



**Les pratiques ‘evidenced based’ dans l'aide aux  
toxicomanes: Un état des lieux**

**RÉSUMÉ**

*La recherche s'inscrit dans le cadre du « Programme de recherches d'appui à la Note politique fédérale relative à la problématique de la drogue » mis en oeuvre et financé par le SPP Politique scientifique.*

Mieke Autrique  
Wouter Vanderplasschen

Thierry H. Pham  
Eric Broekaert

Bernard Sabbe

**Adresses du coordinateur et des promoteurs :**

Coordinateur:

Prof. Dr. Bernard Sabbe  
Université d'Anvers  
Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute (CAPRI)  
Campus Drie Eiken  
Universiteitsplein 1  
2610 Wilrijk  
Tél: 03/820 24 15  
Fax: 03/820 24 14  
[Bernard.Sabbe@ua.ac.be](mailto:Bernard.Sabbe@ua.ac.be)

Promoteurs:

Prof. Dr. Eric Broekaert  
Université de Gand  
Département d'Orthopédagogie  
H. Dunantlaan 2  
9000 Gand  
Tél. 09/264 64 65  
Fax 09/264 64 91  
[Eric.Broekaert@UGent.be](mailto:Eric.Broekaert@UGent.be)

Prof. Dr. Thierry Pham  
Centre de Recherche en Défense Sociale  
rue Despars 94  
7500 Tournai  
Tél. 069/ 64 65 70  
Fax 069/ 44 31 68  
[Thierry.Pham@crds.be](mailto:Thierry.Pham@crds.be)



# 1. Contextualisation et problématique

L'appel de plus en plus prégnant à l'utilisation des 'pratiques evidence-based' fait écho à leur important essor, depuis ces dernières années, dans la littérature internationale (Amodeo, Ellis & Samet, 2006; McGovern, Fox, Xie & Drake, 2004; Miller, Sorensen, Selzer & Brigham, 2006) et dans notre pays (Pieters, 1999; Broekaert, Vandavelde, Vanderplasschen, Soyez & Poppe, 2002; Henneman, Geirnaert, & Stevens, 2004). 'Evidence-based practice' est un terme qui provient de la notion 'evidence-based medicine' of EBM (Evidence-based medicine working group, 1992). EBM est un courant interne au monde médical qui a émergé grâce à l'impulsion d'une large coalition entre des médecins, des chercheurs, des professeurs et des responsables politiques, pour accélérer et améliorer l'application des résultats ou preuves de la recherche purement clinique à la pratique clinique (Haynes et al., 1996). L'étude de Sackett et al. (1996) définit l'EBM comme l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse du meilleur 'matériel' de preuve actuel pour prendre des décisions relatives au soin de patients. La pratique de l'EBM nécessite l'intégration de l'expertise clinique individuelle avec le meilleur niveau de preuve issu de la recherche systématique (Van Driel et al., 2003).

L'evidence-based medicine est guidée par un mouvement éthique important (Schotsmans, 1998) : en effet, elle veut mettre à disposition des professionnels des procédures diagnostiques et thérapeutiques les mieux évaluées pour les patients. Ensuite, elle est fondée par un engagement social soucieux de la santé publique de façon à ce que les interventions les plus efficaces soient accessibles à la majorité de la population (Lemiengre, 1998 ; Van Driel et al., 2003).

L'application de l'evidence-based medicine, selon Sackett et al. (1996), présentent plusieurs avantages (Degryse, 1998). Ainsi elle donne la possibilité d'exercer la médecine d'une façon plus efficace, elle offre une base plus rationnelle pour la prise de décisions politiques et elle offre la possibilité de dégager un référentiel commun pour l'évaluation des données scientifiques. Il forme en outre, une nouvelle base pour la formation continue, il offre la possibilité d'établir une continuité et une uniformité dans les soins et il se soucie de la transparence des lacunes existantes dans la science médicale (Van Driel et al., 2003).

Il existe également des inconvénients inhérents à l'evidence-based practice. Ainsi elle requière un minimum de temps, d'infrastructure, d'aptitudes informatiques, de 'regard critique', de connaissances statistiques et elle est parfois perçue comme menaçante eu égard au fait que les habitudes profondément enracinées sont remises en question et qu'il n'y a pas toujours de preuve disponible venant des recherches cliniques (Van Driel et al., 2003). En outre, on prétend parfois que la pratique evidence-based laisse parfois plus de place à l'aspect économique qu'à l'aspect éthique : les discussions concernant les soins, les valeurs, la bienfaisance seraient supplantées par des débats sur les avantages, les effets et les frais épargnés (Vetlesen & Henriksen, 2003). Étant donné que le marché a apparemment la solution pour tous les problèmes dans la société, il a aussi le pouvoir de décider ce qui vaut la peine d'être développé et ce qui doit être interrompu.

Cet intérêt peut toutefois être interprété différemment, notamment comme le désir et la volonté de réduire le gouffre qui sépare la recherche et la pratique dans le domaine de l'aide aux toxicomanes (Trinder, 2000 & Gambrill, 2003). Il est reconnu qu'il convient de fournir des efforts supplémentaires pour combler le fossé entre les hommes de terrain, les chercheurs et les responsables politiques, afin d'accélérer ainsi l'implémentation des pratiques evidence-based en particulier dans l'aide aux toxicomanes et dans les secteurs de soins en santé publiques (McLellan, 2002; Moore et al., 2004; Peters et al., 2005; Simpson, 2002). A vrai dire, jamais autant d'efforts n'ont été faits pour enregistrer, systématiser et observer ce qui se passe dans le domaine des soins de la toxicomanie. Ce type de documentation est nécessaire, elle peut fournir des indications précieuses à l'élaboration d'un meilleur système de traitement qui sera plus efficace (Ravndal, 2005).

Le défi consiste à choisir les interventions, s'appuyant sur la procédure 'evidence-based', qui sont adaptées aux valeurs spécifiques, aux normes et à la situation de notre société, ceci dans la mesure où il existe des preuves (Hannes, 2006). La diversité en lien avec l'application des différentes interventions dans le soin aux toxicomanes et la confusion au sujet de leurs effets nécessitent la mise en place de directives et de protocoles evidence-based univoques en vue d'une implémentation et d'une réalisation adéquate.

Le manque de fidélité au modèle originel lors de l'implémentation d'une intervention déterminée, n'engendre pas seulement des difficultés pour son évaluation, mais conduit généralement en même temps à des résultats moins favorables (Perl & Jacobs, 1992). Des directives semblables sont déjà disponibles sur le plan international. Toutefois, en Belgique, il n'y a pas encore beaucoup de directives 'evidence-based' disponibles pour le traitement des troubles liés aux toxiques.

## 2. Questions de recherche et organisation de la recherche

L'organisation du projet de recherche est donc d'examiner quelles sont les interventions evidence-based dans l'aide apportés aux toxicomanes, quelles directives et protocoles evidence-based existent pour aider les toxicomanes, dans quelle mesure ceux-ci sont connus et appliqués par les équipes de terrain et comment se procure-t-on de telles directives ? Le but final est de parvenir à des suggestions et des recommandations afin d'appliquer les directives evidence-based dans le contexte belge.

A partir de la problématique et de l'objectif précité, des questions de recherche ont été élaborées :

- Quelles interventions evidence-based existent dans l'aide apportée aux toxicomanes et quelles interventions ne sont pas (encore) créées ? Quelles interventions ont déjà fait l'objet de nombreuses recherches et quelles interventions ne l'ont pas (encore) été ? Pour quelle garantie de résultat et pour quelles substances les interventions evidence-based sont-elles efficaces ?
- Quelles sont les directives evidence-based disponibles pour aider les toxicomanes et quelle est la qualité de ces directives ?
- Quelle connaissance ont-ils des pratiques et directives evidence-based concernant l'aide apportée aux toxicomanes en Belgique ?
- Comment se situent-ils vis-à-vis de l'application des directives evidence-based dans l'aide qu'ils apportent aux toxicomanes ?
- Comment se positionne-t-on en Belgique sur les pratiques et directives evidence-based concernant le traitement des assuétudes ?
- Quelle directive evidence-based existante peut-elle être recommandée dans l'aide apportée aux toxicomanes en Belgique ?
- Quelles recommandations pouvons nous faire pour l'application de cette directive ?

Pour répondre aux questions suscitées précédemment et atteindre les objectifs, une revue de la littérature a d'abord été effectuée. A l'aide des articles concernant l'efficacité de certaines interventions dans le soins des dépendances, une revue de l'étendue de la preuve scientifique qui est disponible par intervention et par substance, a été établie. Ceci a été fait à l'aide des critères CBO (Institut néerlandais pour la qualité de la santé publique). On a en même temps procédé à une revue, par substances, des directives evidence-based existantes ainsi qu'à une revue des protocoles de traitement evidence-based existants.

Ensuite une **première enquête** relative aux soins apportés aux toxicomanes en Belgique a été réalisée. Un échantillon représentatif a été constitué à partir de 60 dispositifs, constitués notamment d'hôpitaux psychiatriques, de centres d'intervention de crise, d'unités d'urgence psychiatrique (EPSI), de services psychiatriques des hôpitaux généraux (PAAZ), de centres résidentiels avec convention INAMI et de centres ambulatoires avec et sans convention INAMI. Nous avons choisi d'interroger les responsables thérapeutiques car ils sont, à notre avis, le plus au courant du type de traitement et de leur contenu dispensé dans leur institution. Ils ont été interviewés à l'aide d'un entretien semi-structuré concernant leur connaissance, leur utilisation et leur attitude vis à vis de l'application des directives et pratiques evidence-based. Les interviews ont été analysées aussi bien quantitativement que qualitativement.

Dans une troisième phase, les directives evidence-based existantes ont été évaluées à l'aide de l'instrument Appraisal of Guidelines Research and Evaluation (the AGREE-collaboration, 2001). L'instrument AGREE est généralement un outil pour les concepteurs et les utilisateurs de directives afin d'évaluer la qualité méthodologique des directives cliniques. Un classement a été effectué entre les directives evidence-based fortement recommandées (++), les directives evidence-based recommandées (+) et celles qui ne sont pas recommandées (-). Le but de ce classement était d'en arriver à la présentation de protocoles de traitement evidence-based qui seraient applicables en Belgique. A l'aide de cette répartition, une des directives evidence-based existante a été sélectionnée et c'est sur cette directive qu'une **deuxième enquête** a porté : dans le but de vérifier la possibilité d'appliquer les protocoles 'evidence based' en Belgique, cette directive a été soumise à la lecture des personnes ayant répondu à la première enquête.

À partir de la revue de la littérature et des deux enquêtes, nous en sommes alors arrivés aux suggestions et aux recommandations pour l'application des directives evidence-based dans la prise en charge des toxicomanes en Belgique. Ci-dessous, vous trouverez les résultats de cette recherche.

## 3. Résultats des recherches

### 3.1. L'état de la question

#### 3.1.1. Efficacité des interventions

A l'aide des articles concernant l'efficacité de certaines interventions dans le soins des dépendances, une revue de l'étendue de la preuve scientifique qui est disponible par intervention et par substance, a été établie. Ceci a été fait à l'aide des critères CBO (Institut néerlandais pour la qualité de la santé publique). Cette étude a pour ambition de refléter le niveau de force de preuve assigné à l'efficacité de différentes interventions. Seuls les niveaux de force de preuve 1 (le plus haut) et 3 seront envisagés, étant donné que le niveau 2 n'était pas représenté pour les interventions entrant en ligne de compte dans notre revue et le niveau 4 (plus bas niveau 1 de force de preuve) n'est applicable que lorsqu'on développe par soi-même ses directives.

Pour des substances déterminées et des mesures de résultats déterminées, **le niveau 1 de force de preuve** était de mise en ce qui concerne l'efficacité ou l'inefficacité de différentes interventions.

Ainsi, en général, un niveau 1 de force de preuve était trouvé en ce qui concerne l'efficacité d'interventions basées sur le renforcement positif, sur des interviews motivationnelles, sur la *Community Reinforcement Approach* (CRA), sur la prévention de la rechute et sur la gestion de cas. Aussi, étant donné qu'en général il n'y a ni preuve convaincante et/ou ni preuve inconsistante, en ce qui concerne les groupes d'entraide, les communauté thérapeutiques et *cue exposure*, un niveau 1 de force de preuve a été assigné à ces interventions.

En ce qui concerne le traitement pharmacologique des problèmes d'alcool, le niveau 1 de force de preuve est de mise pour l'efficacité des benzodiazépines, de la carbamazépine, de l'acamprosate, du disulfiram et du naltrexone, tandis que le niveau 1 de force de preuve est de mise pour l'inefficacité du SSRI's. Les agonistes des récepteurs adrénérgiques alpha 2, le magnésium, les antipsychotiques et le clorméthiazole ne sont, quant à eux, pas à conseiller. Pour ce qui a trait aux interventions pharmacothérapeutiques la possibilité de risques pour la santé doit aussi être prise en compte.

Les interventions de courte durée paraissent être les plus *evidence-based* pour le traitement des problèmes d'alcool. La gestion de cas, l'autocontrôle/l'entraînement à l'autocontrôle et l'autogestion, constituent en outre des interventions *evidence-based* acceptables pour le traitement des problèmes d'alcool. Les AA et le modèle du Minnesota ne sont, quant à elles, pas des interventions *evidence-based*. Dans le même sens, la gestion du stress et la prévention des rechutes constituent des interventions moins *evidence-based* pour le traitement des problèmes d'alcool. A propos de l'efficacité de la thérapie occupationnelle, il n'y a pas de conclusions possibles. De plus, le contenu de l'intervention paraît être plus important que le dispositif dans le traitement de problèmes d'alcool. Par ailleurs, un niveau 1 de force de preuve est assigné pour l'efficacité de la gestion occasionnelle comme complément au traitement ambulatoire, pour l'efficacité de la thérapie de couple comme régulation du comportement, pour l'efficacité de la *Community Reinforcement Approach*, pour l'efficacité de l'entraînement aux habilités sociales et aux capacités de *coping* ainsi que pour l'efficacité du travail motivationnel. Enfin, il existe peu de preuve quant à l'efficacité de la thérapie psychodynamique dans le traitement des problèmes d'alcool.

Pour le traitement des problèmes liés aux benzodiazépines, il existe un niveau 1 de force de preuve pour l'efficacité d'interventions minimales et des schémas d'abstinence progressive. Il n'y a jusqu'à maintenant pas de preuve pour l'efficacité de la médication dans le traitement des problèmes liés aux benzodiazépines.

Ensuite, relativement au traitement des problèmes liés au cannabis, l'efficacité de thérapies cognitivo-comportementales ainsi que celle de l'entraînement aux capacités de *coping* en combinaison avec l'augmentation de la motivation et l'utilisation du renforcement positif, atteignent un niveau 1 de force de preuve.

Pour le traitement de problèmes liés à la cocaïne, un niveau 1 de force de preuve est assigné à l'inefficacité du carbamazépine, à l'inefficacité des agonistes dopaminérgiques, à l'inefficacité des antidépresseurs et à l'inefficacité de l'acupuncture. Le *counselling* et la prévention de la rechute paraissent, quant à eux, être efficaces.

Pour l'efficacité de la méthadone, de la buprénorphine, des agonistes des récepteurs adrénérgiques alpha 2 et des interventions familiales dans le traitement des problèmes liés aux opiacés, un niveau 1 de force de preuve est attribué. Quant à l'efficacité des communautés thérapeutiques, il existe bien des preuves mais des recherches ultérieures sont nécessaires.

En outre **un niveau 3 de force de preuve** était trouvé pour l'efficacité ou l'inefficacité de différentes interventions, tout au moins en ce qui concerne des substances déterminées et des mesures de résultats déterminées.

En général un niveau 3 de force de preuve était trouvé eu égard au fait qu'il n'y a pas de différences significatives concernant des résultats entre les résultats d'un traitement en centre de jour et ceux d'un traitement résidentielle, ni entre les résultats d'un traitement ambulatoire standard et ceux d'un traitement ambulatoire étendu. Ce niveau de force de preuve était encore de mise pour l'efficacité d'interventions motivationnelles de courte durée, l'efficacité de la thérapie de couple visant la régulation du comportement, l'efficacité de l'entraînement aux capacités de *coping*, l'efficacité de la postcure et l'efficacité des NA, mais aussi pour l'inefficacité du biofeedback, de l'acupuncture, de la médication et de la thérapie occupationnelle. Il n'y avait pas de relation de causalité entre le programme en 12 étapes et les mesures de résultats relatives à l'usage de drogue.

Dans le traitement des problèmes d'alcool, on trouvait un niveau 3 de force de preuve pour l'efficacité du citalopram et de la fluoxétine alors qu'un niveau 3 était assigné à l'inefficacité de l'acupuncture. La carbamazépine paraît quant à elle être efficace dans le traitement des problèmes liés aux benzodiazépines.

Dans le champs du traitement des problèmes liés au cannabis, un niveau 3 de force de preuve était attribué pour ce qui est de l'efficacité d'interventions de courte durée, du traitement psychodynamique, des entretiens motivationnels et de la prévention de la rechute.

En ce qui concerne les problèmes liés à la cocaïne, un niveau 3 de force de preuve était lui aussi assigné à l'efficacité du disulfiram, à l'efficacité du traitement en centre de jour, à l'efficacité du traitement ambulatoire, à l'efficacité de la thérapie de groupe, à l'efficacité de la *Community Reinforcement Approach* et à l'efficacité de l'entraînement aux capacités de 'faire-face'. La dexamphétamine ne paraissait pas être efficace pour le traitement lié à la cocaïne et dans le même ordre d'idée l'efficacité de la thérapie comportementale et de la thérapie cognitivo-comportementale n'est pas encore apparue comme convaincante. La méthode en 12 étapes n'est pas non plus efficace dans le traitement des problèmes liés à la cocaïne, elle l'est par contre lorsqu'on l'intègre activement au *counselling* et qu'on la combine avec celui-ci.

Pour ce qui a trait au traitement des problèmes liés aux opiacés le niveau 3 de force de preuve est accordé à l'efficacité des programmes d'échanges de seringues, à l'efficacité du *counselling* en combinaison avec la méthadone, à l'efficacité de la *cue exposure*, à l'efficacité de la distribution d'héroïne, à l'efficacité de la *Community Reinforcement Approach* et à l'efficacité de la postcure ambulatoire. L'éducation psychologique en combinaison avec la naltrexone n'apparaît pas être efficace et, relativement à l'efficacité des programmes d'échanges de seringues, il n'y a pas de jugement possible.

### 3.1.2. Directives evidence-based

Dans la revue de la littérature, un aperçu est également donné des directives existantes pour le traitement de la dépendance à l'alcool, aux benzodiazépines, au cannabis, à la cocaïne et aux opiacés. Ces directives evidence-based sont évaluées à l'aide l'instrument Appraisal of Guidelines REsearch and Evaluation (<http://www.agreecollaboration.org/instrument/>). Les directives obtiennent un score sur chaque domaine avec lequel le niveau de recommandation était déterminé. Un classement a été effectué entre les directives evidence-based fortement recommandées (++), les directives evidence-based recommandées (+) et celles qui ne sont pas recommandées (-).

Dans le résumé, les directives peuvent être retrouvées pour le traitement des troubles liés à l'alcool, au cannabis, à la cocaïne, aux opiacés, aux benzodiazépines, et aussi quelques directives générales pour les problèmes de drogue en général. Les directives relatives à l'alcool, au cannabis, à la cocaïne, au traitement de la dépendance aux opiacés par la méthadone, au traitement de la dépendance aux opiacés par la buprénorphine sont appréciées selon leur niveau de recommandation. Quelques directives plus générales sont également évaluées. Pour le traitement de la dépendance à la cocaïne, il n'y a pas de directive fortement recommandée, mais une directive qui peut être recommandée. Pour le traitement de la dépendance aux benzodiazépines, aucune directive fortement recommandée ou recommandée n'a été trouvée.

Pour quelques interventions spécifiques relatives au traitement des toxicomanes, des directives ont été retrouvées. Il s'agit notamment de quelques directives fortement recommandées relatives au sevrage, au case management et au traitement pharmacologique d'abus de drogue. Quelques directives relatives au sevrage, au case management, au traitement ambulatoire intensif, à l'intervention brève, à l'intervention de crise, à la thérapie brève, à la thérapie familiale, à la thérapie de groupe et à la post-cure sont recommandés.

En outre, on peut aussi retrouver dans le résumé quelle directive peut être recommandée. Il est important de bien séparer à chaque fois les scores par domaine au niveau des directives.

### 3.2. Conclusion de l'enquête dans le secteur des soins

De l'enquête portant sur un échantillon représentatif de 60 dispositifs de soins liés aux dépendances en Belgique et concernant la connaissance, l'application et les attitudes des mêmes dispositifs relativement à la pratique *evidence-based* et aux directives *evidence-based*, transparaissent différents éléments.

Pratiquement tous les professionnels interviewés essayent de suivre les nouvelles avancées dans leur champ de travail. Cela passe le plus souvent par des formations et des journées d'études, par les collègues et par internet. La plupart des professionnels interrogés consultent la littérature scientifique (49/60). Principalement celle des périodiques, celle qui est disponible sur internet et celle qui émane d'organisations telles que la VAD (Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen) ou FEDITO (Fédération Wallonne des Institutions pour Toxicomanes). La littérature consultée est aussi essentiellement en lien avec des problèmes spécifiques ou des questions qui se posent dans la pratique clinique ou encore, elle peut être consécutive à un congrès.

La majeure partie des interventions appliquées sont du *counselling* individuel, des interventions orientées sur la famille, des interventions pharmacothérapeutiques, des interventions psycho-éducatives de courte durée. Les dispositifs flamands utilisent plus souvent que les dispositifs wallons des schémas d'abstinence graduelle, des interventions d'ajustement comportementales et cognitives, un entraînement aux capacités de 'faire-face', la psycho-éducation et la postcure. Les dispositifs wallons font plus souvent appel que les flamands à des interventions psycho-dynamiques. Les personnes interviewées sont convaincues plus fortement par la preuve scientifique lorsqu'il s'agit de certaines interventions : intervention pharmacothérapeutique, interventions cognitives et ajustement comportementale, schémas d'abstinence progressive, postcure, prévention de la rechute, réduction du dommage et entraînement aux capacités de 'faire-face'.

Sur 40 des 60 dispositifs, il existe des directives et/ou des protocoles pour les formes et méthodes de travail utilisées. En Flandre, il y a plus de directives et de protocoles utilisés qu'en Wallonie. En Flandre, il s'agit de propres développements de directives et protocoles. Dans ces 40 dispositifs, les professionnels questionnés ont confiance dans les directives évoquées ci-dessus, et ce principalement parce qu'ils ont participé à leur développement, parce que l'application de directives semble être un succès, parce qu'elles sont basées sur les résultats de la science et parce qu'elles sont adaptées en fonction de la pratique quotidienne.

Les directives sont principalement basées sur la littérature scientifique (38/39), l'expérience clinique (35/39) et la concertation/réflexion interne mutuelle (36/39). Il s'agit essentiellement d'un haut niveau d'implémentation (25/36). Sur les 31 des 39 dispositifs où on utilise des directives et des protocoles, l'implémentation est surveillée et coachée, et sur 33 des 40 dispositifs où elles sont appliquées, elles sont disponibles pour chacun. Sur 25 dispositifs elles sont appliquées par tous. Pour la plupart des dispositifs, c'est le coordinateur ou le responsable qui est le garant de l'application.

La majeure partie des professionnels interrogés sont positifs à l'égard de la tendance actuelle qui va vers plus de pratique *evidence-based* (40/60), ceci entre autres parce que la qualité du traitement est ainsi garantie, parce que il y a de cette manière une information objective disponible sur le traitement et parce que de cette manière un cadre de référence est offert.

Six professionnels questionnés ont exprimé une attitude négative envers des directives, mais des autres professionnels interrogés formulent aussi des objections aux directives *evidence-based*. Ils postulent entre autres que, par l'utilisation de directives et protocoles, il n'est pas tenu compte de l'individualité du patient, ils émettent aussi des doutes quant à la valeur de la recherche sur la toxicomanie, et ils estiment important que la liberté thérapeutique puisse continuer d'exister.

Au niveau des décideurs institutionnels, l'attitude envers la tendance actuelle vers plus de pratique *evidence-based* est essentiellement positive (39/59). En Flandre, le niveau politique est plus positif à cet égard qu'en Wallonie. Les raisons les plus souvent mentionnées pour justifier l'attitude positive au niveau politique sont la garantie de qualité que les directives apportent et le cadre de référence qu'elles offrent. Trente-sept dispositifs indiquent qu'il n'y a pas de différence dans l'attitude selon les différentes disciplines, 21 affirment que oui. Quelques personnes interviewées considèrent que les différences sont plutôt personnelles, du discours d'autres personnes questionnées, il émane que les différences seraient en relation avec la fonction.

La majeure partie des personnes interrogées sont (complètement) en accord avec le fait que les directives basées sur les recherches scientifiques ont pour souci l'amélioration de la qualité des soins, qu'elles constituent un outil d'apprentissage de formes de traitement, qu'elles sont une source utile de conseils, qu'elles peuvent être implémentées dans les programmes existants et qu'elles peuvent être utilisées pour améliorer la qualité des soins.

La majorité des professionnels interviewés (53/59) trouvent que les résultats des recherches scientifiques sont, jusqu'à un certain point, utilisables dans la pratique quotidienne. Ils les trouvent utilisables parce que ces résultats ouvrent de nouvelles perspectives et offrent un cadre de référence. Les limites qui émanent de la littérature scientifique sont d'une part la différence entre le contexte de recherche et le contexte de la pratique et d'autre part l'importance des différences individuelles et du patient.

La majorité des répondants trouvent que les directives qui sont basées sur la recherche scientifique sont, jusqu'à un certain point 'utilisables' (40/60) à 'très utilisables' (16/60). Il y a plus de répondants wallons que de répondants flamands qui déclarent que les directives basées sur la recherche scientifique ne sont 'pas utilisables'. La raison qui est principalement avancée pour l'utilisation de directives est qu'elles offrent un cadre de référence et une garantie de qualité. Les directives sont, selon quelques répondants, 'pas utilisables' parce que les différences individuelles sont oubliées, parce que le contexte de la pratique diffère du contexte de la recherche et parce que la liberté thérapeutique risquerait d'être perdue.

La plupart des répondants trouvent l'expérience clinique et la recherche scientifique tout aussi importantes dans l' 'orientation' de la pratique quotidienne (36/40). Vingt-deux répondants trouvent l'expérience clinique plus importante que la recherche scientifique. La raison qui est citée le plus souvent pour justifier ce point de vue est l'importance, l'intérêt du patient et des différences individuelles. Quelques répondants évoquent la nécessité d'une 'traduction' des directives pour pouvoir les appliquer. Quatre répondants trouvent la recherche scientifique plus importante que l'expérience clinique.

La plupart des répondants sont d'accord avec la position selon laquelle leur responsabilité professionnelle est d'utiliser des modalités de traitement qui sont éprouvées par la recherche scientifique (39/58). 24 répondants ne sont pas d'accord avec la position selon laquelle leur philosophie de programme est plus importante que les directives *evidence-based*. En ce qui concerne l'implémentation de nouvelles directives, les répondants sont plus enclins à s'en charger si intuitivement *elles leurs parlent*, si elles leur semblent sensées, si elles ont déjà été utilisées par des collègues qui les jugent positives et lorsqu'ils ont le sentiment qu'ils ont suffisamment d'entraînement pour les appliquer correctement. Ils ne sont pas portés à les utiliser si elles sont imposées 'd'en haut'.

En ce qui concerne les obstacles à l'application de directives et protocoles *evidence-based*, le manque de temps est perçu comme une barrière importante. De même, le manque de soutien administratif, le manque d'un système de management adéquat et le manque de coaching/de support sont cités par la plupart des répondants. Les stratégies qui sont utilisables pour l'implémentation sont selon les répondants principalement l'entraînement par des collaborateurs, l'accès facile aux directives et l'existence de notices explicatives officielles.

### **3.3. Protocoles de traitement *evidence-based* applicables en Belgique**

Les 60 professionnels sondés de la première enquête furent invités à participer à la deuxième enquête relative à la directive-APA sélectionnée (2006). Trente-quatre répondants consentirent à prendre part de nouveau à cette seconde enquête. Quelques questions leur furent posées à propos du contenu et de l'application des directives. Il en résulte la présentation d'une vue d'ensemble des résultats les plus importants de l'analyse quantitative et qualitative.

De l'analyse qualitative, en ce qui concerne le contenu des directives, il apparaît qu'il y a un nombre de répondants qui estiment qu'il manque des informations déterminées ou que l'information de la directive est insuffisamment développée. Aussi, quelques répondants avouent se questionner sur la valeur de la recherche dans le soin aux toxicomanes.

A un répondant près, tous les répondants sont disposés à appliquer les directives. Les raisons avancées sont, entre autres, le fait que les directives-APA (2006) se relient à la pratique et qu'elles sont suffisamment générales, laissant ainsi de l'espace pour la créativité. Le caractère *evidence-based* des directives est également donné comme raison pour appliquer les directives dans la pratique.

Cependant pas mal de répondants, pourtant bien disposés à appliquer les directives, envisagent de possibles obstacles à l'implémentation. Ainsi, le manque de moyen financier constitue selon eux une barrière pour appliquer comme il se doit les directives. D'autres barrières sont liées aux limites propres de l'environnement et à la carence de connaissance sur les dispositifs de traitement dans la région. Quelques répondants signalent aussi que les directives ne peuvent pas toujours être appliquées, dans la réalité, dans leur intégralité. Pour pouvoir appliquer les directives dans la pratique il y a, selon quelques répondants, un besoin de formation et d'élargissement du personnel. D'autres répondants sont d'avis que la diffusion de directives doit être progressive et large.



De l'analyse qualitative apparaît en outre que quelques répondants estiment le choix de la langue et le choix des mots dans les directives comme un élément important pour leur implémentation. Aussi quelques répondants proposent un développement plus concret des thérapies présentées comme efficaces et qu'il y ait un étayage des modèles thérapeutiques par le biais d'études de cas.

L'analyse quantitative donne ensuite une réponse à deux questions concernant les directives. La plupart des répondants (28/34) disent être d'accord avec le jugement selon lequel les recommandations sont explicites et spécifiques. Aussi, à la question de savoir si les recommandations primordiales sont faciles à reconnaître, les réponses de la plupart des répondants (28/34) sont affirmatives. Pour finir la plupart des répondants (26/34) trouvent que l'ensemble des directives doit être traduit dans leur propre langue.

## **4. Recommandations pour une implémentation**

A propos des recommandations relatives à l'implémentation des EBR dans le cadre de la prise en charge des toxicomanes, plusieurs sources ont été utilisées. D'abord, le contenu des interviews de la première phase a été utilisé comme première ressource. Ensuite, pour l'appréciation méthodologique des directives existantes, nous avons eu recours à l'instrument AGREE (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation). Parallèlement, la littérature relative à l'implémentation a également été consultée (Edmundson & McCarty, 2005; Greenhalgh et al., 2004; Grimshaw et al., 2004; Van Driel et al., 2003).

Dans ce qui suit, seront abordés : les recommandations concernant la motivation et l'implication des praticiens, l'adaptation et la diffusion de directives, les conseils et le soutien à l'implémentation de directives ainsi que le rôle de la direction dans l'implémentation de directives. Pour terminer, quelques recommandations spécifiques seront encore données au niveau des directives en elles-mêmes.

### ***4.1. Motivation et implication du terrain***

La plupart des professionnels interrogés sont positifs envers la tendance actuelle allant vers l'utilisation plus importante des pratiques evidence-based et trouvent les résultats des recherches scientifiques et les EBR, jusqu'à un certain point, utiles. C'est un constat important, étant donné que les praticiens ne doivent pas seulement prendre connaissance des résultats, mais qu'ils doivent aussi les assumer et surtout les intégrer dans la pratique quotidienne avec les patients (Van Driel et al., 2003). C'est aussi important parce qu'une partie des personnes interrogées voit le manque de conviction quant à l'utilité des EBR comme un possible obstacle à l'implémentation des EBR. Par conséquent, suffisamment d'attention doit être accordée à la motivation des praticiens pour ce qui a trait à la EBP et aux EBR. Dans ce contexte, il est utile de savoir que les innovations qui ont un avantage évident en termes d'efficacité et de rentabilité seront plus facilement adoptées et implémentées. Cependant cet avantage doit être perçu par toutes les figures clés. Et même des innovations dites 'evidence-based', seront précédées par une longue période de négociation. Au cours de celle-ci, il sera débattu de la signification de telles innovations (Greenhalgh et al., 2004).

L'implication des professionnels de terrain est d'un grand intérêt pour l'implémentation de EBR. Les praticiens doivent être consultés et il doit y avoir suffisamment de réflexion, de concertation. Les responsables thérapeutiques peuvent ici jouer un rôle important, puisque c'est principalement le coordinateur ou le responsable qui doit superviser l'application des directives. Les innovations qui sont mises à l'essai peuvent l'être par les futurs utilisateurs, ce faisant elles seront plus facilement adoptées et implémentées (Greenhalgh et al., 2004). Des groupes de travail et des réunions de concertation peuvent aussi être des stratégies possibles pour l'implémentation de EBR. Van Driel et al. (2003) estiment toutefois que des réunions de concertation peuvent constituer une arme à double tranchant : d'une part elles peuvent rassembler des gens pour travailler efficacement à un positionnement uniforme, d'autre part, elles peuvent aussi rassembler des gens qui manifestent une résistance typique à la réunion et renforcer par conséquent cette dernière. Ce cas de figure doit donc être pris en compte.

### ***4.2. Adaptation des directives***

Nous pouvons détourner quelques résistances à partir des remarques recueillies auprès de professionnels qui sont, dans la pratique quotidienne, bien disposés à l'égard de la tendance EBP, autant qu'ils sont ouverts aux résultats de recherches scientifiques et aux EBR.

Les professionnels du soin de la toxicomanie craignent que, par l'utilisation de EBR et de protocoles, il ne soit pas suffisamment, voire pas du tout, tenu compte du patient dans son individualité. Ils utilisent aussi ce motif pour justifier la limitation de l'utilisation de telles directives et des résultats de la recherche scientifique. L'intérêt de l'individu est avancé comme raison principale pour privilégier l'expérience clinique au détriment de la recherche scientifique. La prise en compte de l'individu-patient et celle de l'EBR ne doivent pourtant pas s'exclure. En ce sens, nous suivons O'Connor (2005) quand il affirme que pour l'implémentation de EBR, il doit être systématiquement tenu compte des caractéristiques individuelles du patient. L'auteur affirme par là que c'est aussi important que l'on connaisse les préférences et les priorités du patient.

De même, au niveau du dispositif, l'ajustement des EBR doit rester possible. Quelques praticiens interrogés indiquent en effet qu'il est difficile d'implémenter les EBR étant donné les caractéristiques propres de leur méthode de traitement, de leur contexte de traitement ou de leur philosophie de traitement. Cela ne veut pas dire pour autant que les personnes interviewées considèrent systématiquement leur philosophie de programme comme étant plus importante que les EBR. Il semblerait plutôt qu'il y ait une crainte d'uniformisation dans le traitement des toxicomanes. Du sondage sur la directive APA (2006), il ressort que le moteur principal à l'application de la directive soit lié au fait que celle-ci correspondrait déjà à la pratique et au fonctionnement du dispositif. Dans le même esprit, si un utilisateur potentiel peut ajuster et/ou raffiner l'innovation que l'on veut introduire en fonction de ses propres besoins, elle sera adoptée et implémentée plus facilement (Greenhalgh et al., 2004).

### **4.3. Diffusion des directives**

Il ressort aussi de l'enquête, en ce qui concerne la diffusion des directives tant au niveau individuel qu'au niveau du dispositif, qu'un accès facile à ces dernières est nécessaire, plus spécifiquement l'accès aux directives via internet est suggéré comme pouvant être utile. Ainsi, pour une implémentation optimale, l'utilisation d'une version papier et d'une version électronique des directives semble indiquée. La diffusion pourrait passer également par l'intermédiaire d'un manuel officiel, par le biais de courts résumés et/ou un compte-rendu dans un périodique incluant les comptes-rendus de pairs (ce que la plupart des personnes interviewées, jusqu'à un certain point, considèrent comme très utile).

En outre, une 'plaquette informative' peut aussi être utilisée pour la diffusion des directives. Celle-ci est aussi considérée par la plupart des personnes interrogées, jusqu'à un certain point, comme très utile. Signalons d'ailleurs qu'en annexe des directives de l'APA (2006), un guide de référence abrégé est joint<sup>1</sup>. Dans celui-ci, par une mise en page très claire, figure un résumé des recommandations les plus importantes, et ce, en référence à la directive d'origine. Cet instrument paraît être utilisable dans la pratique. S'il est traduit, il pourrait être utilisé pour la diffusion des directives. La diffusion peut se faire aussi par la poste, par e-mail et/ou par les partenaires du réseau psycho-médico-social. Les directives pourraient être également diffusées par un service central (par exemple: VAD ou FEDITO). Rappelons ici qu'une bonne communication sur les directives est importante.

L'entraînement des collaborateurs-praticiens est fortement recommandé pour l'implémentation de EBR. La plupart des professionnels interrogés déclarent ainsi qu'ils seraient 'bien plus enclins' (plutôt que 'pas du tout enclins') à appliquer les directives s'ils avaient le sentiment qu'ils avaient reçu suffisamment d'entraînement. Un manque de connaissance est aussi mentionné comme barrière en ce qui concerne l'implémentation des directives de l'APA (2006).

Pour l'entraînement, la formation et les conseils, il pourrait être fait appel à des experts et à des personnes externes. En outre, des journées d'études sont mentionnées comme autre stratégie possible: étant donné que de cette manière on atteint différents dispositifs en même temps, celles-ci sont fortement recommandées.

De nouveaux résultats ne garantissent cependant pas le changement dans les méthodes de traitement (Andersberg & Dahlberg, 2005). Ainsi, un abord éducatif passif est une stratégie d'implémentation inefficace qui induit tout au plus un processus de prise de conscience. De cette catégorie 'inefficace' relèvent également la diffusion simple de lignes directrices imprimées et la publication sans commentaires des résultats de recherches. Dans le même ordre d'idées, les conférences et congrès, les voies les plus classiques pour se recycler, ne semblent pas très performantes pour changer le comportement des médecins. Par contre, au contraire d'une conférence qui reste souvent limitée à une transmission unilatérale de l'information, des formes interactives de recyclage ont clairement montré un changement de comportement (Van Driel et al., 2003). C'est pourquoi, des workshops devraient également faire partie des journées d'études. Précisons que les innovations dont les avantages sont manifestes pour le public cible, seront adoptées et implémentées (Greenhalgh et al., 2004).

---

<sup>1</sup> Pour plus d'information, voir: [http://www.psych.org/psych\\_pract/treatg/quick\\_ref\\_guide/SUD\\_ORG.pdf](http://www.psych.org/psych_pract/treatg/quick_ref_guide/SUD_ORG.pdf) "Quick Reference Guide" (APA 2006)

#### **4.4. Conseils et soutien à l'implémentation**

Il n'est pas recommandé d'imposer l'application des directives. Il est préférable que celles-ci soient formulées sous forme de conseils plutôt que sous forme d'obligations. De l'analyse quantitative il ressort en effet que 30 professionnels interrogés sur 57 ne seraient pas (de 'plus non que oui' à 'tout à fait non') portés à appliquer les directives si elles étaient imposées. En ce sens l'obligation est perçue comme un obstacle possible. Par contre, la conclusion de Greenhalgh et al. (2004) établit que les décisions autoritaires qui suivent la voie hiérarchique, augmentent la chance que les innovations soient adoptées et ce, comparativement aux décisions contingentes et collectives. Les caractéristiques des personnes qui promeuvent et qui appliquent la directive sont aussi importantes. Ainsi, il importe que les directives soient soutenues par des animateurs/des 'leaders d'opinions'. Cet aspect est aussi considéré, jusqu'à un certain point, comme très utile, par 45 des professionnels interrogés. Il ressort d'ailleurs d'une recherche antérieure que le recours aux leaders d'opinions est souvent efficace. La recherche à venir devraient en ce sens s'atteler à explorer comment recruter et identifier au mieux les leaders (Van Driel et al., 2003). Selon Greenhalgh et al. (2004), il y a plusieurs sortes de leaders d'opinions : les experts et les leaders d'opinions qui sont aussi des pairs. Les experts ont de l'influence par leurs autorité et statut, alors que les 'leaders-pairs' ont de l'influence, et de par ce qu'ils représentent, et de par leur crédibilité. Néanmoins, ils peuvent tout autant avoir une influence positive que négative.

#### **4.5. Gestion/Politique**

Les directives ne doivent pas seulement être soutenues par les leaders d'opinions du domaine de traitement de la dépendance, mais aussi par les décideurs institutionnels. Le soutien politique à ce niveau, s'il est en harmonie avec les considérations locales, s'avère important, ceci transparait d'ailleurs au travers de l'enquête. Lorsque la signification qui est attribuée à l'innovation par les utilisateurs individuels est congruente avec la signification qui y est attachée par le pouvoir politique, il y a plus de chances que l'implémentation soit un réel succès (Greenhalgh et al., 2004).

Ensuite, il est aussi important d'adjoindre un système de management adéquat. Ainsi, Greenhalgh et al. (2004), constatent que beaucoup de chercheurs EB reconnaissent que l'implémentation de la plupart des directives cliniques exigent un changement dans le système (aussi bien organisationnel qu'individuel). Selon ces chercheurs, la réussite de l'implémentation dépend en premier lieu de la structure organisatrice : une organisation avec une structure adaptative, flexible, une organisation qui dispose de structures et de processus qui favorisent les décisions, contribuera au succès de l'implémentation. Ensuite la réussite dépend de la direction et du management : les directeurs doivent être activement concernés et être fréquemment consultés. Ensuite le directeur des ressources humaines occupe une place importante pour la motivation, la capacité et la compétence des praticiens dans leur individualité. L'implication doit concerner tous les niveaux. L'évaluation et le feedback sont aussi nécessaires : une information exacte et régulière sur les conséquences de l'innovation et l'impact du processus d'implémentation augmente la chance d'une implémentation couronnée de succès (Greenhalgh et al., 2004). L'efficacité du feedback dans le cadre de l'implémentation d'une EBM a déjà été explorée et bien que celle-ci soit mince, le médecin s'impliquerait effectivement pour travailler suivant les directives. Le feedback avec la comparaison avec les pairs conduirait à une amélioration, petite mais significative, dans l'application d'une EBM (Van Driel et al., 2003). Selon Grimshaw et al. (2004), nous ne disposons pas vraiment de preuve substantielle quant à l'efficacité du feedback. Pour finir mentionnons la position de Greenhalgh et al. (2004) : lorsqu'une innovation est adaptée au contexte local, celle-ci sera couronnée de plus de succès. De même, les praticiens interrogés eux-mêmes mentionnent que les directives doivent concorder à l'environnement dans lequel ils travaillent.

Lors de l'implémentation de directives, le caractère progressif du processus doit être pris en compte. Il faut prendre le temps qu'il faut. Cela ne se passe pas tel un processus rectiligne (Greenhalgh et al., 2004). En ce sens, lorsqu'une innovation peut être scindée en plusieurs parties 'maniables' et ainsi progressivement être introduite, elle sera plus facilement adoptée et implémentée (Greenhalgh et al., 2004).

Au niveau du dispositif, plus de moyens sont nécessaires pour rendre possible l'implémentation des directives. Les professionnels interrogés déclarent ainsi qu'il y a un manque de temps et ajoutent à celui-ci un manque de moyens financiers et de personnel. Lors de l'implémentation de EBR, des moyens pourraient donc être investis dans un soutien administratif plus présent ainsi que dans le coaching/l'accompagnement. Vu le manque de temps, l'information et le soutien doivent nécessairement être programmées de manière flexible, en fonction de l'organisation de travail du personnel (Willenbring et al., 2004). Si effectivement plus de moyens sont nécessaires pour pouvoir implémenter une EBR, ceux-ci ne peuvent pas être dérivés du budget de la recherche scientifique. Il y a peu d'études qui envisagent ce versant économique, et celles qui existent ne sont méthodologiquement pas très bonnes (Grimshaw et al., 2004). Dans ces études le temps nécessaire à beaucoup d'activités est rarement explicité. Qui plus est, ces activités sont souvent réalisées en dehors des heures de

travail. Des estimations ultérieures du coût des différentes méthodes inhérentes à la diffusion et à l'implémentation sont nécessaires avant que la 'généralisabilité' des coûts rapportés par une recherche antérieure soit permise (Grimshaw et al., 2004).

## 5. Discussion et conclusion

Le projet de recherche 'Connaissance et application de directives *evidence-based* dans le soin des dépendances' doit être vu comme une recherche exploratoire par laquelle une première amorce est donnée aux développements de directives qui sont applicables dans le contexte belge.

A propos des travaux '*evidence-based*' dans le soin de la dépendance, différentes objections peuvent être formulées.

Ainsi, on peut émettre des doutes quant à la valeur de la recherche scientifique dans le soin de la dépendance. Quelques-uns des chercheurs les plus connus dans le soin de la dépendance ont d'ailleurs des points de vue radicalement différents sur le fait que les *revues* existantes dans le soin de la dépendance sont ou ne sont pas inconsistantes. Ainsi, alors que Miller et Willborne (2002) sont encouragés par ce qu'ils identifient comme une convergence considérable entre différentes *revues*, Finney (2000), quant à lui, prend une position diamétralement opposée (Bergmark, 2005). De même quelques répondants à l'enquête ont des doutes sur la valeur de la recherche dans le soin aux dépendances. Van Driel et al. (2003) mentionne que l'on en vient souvent à la conclusion, pour une partie des questions et points de décisions en notre possession, qu'il n'y a pas présence de preuves ou alors qu'il y a présence de preuves contradictoires.

Lorsqu'on les appréhende d'une manière plus constructive, les *revues* systématiques garantissent une utilisation plus efficiente des résultats scientifiques par les politiciens, les travailleurs du terrain (et peut-être aussi à terme, par les patients et les clients). Elles stimulent la pensée et le traitement *evidence-based*. Les *revues* systématiques peuvent réduire le fossé entre la recherche scientifique et la pratique quotidienne (Hannes, 2006).

Dans la mesure où la recherche *evidence-based*, les *revues* systématiques et les méta-analyses peuvent engendrer une connaissance nouvelle et fondée, ces efforts doivent être accueillis. D'un autre côté nous ne pouvons cependant pas céder à l'illusion que cette sorte de connaissance de toute manière augmentera la proportion de succès. Il y a encore beaucoup de travail de base nécessaire en ce qui concerne l'évaluation des clients à leur entrée, l'offre d'un traitement adéquat, l' 'entraînement' des membres de l'équipe, la documentation sur ce qui se passe en réalité dans le traitement, et pour terminer la documentation sur les efforts qui sont faits dans l'offre d'essai d'une vie digne et sans traitement. L'amélioration du système de traitement est toujours une obligation éthique, mais en même temps, nous devons accepter que les taux de réussite dans le soin de la dépendance, vraisemblablement, ne seront jamais ce que nous voudrions qu'ils soient. Ce qui en soi est peut-être aussi une manière d'aider les usagers de drogues (Ravndal, 2005).

On ne peut pas non plus forcer quelqu'un à se soumettre au mot d'ordre '*evidence*' dans la pratique *evidence-based*. En effet, ce n'est pas parce que quelque chose n'est pas (encore) prouvé que ce quelque chose ne fonctionne pas : relativement à quelques interventions, très peu de recherches ont été effectuées, et en outre, ce n'est même pas toujours simple de faire une recherche sur l'efficacité d'interventions déterminées. On doit être mis en garde par ce que Gossop (2003) nomme le *fondamentalisme scientifique*, plus précisément quand les méthodes de traitement et de recherche prétendent être valables universellement. On doit prendre en compte la complexité des traitements exempts de drogues. A l'intérieure de cette complexité, les méthodes de traitement *evidence-based* ne constituent seulement qu'un élément parmi beaucoup d'autres (Pedersen, 2005). Plus encore : '*evidence*' n'est seulement qu'une partie de l'EBP. Aussi les préférences du patient, la société et l'entourage dans lequel nous vivons, et l'expérience de l'intervenant doivent être pris en compte. Ce que notre société considère comme un problème, influence ce que notre société choisit de faire de ce problème (moyens et main d'œuvre), quelles interventions elle crée et quels résultats elle trouve important. Selon la manière de penser l'expérience clinique, les données de recherche peuvent être interprétées autrement. La traduction de recommandations scientifiques vers la pratique n'est donc pas linéaire (Burgers & Van Everdinge, 2004 ; Hannes, 2006).

En général, il peut être conclu qu'il existe déjà des connaissances autour de la pratique *evidence-based* et des directives *evidence-based*, mais que, d'abord, des recherches ultérieures sont encore nécessaires pour déterminer l'(in)efficacité d'interventions déterminées et qu'ensuite la connaissance doit être diffusée sur le terrain d'une manière accessible et utilisable, par exemple par le biais de directives *evidence-based*. Des directives sont déjà appliquées, mais ce ne sont pas des directives 'existantes', même si beaucoup se centrent sur le soin de la

dépendance. Il est alors aussi important que les directives *evidence-based* existantes parviennent jusqu'à un large public. En général, on est positif vis-à-vis de la pratique *evidence-based* et des directives *evidence-based* et on prend conscience de leur utilité, quoiqu'on émette souvent des réflexions critiques. Une certaine bonne volonté peut être évoquée relativement à la tendance vers les EBP et les EBR, à condition qu'elle satisfasse à des conditions déterminées. Il semble aussi exister un 'terrain fertile' à l'implémentation de directives *evidence-based* dans le soin de la dépendance en Belgique.