

Service fédéral de programmation de la Politique Scientifique

Adaptation française et néerlandaise des critères de l'ASAM dans le choix du mode de prise en charge des toxicomanes

Rapport final

J. REGGERS, F. GUSTIN & M. ANSSEAU
ULg – Service de Psychiatrie

A. Introduction

La toxicomanie constitue un problème de santé publique majeur. Ainsi, non seulement les abus d'alcool et de drogues se retrouvent-ils parmi les principales causes d'invalidité et de mortalité, mais les conséquences sur le plan humain et social sont innombrables et tout aussi délétères les unes que les autres : pauvreté, carence de formation professionnelle, difficulté d'accès au travail, criminalité, marginalisation, SIDA.

La toxicomanie est caractérisée par une grande hétérogénéité tant au sein des consommateurs qui présentent des profils psychologiques variés qu'au sein des produits consommés qui produisent des effets divers. Viennent à cela s'ajouter le statut biomédical, la motivation et l'entourage social du patient. Cette complexité du problème de l'addiction le rend difficile à gérer en matière de prévention et de soins.

Notre travail de recherche a pour but 1. d'adapter un modèle intégratif de vulnérabilité chez les patients toxicomanes ; 2. de le valider afin de mettre ultérieurement en évidence les rapports entre diagnostics et choix thérapeutiques.

Une telle approche du problème permettra une meilleure compréhension de l'hétérogénéité qui caractérise la population toxicomane. En matière de soins de santé, un tel modèle vise donc une **meilleure adéquation** entre diagnostics et thérapeutiques. En effet, d'importantes variations sont rencontrées lors de l'étude du pronostic de ces patients et sont expliquées en partie par les différences dans la prise en charge. Un programme mieux ajusté au profil du patient dépendant donne les meilleurs résultats et s'avère même parfois indispensable pour ne pas se trouver face à un échec.

Un modèle intégratif visant à une meilleure orientation des patients alcooliques et toxicomanes dans leur prise en charge est complexe et la validité d'une telle méthode difficile à établir. Malgré l'intérêt de cette approche et les bénéfices tant cliniques qu'économiques (notion de coût - efficacité) qui en résultent, la plupart de ces études ont été réalisées aux Etats-Unis ou au Canada et seules quelques initiatives ont été menées en Europe.

Les critères édités par l'American Association of Addiction Medicine (ASAM): ASAM Patient Placement Matching Criteria (ASAM PPC) sont actuellement les critères à la pointe dans ce domaine au niveau mondial. Trois éditions ont été émises successivement en 1991 (PPC-1) (1), 1996 (PPC-2) (2) et 2000 (PPC-2R) (3).

L'objectif de ces critères est de promouvoir une approche multidimensionnelle dans l'orientation des patients souffrant de troubles liés à l'abus de drogues vers la prise en charge optimale (définie en terme de niveau de soin ou *level of care*). Cette orientation se veut objective et est basée sur un système de placement par association standardisée (*Placement Matching*) selon un modèle qui intègre six dimensions : a) l'état d'intoxication aiguë et/ou le risque de sevrage, b) le statut biomédical, c) la comorbidité psychiatrique, d) l'acceptation / résistance au traitement, e) le risque de rechute, f) l'environnement social.

Au vu de la multitude et de la complexité des règles à intégrer après l'évaluation d'un patient afin de l'orienter vers un niveau de prise en charge respectant les critères de l'ASAM, un arbre décisionnel a été créé et ensuite informatisé sous la direction du Pr. D. R. Gastfriend (Harvard Medical School, Boston, USA) pour permettre d'obtenir une standardisation entre les différents utilisateurs (4).

La littérature offre de nombreuses études montrant que des modèles multidimensionnels tel celui développé par l'ASAM prédit le succès d'une prise en charge (5-8). Il y a au moins sept

études connues sur les ASAM PPC dont les sponsors sont le National Institute on Drug Abuse (NIDA), le National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) ainsi que le Center for Substance Abuse Treatment of the Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Les critères de l'ASAM ont été adoptés et sont utilisés par plus de 20 des 51 états américains, par l'administration des hôpitaux des Vétérans et par le département de la défense aux Etats-Unis. Les fonds délivrés par le gouvernement américain spécifiquement destinés à la recherche sur les PPC dépassent actuellement sept millions de dollars (3).

Notre objectif actuel au vu de l'ampleur que prennent ces critères de par leur intérêt est d'adapter le modèle intégratif développé par l'ASAM aux normes européennes. Ceci nous permettra de rencontrer l'objectif qui vise une meilleure adéquation entre diagnostics et choix thérapeutiques au sein de la population toxicomane. Il est important de souligner que l'impact d'un tel programme se traduit non seulement par une réduction de morbidité et par une amélioration du fonctionnement général des patients mais également par une réduction des coûts en soins de santé.

1. Les six dimensions d'évaluation du PPC-2R

Les différentes dimensions font l'objet d'une analyse détaillée à travers une interview standardisée, structurée et informatisée reprenant différents outils d'évaluation connus décrits ci-après.

Dimension 1 : Intoxication profonde et /ou sevrage potentiel

Cette dimension comprend : l'évitement des conséquences potentiellement dommageables pour le patient dans la suppression de la dépendance alcoolique ou d'autres substances ; la facilitation de la désintoxication complète du patient et l'entrée dans un programme médical de soins continus, de santé mentale ou de self-help comme indication et la promotion du bien-être du patient durant le sevrage.

Ces considérations incluent la prise en compte des risques liés à une intoxication profonde et surtout ceux liés au sevrage. Ils prennent en compte les soutiens éventuels dans un traitement ambulatoire.

Le degré d'intoxication du patient est décrit selon 5 niveaux auxquels peuvent correspondre 5 niveaux de soin.

Dimension 2 : Conditions et complications biomédicales

Cette dimension prend en compte les problèmes médicaux, autres que le syndrome de sevrage, pouvant causer un risque de complication dans le traitement.

Dimension 3 : Conditions et complications émotionnelles, comportementales ou cognitives

Il s'agit ici de prendre en compte des troubles psychiatriques, psychologiques, émotionnels, comportementaux ou cognitifs qui peuvent entraîner un risque complication dans le traitement.

Les questions auxquelles il est important de répondre sont les suivantes :

- Ces troubles sont-ils assez importants pour nécessiter un traitement spécifique ?
- Le patient est-il capable d'accomplir des activités quotidiennes ?

- Conserve-t-il des capacités d'adaptation malgré ces éventuels problèmes psychologiques, émotionnels ou comportementaux ?

Dimension 4 : Motivation au changement

Cette dimension-ci est basée sur le concept qu'une conscience individuelle, émotionnelle et cognitive du besoin de changement ainsi qu'un niveau d'engagement et de motivation au changement fournissent des indications sur le niveau de coopération et de compliance au traitement, tout autant que la conscience d'une relation entre l'usage d'alcool ou de drogue avec des conséquences négatives.

Dimension 5 : Rechute, usage continu et problèmes potentiels continus

L'affectation à un niveau de soin déterminé après une rechute doit être effectuée, non seulement sur la base de l'histoire de la personne, mais également en fonction de l'évaluation des problèmes actuels. Le patient ne doit pas nécessairement être placé dans un circuit de soins à haut niveau après une rechute.

Les questions à se poser sont les suivantes :

- Le patient est-il dans une situation de danger immédiat de trouble pour sa santé mentale (chronique ou sévère) et/ou d'abus de drogue ou d'alcool ?
- Le patient dispose-t-il de capacités de compréhension suffisantes pour prévenir la rechute, l'usage continu de substances ou d'autres problèmes comme des comportements suicidaires chroniques ?

Dimension 6 : Rétablissement / Environnement quotidien

Cette dimension comprend la prise en compte de tous les réseaux sociaux ou situations qui pourraient entraver ou améliorer l'engagement, la motivation du patient dans le traitement.

2. Le software PPC-2R

Aucun instrument disponible n'était suffisamment vaste que pour couvrir les six dimensions de l'ASAM et c'est pourquoi des items de différents instruments reconnus pour leur haut degré de validité dans leur champs respectif ont été utilisés pour réaliser le programme informatique.

Ces instruments sont :

- 1) l'Addiction Severity Index (ASI) (9) ;
- 2) le Recovery Attitude and Treatment Evaluator, Clinical Edition (RAATE-CE) (10, 11) ;
- 3) le Clinical Institute Withdrawal Assessment (CIWA) (12) ;
- 4) le Clinical Institute Narcotic Assessment (CINA) (13) ;
- 5) le Mini-Mental Status (MMS) Examination (14) ;
- 6) le Global Assessment of Function (GAF) Scale (15, 16) ;
- 7) une version comportant 6 items de l'Hamilton Depression (HAM-D) Scale (17).

Les items dérivés de ces instruments constituent 75% de la partie «évaluation» du programme. Les 25% restant sont constitués par des questions élaborées par les auteurs et se reportent essentiellement à l'histoire médicale du patient (4). Comme signalé plus haut un arbre décisionnel a été réalisé sous la direction du Dr. D.R. Gastfriend.

3. Les différents niveaux de soins définis par l'Asam

Les niveaux de soins décrits dans le manuel de l'ASAM PPC-2R (3) peuvent être vus comme une échelle, une forme de continuum entre une prise en charge qualifiée de minimale de type 'ambulatoire de contact' à une hospitalisation psychiatrique la plus sévère. Ils reflètent de manière schématisée l'ensemble des soins disponibles dans une région donnée. Il est clair que les structures d'accueil et de soins dans le domaine de la dépendance de substances varient d'une région/d'un pays à l'autre mais elles peuvent être regroupées selon les différents niveaux de soins en fonction du type de services, de techniques et de soins proposés.

Chaque niveau de soins fait l'objet d'une définition précise. Chacune des six dimensions présentées ci-avant est décrite pour chaque niveau dans le manuel de référence (3) et renvoie de manière détaillée au cadre de soins et aux techniques appropriées.

Niveau 0.5 : Intervention précoce

Les services d'intervention précoce sont inclus dans le niveau de traitement appelé 0.5 dans la seconde édition et dans la version révisée des critères de placement (3). Les auteurs considèrent que l'intervention précoce constitue un service pour des individus spécifiques qui, pour une raison connue, sont à risque de développer des problèmes relatifs à l'usage de substance(s), ou pour ceux dont on ne dispose pas suffisamment d'informations spécifiant un tel trouble.

Certaines considérations ont été abordées pour fournir des critères concernant la prévention/l'intervention précoces. La prévention et l'intervention précoce sont jugées comme deux approches différentes et ne pourraient donc être incluses dans le même niveau sensu stricto. Néanmoins, la prévention primaire ne pouvant pas être définie de manière suffisamment clinique pour permettre le développement d'un niveau de soins séparé, ces deux approches n'ont pu être séparées.

Là où le niveau 0.5 est un programme d'intervention pour utilisateurs de substances, la **durée** du service doit être déterminée par les règles spécifiques. Si l'évaluation d'un individu indique le besoin d'un traitement autre, trois options sont possibles :

- si le patient court un danger imminent, il pourrait être transféré à un niveau de traitement clinique approprié, même si cela empêche de terminer le programme en cours ;
- si le patient ne court pas un danger imminent mais nécessite un traitement ambulatoire, une tentative peut être faite pour faciliter un tel traitement avec les services disponibles au niveau 0.5 ;
- si le patient peut attendre pour entrer dans un traitement formel avant que le programme 0.5 ne soit terminé, un transfert à un niveau de traitement plus élevé peut être arrangé avant la fin du programme de niveau 0.5.

De manière générale les services d'intervention précoce sont conçus pour explorer les problèmes potentiels et évaluer les facteurs de risque qui paraissent être liés à l'utilisation de substances et aider le patient à reconnaître les conséquences dommageables d'une utilisation de substances inappropriée.

Niveau I : Traitement ambulatoire

Le niveau I comprend des services organisés qui peuvent être présents dans une grande variété d'institutions. Le personnel de ce type de centre de traitement de santé mentale et des

addictions fournit et des évaluations des problématiques présentées par les patients et des traitements. De tels services sont inclus régulièrement dans des programmes de soins spécialisés et suivent une série de principes et de procédures ou de protocoles médicaux.

Les services de traitement ambulatoires de niveau I sont conçus pour traiter des patients à un niveau de sévérité clinique définie et pour aider ces derniers à atteindre des changements permanents dans les comportements d'usage d'alcool et de drogues d'une part et dans leur fonctionnement mental d'autre part. Pour accomplir cette tâche, les services doivent prendre en compte un nombre important de styles de vie, de problèmes comportementaux et attitudinaux qui pourraient influencer défavorablement les buts du traitement ou inhiber les habiletés individuelles d'adaptation à des tâches quotidiennes sans l'utilisation non médicale d'alcool ou d'autres drogues.

Dans cette version révisée des PPC-2R, le critère de niveau I a été étendu pour promouvoir un meilleur accès au traitement des personnes souffrant de doubles diagnostics, des patients non motivés qui sont traités sous contrainte et d'autres qui auparavant avaient uniquement accès aux soins s'ils n'acceptaient pas une période préalable de traitement intensif.

Les principes et les applications des thérapies cognitivo-comportementales comme l'interview motivationnelle ont fortement augmenté, créant davantage d'options pour ceux qui avant cela auraient été évincés parce que non prêts pour le traitement ou dans la négation des problèmes ou encore dans le besoin d'un traitement intensif sous contrainte.

Le niveau I est donc perçu comme approprié pour les personnes évaluées comme ayant un degré sévère à la dimension motivation au traitement mais pas dans les autres dimensions, car cela les placerait dans un niveau de traitement plus intensif qui pourrait renforcer leurs résistances. L'élargissement du niveau I peut augmenter l'accès et faciliter l'engagement plus précoce de patients dans le traitement, en leur permettant une meilleure utilisation des ressources.

Niveau II : Traitement ambulatoire intensif / Hospitalisation partielle

Ce niveau ambulatoire fournit des services de soins durant la journée avant et après le travail ou l'école et en soirée. Pour les patients sélectionnés de manière appropriée, de tels programmes fournissent notamment une éducation à leur problématique et des composants de traitement lesquels permettent au patient de tester dans la réalité de nouvelles habiletés récemment acquises. Ces programmes comprennent des consultations psychiatriques, médicales, des consultations de psychopharmacologie, un management de la médication et éventuellement des services de crise ouverts 24 heures sur 24.

Les programmes de niveau II peuvent fournir des évaluations biopsychosociales complètes et des plans de traitement individualisés incluant une formulation des états du problème au début du traitement et des objectifs mesurables développés en concertation avec le patient. De tels programmes ont une affiliation active avec les autres niveaux de soins et leur staff peut aider les patients à accéder à des services de soutien comme l'aide à l'enfance, l'orientation professionnelle ou les transports.

Niveau III : Traitement résidentiel

Le niveau III comprend des services organisés et dirigés par un personnel spécialisé dans le traitement des addictions et la santé mentale qui fournit un plan de soins réguliers 24 heures sur 24. De tels services travaillent sur base de sets définis de procédures. Des groupes d'entraides mutuelles et des groupes d'autocontrôle (*self-help*) sont généralement disponibles

dans ces institutions. Ces centres de traitement présentent des facilités de traitement qui permettent au patient de résider chez eux de manière sécurisée.

La principale caractéristique définissant les programmes de niveau III est que ces derniers s'occupent de personnes qui ont besoin de conditions de vie stables et sécurisantes afin de développer leurs capacités de guérison. De telles conditions de vie pourraient être réunies dans des établissements où les services de traitement sont présents mais également dans des établissements en étroite relation avec des services de traitement résidentiel.

Dans le PPC-2R, le critère de niveau III a été étendu et séparé en 4 sous niveaux afin qu'il ne soit pas uniquement le reflet du modèle des communautés thérapeutiques :

Le niveau III.1 : traitement résidentiel de soins cliniques de basse intensité

Le niveau III.3 : traitement résidentiel de soins cliniques d'intensité moyenne

Le niveau III.5 : traitement résidentiel de soins cliniques de haute intensité

Le niveau III.7 : traitement hospitalier avec monitoring médical.

Niveau IV : Traitement résidentiel intensif médicalement supervisé

Les programmes de niveau IV fonctionnent 24 heures sur 24 et fournissent tous un panel d'évaluations médicales, de soins et traitements de troubles mentaux et d'usages de drogues dans un dispositif de soin pointu. Ils sont gérés par des médecins qualifiés dans le domaine des addictions, incluant des psychiatres et d'autres cliniciens spécialisés. De tels services sont régis par une série de règles et de procédures spécifiques.

Les programmes de niveau IV fournissent des soins aux patients dont les troubles mentaux et d'abus de substances sont si sévères qu'ils requièrent des soins biomédicaux, psychiatriques et de nursing essentiels. Toutes les ressources d'un hôpital général ou psychiatrique sont disponibles afin de rencontrer au mieux les problématiques des patients. Le traitement est spécifique aux troubles précités même si les habiletés de l'équipe multidisciplinaire et la disponibilité de services de support permettent le traitement conjoint de plusieurs conditions bio-médicales co-occurentes qui doivent être évaluées avec soin.

3. Infrastructure de soins en Belgique : état des lieux succinct

Région wallonne

Les priorités en terme de politique vis-à-vis de l'usage de drogues illicites ont évolué ces dernières années en région wallonne. La politique actuelle repose sur trois outils, à savoir la prévention, le traitement et la répression.

Pour pouvoir mettre en œuvre cette philosophie, la région wallonne dispose d'une pléthore de centres et organismes travaillant dans le domaine des dépendances. Ceux-ci agissant d'ailleurs à différents niveaux du plus bas seuil d'accès au plus spécifique.

Si certains de ces organismes n'offrent qu'un type de services, les champs d'action de nombre d'entre eux sont très diversifiés. Rares sont ceux qui ne cumulent pas les activités.

La région wallonne distingue actuellement 3 types de services offrant des possibilités de traitement :

- les soins généraux : médecins généralistes, organisations de bien-être social, etc. ;
- les centres ambulatoires externes : centres de santé mentale, centres de jour, centres de soins médico-sociaux, services à bas seuil d'accès ;
- les centres résidentiels : les services hospitaliers de psychiatrie, les communautés thérapeutiques ou les centres d'intervention de crise.

1. La prévention et les centres à bas seuil d'accès.

De nombreuses organisations et communes ont développé des activités de prévention et d'assistance dans différents secteurs : services sociaux, lieu de travail, organisations de jeunesse, écoles, activités de loisirs et ce grâce à l'action de services généraux comme les C.P.A.S. ou les services de promotion de la santé, ou d'organismes spécialisés dans les problèmes de dépendance comme DIABOLO MANQUES ou PRAXIS A.S.B.L, par exemple.

Par ailleurs, en 1996, les premières Maison d'Accueil Socio-Sanitaire (MASS) et centres à bas seuil d'accès pour usagers de drogues illicites ont été initiées par le Ministère de l'Intérieur.

Si une partie des centres à bas seuil d'accès s'occupe uniquement de prévention ou d'information l'action de nombre d'entre eux ne se limite cependant pas exclusivement à celles-ci. En effet, ces centres cumulent les champs d'intervention précoce en ajoutant à leurs activités l'échange de seringues, l'orientation vers le système de soins ou le travail de rue, par exemple le « Plan social intégré ».

Nous pouvons par ailleurs assimiler ce type d'organisme aux services de traitement de niveau 0.5 du PPC-2R ou du niveau I. Ceux-ci ont une tâche différente de la prévention mais sont le premier niveau d'intervention auprès de personnes considérées comme « à risque ».

2. Les centres de traitement.

La nouvelle politique en matière de toxicomanie a eu des conséquences concrètes sur les usagers : l'accès au traitement tend à être facilité car l'objectif à atteindre n'est plus seulement l'abstinence à court terme, mais également la réduction des dommages (*harm reduction*) par

notamment le traitement de substitution à la méthadone, les comptoirs d'échange de seringues, les stéribox etc.

Parmi les centres de traitement nous pouvons distinguer les centres ambulatoires externes : centres de santé mentale, centres de jour, centres de soins médico-sociaux, services à bas seuil d'accès et les centres résidentiels accueillant les patients : les services hospitaliers de psychiatrie, les communautés thérapeutiques ou les centres d'intervention en cas de crise.

Au sein même des centres de traitement ambulatoire, la région wallonne dispose d'un panel diversifié de niveaux de traitement. Notamment des services de niveau I comme la MASS de Liège, START, qui prend en charge des usagers dont les problèmes de consommation avérés causent un dysfonctionnement dans la vie quotidienne ; mais également des services de niveau II comme le centre de santé mentale L'ALFA. L'hôpital de jour LA CLÉ qui traite des usagers durant la journée et tente de les aider à acquérir et utiliser de nouvelles habiletés est un représentant du niveau II qualifié d'ambulatoire intensif.

Les traitements résidentiels sont eux aussi diversifiés et correspondent à différents niveaux de traitement. Le traitement de niveau III traitant des usagers 24 heures 24 et où le self-help et la réflexion de groupe sont des outils précieux, trouve de nombreux représentants en région wallonne.

Parmi ces représentants, on trouve en région liégeoise par exemple LE CLEAN qui lui est un représentant du niveau III.3 à gestion moyenne, le centre de cure LES HAUTES-FAGNES ou encore ENADEN qui sont des institutions à un haut niveau de gestion III.5, ou enfin des services de psychiatrie d'hôpitaux généraux comme le C.H.U. ou le C.H.R. de Liège qui seraient représentatifs des traitements sous surveillance médicale de niveau III.7 et dont le nombre d'hospitalisations en rapport avec l'usage de drogues est loin d'être négligeable.

Pour finir, le niveau de traitement IV trouve lui aussi des représentants dans cette région. En effet, des hôpitaux psychiatriques comme LA CLINIQUE NOTRE-DAME DES ANGES ou LE PETIT BOURGOGNE ou encore le service ODYSSEE de L'HÔPITAL VOLIÈRE accueillent des usagers dont les troubles sont sévères au point de nécessiter des soins psychiatriques ainsi qu'une surveillance et d'importants soins de nursing.

Région flamande

Les anciennes dispositions en Flandre incluaient le traitement des troubles d'utilisation d'alcool - ou de drogue au sein du système de santé mentale. Jusqu'au milieu des années 70, les alcooliques ainsi que les toxicomanes ont été pris en charge presque uniquement dans les sections psychiatriques des hôpitaux généraux et dans les institutions psychiatriques.

Par après, les prises en charge se sont étendues au secteur des centres ambulatoires de santé mentale (*Centra voor Geestelijke GezondheidsZorg - CGGZ*). Les soins qui ont été prodigués dans les services de soins de santé à orientation médicale ont jusqu'il y a peu surtout été dévolus à la prise en charge de patients alcooliques. Bien que ces cliniques soient confrontées depuis longtemps déjà aux problèmes de drogue graves, l'organisation de sections spécifiques pour les toxicomanies est un développement qui ne s'est réalisé que dans les années 90. C'est le cas par exemple aux cliniques de Tienen, de Sint-Denijs-Westrem et de Rekem. Certains centres ambulatoires de santé mentale (C.G.G.Z) se sont spécialisés dans la prise en charge des problèmes de drogue.

Au milieu des années 70 en Flandre, ont été créées les premières communautés thérapeutiques basées sur l'abstinence et ceci exclusivement pour le traitement des dépendances aux drogues illégales. Il s'agissait de programmes en groupe à haut niveau d'exigence et de longue durée. La Flandre compte 4 organisations de centres pour la "revalidation psychosociale" : DE SLEUTEL, DE KIEM, DE SPIEGEL et KATARSIS. Une différenciation progressive entre ces programmes de soins a donné naissance à des programmes davantage ouverts à tous (à niveau d'exigence plus bas), de plus courte durée et qui fonctionnent davantage au niveau individuel. Des programmes d'accueil, des traitements de crise, des programmes de courte durée et des programmes ambulatoires ont vu progressivement le jour dans cet ensemble. Les centres ADIC et KOMPAS en sont les exemples. Une spécialisation vers les groupes cibles spécifiques a aussi vu le jour. DE KIEM a une section pour les femmes avec enfants, DE SLEUTEL un programme de jeunes et une section spécifique pour les utilisateurs de drogue présentant des troubles psychiatriques.

Dans les années 90, dans une dynamique de lutte contre la criminalité et de réduction des dommages (*harm reduction*) les Maisons d'Action Socio-Sanitaire (MASS - Medisch Sociale Opvangcentra - MSOC) ont été créées. Dans ces lieux des traitements de substitution ont entre autres été organisés. Ces centres multidisciplinaires sont des centres d'accueil à bas seuil et s'adressent aux utilisateurs de drogue difficilement joignables par le système de soins traditionnel. La Flandre compte 5 MASS : à Gent, à Antwerpen, à Hasselt-Genk, à Oostende et à Leuven (très récemment). Il existe aussi des centres d'assistance aux toxicomanes et des initiatives de prévention faisant partie des "contrats de sécurité et de société". Ces nouvelles initiatives d'assistance ont vu le jour dans 24 communes et villes de Flandre. Leur financement est supporté par le gouvernement fédéral et les municipalités concernées (par exemple dans le travail de rue).

Enfin, le rôle du Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD), association pour les problèmes liés à l'alcool et autres drogues doit aussi être mentionné. Le V.A.D. coordonne la plupart des organisations flamandes qui sont actives dans le domaine de l'alcoolisme et des dépendances aux autres drogues. Sa mission couvre l'étude et la recherche, la prévention, l'assistance, la distribution d'information, la formation et l'élaboration des politiques de soins. A son initiative, un service d'information téléphonique anonyme a été créé (18).

Niveau	Sous-type	Exemples
I : Ambulatoire	MSOC	MSOC – Limburg MSOC – Gent MSOC – Antwerpen MSOC – Oostende MSOC – Brabant Flamand
II : Ambulatoire intensif	Centres de jour CGGZ	De Spiegel - Asse De Kiem - Gent De Sleutel - Gent/Brugge/Antwerpen/Mechelen PISAD Oudenaarde Hôpital de jour des Frères Alexiens - Boechout
III : Résidentiel	Communautés thérapeutiques Centres d'intervention de crise KTP	De Sleutel – Merelbeke/Sint-Kruis-Winkel De Kiem - Oosterzele De Spiegel – Lovenjoel Katarsis - Genk De Spiegel - Lovenjoel ADIC - Antwerpen Katarsis - Genk De Sleutel – Wondelgem Kompas - Kortrijk ADIC - Antwerpen Kompas - Kortrijk De Sleutel – Residentieel Kortdurend Jongerenprogramma Eeklo
IV : Hôpitaux		Tienen Sint-Denijs -Westrem Rekem Oosterzele Sint- Truiden

Les listes d'attente des centres de jour en Flandre et des programmes thérapeutiques de brève durée montrent que l'offre actuelle est trop restreinte. Un autre point d'achoppement est l'étalement régional des initiatives d'assistance qui se concentrent surtout autour des grandes villes. Dès dans certaines régions de Flandre aucune assistance n'est organisée.

B. Méthodologie

1. Software

Traductions françaises et néerlandaises

La première étape à réaliser sera la traduction en français de la dernière version informatisée des critères de l'ASAM – seconde version révisée.

Le travail de traduction sera réalisé selon la méthode *forward - backward translations* (19). Deux traductions anglais – français/néerlandais et deux traductions inverses français/néerlandais - anglais seront effectuées par quatre traducteurs indépendants. La traduction finale sera élaborée après analyse des discordances entre les différentes traductions sur base de la version originale et des études de validité pour l'évaluation de l'histoire médicale. L'adaptation française/néerlandais sera réalisée en collaboration avec la Division d'Abus de Substances de l'Université de Lausanne qui a développé une compétence particulière dans l'adaptation en français d'instruments utilisés en addictologie et l'équipe de M. Paul Van DEUN, De Spiegel à Lovenjoel.

INFORMATISATION

Une fois les traductions achevées, elles seront informatisées aux Etats-Unis selon le modèle de la version originale « ASAM PPC-2R Assessment Software by Earley Corporation, Atlanta, GA, USA » en collaboration avec le Pr. D.R. Gastfriend.

2. ETUDE DE VALIDITE

Une fois la traduction achevée, elle devrait être validée en l'administrant à des patients (applicabilité, fidélité (test-retest), stabilité inter-juge, validité externe). Dans un premier temps néanmoins, la validité et la faisabilité de cet outil sera évalué à travers une étude naturalistique.

Etude naturalistique

La validité de l'adaptation française/néerlandaise sera étudiée par une comparaison naturalistique de patients toxicomanes ayant reçu un traitement initial qui est soit en accord soit en désaccord avec le type de traitement recommandé par l'adaptation française/néerlandaise des critères de l'ASAM.

La taille de l'échantillon calculée pour obtenir des résultats statistiquement significatifs est de 200 sujets (100 par communauté linguistique) distribués a posteriori en deux groupes (en accord ou en désaccord avec les recommandations de l'ASAM). Les patients seront réévalués à 1 et 6 mois en terme de fonctionnement général grâce à une échelle d'évolution clinique à 5 niveaux (20) qualifiant la gravité de l'évolution du patient sur un laps de temps déterminé allant de niveau aucun à extrêmement problématique.

Hypothèses

le groupe de sujets qui auront été orientés en désaccord avec les critères de l'ASAM devrait montrer une moins bonne évolution clinique pour ceux qui auront été orientés vers un niveau de prise en charge trop bas et un surcoût pour ceux qui auront été orientés vers un niveau de prise en charge trop élevé.

Sélection des sujets

25 sujets seront sélectionnés dans chacun des 4 plus importants niveaux de soins (I, II, III, IV) pour chacune des régions sous étude. Les sujets seront des patients volontaires qui rencontrent les critères de dépendance pour au moins une substance psychoactive (drogue illicite) du DSM-IV (21). Les sujets devront parler le français/néerlandais. Afin de garantir la meilleure représentativité possible de l'échantillon, les patients seront sélectionnés si possible parmi les patients présentant une dépendance aux opiacés. Par ailleurs, la représentativité en terme de genre sera conservée autant que faire se peut.

	Flandre	Wallonie	Total
Niveau I	n=25	n=25	n=50
Niveau II	n=25	n=25	n=50
Niveau III	n=25	n=25	n=50
Niveau IV	n=25	n=25	n=50
Total	n=100	n=100	n=200

Analyses statistiques

Toutes les analyses statistiques seront réalisées avec les logiciels SPSS 11 for Windows et SAS 6.2 pour Unix. Des analyses uni-, bi- et multivariées seront menées.

Aspects éthiques

Le protocole sera soumis au comité d'éthique de la faculté de médecine de l'Université de Liège. Le consentement des sujets participant à l'étude sera demandé par écrit.

C. Résultats

1. Objectif 1 – traductions

Les traductions ont été réalisées avec la méthodologie *backward/forward* avec l'aide des équipes du Pr. J. Besson de Lausanne et du Pr. D. Gastfriend de Boston pour les traductions anglais/français et de l'équipe de M. P. Van Deun de Lovenjoel pour les traductions anglais/néerlandais.

2. Objectif 2 – analyse naturalistique

Le logiciel

Le logiciel prévu par l'équipe du Pr. Gastfriend, n'a pu être livré à temps à l'équipe de recherche comme convenu au préalable. Des problèmes liés au rachat de la société informatique conceptrice du software par une autre société a été à l'origine de ce retard. Dès lors le plan de recherche prévu a été adapté afin de tenir compte de cette situation. Afin de pallier ce manque, l'équipe de recherche a généré, sur base des questions et des options de réponses dont elle disposait pour la traduction, une interface informatique de saisie de données avec le programme IShell 1.1.3¹. La construction de l'outil et son adaptation en français tout d'abord et en néerlandais par la suite a demandé plusieurs semaines d'effort.

Les données ont été récoltées sur le terrain grâce à cet outil. Les bases de données créées avec cet outil ont été converties dans un format acceptable par le logiciel PPC-2R et implantées dans ce dernier grâce à un programme informatique spécifiquement conçu à cet effet aux USA. Dès lors les algorithmes du programme américain ont pu tourner et générer les rapports de recommandations² pour chacun des sujets entrés dans l'étude.

Institutions sélectionnées

Pour la région wallonne en région liégeoise :

Niveau I : MASS - Start

Niveau II : centres de Santé Mentale ALFA et Seraing 5 – hôpital de jour La Clé

Niveau III : communauté thérapeutique le Clean – centre de cure les Hautes Fagnes (Malmédy)

Niveau IV : hôpital psychiatrique Volière, service Odyssee.

Les institutions en Flandre où les critères ont été testés sont les suivantes :

Niveau I : MASS de Leuven, Genk, Diest et Tienen

Niveau II : centre de jour De Spiegel à Asse et Centre de santé mentale ambulatoire à Leuven

Niveau III : la communauté thérapeutique De Spiegel à Lovenjoel et le programme de crise De Spiegel à Lovenjoel

Niveau IV : cliniques psychiatriques à Tienen et à Rekem.

¹ Interview Shell est une application développée par l'O.M.S. : <http://www.who.int/msa/cidi/computerizedcidi.htm>

² Ci-joint en annexe le rapport complet (texte et graphique), en anglais, fourni par le software, de quatre cas réels et anonymisés, un par niveau de soins.

Résultats

a. Interviews

201 sujets ont été interviewés : 99 en Flandre et 102 en Wallonie.

Niveaux de soins		Prévus	Réalisés	Ecart
Flandre	I	25	25	0
	II	25	22	-3
	III	25	27	+2
	IV	25	25	0
		100	99	-1
Wallonie	I	25	25	0
	II	25	26	+1
	III	25	25	0
	IV	25	26	+1
		100	102	+2
Total		200	201	+1

Tableau 1 : interviews

La récolte de données s'est effectuée de février à septembre 2003. Le début opérationnel en Flandre a été décalé par rapport au début en Wallonie parce que l'interface de saisie de données a dû être adaptée en néerlandais. Dès lors les données de suivi prévues n'ont pu être récoltées dans le nord qu'à un mois et non à 4-6 mois comme prévu initialement. On notera un déficit de 3 patients dans le niveau II (ambulatoire) dans le nord du pays. Ce déficit rend compte de la difficulté à rencontrer les patients de ce niveau de soins, tant au nord qu'au sud du pays.

b. Temps de passation de l'interview et nombre de séances nécessaires

Le temps de passation moyen : 114 minutes \pm 43 minutes est détaillé dans le tableau ci-après.

Temps en min.	Flandre					Wallonie					Total
	I	II	III	IV	Total	I	II	III	IV	Total	
Moyenne	133	110	141	110	125	103	95	86	130	104	114
Ecartype	32	28	49	42	41	34	38	31	54	43	43

Tableau 2 : temps de passation du PPC-2R par région et niveau de soins

Wallonie					
Nb de session	I	II	III	IV	Total
1	21	12	24	17	74
2	4	12	1	5	22
3		1		4	5
4		1			1
Total	25	26	25	26	102

Tableau 3 : nombre de session par niveau de soins

c. Caractéristiques de l'échantillon

1. Genre

Les sujets interviewés sont donc majoritairement des hommes (83 %) et ce de manière identique entre le nord et le sud du pays. Il est à noter que ces données sont uniquement descriptives.

Genre	Origine		Total
	Flandre	Wallonie	
Masculin	81 %	85 %	83 %
Féminin	19 %	15 %	17 %

Tableau 4 : répartition des sujets selon le genre

Origine	Genre	Niveau de soins				Total
		I	II	III	IV	
Flandre	Masculin	19	15	24	22	80
	Féminin	6	7	4	2	19
Wallonie	Masculin	20	23	22	22	87
	Féminin	5	3	3	4	15

Tableau 5 : répartition du nombre de sujets selon le genre et le niveau de soins

2. Age des sujets en fonction de la région et du niveau de soins

Les sujets rencontrés lors de cette recherche sont statistiquement³ en moyenne plus jeunes en Flandre (27 ± 7 ans) qu'en Wallonie (35 ± 8 ans). Néanmoins, comme le montre le tableau suivant, il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les différents niveaux de soins, ni par ailleurs d'effet d'interaction entre le niveau de soins et la région de recueil (indiquant qu'il n'y a pas de différence en terme d'âge parmi les niveaux de soins en fonction de leur répartition géographique).

Origine	Données	Niveau de soins				Total
		I	II	III	IV	
Flandre	Moyenne Age	28	29	25	25	27
	Ecartype Age	7	9	5	6	7
Wallonie	Moyenne Age	37	33	33	36	35
	Ecartype Age	6	9	9	7	8
Total Moyenne Age		31	31	28	30	30
Total Ecartype Age		8	9	8	8	8

Tableau 6 : Age moyen des sujets en fonction de la région d'origine et des niveaux de soins

³ Analyse de variance double où âge = région * niveau ; $F_{(1,157)} = 40,03 - p < 0,000$

3. Consommation de substances

Les différentes données présentées ci-après ont été extraites des bases de données princeps, la base de donnée américaine étant délicate à manager. Ces données essaient de rendre compte de patterns de consommation des sujets⁴ en se basant sur les réponses fournies aux questions suivantes :

- « *Avez-vous déjà utilisé de 'substance' ?* »
- « *A quand remonte votre dernière consommation de 'substance' ?* »

A ce stade, il n'est néanmoins pas possible d'aller au-delà de la simple consommation⁵. Le tableau ci-après reprend les effectifs (nombre de patients des échantillons) ayant consommé telle ou telle substance. On constate d'emblée que 95 % d'entre eux sont fumeurs mais que 9 % d'entre eux n'ont jamais utilisé d'alcool. De manière plus intéressante, on constate des divergences dans les patterns de consommation des patients interviewés entre la région flamande et la région wallonne. Dans la première, un peu plus de la moitié des sujets rencontrés (61 %) ont consommé des opiacés alors que 99 % des patients inclus dans notre échantillon en région wallonne en ont utilisé. Parmi les sujets interviewés, 35 % des patients flamands ont utilisé de la méthadone et 91 % des patients engagés dans le système de soins francophone liégeois ont reçu de la méthadone. De manière intéressante, dans notre échantillon, la consommation de méthadone en Flandre se retrouve chez des patients consultant en ambulatoire.

On notera encore la différence dans la consommation d'autres opiacés où la tendance s'inverse avec 28 % des personnes interrogées pour la Flandre et 19 % pour la Wallonie.

L'utilisation de sédatifs, d'hypnotiques, d'anxiolytiques et de certains barbituriques est présente chez 20 sujets (n=25) présents dans le niveau I en Wallonie contre 16 sujets (n=25) en Flandre.

En ce qui concerne la consommation de cocaïne, le pourcentage de sujets la consommant ou l'ayant consommé est très importante chez les sujets interviewés en Flandre où 86 % des sujets l'utilisent contre 76 % en Wallonie. C'est particulièrement important dans les consultations en ambulatoire (niveau II) en Flandre, où l'on retrouve 21 sujets sur les 22 rencontrés qui consomment de la cocaïne.

En considérant comme indice de toxicomanie multiple le fait de consommer plus d'une drogue différente par jour, 92 % des sujets de notre échantillon pratiquent une consommation multiple. En additionnant les patients qui ont à la fois consommé un opiacé en générale, de l'héroïne en particulier et de la cocaïne, on observe des différences importantes entre les deux échantillons et plus particulièrement pour le niveau I en Wallonie où 22 sujets sur 25 (contre 10 sujets sur 25 en Flandre) ont consommé ces deux substances.

Une dernière remarque sur ces résultats qui mériteraient une analyse plus fouillée, est le fait que la plupart des patients présents dans la MASS de Liège (niveau I) ont consommé presque toutes les substances.

⁴ et non de générer des diagnostics de dépendance à une ou plusieurs substances en référence à un outil diagnostique comme le DSM-IV.

⁵ Le logiciel ne fournit pas à travers de ses algorithmes de diagnostic formel, ni d'abus, ni de dépendance mais renseigne la possibilité d'une dépendance ou d'un abus.

Substance	Flandre					Wallonie					Total	
	I	II	III	IV	Total	I	II	III	IV	Total	n=201	en %
	n=25	n=22	n=27	n=25	n=99	n=25	n=26	n=25	=26	n=102	n=201	
Nicotine	22	19	26	24	91	25	23	25	26	99	190	95%
Alcool	23	18	25	17	83	25	25	25	25	100	183	91%
Héroïne	11	12	16	12	51	25	22	25	26	98	149	74%
Méthadone	8	11	10	6	35	25	21	21	26	93	128	64%
Autres Opiacés	8	3	9	8	28	7	5	4	3	19	47	23%
Opiacés Total	13	13	18	16	60	25	25	25	26	101	161	80%
Sédatifs, Hypnotiques	16	17	21	13	67	20	16	20	20	76	143	71%
Cocaïne	22	21	23	19	85	22	20	18	18	78	163	81%
Autres Stimulants	12	18	15	16	61	18	14	17	16	65	126	63%
Cannabis	19	22	25	23	89	19	24	22	24	89	178	89%
Hallucinogènes	14	17	10	11	52	13	15	13	15	56	108	54%
Solvants	4	8	3	7	22	5	1	5	7	18	40	20%
Plus d'une drogue par jour	21	21	25	22	89	25	23	21	26	95	184	92%
Héroïne & Cocaïne	10	11	15	8	44	22	17	18	18	75	119	59%
Opiacés & Cocaïne	12	12	17	12	53	22	19	18	18	77	130	65%

Tableau 7 : Consommation de substance(s) au cours de la vie en fonction de la région et du niveau de soins

Il n'a pas été possible de déterminer la récence⁶ exacte de l'utilisation d'une substance parce que les sujets présents dans les différents niveaux de soins y étaient pour certains depuis longtemps (deux mois). Afin de répondre à cette question, il a été décidé de générer une variable reprenant la consommation d'une substance donnée pour la période des trois derniers mois. Dès lors on peut avoir une idée des substances consommées par le sujet à son entrée en traitement.

Afin d'essayer d'affiner le tableau d'utilisation de substances les données sur les 3 derniers mois avant la prise en charge institutionnelle/hospitalière (niveaux III et IV) ou avant la situation actuelle (niveaux I et II) ont été extraites et présentées ci-après.

De manière générale, concernant la consommation des trois derniers mois, on observe, parmi les personnes rencontrées, une plus grande proportion de sujets ayant consommé des opiacés en Wallonie (94 % *vs* 39 %) et de manière intéressante des consommations croisées de cocaïne et d'héroïne par voie parentérale chez les patients des niveaux III et IV deux fois plus présentes (2 sujets sur 27 du niveau III en Flandre *vs* 4 sujets sur 25 du même niveau en Wallonie et 0 sujets sur 25 du niveau IV en Flandre *vs* 2 sujets sur 26 en Wallonie).

La consommation d'alcool semble plus présente chez les sujets interviewés en Wallonie quel que soit le niveau de soin.

⁶ Date de la dernière utilisation d'un produit licite ou illicite

Dans le sud du pays, la consommation de cocaïne, de stimulants, de cannabis, d'hallucinogènes reste très nettement supérieure à celle des patients de l'échantillon néerlandophone. Enfin, si 54 % des sujets de notre échantillon en Flandre ont consommé plus d'une drogue au cours des 3 mois précédant leur rencontre, 79% des sujets interviewés en Wallonie l'ont fait.

Substance	Flandre					Wallonie					Total	
	I	II	III	IV	Total	I	II	III	IV	Total	n	en %
	n=25	n=22	n=27	n=25	n=99	n=25	n=26	n=25	n=26	n=102	n=201	
Opiacés & Cocaïne 3 mois	7	5	7	2	21	20	13	11	16	60	81	40%
Héroïne IV & Cocaïne IV 3 mois	0	0	2	0	2	0	0	4	2	6	8	4%
Héroïne 3 derniers mois	7	5	8	6	26	21	21	21	23	86	112	56%
Méthadone 3 derniers mois	8	11	4	2	25	24	20	19	24	87	112	56%
Autres Opiacés 3 derniers mois	3	0	4	2	9	5	1	1	1	8	17	8%
Opiacés Total 3 derniers mois	10	11	11	7	39	25	22	23	26	96	135	67%
Alcool 3 derniers mois	19	13	16	13	61	24	22	22	21	89	150	75%
Sédatifs 3 derniers mois	11	7	10	4	32	11	8	11	14	44	76	38%
Cocaïne 3 derniers mois	16	11	13	9	49	20	14	11	16	61	110	55%
Stimulants 3 derniers mois	3	6	2	1	12	8	6	3	8	25	37	18%
Cannabis 3 derniers mois	17	17	17	13	64	17	20	20	22	79	143	71%
Hallucinogène 3 derniers mois	2	2	0	1	5	2	2	3	4	11	16	8%
Solvants 3 derniers mois	1	0	0	1	2	1	0	0	0	1	3	1%
+ d'1 drogue / jour 3 mois	14	12	15	12	53	20	20	17	24	81	134	67%

Tableau 8 : Consommation de substance(s) au cours des trois derniers mois en fonction de la région et du niveau de soins

d. Recommandations fournies par le logiciel

Pour ces 201 sujets, le logiciel ASAM-PPC-2R a fourni une recommandation de placement pour 167 sujets. Dans 34 cas : 19 en Flandre et 15 en Wallonie, le programme n'est pas arrivé à se prononcer : soit par manque de données congruentes ou par conflit entre les règles.

Par ailleurs, dans un seul cas le logiciel propose un niveau de soins non étudié qui est la maintenance par agoniste opiacé (usuellement la méthadone) (Opiate Maintenance Therapie – OMT). Etant donné que ce niveau de soins fait référence à une prise en charge à très bas seuil, il sera de facto assimilé au niveau de soins I.

La répartition des échecs de recommandation est identique entre le nord (19 cas) et le sud du pays (15 cas) mais il existe une différence en fonction du niveau de soins d'origine des sujets : niveau I (3 cas), niveau II (13 cas), niveau III (9 cas) et niveau IV (9 cas). Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les régions en fonction du niveau de soins.

Le tableau ci-après résume la situation en nombre de sujets.

Observation			Niveau proposé par le PPC-2R						
Origine	Niveau d'origine	Total	Aucun	OMT	I	II	III	IV	Classés
Flandre	I	25	1				11	13	24
	II	22	7				9	6	15
	III	27	5				6	16	22
	IV	25	6				11	8	19
Somme		99	19				37	43	80
Wallonie	I	25	2		3	1	11	8	23
	II	26	6		1	1	12	6	20
	III	25	4			1	7	13	21
	IV	26	3	1	1		12	9	23
Somme		102	15	1	5	3	42	36	87
Total		201	34	1	5	3	79	79	167

Tableau 9 : Appariements en nombre de sujets en fonction de la région et du niveau de soins

e. Analyse d'appariement (*matching*)

Dans cette analyse de base nous observerons les sujets présents dans un niveau de soins donné lors de l'interview et recommandé par le logiciel comme devant se trouver dans ce niveau de soins identique *versus* les sujets dans un niveau de soins donné et devant être orienté selon le PPC-2R dans un autre niveau de soins. Les sujets présents dans le niveau de soins analogue à celui proposé par le logiciel seront appelés '*appariés*' tandis que ceux se trouvant dans un niveau de soins différent seront qualifiés de '*non appariés*'; de plus la valence positive ou négative sera accordée à ces derniers cas pour signifier que :

- *Négatif* : le niveau de soins recommandé est d'un niveau supérieur à celui dans lequel les sujets ont été observés ;
- *Positif* : le niveau de soins recommandé est d'un niveau inférieur à celui dans lequel les sujets ont été admis (le niveau de soins observé est d'un niveau supérieur à celui recommandé).

Pour la suite des analyses en matière de prédiction d'une évolution favorable *vs* défavorable, la catégorie '*appariés*' sera additionnée de la catégorie '*non appariés positifs*'. En effet, les

sujets qui bénéficient d'un traitement d'un niveau supérieur à celui recommandé ne devraient pas aller moins bien à terme ; au pire, leur traitement serait plus onéreux.

Les pourcentages proposés dans le tableau ci-après prendront comme valeur de référence, le nombre de sujets pour lesquels le logiciel a proposé une recommandation de niveau de traitement soit 167 sujets (80 en Flandre et 87 en Wallonie).

34 sujets (20,5 %) ont été alloués dans le niveau de soins dans lequel ils ont été admis – sujets appariés : 14 sujets (17,5 %) en Flandre et 20 sujets (23 %) en Wallonie. Par contre les recommandations du logiciel vont plus clairement dans le sens d'une indication d'un niveau de soins supérieur à celui dans lequel le patient se trouve dans 64 % des cas de 'non appariement négatif' (69 % en Flandre et 59 % en Wallonie). En clair les patients présenteraient selon le PPC-2R des problématiques qui nécessiteraient une prise en charge dans un niveau de soins supérieur.

Appariement	Flandre		Wallonie		Total	
	N=99	%	N=102	%	N=201	%
Appariés	14	17,5	20	23	34	20
Non appariés	66	82,5	67	77	133	80
positifs	11	14	16	18	27	16,5
négatifs	55	69	51	59	106	63,5

Tableau 10 : appariements en fonction de la région

Si l'on se réfère au niveau de soins d'origine des sujets, sans tenir compte de la région, on observe une répartition de l'appariement telle que présentée dans le tableau 11 ci-après.

Niveau d'origine	Niveau proposé					Total
	OMT	I	II	III	IV	
I		3	1	22	21	47
II		1	1	21	12	35
III			1	13	29	43
IV	1	1		23	17	42
Total	1	5	3	79	79	167

NonAppariés+ Appariés NonAppariés-

Tableau 11 : appariements en fonction du niveau de soins d'origine, en nombre de sujets

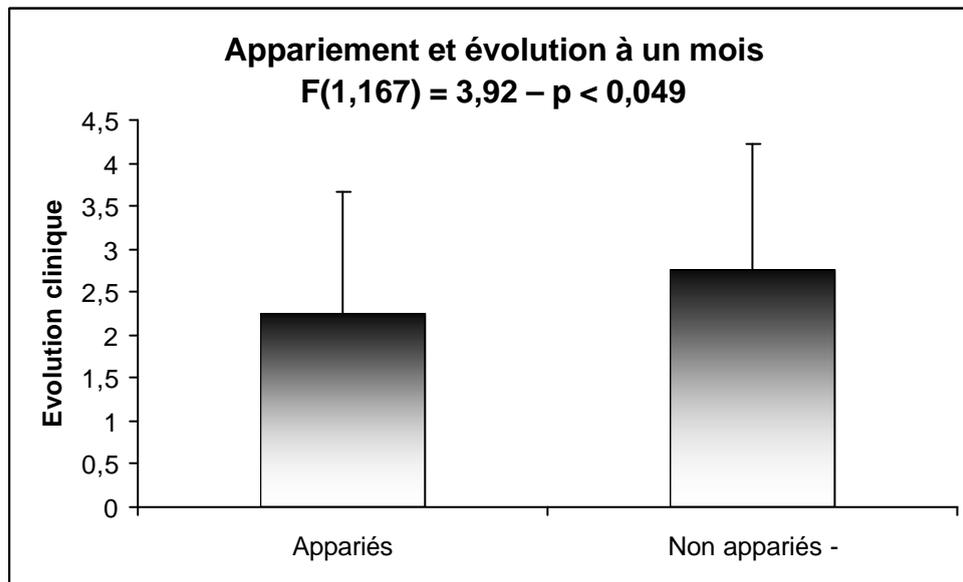
Dans le tableau 12, on observe que 3 sujets sur les 47 patients présents dans le niveau I ont été correctement 'assignés' au niveau I par le logiciel ; 1 sujet sur 35 pour le niveau II, 13 sujets sur 43 pour le niveau III et 17 sur 42 pour le niveau IV.

f. Prédicibilité sur les mesures à un mois et six mois

En cas de départ du patient de son niveau de soins au moment du recueil de données, si le soignant n'a aucune nouvelle de ce dernier, celui-ci sera considéré comme ayant rechuté et sera donc qualifié d'extrêmement problématique (5 dans l'échelle d'évaluation clinique).

Les données des institutions flamandes à six mois étant indisponibles aucune analyse n'a été réalisée pour l'évolution clinique à 6 mois pour cette région. Les données de suivi en Wallonie ont été réalisées à 5,2 mois en moyenne après les premières mesures.

Le fait d'être dans un niveau de soins, 'apparié' ou 'non apparié' (qu'il soit positif au négatif) ne prédit rien en matière d'évolution du patient que ce soit à un mois ou à six mois en tenant compte de la région ou non (analyses de variance). Par contre, si la définition de l'appariement inclut les sujets non appariés positifs, on observe alors une différence statistiquement significative⁷ entre les patients 'appariés' au sens large de la définition et 'non appariés négatifs'. Le graphique ci-après rend compte du fait que les patients 'appariés' vont statistiquement en moyenne mieux après un mois que les patients 'non appariés négatifs'.



⁷ Effet principal de la variable 'appariement' dans un modèle d'analyse de variance double (évolution à un mois = appariement*région); $F_{(1,167)} = 3,92 - p < 0,049$

D. Discussion – conclusion

1. Recrutement des échantillons

Les difficultés à rencontrer les sujets lors de cette étude entraînent quelques remarques. En effet, pour de nouvelles études dans ce domaine particulier il serait nécessaire d'envisager une compensation pour les sujets. Différentes études ont eu lieu ou sont en cours dans notre pays et la plupart d'entre elles prévoient une compensation sous forme financière ou autre. Cette discussion a été abordée lors de la dernière conférence de l'ESSD (European Society for Social Drug Research) en octobre 2003 à Ghent dans deux présentations qui concluaient à la nécessité de fournir des incitants à la participation aux recherches scientifiques dans le domaine des addictions et qui discutaient les conséquences que cela pouvait avoir sur la qualité des échantillons (22-23).

Par ailleurs, il est indispensable de tenir compte de la difficulté spécifique de rencontrer des patients du niveau ambulatoire à leur lieu de consultation. En effet, les patients viennent consulter à une heure déterminée puis s'en vont vaquer à leurs occupations (travail, famille, etc.). Plus de la moitié des interviews réalisées dans ce niveau de soin en Wallonie se sont passées en deux fois voire plus et c'est dans ce niveau de soins qu'on observe un déficit de trois sujets en Flandre. Dans cette région il a été difficile de rencontrer 25 sujets du niveau ambulatoire désireux de collaborer malgré une période de collationnement de données de plus de six mois et d'une augmentation des lieux de recueil de données.

Dans les études ultérieures, il sera donc nécessaire de planifier le travail de manière différente en prenant ces éléments en compte.

Par ailleurs, on regrettera de n'avoir pas compté le nombre de sujets ayant donné leur assentiment pour l'interview et ne s'étant pas présenté au(x) rendez-vous, ni le nombre d'interviews commencées et non terminées.

De manière générale, la difficulté à rencontrer les patients dans les différents niveaux de soins avait été sous-estimée.

2. L'interview

La durée des interviews est trop longue (deux bonnes heures en moyenne). Les promoteurs du logiciel avaient annoncé une durée avoisinant l'heure (72 minutes en moyenne) en se basant sur des données publiées mais concernant la version précédente du logiciel (24).

La compensation évoquée ci-avant tiendra compte de ce point dans les études à venir.

Il semble clair que telle quelle l'interview est peu praticable préalablement à l'entrée d'un quelconque patient dans un niveau de soins vu sa longueur. Si l'interview est censée orienter le patient vers un niveau de soin particulier, il n'existe pas dans notre système de soin d'interface spécifique (*drug counsellor*, par exemple) qui remplirait ce rôle d'orientation des patients. Il est alors nécessaire si l'on veut pouvoir se servir de ce type d'outil de pouvoir bénéficier d'une interview d'une durée fonctionnelle qui tient compte de notre infrastructure de soins. En effet, une consultation chez un médecin psychiatre a une durée maximale de 45 minutes et une consultation chez un psychologue tourne autour d'une heure maximum. Dès lors il serait intéressant de réaliser deux versions plus courtes : une version de dépistage à l'usage des médecins généralistes par exemple dont la durée ne devrait pas excéder les 15 à 20 minutes et une version moyenne de 45 minutes permettant d'affiner le choix d'orientation notamment chez un médecin spécialiste. Néanmoins, pour réaliser ces différentes versions une analyse détaillée de l'algorithme du programme est nécessaire. Une étude ultérieure pourrait s'attacher à l'analyse des items, groupes d'items qualifiant les sujets pour l'entrée dans tel ou tel niveau de soins en fonction de telle ou telle dimension.

La version longue quant à elle pourrait être utilisée à l'entrée dans les centres, mais, à notre avis, devrait faire l'objet d'une part d'un nettoyage spécifique des questions jugées comme peu utiles en regard de l'orientation des patients dans le système de soins belge. Par exemple, rechercher un 'diagnostic formel' d'abus/de dépendance à la nicotine (au sens du DSM-IV) est une perte de temps : demander au patient combien il fume de cigarettes par jour suffirait largement. A cet égard une analyse qualitative complémentaire des différents items de l'interview par les équipes d'interviewers est en cours et les résultats seront discutés avec les partenaires américains de la recherche. D'autre part, des recommandations utiles seront faites aux concepteurs du programme telle que par exemple l'absence de questions sur le statut sérologique HIV et la médication y afférent ou encore l'absence de combinaisons de substances comme l'héroïne et la cocaïne (*speedball*) dans le module des substances consommées. Pour terminer, différentes questions/items n'ont pu être envisagés car ils nécessitaient un matériel ou des qualifications médicales (par exemple, prise de la pression artérielle ou accès à des données présentes dans le dossier médical du patient).

3. Les échantillons

Dans le recrutement des échantillons de patients, la méthodologie avait prévu de demander aux interviewers de porter une attention spécifique à ce que les patients sélectionnés représentent le mieux possible la population de patients du lieu concerné quant à l'âge et au genre. Par ailleurs, afin d'avoir un échantillon le plus homogène possible les patients recrutés devaient si possible présenter une dépendance aux opiacés.

En général, la différence entre le nombre d'hommes et de femmes dans le circuit de soins (4 :1) est représentative de la situation générale. En effet, 4 à 5 fois plus d'hommes que de femmes seraient dépendants de substances illicites.

Les deux échantillons recrutés pour cette étude diffèrent quant à l'âge et au pattern d'utilisation de substance(s). Il est plus âgé en moyenne dans la partie francophone (34 ans) et les opiacés restent le problème principal pour tous ces patients. Les sujets interviewés dans la partie flamande sont plus jeunes en moyenne (27 ans) et il a été plus difficile de trouver des sujets dont le motif de prise en charge dans le système de soins serait la consommation d'opiacés. En effet, la consommation d'opiacés dans les trois derniers mois est présente chez 39 % d'entre eux seulement.

Par ailleurs, il serait peu prudent de tirer des chiffres présentés des conclusions hâtives quant à la consommation différentielle de méthadone (car les données ne présentent pas le nombre de sujets ayant consommés à la fois et de l'héroïne et de la méthadone) entre les sujets échantillonnés au Nord et au Sud du pays. Cependant si une esquisse sur les traitements de substitution à la méthadone était tentée, l'on constaterait une différence notable entre le Nord et le Sud du pays pour les échantillons observés en tenant compte de la réserve émise plus haut. En effet, si presque tous les patients interviewés (95%), quel que soit le niveau de soin considéré, en Wallonie ont déjà consommé de la méthadone, parmi les patients des échantillons de Flandre il existe des différences. De manière générale, 69% des patients de notre échantillon en Flandre auraient consommé de l'héroïne et de la méthadone, un patient sur deux dans le niveau IV et deux patients sur trois dans le niveau III auraient consommé les deux substances. Ceci reflèterait peut-être une divergence dans les politiques de soins ou dans leur application entre le Nord et le Sud du pays.

De manière générale, l'analyse de base permet juste d'observer que presque tous les patients l'échantillon francophone sembleraient avoir consommé presque toutes les substances et souvent plus d'une drogue par jour et que les patients de l'échantillon néerlandophone se seraient concentrés sur des substances spécifiques.

On regrettera de ne pas avoir encodé le motif principal de prise en charge des patients dans le système de soins étudié même si cette donnée est absente du programme. En effet, le programme ne permet pas de dresser de manière formelle une carte des toxiques consommés au moment de la prise en charge. Même si l'on peut reconnaître qu'il est utile de posséder de l'information quant au parcours de consommation des patients, il est clair que la consommation à l'aube d'une prise en charge est une donnée cruciale qui n'apparaît pas comme telle dans le rapport fourni par le logiciel (même si les questions sont présentes par ailleurs dans l'interview). Il serait utile que le logiciel fournisse au clinicien un tableau récapitulatif des substances consommées.

4. Recommandations de traitement et appariements

Le logiciel a fourni 83 % de recommandations de traitement. A des fins de recherche, il est regrettable de ne pas pouvoir rentrer à l'intérieur du programme informatique afin d'analyser les raisons pour lesquelles 17 % des patients n'ont pas reçu de recommandation de traitement. De manière similaire, il serait important de pouvoir analyser les raisons pour lesquelles le logiciel assigne presque deux tiers des patients à un niveau de soins supérieur au niveau de soins dans lequel ils ont été observés. Cette analyse couplée à une typologie fine du système de soins belge pourrait éventuellement conclure que les patients seraient bien alloués dans le niveau de soins dans lequel ils sont observés même si le niveau de soins fait formellement référence à un niveau différent. Par exemple certaines institutions assignées au niveau III sont plutôt des institutions reprenant des fonctionnements de niveau IV ou bien encore accueillent des patients qui devraient être présents en niveau IV mais que ce dernier niveau ne peut accueillir à ce moment-là ou inversement.

En effet, les patients d'un niveau III ou d'un niveau IV sont parfois les mêmes, ces derniers ayant été observés à l'un ou l'autre moment de la prise en charge. Par exemple, des patients interviewés en niveau IV (en hôpital psychiatrique) ont été aperçus en niveau III (en communauté thérapeutique) après quelques semaines, mois parce que leur problématique avait évolué. Il est évident que l'aspect transversal de l'étude renforce ce biais de manière importante.

Compte tenu de ces remarques, en tenant compte en outre du fait que l'échelle d'évolution du patient choisie était une échelle qui mériterait d'être affinée, complétée ou qu'une nouvelle évaluation dans les six dimensions des critères de l'ASAM soit réalisée, une tendance nette met en évidence un gain en terme d'évolution chez les patients qui sont dans le niveau de soins proposé ou dans un niveau de soins plus élevé.

On regrettera de n'avoir pas utilisé l'échelle d'évolution de l'état du patient au moment initial du recueil de données afin de calculer une évolution du patient à 1 mois et à 3 mois.

En conclusion, la recherche menée à ce stade-ci permet de tirer les conclusions suivantes :

1. En terme de traduction l'outil pourrait être utilisé moyennant un travail complémentaire de traduction des menus du logiciel et en particulierisant le rapport fourni par ce dernier.
2. Le logiciel mérite quelques adaptations pour tenir compte de notre spécificité en matière de soins de santé.
3. Néanmoins il serait nécessaire qu'il existe en Belgique un descriptif exhaustif des circuits de soins, qui inclurait un descriptif des techniques de soins utilisées, du personnel qualifié, etc. Cela permettrait sans doute de clarifier les concepts de niveau de soins et d'adapter de manière plus efficace la typologie américaine à notre situation.
4. Le logiciel devra être plus court pour qu'il puisse être utilisé de manière généralisée ; des versions de dépistage, courte et moyenne devraient être mises au point. Il devra être expurgé des questions/items peu utiles ou difficiles d'accès pour des personnes non membres du corps médical.
5. L'objectif de faisabilité est atteint : il est possible en Belgique tant dans le Sud que dans le Nord du pays de faire passer des interviews brèves et structurées (de ± 2 heures et de ± 1210 items) à des patients présents dans différents niveaux de soins dont notamment des hôpitaux psychiatriques ou des Mass. Il est important de tenir compte à l'avenir de la difficulté à recruter de tels échantillons : une compensation serait à envisager.
6. Si le logiciel pouvait être adapté en terme de niveau de soins d'une part et utilisé avec des patients au moment initial de leur prise en charge par le système de soins de santé, les résultats prometteurs observés dans l'étude naturalistique seraient sans doute meilleurs.

E. Références

1. Hoffmann, N., Halikas, J., Mee-Lee, D. & Weedman, R. (1991) *American Society of Addiction Medicine- Patient Placement Criteria for the treatment of psychoactive substance use disorders* (Washington, DC, ASAM).
2. ASAM American Society of Addiction Medicine (1996) *Patient placement criteria for the treatment of substance-related disorders* (Chevy Chase, American Society of Addiction Medicine, Inc.).
3. ASAM American Society of Addiction Medicine (2001) *ASAM PPC-2R/ ASAM Patient Placement Criteria for the Treatment of Substance-Related Disorders* (Maryland, American Society of Addiction Medicine (ASAM)).
4. Turner, W. M., Turner, K. H., Reif, S., Gutowski, W. E. & Gastfriend, D. R. (1999) Feasibility of multidimensional substance abuse treatment matching: Automating the ASAM Patient Placement Criteria . *Drug Alc Depend*, 55, 35-43.
5. Gastfriend, D. R. & McLellan, A. T. (1997) Treatment matching: Theoretical basis and practical implications, *Med Clin N Amer*, 81, 945-966.
6. Gastfriend, D. R., Lu, S. H. & Sharon, E. (2000) Placement matching: challenges and technical progress, *Subst Use Misuse*, 35, 2191-213.
7. Hser, Y. I., Polinsky, M. L., Maglione, M. & Anglin, M. D. (1999) Matching clients' needs with drug treatment services, *J Subst Abuse Treat*, 16, 299-305.
8. McLellan, A. T., Grissom, G. R., Zanis, D. et al. (1997) Problem-service 'Matching' in addiction treatment: A prospective study in 4 programs, *Arch Gen Psychiatry*, 54, 730-735.
9. McLellan, A., Kushner, H., Metzger, M. et al. (1992) The fifth edition of the Addiction Severity Index, *J Subst Abuse Treat*, 9, 199-213.
10. Gastfriend, D. R., Filstead, W. J., Reif, S., Najavits, L. M. & Parrella, D. P. (1995) Validity of assessing treatment readiness in patients with substance use disorders, *Am J Addiction*, 4, 254-260.
11. Najavits, L. M., Gastfriend, D. R., Nakayama, E. Y. et al. (1997) A measure of readiness for substance abuse treatment: Psychometric properties of the RAATE research interview, *Am J Addiction*, 6, 74-82.
12. Sullivan, J. T., Sykora, K., Schneiderman, J., Naranjo, C. A. & Sellers, E. M. (1989) Assessment of alcohol withdrawal: The revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale., *Br J Addict*, 84, 1353-1357.
13. Peachey, J. & Lei, H. (1988) Assessment of opioid dependence with naloxone, *Br J Addict*, 83, 193-201.
14. Teng, E. & Chui, H. (1987) The modified "Mini-Mental State" examination, *J of Clin Psy*, 48, 314-8.
15. Endicott, J., Spitzer, R., Fleiss, J. & Cohen, J. (1976) The Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric diagnosis, *Arch Gen Psychiatry*, 33, 766-773.
16. Goldman, H. H., Skodol, A. E. & Lave, T. R. (1992) Revising axis V for DSM-IV: a review of measures of social functioning., *Am J Psychiatry*, 149, 1148-1156.
17. O'Sullivan, R., Fava, M., Agustin, C., Baer, L. & Rosenbaum, J. (1997) Sensitivity of the 6 item hamilton depression rating scale, *Acta Psych Scandi*, 95, 379-384.
18. VAN DEUN, P., (1999). Recente Ontwikkelingen in de drughulpverlening in Vlaanderen, in: MENSINK, C , SPRUIT, I.P. (eds). *Jaarboek Verslaving 1998*, Over gebruik en zorg. Bohn Stafleu van Loghum Houten/Diegem, 170 p.
19. Hunt, S. M., Alonso, J., Bucquet, D. et al. (1991) Cross-cultural adaptation of health measures. European Group for Health Management and Quality of Life Assessment, *Health Policy*, 19, 33-44.
20. Carey, K. B. , Cocco, K. M. , Simons, J. S. (1996), Concurrent validity of clinicians' ratings of substance abuse among psychiatric outpatients. *Psychiatr Serv*. 47 : 842-847.
21. American Psychiatric Association (1994) *DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition* (Washington, D.C., American Psychiatric Press).
22. Barenregt C (2003) *Recruiting a hidden population of drug users and tracing selection effects*, The 14th annual Conference of the European Society for Social Drug Research (ESSD), Ghent, 2-4th oct., <http://www.law.rug.ac.be/crim/ISD/Book%20of%20abstracts.pdf>
23. Van Havere T. (2003) *Paying drug users in scientific research*, The 14th annual Conference of the European Society for Social Drug Research (ESSD), Ghent, 2-4th oct., <http://www.law.rug.ac.be/crim/ISD/Book%20of%20abstracts.pdf>
24. Turner, W. M., Turner, K., Reif, H., Gutowski, S. W. E., Gastfriend, D. R. (1999) Feasibility of multidimensional substance abuse treatment matching: automating the ASAM Patient Placement Criteria. American Society of Addiction Medicine. *Drug Alcohol Depend* 55, 35-43.

Annexe 1

exemples de rapports générés
par le logiciel PPC-2R

PPC-2R Analysis and Report

Powered by TxManagement© from CMHC Systems, Inc.

Assessment Begun: févr. 05, 2003 at 12:00 am Patient ID: (No Assigned ID)
Name: *sujet 1*

Assessment Ended: sept. 26, 2003 at 1:26 pm Admit Date: févr. 05, 2003 at 12:00 am

Note: This report contains an analysis and an initial placement recommendation derived by analyzing questionnaire items using a clinical consensus algorithm. This instrument is not a replacement for individual provider assessment and sound clinical judgment. ASAM and CMHC Systems, Inc. assume no direct or indirect liability for improper care or negative outcomes that may ensue from the use of this instrument. Consider your patient's needs using this instrument as one of many tools that determine proper care. The criteria may not encompass all level of service options which may be available in a changing health care field. Therefore, the criteria may not be wholly relevant to all levels and modalities of care.

Substance-related Diagnostic Suggestions

Sujet 1 endorsed items in the PPC-2R instrument that indicate the probability of the following diagnoses:

- 1) Methadone dependence with symptoms that suggest physiological dependence (5 of 19 criteria met).
- 2) Nicotine dependence with symptoms that suggest physiological dependence (7 of 19 criteria met).
- 3) Heroin abuse (2 of 8 criteria met).

The patient endorsed items in the PPC-2R that indicate the probability that she is at the moment of the interview suffering from a major depressive disorder. *Sujet 1* endorsed items in the PPC-2R that indicate the probability that she has a history of an anxiety disorder without a true panic disorder. The patient has a history of harm to herself or others, with a relative chronic, historical risk of I on a scale of 0 (little or no risk) to 6 (very strong risk).

Dimensional Analysis

Dimension One

Sujet 1's Level 1-D detoxification may be conducted in a general health care facility, such as a physician's office, a freestanding urgent care center or hospital emergency department, an addiction or mental health treatment facility, a hospital outpatient department, or the patient's home, supervised by a licensed home health care agency.

The patient has withdrawal symptoms but is at minimal risk of severe withdrawal syndrome and is assessed as likely to complete needed detoxification and to enter into continued treatment or self-help recovery. Despite having the withdrawal symptoms noted above, she has, and responds positively to, emotional support and comfort, as evidenced by both: decreased emotional symptoms at the close of the initial treatment session and *Sujet 1* or her support person is able to clearly understand instructions for care, and the

presence of both the ability and resources to follow instructions.

Dimension Two

In Dimension 2, *Sujet 1*'s needs regarding biomedical conditions and complications can be met at multiple levels, including: Level 0.5, Level I, Level II.1, Level III.1, Level III.3, Level III.5, and Opiate Maintenance Therapy.

Dimension Three

In Dimension 3, *Sujet 1* meets Opioid Maintenance Therapy specifications in the following areas:

- 1) Her substance-related abuse or neglect of her spouse, children or significant others require intensive outpatient treatment to reduce the risk of further deterioration.
- 2) *Sujet 1* poses a mild risk of harm to self or others, with or without a history of severe depression, suicidal or homicidal behavior, but can be managed safely in a structured outpatient environment.

Dimension Four

In Dimension 4, *Sujet 1*'s needs regarding readiness to change can be met at multiple levels, including: Level 0.5, Level II.1, and Opiate Maintenance Therapy.

Dimension Five

In Dimension 5, she is assessed as able to achieve or maintain abstinence and related recovery goals, or to achieve awareness of a substance problem and related motivational enhancement goals with minimum care at Level 0.5. However, she does not understand the need to alter her current pattern of use of alcohol or other drugs to prevent harm that may be related to such use. *Sujet 1* needs to acquire the specific skills to change her current pattern of use.

Dimension Six

In Dimension 6, the patient's needs regarding recovery environment can be met at multiple levels, including: Level I, Level III.1, Level III.5, and Opiate Maintenance Therapy.

Critical Items

The following critical medical/addiction items were noted while completing this assessment:

- 1) The patient was noted as showing symptoms or signs of intoxication at the time of the interview.
- 2) She has a serious risk of gastrointestinal bleeding that might require inpatient treatment. Suspected gastrointestinal bleeding requires evaluation by a physician or emergency room.

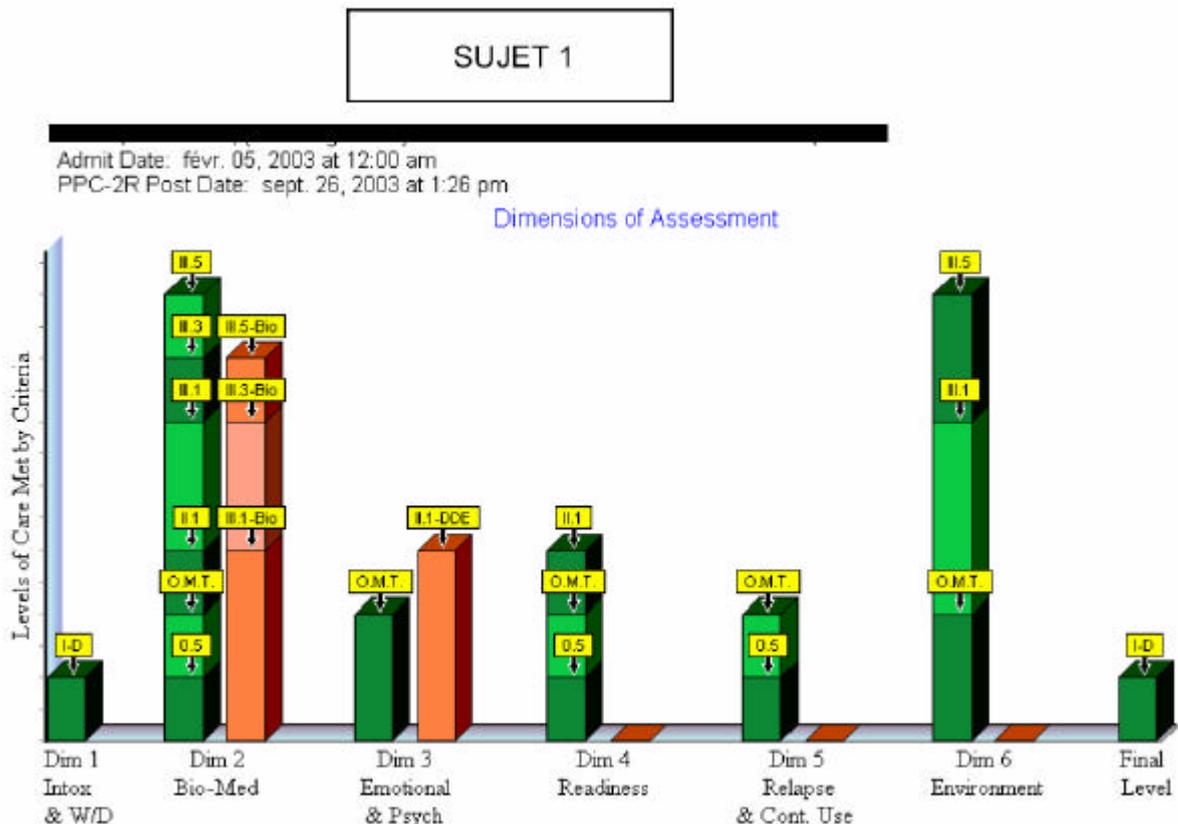
The following critical psychological/psychiatric items were noted in this assessment:

- 1) The patient indicated that she has been emotionally abused during the past 30 days.
- 2) *Sujet 1* indicated that there is some likelihood that she might be cause harm or neglect someone else. Additional assessment is needed to determine if the other parties should be informed or protected.

Final Level of Care Recommendations

Sujet 1 is best placed in a Level I-D -- ambulatory detoxification without extended on-site monitoring detoxification program. Level I-D detoxification may be conducted in a general health care facility, such as a physician's office, a freestanding urgent care center or hospital emergency department, an addiction or mental health treatment facility, a hospital outpatient department, or the patient's home, supervised by a licensed home health care agency. In Level I-D detoxification, support systems feature:

- Availability of specialized clinical consultation and supervision for biomedical, emotional, behavioral and cognitive problems.
- Ability to obtain a comprehensive medical history and physical examination of the patient at admission.
- Access to psychological and psychiatric consultation.
- Direct affiliation with other levels of care, including other levels of specialty addiction treatment, as well as general and psychiatric services for additional problems identified through a comprehensive biopsychosocial assessment.
- Ability to conduct and/or arrange for appropriate laboratory and toxicology tests.
- 24-hour access to emergency medical services.
- Ability to provide or assist in accessing transportation services for patients who are unable to drive safely for legal or medical reasons, or who otherwise lack transportation.



PPC-2R Analysis and Report

Powered by TxManagement© from CMHC Systems, Inc.

Assessment Begun: août 30, 2003 at 11:50 pm Patient ID: (No Assigned ID)
Name: *sujet 2*

Assessment Ended: sept. 26, 2003 at 1:26 pm Admit Date: nov. 27, 2002 at 12:00 am

Note: This report contains an analysis and an initial placement recommendation derived by analyzing questionnaire items using a clinical consensus algorithm. This instrument is not a replacement for individual provider assessment and sound clinical judgment. ASAM and CMHC Systems, Inc. assume no direct or indirect liability for improper care or negative outcomes that may ensue from the use of this instrument. Consider your patient's needs using this instrument as one of many tools that determine proper care. The criteria may not encompass all level of service options which may be available in a changing health care field. Therefore, the criteria may not be wholly relevant to all levels and modalities of care.

Substance-related Diagnostic Suggestions

Sujet 2 endorsed items in the PPC-2R instrument that indicate the probability of the following diagnoses:

- 1) Heroin dependence with symptoms that suggest physiological dependence (11 of 19 criteria met).
- 2) Methadone dependence with symptoms that suggest physiological dependence (6 of 19 criteria met).
- 3) Cocaine dependence without a physiological dependence syndrome (4 of 19 criteria met).
- 4) Nicotine dependence with symptoms that suggest physiological dependence (5 of 19 criteria met).

Sujet 2 endorsed items in the PPC-2R that indicate the probability that he is at the moment of the interview suffering from a major depressive disorder. *Sujet 2* endorsed items in the PPC-2R that indicate the probability that he has a history of an anxiety disorder without a true panic disorder. The patient has a history of harm to himself or others, with a relative chronic, historical risk of I on a scale of 0 (little or no risk) to 6 (very strong risk). He is currently at risk for harm to himself or others, with a relative current risk level of 3 on a scale of 0 (little or no risk) to 8 (very strong risk). *Sujet 2* indicated that the risks of harm exist in 2 out of 7 areas, including having suicidal thoughts and having a history of psychotic decompensation.

Dimensional Analysis

Dimension One

In Dimension 1, the patient's needs regarding acute intoxication and/or withdrawal status can be met at multiple levels, including: Level I-D and Level II-D.

Dimension Two

In Dimension 2, *Sujet 2's* needs regarding biomedical conditions and complications can be met at multiple levels, including: Level 0.5, Level I, Level II.1, and Opiate Maintenance Therapy.

Dimension Three

In Dimension 3, the patient meets Opioid Maintenance Therapy specifications in the following areas:

- 1) *Sujet 2's* substance-related abuse or neglect of his spouse, children or significant others require intensive outpatient treatment to reduce the risk of further deterioration.
- 2) *Sujet 2* has a diagnosed and stable emotional, behavioral or cognitive problem or thought disorder (such as stable borderline personality disorder or obsessive-compulsive disorder) that requires monitoring, management or medication because of the risk that the problems will distract *Sujet 2* from his focus on treatment.

Dimension Four

In Dimension 4, *Sujet 2's* needs regarding readiness to change can be met at multiple levels, including: Level 0.5, Level I, Level III.1, and Opiate Maintenance Therapy.

Dimension Five

In Dimension 5, *Sujet 2* is assessed as able to achieve or maintain abstinence and related recovery goals, or to achieve awareness of a substance problem and related motivational enhancement goals, only with support and scheduled therapeutic contact to assist him in dealing with issues that include (but are not limited to) concern or ambivalence about preoccupation with alcohol or other drug use, craving, peer pressure, and lifestyle and attitude changes. In addition to the foregoing criteria, *Sujet 2* is assessed as able to achieve or maintain mental health functioning and related goals only with support and scheduled therapeutic contact to assist him in dealing with issues that include (but are not limited to) impulses to harm self or others and difficulty in coping with his affects, impulses or cognition. While such impulses and difficulty in coping may apply to patients in both Dual Diagnosis Capable and Dual Diagnosis Enhanced programs, patients in need of Dual Diagnosis Enhanced program services are more unstable and require the outreach and support of assertive community treatment and intensive case management to maintain their mental health function. For example, such a patient may be unable to reliably keep mental health appointments because of instability in cognition, behavior or mood.

Dimension Six

The patient's support system, if it exists, is sufficient to encourage recovery in an outpatient setting, or that system can be developed or modified to encourage recovery. This is characterized by:

- 1) *Sujet 2's* psychosocial environment is sufficiently supportive that outpatient treatment is feasible (for example, significant others are in agreement with the recovery effort);

there is a supportive work environment or legal coercion; adequate transportation to the program is available; and support meeting locations and non-alcohol/drug-centered work are near the home environment and accessible).

- 2) Mr. *Sujet 2*'s family, guardian or significant others are supportive but require professional interventions to improve his's chances of treatment success and recovery. Such interventions may involve assistance in limit setting, communication skills, a reduction in rescuing behaviors, and the like.

Critical Items

The following critical psychological/psychiatric items were noted in this assessment:

- 1) The patient indicated that he has recently neglected or abused family members. Further evaluation is needed to determine if the neglect or abuse needs to be reported to protective services.
- 2) He indicated that there is some likelihood that he might be cause harm or neglect someone else. Additional assessment is needed to determine if the other parties should be informed or protected.
- 3) He has attempted suicide during his lifetime.

Final Level of Care Recommendations

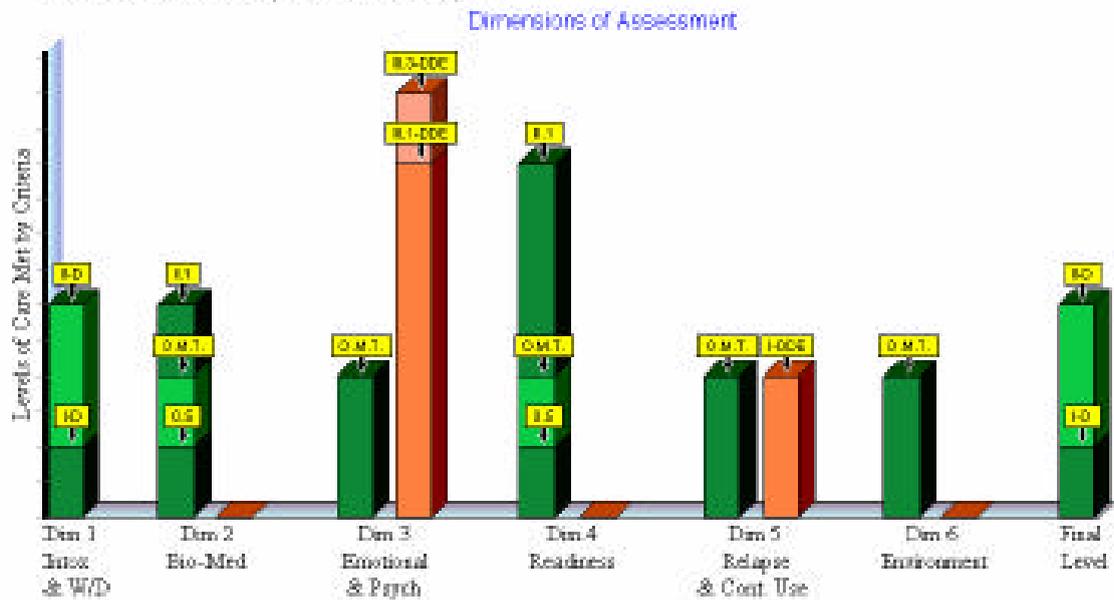
The patient is best initially placed in a Level II-D -- ambulatory detoxification with extended on-site monitoring detoxification program. Level II-D detoxification may be conducted in a general health care facility, such as a physician's office, a freestanding urgent care center or hospital emergency department, an addiction or mental health treatment facility, or a hospital outpatient department.

When the focus of care initially is on evaluation to determine the need for more or less intensive detoxification services, Level II-D services may be provided in a 23-hour bed. More often, however, this level of detoxification is conducted in addiction specialty treatment facilities and is fully integrated with Level II addiction services that simultaneously address Dimensions 2 through 6 of the patient's condition. Thus, intensive outpatient and partial hospitalization facilities, or settings where such services are offered, are appropriate for Level II-D detoxification. In Level II-D detoxification, support systems feature:

- a) Availability of specialized clinical consultation and supervision for biomedical, emotional, behavioral and cognitive problems.
- b) Ability to obtain a comprehensive medical history and physical examination of the patient at admission.
- c) Access to psychological and psychiatric consultation.
- d) Direct affiliation with other levels of care, including other levels of specialty addiction treatment, as well as general and psychiatric services for additional problems identified through a comprehensive biopsychosocial assessment.
- e) Ability to conduct and/or arrange for appropriate laboratory and toxicology tests.
- f) 24-hour access to emergency medical services.
- g) Ability to provide or assist in accessing transportation services for patients who are unable to drive safely for legal or medical reasons, or who otherwise lack transportation.

SUJET 2

Admit Date: nov. 27, 2002 at 12:00 am
PFC-3R Post Date: sept. 26, 2003 at 1:49 pm



PPC-2R Analysis and Report

Powered by TxManagement© from CMHC Systems, Inc.

Assessment Begun: ao0t 31, 2003 at 8:53 pm Patient ID: (No Assigned ID)
Name: *sujet 3*

Assessment Ended: sept. 26, 2003 at 11:45 am Admit Date: avr. 25, 2003 at 12:00 am

Note: This report contains an analysis and an initial placement recommendation derived by analyzing questionnaire items using a clinical consensus algorithm. This instrument is not a replacement for individual provider assessment and sound clinical judgment. ASAM and CMHC Systems, Inc. assume no direct or indirect liability for improper care or negative outcomes that may ensue from the use of this instrument. Consider your patient's needs using this instrument as one of many tools that determine proper care. The criteria may not encompass all level of service options which may be available in a changing health care field. Therefore, the criteria may not be wholly relevant to all levels and modalities of care.

Substance-related Diagnostic Suggestions

Sujet 3 endorsed items in the PPC-2R instrument that indicate the probability of the following diagnoses:

- 1) Cocaine dependence with symptoms that suggest physiological dependence (15 of 19 criteria met).
- 2) Cannabis dependence with symptoms that suggest physiological dependence (4 of 19 criteria met).

Sujet 3 endorsed items in the PPC-2R that indicate the probability that he is at the moment of the interview suffering from a non-specific depression. *Sujet 3* has a history of harm to himself or others, with a relative chronic, historical risk of I on a scale of 0 (little or no risk) to 6 (very strong risk). He is currently at risk for harm to himself or others, with a relative current risk level of I on a scale of 0 (little or no risk) to 8 (very strong risk).

Dimensional Analysis

Dimension One

The patient's Level III.7-D detoxification may be conducted in a freestanding or other appropriately licensed health care or addiction treatment facility. One example of this would be a freestanding detoxification center. There is a strong likelihood that *Sujet 3* (who requires medication) will not complete detoxification at another level of care and enter into continuing treatment or self-help recovery, as evidenced by: He has a recent history of detoxification at less intensive levels of service that is marked by inability to complete detoxification or to enter into continuing addiction treatment, and the patient continues to have insufficient skills to complete detoxification. *Sujet 3* has a comorbid physical, emotional, behavioral or cognitive condition (such as chronic pain with active exacerbation or post-traumatic stress disorder with brief dissociative episodes) that is manageable in a Level III.7-D setting but which increases the clinical severity of the withdrawal and complicates detoxification.

Dimension Two

In Dimension 2, his needs regarding biomedical conditions and complications can be met at multiple levels, including: Level 0.5, Level I, Level II.1, Level III.1, Level III.3, Level III.5, and Opiate Maintenance Therapy.

Dimension Three

In Dimension 3, he meets Opioid Maintenance Therapy specifications in the following areas: **Sujet 3's** substance-related abuse or neglect of his spouse, children or significant others require intensive outpatient treatment to reduce the risk of further deterioration.

Dimension Four

In Dimension 4, **Sujet 3's** needs regarding readiness to change can be met at multiple levels, including: Level 0.5, Level I, Level II.1, Level III.1, and Opiate Maintenance Therapy.

Dimension Five

In Dimension 5, he is assessed as able to achieve or maintain abstinence and related recovery goals, or to achieve awareness of a substance problem and related motivational enhancement goals with minimum care at Level 0.5. He needs to acquire the specific skills to change his current pattern of use.

Dimension Six

The patient's support system, if it exists, is sufficient to encourage recovery in an outpatient setting, or that system can developed or modified to encourage recovery. This is characterized by:

- 1) The patient's psychosocial environment is sufficiently supportive that outpatient treatment is feasible (for example, significant others are in agreement with the recovery effort; there is a supportive work environment or legal coercion; adequate transportation to the program is available; and support meeting locations and non-alcohol/drug-centered work are near the home environment and accessible).
- 2) The patient's family, guardian or significant others are supportive but require professional interventions to improve his's chances of treatment success and recovery. Such interventions may involve assistance in limit setting, communication skills, a reduction in rescuing behaviors, and the like.

Critical Items

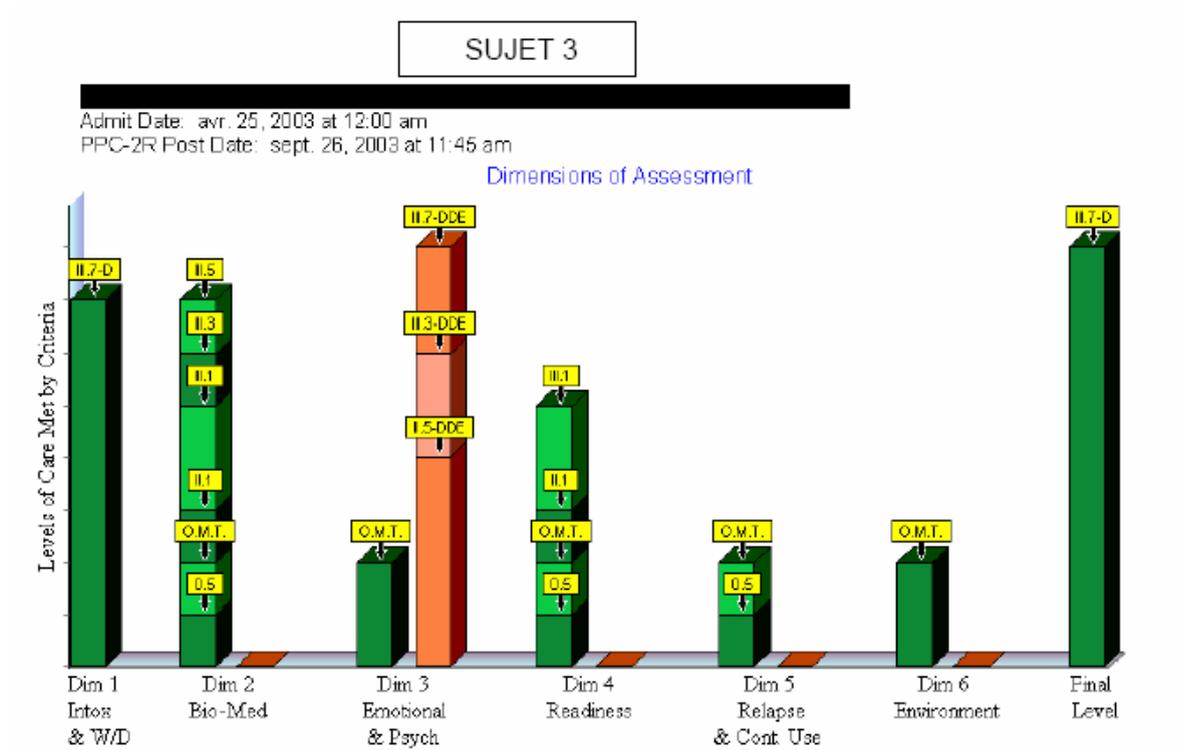
During the assessment one critical psychological/psychiatric item was noted, that **Sujet 3** indicated that there is some likelihood that he might be cause harm or neglect someone else. Additional assessment is needed to determine if the other parties should be informed or protected.

Final Level of Care Recommendations

The patient requires initial treatment in a Level III.7-D -- medically monitored inpatient detoxification program. Level III.7-D detoxification may be conducted in a freestanding or other appropriately licensed health care or addiction treatment facility. In Level III.7-D detoxification, support systems feature:

- a) Availability of specialized clinical consultation and supervision for biomedical, emotional, behavioral and cognitive problems.
- b) Availability of medical and nursing care and observation as warranted, based on clinical judgment.

- c) Direct affiliation with other levels of care.
- d) Ability to conduct or arrange for appropriate laboratory and toxicology tests.



PPC-2R Analysis and Report

Powered by TxManagement© from CMHC Systems, Inc.

Assessment Begun: mai 30, 2003 at 12:00 am Patient ID: (No Assigned ID)
Name: *sujet 4*

Assessment Ended: sept. 26, 2003 at 11:48 am Admit Date: mai 30, 2003 at 12:00 am

Note: This report contains an analysis and an initial placement recommendation derived by analyzing questionnaire items using a clinical consensus algorithm. This instrument is not a replacement for individual provider assessment and sound clinical judgment. ASAM and CMHC Systems, Inc. assume no direct or indirect liability for improper care or negative outcomes that may ensue from the use of this instrument. Consider your patient's needs using this instrument as one of many tools that determine proper care. The criteria may not encompass all level of service options which may be available in a changing health care field. Therefore, the criteria may not be wholly relevant to all levels and modalities of care.

Substance-related Diagnostic Suggestions

Sujet 4 endorsed items in the PPC-2R instrument that indicate the probability of the following diagnoses:

- 1) Alcohol dependence with symptoms that suggest physiological dependence (16 of 19 criteria met).
- 2) Dependence on non-barbiturate sedative drugs (such as benzodiazepines) with symptoms that suggest physiological dependence (5 of 19 criteria met).
- 3) Cocaine dependence with symptoms that suggest physiological dependence (13 of 19 criteria met).

He is currently at risk for harm to himself or others, with a relative current risk level of I on a scale of 0 (little or no risk) to 8 (very strong risk).

Dimensional Analysis

Dimension One

Sujet 4's Level IV-D detoxification may be conducted in an appropriately licensed acute care setting that can provide medically directed acute detoxification and related treatment aimed at alleviating acute emotional, behavioral, cognitive or biomedical distress resulting from the patient's use of alcohol or other drugs. One example of such a setting would be a psychiatric hospital inpatient unit.

Dimension Two

In Dimension 2, his needs regarding biomedical conditions and complications can be met at multiple levels, including: Level 0.5, Level I, Level II.1, Level III.1, Level III.3, Level III.5, Level IV, and Opiate Maintenance Therapy.

Dimension Three

Sujet 4s evaluation in Dimension 3 indicates unstable emotional, behavioral or cognitive conditions. He needs care in a Level IV Dual Diagnosis Enhanced program. *Sujet 4* is experiencing altered mental status, with or without delirium, as manifested by: disorientation to self, or alcoholic hallucinosis, or toxic psychosis.

Dimension Four

In Dimension 4, *Sujet 4s* needs regarding readiness to change can be met at multiple levels, including: Level 0.5, Level III.1, and Opiate Maintenance Therapy.

Dimension Five

In Dimension 5, *Sujet 4s* needs regarding relapse, continued use or continued problem potential can be met at multiple levels, including: Level 0.5, Level III.1, Level III.5, Level III.7, and Opiate Maintenance Therapy.

Dimension Six

In Dimension 6, the patient's needs regarding recovery environment can be met at multiple levels, including: Level 0.5, Level I, Level II.1, Level II.5, Level III.1, Level III.3, and Level III.5.

Critical Items

The following critical medical/addiction items were noted while completing this assessment:

- 1) The patient was noted as showing symptoms or signs of intoxication at the time of the interview.
- 2) *Sujet 4* has stated that he has acute pancreatitis that might require I.V. inpatient treatment. Suspected acute pancreatitis requires evaluation by a physician or emergency room.

The following critical psychological/psychiatric items were noted in this assessment:

- 1) The patient indicated that he has been emotionally abused during the past 30 days.
- 2) The patient indicated that he has been physically abused during the past 30 days.
- 3) The patient indicated that he has been sexually abused during the past 30 days.
- 4) He indicated that there is some likelihood that he might be cause harm or neglect someone else. Additional assessment is needed to determine if the other parties should be informed or protected.
- 5) *Sujet 4* indicated that there is some likelihood that he might be hurt or victimized by someone else. Additional assessment is needed to determine the nature and extent of the threat and extent of needed protective measures.

Final Level of Care Recommendations

Sujet 4 requires initial treatment in a Level IV-D -- medically managed intensive inpatient detoxification program. Level IV-D detoxification may be conducted in an appropriately licensed acute care setting that can provide medically directed acute detoxification and related treatment aimed at alleviating acute emotional, behavioral, cognitive or biomedical distress

resulting from the patient's use of alcohol or other drugs. At least three types of settings provide this level of care:

- An acute care general hospital; or
- An acute care psychiatric hospital with ready access to the full resources of an acute care general hospital, or a psychiatric unit in an acute care general hospital; or
- An appropriately licensed chemical dependency specialty hospital with acute care medical and nursing staff and life support equipment, or an acute care addiction treatment unit in an acute care general hospital.

In Level IV-D detoxification, support systems feature:

- Availability of specialized medical consultation.
- Full medical acute care services.

Intensive care, as needed.

