 1985.
- Blom, T., De Doelder, H., Hessing, D.J. (reds.); *Naar een consistent drugbeleid*, Sanders Instituut, Deventer, 1996.
- Bogaert J., Pincé H. & al. ; *RCM 1996 en images, variation géographique de la pathologie dans les hôpitaux belges*, Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement, Bruxelles, 2000.
- Boon H. & Desmecht R. ; *Evaluation de l'offre en Province de Hainaut des soins socio-sanitaires en matière d'assuétudes*, CAREDA, Mons, septembre 1998.
- Boons M., De Boeck R., Marechal N., Rombauts P. & Vanhex M. ; *Provinciaal onderzoek drugproblematiek Limburg. Kontakten van welzijnswerkers met gebruikers van illegale drugs*, Hasselt, Limburgs Platform Overleg Verslaving, 1992.
- Borocco N. & Salmona H. ; *Une histoire dans la ville, un réseau d'échanges réciproques de savoirs*, Evry, Matrice, Vigneux (F), 1996.
- Bouverne-De Bie, M., *Forensisch welzijnswerk*, Academia Press, Gent, 1999.

- Brisson P. & al. ; *L'usage des drogues et la toxicomanie*, Gaëtan Morin, Montréal, 1988
- Brisson P. & al. ; *L'usage des drogues et la toxicomanie, vol. III*, Gaëtan Morin, Montréal, Paris, 2000.
- Broekaert, E., Derluyn, I. en Vanderplasschen; W., *Drugverslaafden met jonge kinderen, Een exploratief onderzoek naar modellen en opvoedingsondersteunende methodieken bij de hulpverlening aan drugverslaafde ouders met jonge kinderen*, Onderzoek in opdracht van de VAD en de Vlaamse Gemeenschap, Universiteit Gent, Gent, 2000.
- Broekaert E., Vanderplasschen W. & Soyez V. (eds.) ; *Proceedings of The International Symposium On Substance Abuse Treatment and Special Target Groups*, 1999.
- Broothaerts J.P., Fryns A., Kornreich Ch. & Pelc I. ; *Assuétudes : motivation au changement et prise en charge semi-ambulatoire*, in RFCCC, Oct. Nov. Déc. '98/Jan. '99, Vol. III, n°4, pp.25 et sq.
- Buning, E.; Outreach work with drug users: an overview, in *The International Journal of Drug Policy*, 1993, nr. 4, p. 78 - 81.
- CAD / MASS Limburg, *Jaarverslag 1997, Jaarverslag 1998, Jaarverslag 1999, Jaarverslag 2000*, Genk.
- Callon M. & al. ; *La science et ses réseaux : genèse et circulation des faits scientifiques*, La Découverte, Paris, 1989.
- Casselman J. ; Integrale benadering in de geestelijke gezondheidszorg, in *Acta Hospitalia* 1979, Vol. XIX, nr. 4, p. 382-383.
- Casselman J. ; Present Procedures and Services in the Treatment of Drug-related Problems with Reference to Evaluation, WHO Consultation Group on Assessing Standards of Care in Drug Abuse Treatment, San José (Costa Rica), Novembre 1988, pp. 3-5.
- Casselman J. ; *Met vallen en opstaan. Motivatiebevordering en terugvalpreventie bij alcohol- en andere drugproblemen*, Leuven/Apeldoorn, Garant, 1996.
- Casselman J. ; *Druggebruik: aard en omvang*, lezing Postacademisch Vormingsprogramma Drugproblemen, 17 december 1998.
- Casselman J., De Ruyver B., Meuwissen K., Bullens F. & Van Impe K., *Het Belgisch drugbeleid anno 2000: een stand van zaken drie jaar na de aanbevelingen van de parlementaire werkgroep drugs*, Gent, UG - Leuven, KUL, 2000.
- Cattacin S., Lucas B. & Vetter S. ; *Modèles de politique en matière de drogue, une comparaison de six réalités européennes*, L'harmattan, "Logiques politiques", Paris, 1995.
- Comité de Concertation sur l'Alcool et les autres Drogues (CCAD) ; *Liste des centres, organismes et institutions ayant une action préventive, de recherche et / ou curative dans le domaine des toxicomanies*, Bruxelles, 1^{er} trim. 1998.
- Chambre des Représentants de Belgique / Parl. St. Kamer ; *Rapport fait au nom du groupe de travail chargé d'étudier la problématique de la drogue / Verslag namens de werkgroep belast met het bestuderen van de drugproblematiek*, SO 1996-1997, 1062/3, Bruxelles / Brussel, 5 juin / juni 1997.
- Conseil Supérieur d'Hygiène, Commission des Médicaments ; *Conférence de Consensus, traitement de substitution à la méthadone, 8 octobre 1994*, Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement, Bruxelles, 1994.

- *Convention entre le Comité de l'Assurance Soins de Santé et l'asbl "Maison d'Accueil Socio-Sanitaire [x]" à [x] / Overeenkomsten tussen het comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging en de medisch-sociale opvangcentra voor druggebruikers*, INAMI / RIZIV, Bruxelles / Brussel.
- Corin E. & Lauzon G., Positive Withdrawal and the Quest for Meaning, the Reconstruction of the Experience among Schizophrenics, in *Psychiatry*, 55 (3), 266-278.
- Corten Ph., Pelc I. ; Alcoholics and Drug Addicts at the Emergency Room of the Hospital. Analysis of the Staff Behaviour and Patient's Progression, in *Acta Psychiatrica Belgica*, 86, Bruxelles, 1986, pp. 103-110
- Declerck B. ; *Listing des membres des différents ateliers ainsi que des membres de la Coordination élargie*, Coordination Drogue, Ville de Charleroi, liste non-publiée.
- Decorte T. ; *Informal control mechanisms among cocaine and crack users in the metropolitan area of Antwerp (Belgium)*, Leuven, K.U.L., 1999.
- Degenne A. & Forsé M. ; *Les réseaux sociaux, Une analyse structurale en sociologie*, Armand Colin, "U - Sociologie", Paris, 1994.
- De Long, C.A.J., Schippers, G.M., De Wildt, W.; Het gebruik van farmaci bij de behandeling van misbruik en afhankelijkheid van psychoactieve stoffen, in *Nieuwsbrief Verslaving*, B 4336-3, december 1999, p. 5 –10.
- Demeester, W.; *Beleidsbrief, Gezondheidsbeleid, Kwaliteit als hefboom voor een Vlaams gezondheidsbeleid*, Vlaamse Raad, Brussel, 1996.
- De Meulemeester, P., Molenberghs, G., Nassen, E., Bellings, P.; Een pragmatisch en patiëntgericht raamkader voor de geestelijke gezondheidszorg, in *Acta Hospitalia*, 1998, nr. 3, p. 29-43.
- Depestel, N., *Facetten van West-Vlaanderen. Socio-economische profielen van de arrondissementen in West-Vlaanderen*, WES, Assebroek, 1998.
- De Ruyver, B.; *De strafrechtelijke politiek gevoerd door de socialistische ministers van justitie E. Vandervelde, P. Vermeulen en A. Vranckx*, Proefschrift voorgelegd tot het behalen van de graad van Doctor in de criminologie, Rijksuniversiteit Gent, 1986.
- De Ruyver B., Casselman J., Noirfalise A. & al. ; *Données épidémiologiques relatives à l'usage des drogues en Belgique et dans les pays voisins / Epidemiologische gegevens over druggebruik in België en buurlanden*, SSTC / DWTC, Bruxelles / Brussel, 1996.
- De Ruyver, B., Van Bouchaute, J. en Balthazar, T.; *Methadon, Hulpmiddel of wondermiddel?*, Garant, Leuven/Apeldoorn, Reeks Alcohol en Andere Drugs, nr. 2, 1994.
- De Ruyver B., Vermeulen G., Franck P. & Van Daele L. ; *Kansarmoede, druggebruik, criminaliteit*, Gent, U.G., 1992.
- De Ruyver B., Hap M., Marchandise T., Schleiper A. & Vermeulen G. ; *Drugbeleid in 2000 / Gestion des drogues en 2000*, Antwerpen, Maklu / Bruxelles, Bruylant, 1997.
- De Ruyver B., De Somere P., Vermeulen G., Noirfalise A. & Figiel C. (eds.) ; *Het drugbeleid in België : actuele ontwikkelingen / La politique en matière de drogues en Belgique : développements actuelles [sic]*, Antwerpen, Maklu / Bruxelles, Bruylant, 1998.
- De Ruyver B., Vermeulen G., Flaveau A., De Leenheer A., Carlier F., Noirfalise A. & Pelc I. (red.) ; *Drugbeleid aan de vooravond van de 21ste eeuw / Politique en*

matière de drogue à la veille du 21^{ème} siècle, Antwerpen, Maklu / Bruxelles, Bruylant, 2000.

- Dessoy A. ; Typologie "socio-économique" des communes, in *Bulletin du Crédit Communal*, n° 205 (1998/3), Bruxelles, 1998, pp. 17-43.
- De Vleeschouwer D. ; *Inventaire des structures spécialisées dans le suivi des usagers de drogues en Province de Namur*, Plate-forme de concertation de la région de Namur, liste non-publiée.
- Dionne H. ; *Le développement par la recherche-action*, L'Harmattan, "Outils de recherche", Montréal, 1998.
- Diapason ; *Rapport d'activités 1998, Rapport d'activités 1999 et , Rapport d'activités 2000*, Charleroi.
- *Directive du Collège des Procureurs Généraux relative à la politique des poursuites en matière de détention et de vente au détail de drogues illicites du 17 avril 1998*, Bruxelles, 1998.
- Dom, G. (red.); *Dubbeldiagnose, als verslaving en psychische problemen samengaan*, Epo, Berchem, 1999.
- Dosse F. ; *L'empire du sens, L'humanisation des sciences humaines*, La Découverte, Paris, 1995.
- Dubet F. ; *La galère : jeunes en survie*, Fayard, Paris, 1987.
- Dumoulin P., Giot M.P., Jamouille P. & Panunzi-Roger N. ; *Rapport de recherche : évaluation des dispositifs de prévention et de traitements des toxicomanies dans une optique comparative*, CPAS de Charleroi, ville de Leers, Pacte Interreg I, Charleroi, octobre 1995.
- Driessen F.M.H.M., Völker B.G.M., Kregting J. & Van Der Lelij B. ; *De ontwikkeling van de situatie van methadonpatiënten gedurende twee jaar*, Den Haag / Utrecht, Bureau Driessen, 1999.
- Ehrenberg A., Mignon P. & al. ; *Drogues, politique et société*, Descartes - Le Monde Editions, Paris, 1992.
- Ehrenberg A. & al. ; 1991, *Individus sous influence, drogues, alcools, médicaments psychotropes*, Esprit, "Société", Paris, 1991.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction ; *Extended Annual Report on the State of the Drugs Problem in the European Union 1999*, EMCDDA, Lisboa, 1999.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction ; *Understanding and responding to drug use : The role of qualitative research*, "EMCDDA Scientific Monograph Series", Luxembourg, 2000.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction ; *Evaluation : A key tool for improving drug prevention*, "EMCDDA Scientific Monograph Series", Luxembourg, 2000.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction ; *Reviewing current practice in drug substitution treatment in Europe*, "Insights", n°3, 2000.
- Fountain, J., Griffiths, P., Powis, B., et al.; *Focus groups on Service Provision, Letting the client speak*, National Addiction Center, commissioned by Community Drug Project, 1993.
- Fountain, J., Gilman, M.; *Focus groups on clients' opinions of the Community Drug Project*, niet gepubliceerd document, 1995.

- Fountain J., Strang J., Griffiths P., Powis B. & Gossop M. ; Measuring Met and Unmet Need of Drug Misusers: Integration of Quantitative and Qualitative Data, in *Eur. Addict. Res.* 2000, 6, 97-103.
- Geirnaert, M.; Overzicht van de structuur van de preventie, de hulpverlening en het straathoekwerk in Vlaanderen, in: De Ruyver, B., De Somere, P., Vermeulen, G., Noirfalise, A., Figiel, C. (reds.); *Het drugbeleid in België: actuele ontwikkelingen*, Drugbeleid 2000, Maklu, Antwerpen, 1998.
- Gibson R.L. & Mitchell M.H. ; *Introduction to Counseling and Guidance*, Prentice Hall International, Upper Saddle River (New Jersey), 1999
- GGZ West-Vlaanderen; *Jaarverslag 1999, Jaarverslag 2000*, Overlegplatform voor de Geestelijke Gezondheidszorg in de provincie West-Vlaanderen, Menen.
- Giraud C. ; *Concepts d'une sociologie de l'action, introduction raisonnée*, L'Harmattan, "Logiques sociales - théories sociologiques", Paris, 1994.
- Goelens I. & al. ; *Enquête-Sentinelles, recueil de données épidémiologiques concernant les usagers de produits psychotropes illicites en contact avec des instances d'aide dans la région de Charleroi, analyse descriptive de l'évolution des données de 1995 à 1999*, Ville de Charleroi – Coordination Drogue, Charleroi, octobre 2000.
- Grieten C. ; *COOL-project : HIV-preventie bij injecterende druggebruikers. Etnografisch onderzoek injecterende druggebruikers Antwerpen. Tussentijds verslag*. Antwerpen – Brussel, VAD – Free Clinic, 1994.
- Hartnoll R., Cohen P. & al.; *Estimating the Prevalence of Problem Drug Use in Europe*, EMCDDA – Pompidou Group of the Council of Europe, "EMCDDA Scientific Monograph Series", Luxembourg, 1997.
- Hebberecht P. ; Van preventiecontract tot veiligheids- en samenlevingscontract... of de logica van een veiligheidsstaat, in *Panopticon* 1997, 101-110.
- Hoge Gezondheidsraad, *Verslag over de follow-up van de consensusconferentie over methadon, ministerie van sociale zaken, volksgezondheid en leefmilieu*, Brussel, november 2000, URL: www.health/fgov.be/CSH_HGR/Nederlands/consensusconferentie_methadone.html
- Inciardi J.A. & Harrison L.D. (ed.) ; *Harm Reduction. National and International Perspectives*, Thousand Oaks/London/New Dehli, Sage Publications, 2000.
- Jacques J.P. ; *Pour en finir avec les toxicomanies, psychanalyse et pourvoyance légalisée des drogues*, De Boeck & Larquier, "Oxalis", Bruxelles, 1999
- Jamoulle P. ; *Drogues de rue, récits et styles de vie*, De Boeck Université, "Oxalis", Bruxelles, 2000
- Kesteloot, K., e.a.; Innovatieve vormen van samenwerking in de gezondheidszorg: recente binnen- en buitenlandse ervaringen, in *Acta Hospitalia*, 1999, nr. 1, p. 5-13.
- Kinable R., Casselman J., Todts S. & Van Deun P. ; *Drugsgebruikers en AIDS, AIDS-risicogedrag bij injecterende drugsgebruikers en evaluatie van een preventief project*, Brussel, VAD – Leuven, K.U.L. – Antwerpen, Free Clinic, 1994.
- Koeter M.W.J. & Van Den Brink W. ; Methodologische problemen bij effectonderzoek in de verslavingszorg, in *T.Alc.Drugs* 1995, Vol. 21, nr. 1, 1-10.
- Laplanche J. & Pontalis J.B. ; *Vocabulaire de la psychanalyse*, PUF, "Bibliothèque de Psychanalyse", Paris, 1978
- Latour B. ; *Nous n'avons jamais été modernes, essai d'anthropologie symétrique*, La Découverte, Paris, 1991.

- Ledoux Y., Pelc I., Rousseaux J-P., Le devenir des toxicomanes et des alcooliques après traitement : le rôle des rapports familiaux et interpersonnels, in *Nouvelles de la Sciences et des Technologies*, Vol 11, n° 4, Bruxelles, 1993, pp. 71-80
- Leurquin P. & al. ; *Rapport national belge sur les drogues 2000*, Belgian Information REITOX Network – ISP/WIV, Bruxelles, 2000.
- Liu M. ; *Fondements pratiques de la recherche-action*, L'Harmattan, "Logiques sociales", Paris, 1997.
- Macquet C. ; *Toxicomanies, aliénation ou styles de vie*, L'harmattan, "Logiques sociales", Paris, 1994.
- Macquet C. ; *Toxicomanies et formes de la vie quotidienne*, Mardaga, Liège, 1992.
- Maertens, J.; Opbouwen van een zorgcircuit toxicomanie, een probleem zo groot als het werkveld, in *Hospitalia*, 1997, nr. 4, 171-180.
- Martin C. ; *Les recherches actions sociales, miroirs aux alouettes ou stratégie de qualification*, La Documentation Française - Documents Affaires sociales - MIRE, Paris 1986.
- Martineau H. & Gomart E. ; *Politiques et expérimentations sur les drogues aux Pays-Bas*, Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies – CESDIP – CSI, Paris, 2000.
- Maslow A.H. ; *Motivation and Personality*, 3rd edition revised by Frager R., Fadiman J., McReynolds C. & Cox R., Harper Collins, New York, 1970.
- MSOC Antwerpen ; *Registratiegegevens 1997, Registratiegegevens 1998, Registratiegegevens 1999, Registratiegegevens 2000*, Antwerpen.
- MSOC Gent; *Jaarverslag 2000, Medisch Sociaal Opvangcentrum voor druggebruikers*, niet gepubliceerd document, Gent, 2001.
- MSOC Limburg ; *Evaluatie methadonprogramma Limburg*, 1998.
- Mérenne B., Van der Haegen H., Van Hecke E. & al. ; La Belgique, diversité territoriale, in *Bulletin du Crédit Communal*, n° 202 (1997/4), Bruxelles, 1997, pp. 5-144.
- Miller, W., Rollinck, S. (eds.); *Motivational training, preparing people to change addictive behavior*, Guilford Press, London, 1991.
- Minjon B. ; Methadon, toepassingen in de drugshulpverlening, in Buisman W.R., Casselman J., Noorlander E.A., Schippers G.M. & De Zwart W.M. (red.), *Handboek Verslaving* (B 4370, 1-20), Houten / Zaventem, Bohn Stafleu Van Loghum.
- Minjon, B. en Wolters, R.D.F.; *Hulpverlening bij verslavingsproblemen*, Samsom Uitgeverij, Brussel 1988.
- Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap; Administratie Planning en Statistiek, Departement Algemene Zaken en Financiën, *Stativaria 22: Kansarmoedecijfers volgens het decreet op het Sociaal Impulsfonds, Geactualiseerde cijfers*, Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Brussel, 1998.
- Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap; Administratie Planning en Statistiek, Departement Algemene Zaken en Financiën, *Vrind 99: Vlaamse Regionale Indicatoren*, Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Brussel, 2000.
- Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap; Administratie Planning en Statistiek, Departement Algemene Zaken en Financiën, *Profiel Vlaanderen 2000*, Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Brussel, 2000.
- Morel A., Hervé F. & Fontaine B. ; *Soigner les toxicomanes*, Dunod, Paris, 1997.

- Morgan, A.L., Kreuger, R.A.; *When to use focus groups and why, Successful Focusgroups*, Sage, London, 1993.
- Morin E. ; *Science avec conscience*, Fayard, Paris, 1982
- MSOC Gent; *Jaarverslag 2000, Medisch Sociaal Opvangcentrum voor druggebruikers*, niet gepubliceerd document, Gent, 2001.
- MSOC Limburg ; *Evaluatie methadonprogramma Limburg*, 1998.
- Nassen, E.; *Nieuwe begrippen voor een nieuwe toekomst van de geestelijke gezondheidszorg*, in: *Hospitalia*, 1999, nr. 3, p. 111-123.
- *"Ne faisons pas l'autruche face aux toxicomanies"*, répertoires des institutions compétentes en matière de toxicomanies en Province de Namur, Gouvernement Provincial de Namur, Namur.
- Neuburger R.; *L'autre demande, psychanalyse et thérapie familiale systémique*, (3^e ed.), ESF, Paris, 1992.
- Noirfalise A., De Ruyver B., Manfredini T. & Van Daele L. ; *Guide d'évaluation des Maisons d'Accueil Socio-Sanitaire pour usagers de drogues / Handleiding voor de evaluatie van de medisch-sociale opvangcentra voor druggebruikers*, SSTC / DWTC, Bruxelles / Brussel, 1998.
- Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies ; *Rapport annuel sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union Européenne 1999*, EMCDDA, Lisboa, 1999.
- Parenthèse ; *Rapport d'activités 1998* et *Rapport d'activités 1999*, Mons.
- Pelc I. ; *Les assuétudes : définitions – concepts*, in Pelc I. (Ed.), *Les assuétudes, Abus et états de dépendance, alcool, tabac, médicaments, drogues*, Ed. de l'ULB, Bruxelles, 1983.
- Pelc I. ; *Les drogues en Belgique – Situation actuelle et perspectives*, Lecture à l'Académie Royale de Médecine, in *Bulletin et mémoires de l'Académie Royale de Médecine de Bruxelles*, 144, Bruxelles, 1989, pp.580-588
- Pelc I. (Ed.) & al. ; " La pensée et les hommes "; *La drogue, réprimer, libérer, soigner*, ULB, n° 24, Bruxelles, 1993
- Pelc I, Joosten J, From L; Bergeret I, Ledoux Y, Tecco J.; *The minimal psychiatric summary and the current organisation in mental health care*" in J. Guimon & N. Sartorius (Ed.), *Manage or Perish ?*
- Pelc I, From L, Joosten J, Bergeret I, Ledoux Y *Le R.P.M. et l'organisation actuelle des soins de santé mentale*. in Les Entretiens d'Egmont. Région et Santé: « Connaître les faits pour développer une politique globale » Bruxelles, 13-14 février 98.
- Pelc I., Laurent A. ; *Les assuétudes dans la région du Mékong – Drug Addiction in de Mekong Region*, Ed. Pelc I. & Laurent A., Bruxelles, 1998.
- Pignarre P. ; *Les deux médecines : médicaments psychotropes et suggestion thérapeutique*, La Découverte, Paris, 1995.
- Platform Preventie Middelenmisbruik Provincie Antwerpen en Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Provincie Antwerpen ; *Gids Aanbod Hulpverlening en Preventie Middelenmisbruik Provincie Antwerpen 2000*.
- Popper K.M. ; *La logique de la découverte scientifique*, trad. fr., Payot, Paris, 1973
- Popper K.M. ; *Conjectures et réfutations, la croissance du savoir scientifique*, trad. fr., Payot, Paris, 1985 (réed.)
- PoppovGGZ, Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Oost-Vlaanderen, *Activiteitenverslag 1998, Activiteitenverslag 2000*, v.z.w. Popov Logistiek, Gent.

- Preston, A. (ed.); *The Methadone Briefing, An easy to use reference the methadone and methadone prescribing: for health and other professionals*, Island Press, United Kingdom, 1996.
- Prochaska J.O. & DiClemente C.C. ; L'approche transthéorique, in Norcross J.C & Goldfried M.R. & al.; *Psychothérapie intégrative*, Desclée de Brouwer, "Reconnaissances", Paris, 1998, pp. 281-318.
- *Programme d'Action Toxicomanie-Drogue*, Cabinet du Premier Ministre, Bruxelles, 1995
- Provincie Limburg en Limburgs Platformoverleg Verslaving ; *Drugwijzer. Wegwijs in drughulpverlening en –preventie in Limburg 1999*.
- Qualitative European Drug Research Network, "Workgroup review of qualitative research on the health risks associated with injecting drug use, Co-ordination of working groups of qualitative researchers to analyse different drug use patterns for public health strategies and prevention" (CT97.EP.01), URL: www.qed.org.uk/european.html
- Raedemaeker A.F., Pelc I. & Steinberg P. ; Cultures, savoirs et pratiques des intervenants socio-sanitaires en toxicomanie, in *Gestion des drogues en 2000, Culture et Performances, travaux préparatoires*, Gestion des Drogues en 2000 asbl, Bruxelles, novembre 2000.
- Raes K. ; *Tegen betere wetten in. Een ethische kijk op het recht*, Gent, Academia Press, 1997.
- Raes K. ; *Het recht van de samenleving*, Brussel, VUBPRESS, 1999.
- Raes, V., *Drughulpverlening in Vlaanderen, Feiten en Problemen*, onderzoek in opdracht van de Minister van financiën en begroting, gezondheidsinstellingen, gezin en welzijn, VAD, Brussel, 1995.
- Reason P. & Rowan J. (ed.) ; *Human Inquiry : a sourcebook of new paradigm research*, New York, Wiley, 1981.
- Reisinger M., Pelc I.; Treatment of Heroïn Addicts with Buprenorphine: Evaluation over a Three-Year Period, in *Problems of Drug Dependence*, NIDA, Coll. "Research Monography Series", Maryland, 1988.
- Roché S. ; *Sociologie politique de l'insécurité, Violences urbaines, inégalités et globalisation*, PUF, "Sociologie d'aujourd'hui", Paris, 1998.
- Rhodes, T., Stimson, G., Crofts, N., Ball, A., Dehne, K., Khodakevich, L.; Drug injecting, rapid HIV spread, and the 'risk environment': implications for assessment and response, in *AIDS 1999*, 13 (suppl A), S259-S269.
- Rhodes, T., Stimson, G., Fitch, C., Ball, A., Renton, A.; Rapid assessment, injecting drug use, and public health, in: *The Lancet*, Vol. 354, 1999, p. 65-68.
- Riepema, A., Van Gelderen, A., Van Der Wilt, H. (reds.); *Adresgids verslavingszorg 1998-1999*, Trimbos instituut, Utrecht, 1998.
- Rogers C. ; *Client-centered therapy : its Current Practice, Implications and Theory*, Houghton Mifflin Co., Boston, 1951.
- Segal H. ; *Introduction à l'œuvre de Mélanie Klein*, PUF, "Bibliothèque de Psychanalyse", Paris, 1969
- Selener D. ; *Participatory Action Research and Social Change*, New York, Ithaca, 1997.
- Seulin C. & Dazord A. ; *Prises en charge institutionnelles en psychiatrie, méthodologie de la recherche évaluative*, PUF, "Nodules", Paris, 1997.

- Simard G. ; *La méthode du "Focus Group", Animer, planifier et évaluer l'action*, Mondia, Laval (Québec), 1989.
- Sips K. ; Participative Action Research : the role of researcher, organisation and external consultant, paper presented at the Conference on Learning and Research in *Working Life*, Lunden, Sweden, june 20-23, 1994.
- Stad Gent; Dienst Lokale Preventie en Veiligheid, Jaarrapport Preventieraad 1998, Jaarrapport Preventieraad 1999, *Luik 3 Drugs, Straathoekwerk*, Gent.
- Stad Gent; Wonen en leven - Kansarmoedeatlas Gent, URL: www.gent.be/gent/wonen/kansarmo/atlas/index.htm
- Stad Oostende; *Medisch Sociaal Opvangcentrum voor Drugverslaafden, Jaarverslag 1998*, Oostende, 1999.
- Stad Oostende; Dienst Preventie, *Jaarverslag MASS 1999 Oostende, een overzicht van de werking van het Medisch Sociaal Opvangcentrum*, Oostende, 2000.
- Steunpunt werkgelegenheid, arbeid en vorming, *Jaarboek 1999*, KULeuven, URL: www.kuleuven.ac.be/stwav/s...ost98/besluit_oost-Vlaanderen.htm
- Stimson, G.V., Des Jarlais, C., Ball, A.L.; *Drug injecting and HIV Infection*, World Health Organization, UCL Press, London, 1998.
- Stockman R. (ed.) ; *Het beroepsgeheim in de zorgverleningssector*, Antwerpen, Intersentia Rechtswetenschappen, 1998.
- Strain, C.E., Stitzer, M.L. (eds.); *Methadone Treatment for Opiate Dependence*, John Hopkins University Press, Maryland, 1999.
- Tecco J., Minner P., Kopp P., Bergeret I., Lebon O., Joosten J., Pelc I ; Admitting or discharging patients with opiate or alcohol related problems? Psychiatrist uncertainty and welfare losses, *Mental Health Economics and Policy* 23-24 June 98, London, Centre for the Economics of Mental Health Institute of psychiatry.
- Todts S. ; Methadon-onderhoudsbehandeling (MOB) : mogelijkheden en voorwaarden, in De Ruyver B. & De Leenheer A. (eds.) ; *Drugbeleid 2000 / Gestion des drogues en 2000*, Maklu, Antwerpen / Bruylant, Bruxelles, 1994, 267-273.
- Todts S. ; Peer education at the Free Clinic of Antwerp, *International Journal of Drug Policy* 1996, vol. 7, n° 1.
- Todts S., Fonck K., Colebunders R., Vercauteren G., Driesen K., Uydebrouck M., Vranckx R. & Van Mol F. ; Tuberculosis, HIV, hepatitis B and risk behaviour in a Belgian prison, in *Arch Public Health* 1997, 55, 87-97.
- Todts S. ; Harm reduction als vorm van drugsbeleid, *Welzijnsgids* 1998, Afl. 28, 41-65.
- Van Aken, J.E., Bagchus, P.M.; Het organiseren van zorgcircuits in de geestelijke gezondheidszorg, in *Acta Hospitalia*, 1997, nr. 1, p. 59-64.
- Van Baelen L. ; Ginger en de Vlaamse registratie middelengebruik : mobilisatie voor registratie, in *VAD-berichten* 1998, maart-april, 2-3.
- Van Cauwenberghe K., Van Damme P. & Van Hal G. ; Registratieonderzoek van druggebruikers door het Parket Antwerpen – 1991, in *Panopticon*, 1993, 14, 526-536.
- Van Cauwenberghe K., Van Damme P., Van Hal G. & Lievens A. ; Registratie van druggebruikers via de Parketten in Vlaanderen, in *T.A.D.P.* 1994, 20, 155.
- Vandebussche, E., Wydoodt, J.P.; *Vlaamse Registratie Middelengebruik, Registratiegegevens 1998*, VAD, Brussel, 1999, 87 p.
- Vanderplasschen, W., De Bourdeaudhuij, I., Van Oost, P.; *Eindrapport Onderzoeksproject Case Management in de Oost-Vlaamse drughulpverlening*,

- Vakgroep Gedragstherapie en Psychologische Begeleiding, Onderzoek in opdracht van de provincie Oost-Vlaanderen en PopovGGZ, Universiteit Gent, Gent, 1999.
- Vanderplasschen, W., Mostien, B., Claeys, P., Raes, V. en Van Bouchaute, J., *Conceptnota organisatiemodel zorgcircuit middelenmisbruik*, in opdracht van de provincie Oost-Vlaanderen en Popov-GGZ, Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek, Gent, 2001.
 - Vanderplasschen W., De Bourdeauhuij I. & Van Oost P. ; *Eindrapport Onderzoeksproject CASE MANAGEMENT in de Oost-Vlaamse drughulpverlening*, niet gepubliceerd, 1999.
 - Van Deun P. ; Hulpverlening aan drugsverslaafden : van verscheidenheid naar continuïteit, in De Ruyver B. & De Leenheer A. (eds.) ; *Drugbeleid 2000 / Gestion des drogues en 2000*, Maklu, Antwerpen / Bruylant, Bruxelles, 1994, 203-211.
 - Van Deun P. ; Recente ontwikkelingen in de drughulpverlening in Vlaanderen, in Mensink C. & Spruit I.P. (red.) ; *Jaarboek verslaving 1998 over gebruik en zorg*, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Diegen, 1999, 154-170.
 - Van Deun, P., Recente ontwikkelingen in de drughulpverlening in Vlaanderen, in: C. Mensink en I.P. Spruit (reds.), *Verslaving 1998, over gebruik en zorg*, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Diegem, 1999.
 - Vandevelde, S., Vanderplasschen, W.; *Drughulpverlening aan allochtonen, Een exploratief onderzoek naar methodieken bij begeleiding van allochtone patients in de drughulpverlening*, Een onderzoek in opdracht van de VAD en de Vlaamse Gemeenschap, Universiteit Gent, Gent, 2000.
 - Van Dijck A. ; *Inventarisatie en analyse van publiek beschikbare gegevens m.b.t. de gespecialiseerde drughulpverlening in Antwerpen (1996-1999)*, Antwerpen, SODA, ESOC, onuitg., 2000.
 - Van Hecke E. ; Actualisation de la hiérarchie urbaine en Belgique, in *Bulletin du Crédit Communal*, n° 205 (1998/3), Bruxelles, 1998, pp. 45-76.
 - Van Ooyen-Houben M. & De Groen I. ; De verslavingsintake gestandaardiseerd : over de ASI, de EuropASI en het BIC, in *T.Alc.Drugs* 1997, Vol. 22, nr. 1, 40-44.
 - Van Regenmortel, T., *Maatzorg, een methodiek voor het begeleiden van kansarmen*, Acco Leuven / Amersfoort, 1996.
 - Verrando R. ; De huisarts en de drughulpverlening : van een solistische medische kijk naar een multidisciplinair overleg, interne publicatie MASS Genk, 1999.
 - Verrando R. ; Infectieziekten bij druggebruikers, interne publicatie MASS Genk, 1999.
 - Verslag namens de werkgroep belast met het bestuderen van de drugproblematiek, 5 juni 1997; *Gedr. St. Kamer*, 1996-97, 1062/1.
 - Vlaamse overheid; Vlaamse statistieken, basiskaart Vlaanderen, URL: www.vlaanderen.be/ned/sites/statsistiek/index.html
 - Vranken J., Geldof D. & Van Menxel G. ; *Armoede en sociale uitsluiting. Jaarboek 1995, 1998, 1999*, Leuven, Acco.
 - Vullierme J.L. ; *Le concept de système politique*, PUF, "politique d'aujourd'hui", Paris, 1989
 - Waal, H., Overstating the case. Methodological comments on 'The effects of harm reduction in Amsterdam by Buning and van Brussel, in: *European Addiction Research*, 1997, nr. 3, p. 102-110.

- WHO, UNDCP, EMCDDA ; *Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder Treatment*, workbooks, draft version.
- WHO, UNDCP, EMCDDA ; *Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder Treatment, Workbooks Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder*, draft version, s.l., 1998.
- Winnicott D.W. ; *Processus de maturation chez l'enfant, développement affectif et environnement*, Payot, "science de l'homme", Paris, 1962-63
- Whyte W.F. (ed.) ; *Participatory Action Research*, Newbury Park, Sage Publications, 1991.
- X, Je wordt als junk behandeld, Verslag van een aantal Focus-groups onder patients van het Boumanhuis en de Stichting Symbion, Consonant, Rotterdam, niet gepubliceerde tekst, 1997.
- Zuber-Skerritt O. & al. ; *New Directions in Action Research*, Falmer Press, London, 1996.