

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/292611569>

Les pratiques evidence-based dans l'aide proposée aux toxicomanes: connaissances, attitudes et applications

Article · January 2008

CITATIONS

0

READS

12

7 authors, including:



T. H. Pham

Université de Mons

270 PUBLICATIONS 856 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Xavier Saloppé

Service psychiatrie Centre Hospitalier de Saint-Amand-Les-Eaux; Centre de recher...

62 PUBLICATIONS 123 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Bernard Sabbe

University of Antwerp

101 PUBLICATIONS 1,819 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Wouter Vanderplasschen

Ghent University

188 PUBLICATIONS 1,630 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



The legacy of Prof. Eric Broekaert [View project](#)



COST Action IS1302 - Towards an EU Research Framework on Forensic Psychiatric Care [View project](#)

Mémoire

Pratiques et directives *evidence-based* dans l'aide proposée aux
toxicomanes : recommandations pour leur mise
en application en Belgique

*Evidence-based practice and directive in the assistance brought to the drug addicts:
Recommendations for their implementation in Belgium*

T.H. Pham ^{a,*}, X. Saloppé ^a, C. Douilliez ^{a,c}, H. Deflandre ^d, B. Sabbe ^e,
M. Autrique ^{e,f}, W. Vanderplasschen ^f

^a Centre de recherche en défense sociale, rue Despars 94, 7500 Tournai, Belgique

^b Université de Mons, Mons, Belgique

^c Université de Lille, Villeneuve-d'Ascq, France

^d Ministère de la Justice, Bruxelles, Belgique

^e CAPRI, université d'Anvers, Anvers, Belgique

^f Université de Gand, Gand, Belgique

Reçu le 23 novembre 2007 ; accepté le 7 janvier 2008

Disponible sur Internet le 13 octobre 2009

Résumé

Ces dernières années, un nombre croissant de publications montrent l'intérêt et le besoin d'utiliser des pratiques et des directives *evidence-based* dans l'aide apportée aux toxicomanes. Celles-ci présentent une analogie avec le terme « *evidence-based medicine* » faisant référence à l'application d'interventions et de prescriptions médicales jugées efficaces et empiriquement fondées. Dans le cadre du « Programme de recherches d'appui à la note politique fédérale relative à la problématique de la drogue », une étude a été effectuée par l'Université d'Anvers (UA), l'Université de Gand (UGent) et le Centre de recherche en défense sociale (CRDS). Cet article met en évidence les difficultés et les recommandations, issues de cette recherche, pour une mise en application des pratiques *evidence-based* dans la prise en charge des toxicomanes.

© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Directives *evidence-based* ; Implémentation ; Pratiques *evidence-based* ; Recherche fédérale ; Recommandations ; Troubles liés aux substances

Abstract

These last years, a number growing of publications show the interest and the need to use evidence-based practices and directives in the assistance brought to the drug addicts. Those present an analogy with the term “evidence-based medicine” referring to the application of interventions and medical prescription considered to be effective and empirically founded. Within the framework of the “Research programme in support of the federal drugs policy document”, a study was carried out by the Antwerp University (UA), Ghent University (UGent) and Social Defense Research Center (CRDS). This article reports the difficulties and the recommendations, resulting from this research, for an implementation of the evidence-based practices in the drug addiction treatment.

© 2009 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Drug addicts; Evidence-Based directives; Evidence-Based practice; Federal research; Implementation; Recommendations

1. Aspects conceptuels des pratiques *evidence-based*

L'utilisation des pratiques *evidence-based* fait écho à leur important essor, depuis ces dernières années, tant au sein de la littérature internationale [2,19,20] que dans notre pays

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : Thierry.pham@crds.be (T.H. Pham).

[5,6,17,23]. Ces pratiques et directives présentent une analogie avec le terme « *evidence-based medicine* », faisant référence à l'application d'interventions et de prescriptions médicales dont l'efficacité a été prouvée scientifiquement. La pratique de l'*evidence-based medicine* nécessite l'association de l'expertise clinique individuelle et du meilleur niveau de preuve issu de la recherche systématique [29]. L'*evidence-based medicine* est guidée par un mouvement éthique important [25] : elle permet la mise à disposition des professionnels de procédures diagnostiques et thérapeutiques les mieux évaluées pour les patients. Ensuite, elle est fondée sur 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 [18,29].

Les pratiques *evidence-based* correspondent au désir et à la volonté de réduire le gouffre qui sépare la recherche et la pratique dans le domaine des soins apportés aux toxicomanes [3,10,28]. À vrai dire, jamais tant d'efforts n'ont été consacrés à l'enregistrement, la systématisation et l'observation de ce qui se pratique dans le domaine des soins de la toxicomanie. Ce type de documentation est nécessaire et peut fournir des indications précieuses à l'élaboration d'un système de traitement le plus efficace possible [24]. Le défi consiste à choisir les interventions, issues de la procédure *evidence-based*, qui sont adaptées aux valeurs spécifiques, aux normes et à la situation de notre société [16].

L'adaptation de ce concept, issu de la médecine, dans la prise en charge des toxicomanes ne va pourtant pas de soi. Dans notre pays, peu de recherches évaluatives ont été conduites en matière de soins pour toxicomanes et il existe peu d'informations accessibles quant à l'efficacité des différentes formes de traitement pour les usagers de drogues [8]. L'hétérogénéité des traitements est directement liée à la complexité de la problématique des personnes présentant des troubles liés aux substances.

2. Mise en place d'une recherche fédérale

C'est dans ce contexte qu'une étude a été récemment menée par l'Université d'Anvers (UA), l'Université de Gand (UGent) et le Centre de recherche en défense sociale (CRDS). La politique scientifique fédérale a financé et assuré le suivi de la recherche qui s'inscrit dans le cadre du « Programme de recherches d'appui à la note politique fédérale relative à la problématique de la drogue ». Cette étude a évalué l'état des connaissances ainsi que les avancées les plus importantes en matière de pratiques *evidence-based* dans l'aide apportée aux toxicomanes [4]. L'efficacité des interventions existantes pour les personnes présentant cette problématique ainsi que les directives *evidence-based* disponibles pour le traitement ont d'abord été considérées. Les directives *evidence-based* visent à guider les professionnels auxquels elles s'adressent dans leur processus décisionnel sur la base des grands principes thérapeutiques faisant l'objet d'un consensus relatif à leur validité scientifique. Ensuite, une enquête a été réalisée auprès de professionnels issus d'un échantillon représentatif constitué de 60 dispositifs (32 en Flandres et 28 en Wallonie) appartenant

au secteur de soin et répartis de manière quasi homogène sur le territoire belge. Cette enquête a mis en évidence les connaissances et les attitudes vis-à-vis des pratiques et directives *evidence-based*. Les difficultés et les recommandations quant à la mise en application de ces pratiques et directives dans l'aide apportée aux toxicomanes ont enfin été débattues. C'est cette dernière partie qui fera l'objet de cet article.

3. Recommandations pour une mise en application des pratiques *evidence-based* dans la prise en charge des toxicomanes

Ces recommandations ont été élaborées à partir des données issues de plusieurs sources. La première source d'informations a été l'enquête effectuée auprès de professionnels travaillant dans des hôpitaux psychiatriques ; des centres d'intervention de crise, des unités d'urgence psychiatrique, des services psychiatriques des hôpitaux généraux ; des centres résidentiels avec convention Inami (Institut national d'assurances, maladies et invalidité) et des centres ambulatoires avec et sans convention Inami. Les responsables thérapeutiques 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*. Après avoir évalué diverses directives à l'aide de l'instrument Appraisal of Guidelines REsearch and Evaluation (AGREE) [26,27], la *Practice guidelines for the treatment of patients with substance use disorders*, directive de l'APA [1], a été sélectionnée et a fait l'objet d'une seconde enquête, portant sur le même échantillon. La directive de l'APA reprend les principes généraux de différentes formes de traitements et leurs applications dans le soin des troubles liés à la nicotine, l'alcool, la cocaïne, la marijuana et les opiacés. Elle fournit, par ailleurs, le niveau de preuve scientifique pour chacune de ces interventions. Un résumé très clair des recommandations les plus importantes figure dans cette directive. Cette seconde enquête a permis de vérifier la possibilité d'appliquer cette directive sur une population de toxicomanes belges. Les interviews ont été analysées aussi bien quantitativement que qualitativement. Parallèlement, la littérature relative à la mise en application des directives a également été consultée [9,13,14,29].

Nous aborderons, d'une part, les différentes recommandations relatives au contexte de la mise en application des directives caractérisé par la motivation et l'implication des praticiens, l'adaptation et la diffusion de directives, les conseils et le soutien à la mise en application des directives ainsi que le rôle de la gestion du dispositif d'accompagnement dans leur implémentation. D'autre part, des recommandations porteront plus spécifiquement sur les directives elles-mêmes.

4. Motivation et implication du terrain

La plupart des professionnels interrogés sont favorables à l'utilisation plus importante des pratiques *evidence-based* et trouvent les résultats des recherches scientifiques et les

directives *evidence-based* jusqu'à un certain point utiles. Ce constat est important, étant donné que les praticiens ne doivent pas seulement prendre connaissance des résultats, mais également les assumer et surtout les intégrer dans la pratique quotidienne auprès des patients [29]. C'est aussi important car, selon une partie des personnes interrogées, le manque de conviction quant à l'utilité des directives *evidence-based* constitue un obstacle potentiel à leur implémentation. Par conséquent, une attention soutenue doit être accordée à la motivation des praticiens pour ce qui a trait à la pratique et aux directives *evidence-based*. 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. Cet avantage doit néanmoins être perçu par chacune des figures clés des institutions. Il est, en outre, nécessaire que des innovations *evidence-based* soient précédées d'une période de négociation plus ou moins longue durant laquelle il sera débattu de leurs significations [12,13].

L'implication des professionnels de terrain est essentielle pour l'implémentation des directives *evidence-based*. Les praticiens doivent être consultés afin qu'il y ait suffisamment de réflexion et 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 [12,13]. Des groupes de travail et des réunions de concertation constituent également des stratégies possibles pour l'implémentation des directives *evidence-based*. Van Driel et al. [29] estiment néanmoins que des réunions de concertation peuvent constituer une arme à double tranchant : elles peuvent rassembler des gens afin de travailler efficacement à un positionnement uniforme, tout comme elles peuvent rassembler des gens manifestant une résistance typique à la réunion et ainsi renforcer cette opposition. Ce dernier cas de figure doit donc être pris en compte.

5. Adaptation des directives

Nous pouvons lever quelques résistances à partir des interviews effectuées auprès de professionnels qui sont, dans la pratique quotidienne, bien disposés à l'égard de la tendance à utiliser des pratiques *evidence-based*, autant qu'ils sont ouverts aux résultats de recherches scientifiques et aux directives *evidence-based*.

De leurs propos, il ressort que les professionnels du soin de la toxicomanie craignent qu'en utilisant des directives et protocoles *evidence-based*, il ne soit pas suffisamment, tenu compte du patient dans son individualité. En conséquence, ils utiliseraient ce motif pour justifier la limitation de l'utilisation de telles directives et des résultats de la recherche scientifique. Cependant, c'est l'intérêt du patient qui est brandi comme raison principale pour privilégier l'expérience clinique au détriment de la recherche scientifique. La prise en compte de l'individu-patient et celle des directives *evidence-based* ne

doivent pourtant pas s'exclure. En effet, O'Connor [21] affirme que pour l'implémentation des directives, il doit être systématiquement tenu compte des caractéristiques individuelles du patient. Selon cet auteur, les préférences et les priorités du patient doivent être prises en compte au même titre que les directives.

Les professionnels interviewés trouvent ensuite important que la liberté thérapeutique soit garantie. En fait, ils craignent qu'elle soit limitée par la pratique et/ou les directives *evidence-based*. En conséquence, cette crainte pourrait constituer un obstacle à l'implémentation de ces dernières. Dans le même ordre d'idées, les praticiens subodorent que la garantie qui leur est faite à propos de leur liberté thérapeutique pourrait en fait n'être qu'une stratégie pour faciliter l'implémentation. Afin d'endiguer ces craintes, des possibilités pour des adaptations individuelles des directives *evidence-based* ainsi que pour la créativité du thérapeute doivent être offertes.

Dans une optique semblable, au niveau même du dispositif, l'ajustement des directives doit demeurer possible. Certains praticiens interrogés indiquent en effet qu'il est difficile d'implémenter les directives *evidence-based* 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 directives. Il semblerait plutôt qu'il y ait une crainte d'uniformisation dans le traitement des toxicomanes. Du sondage sur la directive de l'APA [1], il ressort que le moteur principal pour l'application de la directive est lié au fait que celle-ci correspond déjà à la pratique et au fonctionnement du dispositif. Dans le même esprit, si un utilisateur potentiel peut ajuster et/ou affiner l'innovation que l'on veut introduire en fonction de ses propres besoins, elle sera adoptée et implémentée plus facilement [13].

6. 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. Ainsi, l'accès aux directives via Internet est suggéré comme pouvant être utile. En fait, 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 d'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). Il est même suggéré de mettre au point un périodique belge portant sur les assuétudes. 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. La diffusion peut se faire aussi via la poste, les e-mails et/ou les partenaires du réseau psychomédico-social. Les directives pourraient être également diffusées par un

service central. Rappelons ici qu'une bonne communication sur les directives est essentielle.

L'entraînement des praticiens est fortement recommandé pour l'implémentation des directives *evidence-based*. La plupart des professionnels interrogés déclarent ainsi qu'ils seraient « bien plus enclins » à appliquer les directives s'ils avaient le sentiment d'avoir été suffisamment entraîné. Un manque de connaissance est aussi mentionné comme barrière en ce qui concerne l'implémentation des directives de l'APA [1]. 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 fortement recommandée car elles permettent en effet d'atteindre différents dispositifs en même temps.

Par ailleurs, un abord éducatif passif constitue une stratégie d'implémentation inefficace qui induit tout au plus un processus de prise de conscience. Tout aussi inefficaces sont la diffusion simple de lignes directrices imprimées et la publication sans commentaires des résultats de recherches. Une étude portant sur l'implémentation de l'*evidence-based* médecine dans la pratique des médecins généralistes a mis en évidence que les conférences et congrès, les voies les plus classiques pour se recycler, ne semblent pas très performantes pour modifier les pratiques des médecins. Ces voies restent souvent limitées à une transmission unilatérale de l'information. En revanche, des formes interactives de recyclage ont clairement montré un changement de comportement [29]. C'est pourquoi des workshops devraient également faire partie des journées d'études.

7. 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 que presque la moitié des professionnels interrogés ne seraient pas disposés à appliquer les directives si elles étaient imposées. En ce sens, l'obligation est perçue comme un obstacle possible. A contrario, Greenhalgh et al. [13] suggèrent que les décisions autoritaires qui suivent la voie hiérarchique augmentent la chance que les innovations soient adoptées et ce, comparativement aux décisions collectives ou émanant d'un membre du dispositif.

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 les trois quarts des professionnels interrogés. La recherche à venir devrait en ce sens s'atteler à explorer comment recruter et identifier au mieux les leaders [29]. Selon Greenhalgh et al. [13], 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 leur autorité et leur 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.

8. Direction et gestion des dispositifs

Les directives ne doivent pas seulement être soutenues par les « leaders d'opinions » du domaine de traitement de la dépendance mais aussi par la direction gérant le dispositif. Le soutien politique et l'harmonie avec les actions locales s'avèrent importants ; cela transparaît 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 la direction de l'institution, il y a plus de chances que l'implémentation soit un réel succès [13].

Ensuite, il est aussi important d'adjoindre un système de gestion adéquat. Ainsi, Greenhalgh et al. [13] constatent que beaucoup de chercheurs *evidence-based* reconnaissent que l'implémentation de la plupart des directives cliniques exige 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, disposant de structures et de processus qui favorisent les décisions, contribuera au succès de l'implémentation. La réussite dépend également de la direction et du management : les directeurs doivent être activement concernés et être fréquemment consultés. L'implication doit concerner tous les niveaux. L'évaluation et le feed-back sont aussi nécessaires : une information exacte et régulière sur les conséquences de l'innovation et l'impact du processus d'implémentation augmentent la chance d'une implémentation couronnée de succès [13]. L'efficacité du feed-back dans le cadre de l'implémentation d'une pratique *evidence-based* a déjà été explorée et, bien que celle-ci soit mince, le médecin s'impliquerait effectivement pour travailler suivant les directives. Le feed-back consistant en une comparaison aux pairs conduirait à une amélioration, petite mais significative, dans l'application d'une pratique *evidence-based* [29]. Selon Grimshaw et al. [14], nous ne disposons pas vraiment de preuve substantielle quant à l'efficacité du feed-back. Enfin, selon Greenhalgh et al. [13], lorsqu'une innovation est adaptée au contexte local, celle-ci sera couronnée de plus de succès. De manière congruente, les praticiens interrogés mentionnent que les directives doivent correspondre 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 nécessaire. L'implémentation n'est pas un processus linéaire [13]. En ce sens, lorsqu'une innovation peut être scindée en plusieurs parties « maniables » pouvant ainsi être progressivement introduites, elle sera plus facilement adoptée et implémentée [13].

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 des directives *evidence-based*, des moyens pourraient donc être investis dans un soutien administratif ainsi que dans le coaching/accompagnement. Vu le manque de temps, l'information et le soutien doivent

nécessairement être programmés de manière flexible, en fonction de l'organisation de travail du personnel [30]. Si effectivement plus de moyens sont nécessaires pour pouvoir implémenter une directive *evidence-based*, 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 [14]. Dans ces études, le temps nécessaire aux diverses 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 [14].

9. Recommandations spécifiques

Des recommandations visent également les directives en elles-mêmes. Elles doivent être transparentes, simples, conviviales et spécialement conçues pour l'utilisateur en tenant notamment compte des différentes catégories de métiers concernés. Peuvent y être incorporés des exemples pratiques de qualité. Un index ou une table des matières clair(e) doit être disponible. Les innovations qui sont perçues, par les personnes-clés, comme étant faciles à utiliser seront plus vite adoptées et implémentées [13]. Des brochures pour patients peuvent être jointes en annexe.

La plupart des praticiens interrogés, lors de notre seconde enquête, estiment que les directives de l'APA [1] sont claires et spécifiques et que les principes-clés des recommandations sont faciles à reconnaître. Une élaboration plus concrète doit être faite en ce qui concerne les thérapies efficaces présentées et l'application de modèles thérapeutiques doit pouvoir être confirmée par des études de cas. La langue et le choix des mots sont importants pour l'implémentation d'une directive. La majorité des professionnels interviewés sont en faveur d'une traduction des directives dans leur propre langue. Pour ce faire, il est important de dégager les moyens nécessaires.

Ces dernières années, un grand nombre de recherches contrôlées ont été menées sur l'efficacité de plusieurs stratégies d'implémentation. Beaucoup de ces recherches sont cependant d'une qualité limitée sur le plan méthodologique, l'intervention décrite n'y étant pas souvent standardisée, ce qui rend difficiles les comparaisons internes. Certaines stratégies déterminées ont vraiment fait l'objet de recherches soutenues (par exemple l'éducation, le feed-back) alors que d'autres, potentiellement intéressantes, n'ont pour ainsi dire jamais été éprouvées [29]. Par conséquent, un besoin de plus en plus pressant de recherches sur ces stratégies se fait sentir, notamment parce que dans le secteur des soins, différentes tentatives existent pour changer la pratique et que ces tentatives semblent davantage basées sur la « croyance » que sur la « preuve scientifique ». La pratique *evidence-based* doit donc être complétée par l'« *evidence-based* implementation [15] ».

Pour conclure, nous ne disposons pas suffisamment, en Belgique, de recherches scientifiques solides à propos de l'efficacité des interventions dans le traitement de la dépendance.

Cela s'avère pourtant nécessaire pour favoriser l'investissement des praticiens dans les pratiques *evidence-based* et les amener ainsi à développer des directives dans ce domaine. En effet, il ne suffit pas d'appliquer au contexte belge les résultats de recherches scientifiques issues d'un autre contexte.

10. Conclusion

Ces dernières années, la littérature internationale et belge souligne l'importance d'appliquer des pratiques *evidence-based*. Cette étude effectuée dans le cadre du « Programme de recherches d'appui à la note politique fédérale relative à la problématique de la drogue » s'inscrit dans ce contexte. Des efforts supplémentaires sont nécessaires afin de combler l'abîme entre la recherche et la pratique dans le traitement de la dépendance. Le défi consiste à sélectionner des interventions empiriquement fondées et adaptées aux valeurs, aux normes et à la situation spécifique de notre société.

Ces recommandations et conseils dans l'implémentation des directives *evidence-based* dans le soin apporté aux toxicomanes sont nécessaires pour faire évoluer les cultures de soin. La richesse dans le soin peut venir de la pluralité des approches, à condition qu'il y ait une réflexion en commun sur les pratiques thérapeutiques. Il nous semble nécessaire de prendre un minimum de recul vis-à-vis des pratiques *evidence-based* comme de celles qui ne le sont pas. En effet, ce n'est pas parce que « quelque chose » n'est pas (encore) prouvé que ce « quelque chose » ne fonctionne pas. Le peu de recherches sur l'efficacité thérapeutique est révélateur des difficultés rencontrées dans la réalisation des études dans ce domaine. On doit alors rester prudent envers ce que Gossop [11] nomme le fondamentalisme scientifique, plus précisément quand les méthodes de traitement et de recherche prétendent être valables universellement. On doit aussi prendre en compte la complexité thérapeutique où les méthodes de traitement *evidence-based* ne constituent seulement qu'un élément parmi beaucoup d'autres [22]. Les préférences du patient, la société, l'entourage dans lequel nous vivons et l'expérience de l'intervenant doivent également être pris en compte. Par ailleurs, ce que notre société considère comme un problème influence ce que notre société choisit de faire de ce problème (moyens et main-d'œuvre). Dans le même esprit, selon la manière de penser l'expérience clinique, les données de recherche peuvent être interprétées différemment. La traduction de recommandations scientifiques vers la pratique n'est donc pas linéaire [7,16]. Il y a en effet la nécessité d'effectuer une traduction de la recherche vers la pratique et pour cela, une expérience clinique est nécessaire. Van Driel et al. [29] nomment cela les « problèmes contextuels », en ce sens que des conclusions de beaucoup de recherches ne peuvent être automatiquement transposées à la situation quotidienne du patient. En effet, les convictions, les relations personnelles, la coordination entre différentes initiatives, les organisations et leur gestion jouent notamment un rôle important. Enfin, les méthodes de traitement *evidence-based* sont aussi importantes que la qualité du système de traitement dont elles font partie. Le défi est alors non seulement de trouver de nouvelles méthodes de traitement mais aussi de mettre en place un système de traitement professionnel et

cohérent [22]. C'est pourquoi il est nécessaire de préserver de la place pour la créativité et l'adaptation des directives *evidence-based*.

11. Conflits d'intérêts

Aucun.

Références

- [1] American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of patients with substance use disorders. 2nd ed. 2006. http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/SUD2ePG_04-28-06.pdf (teruggevonden op 28 juli 2006).
- [2] Amodeo M, Ellis M, Samet JH. Introducing evidence-based practices into substance abuse treatment using organization development methods. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2006;32:555–60.
- [3] Anderberg M, Dahlberg M. Reflections on how research and local practice can evolve together. In: Pedersen MU, Segraeus V, Hellman M, editors. Evidence-based practice? Challenges in substance abuse treatment. Nordic council for alcohol and drug research (NAD), 47. Helsinki: Hakapaino Oy; 2005.
- [4] Atrieke M, Vanderplasschen W, Pham HT, Broekaert E, Sabbe B. Les pratiques evidence based dans l'aide aux toxicomanes : un état des lieux. In: Programmatorische federale overheidsdienst wetenschapsbeleid. Gent: Academia Press; 2007.
- [5] Broekaert E, Vandeveldel S, Vanderplasschen W, Soyez V, Poppe A. Two decades of "research-practice" encounters in the development of European therapeutic communities for substance abusers. *Nord J Psychiatry* 2002;56:371–7.
- [6] Broekaert E, Soyez V, Vanderplasschen W, Vandeveldel D, Bradt R, Morival M, Kaplan C. The videotaped addiction challenge tool: A new instrument for qualitative substance abuse assessment, treatment planning and research in therapeutic communities. *Int J Soc Welf* 2001;10:134–41.
- [7] Burgers JS, Van Everdingen JJE. Beyond the evidence in clinical guidelines. *Lancet* 2004;364:392–3.
- [8] De Donder E. Alcohol, illegale drugs & medicatie: recente ontwikkelingen in Vlaanderen 2001. Leuven: Acco; 2002.
- [9] Edmundson E, McCarty D, editors. Implementing evidence-based practices for treatment of alcohol and drug disorders. New York: The Howarth Press; 2005.
- [10] Gambrell ED. Evidence-based practice: Sea change or the emperor's new clothes? *J Soc Work Educ* 2003;39:3–23.
- [11] Gossop N. Randomized and controlled, but irrelevant. In: Waal H, Haga E, editors. Maintenance treatment of heroin addiction – evidence at the crossroads. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag; 2003.
- [12] Greenhalgh T, Robert G, Bate P, Kyriakidou O, Macfarlane F, Peacock R. How to spread good ideas. A systematic review of the literature on diffusion, dissemination and sustainability of innovations in health service delivery and organisation. Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D (NCCSDO); 2004.
- [13] Greenhalgh T, Robert G, MacFarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of innovations in service organizations. *Milbank Q* 2004;82:581–629.
- [14] Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L, et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess* 2004;8(6).
- [15] Grol R. "Evidence-based medicine" vereist "evidence-based implementatie". *Tijdschr Gezondheidswetenschappen* 1999;77:117–9.
- [16] Hannes K. Wat kunnen de Belgische "Cochrane Branch" & "Campbell Group" betekenen voor de alcohol- en drugsector? Vierde Onderzoeksplatform Middelengebruik. VAD. Brussel, 10 oktober; 2006.
- [17] Henneman H, Geirnaert M, Stevens V. Principes van Evidence-based gezondheidspromotie in de praktijk: Ervaringen en reflecties. VIG-symposium 8 oktober 2004. Brussel: Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie.
- [18] Lemiengre M. Evidence-based medicine, une nouvelle vague. *Huisarts Nu* 1998;6:151–9.
- [19] McGovern MP, Fox TS, Xie HY, Drake RE. A survey of clinical practices and readiness to adopt evidence-based practices: Dissemination research in an addiction treatment system. *J Subst Abuse Treat* 2004;26:305–12.
- [20] Miller WR, Sorensen JL, Selzer JA, Brigham JM. Disseminating evidence-based practices in substance abuse treatment: A review with suggestions. *J Subst Abuse Treat* 2006;31:25–39.
- [21] O'Connor PJ. Adding value to evidence-based clinical guidelines. *J Am Med Assoc* 2005;294:741–3.
- [22] Pedersen MU. Drug-free treatment of substance misusers: Where are we now, where are we heading? In: Pedersen MU, Segraeus V, Hellman M, editors. Evidence-based practice? Challenges in substance abuse treatment Nordic council for alcohol and drug research (NAD), 47. Helsinki: Hakapaino Oy; 2005.
- [23] Pieters G. Evidence-based geestelijke gezondheidszorg en de kunst van het motoronderhoud. *Tijdschr Klin Psychol* 1999;29:85–92.
- [24] Ravndal E. Drug treatment in 2004 – evidence-based research or qualified beliefs? In: Pedersen MU, Segraeus V, Hellman M, editors. Evidence-based practice? Challenges in substance abuse treatment Nordic council for alcohol and drug research (NAD), 47. Helsinki: Hakapaino Oy; 2005.
- [25] Schotsmans P. Hoe evident is evidence-based medicine? Enkele ethische beschouwingen. *Tijdschr Geneeskde* 1998;54:1573–7.
- [26] The AGREE collaboration appraisal of guidelines for research & evaluation (AGREE) instrument. 2001. www.agreecollaboration.org.
- [27] The AGREE Collaboration. AGREE instrument handboek. 2003. www.agreecollaboration.org / www.cbo.nl / www.wokresearch.nl.
- [28] Trinder L. A critical appraisal of evidence-based practice. In: Trinder L, Reynolds S, editors. Evidence-based practice: A critical appraisal. Oxford: Blackwell Science; 2000.
- [29] Van Driel M, Provoost S, Van Paeppegem T, De Meyere M. Op wetenschappelijke evidentie gebaseerde zorg: van theorie naar praktijk: een tweevoudige strategie. In: Programmatorische federale overheidsdienst wetenschapsbeleid. Gent: Academia Press; 2003.
- [30] Willenbring ML, Kivlahan D, Kenny M, Grillo M, Hagedorn H, Postier A. Beliefs about evidence-based practices in addiction treatment: A survey of veterans administration program leaders. *J Subst Abuse Treat* 2004;26:79–85.