

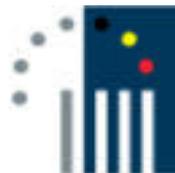


Entre Rêve et Action:
*Implémentation du case management pour
usagers de drogues dans le secteur
de la santé et le secteur judiciaire*

Résumé

Kim Geenens
Wouter Vanderplasschen
Eric Broekaert
Brice De Ruyver
Sébastien Alexandre

Commandité par:
Service Public Fédéral de Programmation Politique Scientifique



1. CONTEXTUALISATION DE LA PROBLEMATIQUE

La toxicomanie est souvent un problème complexe et de longue durée qui s'accompagne de problématiques diverses comme du non emploi, des maux psychiques et physiques, de la criminalité, des contacts avec la police et la justice, des problèmes relationnels, de logement et d'exclusion sociale [1]. La motivation pour le changement et le traitement est décrite comme un processus cyclique et de longue durée [2]. Des abandons pendant le traitement, et des chutes et rechutes après celui-ci, sont en outre un phénomène usuel [3,4]. Beaucoup toxicomanes traînent donc par conséquence une longue histoire de traitement derrière leur dos et certains d'entre eux sont vus comme des patients récurrents [5,6].

1.1. La genèse du case management

Le case management consiste en une méthode prometteuse développée en Amérique du Nord, et dont le but est d'offrir une réponse durable aux besoins divergents et changeants des toxicomanes [7]. Ce type d'intervention a déjà été développé auparavant pendant longtemps pour l'assistance aux groupes socialement vulnérables, comme les patients psychiatriques, les personnes avec un handicap psychique, les patients (psycho)gériatriques et les familles à problématiques multiples. A l'origine, l'utilisation du case management remonte au début du vingtième siècle (1920), lorsque Mary Richmond utilisait encore le terme "social casework" pour désigner un nombre d'activités qui influaient sur l'adaptation de l'individu à son cadre social [8]. Le dit "social casework" était caractérisé par une coordination de services pour les personnes défavorisées et malades, par un contrôle des allocations, par la croyance en la valeur et en le respect envers les clients et par la délégation de pouvoir aux groupes cibles vulnérables [9]. Un certain nombre de ces activités montre des similarités frappantes avec les fonctions de base de ce que nous appelons aujourd'hui "case management". Certains auteurs [7,9] croient même que l'origine du case management se situe au cours du dix-neuvième siècle (1863), lorsque les premières formes de services à la collectivité aux Etats-Unis, comme les foyers d'accueil et les organisations caritatives, étaient déjà occupées avec la coordination de soins, ce qui peut être vu comme un conceptualisation précoce du case management.

La croissance du case management est en rapport étroit avec le désinstitutionnalisation de la psychiatrie, qui a eu comme conséquence le développement de diverses formes d'accueil et de suivi ambulatoire [10]. La fragmentation de l'offre de soins était souvent à la base d'une utilisation inefficace des services existants et a mené à la désignation des dits "case managers", qui devaient faciliter la coordination et l'accès aux services de soins. À partir des années 70, les premières publications à propos de l'implémentation et de la pratique du case management pour les personnes avec diverses sortes de dysfonctionnements mentaux apparurent [11]. Une méta-analyse récente des études d'évaluation de l'application de cette intervention auprès de ce groupe cible, montre clairement que celle-ci contribue à une diminution du nombre d'hospitalisations, à une progression de l'utilisation des services de soins ambulatoires, à la stabilisation ou même à l'amélioration du fonctionnement, à une meilleure qualité de la vie et une satisfaction élevée de la clientèle [12].

1.2. L'application du case management envers la population toxicomane

En rapport spécifiquement à l'accompagnement de personnes toxicomanes, le case management a été appliqué pour la première fois en 1972 aux États-Unis dans le cadre du programme TASC (Treatment Alternatives to Street Crime) [13]. La stratégie consistait en un rapprochement entre justice et secteur des soins, et en une coordination de l'aide aux personnes toxicomanes en contact avec la justice. À partir des années '90 le case management a été diffusé progressivement au sein des services d'aide aux toxicomanes au Canada et aux États-Unis, ceci comme une réponse aux problèmes complémentaires allant de pair avec l'usage de stupéfiants et comme une réaction aux restrictions propres aux formes de traitement existantes [14,15]. En outre, l'aspect économique n'a pas été un motif insignifiant [16].

Depuis cette époque, des centaines de projets de case management pour toxicomanes ont été mis en place, aussi bien dans le secteur judiciaire que dans les services d'aide aux toxicomanes, entre autres avec l'intention:

- d'augmenter l'accès, la participation et la rétention dans les services de soins [10];
- d'améliorer les résultats de traitement en ce qui concerne l'utilisation de l'alcool et de la drogue, l'emploi, les problèmes psychiques et la criminalité [17];
- de promouvoir la coordination et la continuité des services d'assistance et de soins [18].

Pour le moment, l'application du case management en Europe reste surtout limitée aux Pays-Bas [19,20], à l'Allemagne [21,22] et à la Belgique [23,24]. En outre, des projets comparables ont été mis en place dans d'autres pays européens. Le but de cette intervention est principalement de piloter les toxicomanes à travers le système d'assistance souvent complexe [25]. L'application de cette intervention au sein du secteur judiciaire reste pour le moment avant tout limitée aux États-Unis, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni. Dans notre pays, le case management est surtout mis en avant par les responsables politiques, d'une part pour ajouter une nouvelle méthode de travail pour le suivi individuel des usagers de drogue avec problématique extrême (le case management santé), et d'autre part pour harmoniser les relations entre la justice et les services d'aide (le case management justice) [26].

2. OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

Par le choix de ce thème de recherche, nous nous alignons sur une tendance internationale allant vers des soins plus individualisés, le travail en réseau et la continuité des soins aux personnes toxicomanes. Un certain nombre d'auteurs [27] pensent qu'à l'avenir, la demande de case management ira croissante, vu la complexité grandissante des problématiques dans lesquelles les toxicomanes s'inscrivent, et l'organisation toujours plus compliquée du secteur d'aide. La recherche à propos du case management chez les personnes toxicomanes est actuellement encore très limitée - notamment en Europe -, mais bien nécessaire pour adapter cette méthode d'origine américaine aux systèmes juridique et de soins de l'Europe occidentale. L'application de cette méthode dépend fortement du contexte et est encore peu connue sous l'angle des 'effets actifs' de cette intervention [8].

Le case management peut être le mieux défini comme une forme d'aide intensive et individualisée à bas seuil, dans laquelle un travailleur social assure pendant une certaine période le suivi et la coordination du processus d'assistance à un nombre de clients restreint [28,29]. Le case manager prend ici la régie et intervient comme quelqu'un qui défend les intérêts du client [30]. La distinction avec d'autres méthodes de travail de l'aide aux personnes toxicomanes n'est toutefois pas toujours très claire (p. ex. l'accompagnement individuel, la post-cure) [14]. Siegal et ses collègues l'affirment comme suit: alors que l'aide ordinaire aux toxicomanes est surtout orientée vers la motivation, le contrôle, le rétablissement et la prévention de la rechute, le case management est plutôt une méthode de travail d'appui qui a comme objectif de faciliter ces buts [8]. Le case manager mettra donc les clients en contact avec certains services et leur apprendra à utiliser les ressources d'aide présentes dans leur entourage.

Toutefois, aucun consensus n'existe au sujet de la définition du case management [8]. Beaucoup d'autres questions restent aussi sans réponse en ce qui concerne l'implémentation et l'évaluation de cette intervention. Quels sont les motifs et les objectifs de la mise en application de cette intervention? Est-ce que le case management doit s'adresser spécifiquement à certains groupes cibles? Comment peut-on intégrer cette méthode de travail dans une organisation existante ou dans un réseau des services? Quel modèle du case management doit être préféré? Pendant combien de temps faut-il poursuivre une intervention? Qui doit la faire et quelles sont les autres exigences et aptitudes d'un case manager? Quels sont les effets principaux de ce type d'intervention? Dans ce rapport de recherche, nous allons à la recherche d'une réponse à ces questions et à d'autres questions de recherche.

Cette recherche a en tout premier lieu l'intention de conceptualiser les notions de "case management" et de "case manager", vu qu'il n'existe de vue univoque ni dans la littérature ni sur le champ de travail [31]. Au travers de cette conceptualisation, nous avons porté entre autre notre attention sur les différences éventuelles entre le case manager justice et le case manager santé.

De plus, nous voulons vérifier sur base de la recherche empirique de quelle manière le case management peut être implémenté dans le secteur judiciaire et de l'aide aux toxicomanes en Belgique, en tenant compte des différences régionales et des initiatives existantes. Les conditions pour l'implémentation de cette intervention seront identifiées entre autre au sein des deux systèmes. Un cahier de charges pour l'implémentation du case management a été développé conjointement.

Enfin, nous voulons encore remarquer que nous nous adressons essentiellement au cours de cette recherche à l'application du case management pour les usagers de drogues illégales majeurs.

3. METHODOLOGIE

Concernant la méthodologie on peut distinguer quatre subdivisions : l'étude littéraire, l'inventaire d'exemples étrangers de "good practice", la recherche sur l'opportunité et la faisabilité du case management au sein du système judiciaire et du traitement de l'abus de drogues sur base d'une étude Delphi, et analyse et rapport des données de recherche.

3.1. Etude littéraire

- *Définition et description du profil du case manager*

Pour la conceptualisation de la méthode, la littérature à propos de la pratique du case management (définition, caractéristiques, fonctions de base, modèles, cadre légal...) sera comparée sur base des cadres théoriques de Moxley [29], Riet & Wouters [30] et du Substance Abuse and Mental Health Administration [8]. Une attention particulière sera consacrée aux différences entre le case manager justice et le case manager santé, et sur les possibilités de coopération entre les deux types de case manager.

- *L'enracinement légal*

La législation belge sur le secret professionnel, la protection de la vie privée, les droits des patients et la jurisprudence (prédominante) concernée et le droit seront analysés. Un modèle axé sur la pratique d'échange d'informations est développé conjointement avec les garanties de droit nécessaires pour toutes les parties concernées.

- *L'évaluation du case management*

La littérature internationale disponible au sujet de l'effectivité de cette intervention sera comparée, en tenant compte des facteurs contextuels, des objectifs et du groupe cible spécifique de l'intervention, des modèles de case management, des variables de résultats étudiées, etc..

- *L'implémentation du case management*

Etude de l'implémentation du case management auprès de toxicomanes assistés par la justice ou le secteur des soins. Vu que, en ce qui concerne ce dernier domaine, beaucoup d'informations ont déjà été réunies au cours de recherches précédentes, nous nous limiterons à une mise à jour des informations sur ce point.

Pour l'étude de l'implémentation de cette méthode, l'attention sera avant tout portée sur les aspects suivants:

- Utilité et motifs de l'implémentation du case management, et objectifs et groupe cible de cette intervention;
- Cadre du case management respectivement dans le système judiciaire et le secteur des soins;
- Choix d'un modèle de case management et conditions fondamentales pour son implémentation;
- Conditions et attentes portées envers le case manager;
- Financement et continuité des projets;
- Évaluation de cette intervention.

3.2. Inventaire d'exemples étrangers de "good practice"

- *Rédaction d'un questionnaire succinct concernant la conceptualisation et l'implémentation de projets de case management à l'étranger*

L'attention se portera entre autres sur les aspects suivants: une approche planifiée et systématique du problème, se basant sur la demande de traitement exprimée par les clients et les possibilités de ces derniers, les formes contraignantes de traitement (*contrainte et dissuasion*),...

- *Envoi du questionnaire des projets de case management aux Etats-Unis (n=10), aux Pays-Bas (n=5), et en Allemagne (n=5)*
- *Approfondissement d'au moins trois de ces projets par des visites d'étude in situ*

3.3. Recherche sur l'opportunité et la faisabilité du case management au sein du système judiciaire et du traitement de l'abus de drogues sur base d'une étude Delphi

- *Consulter via des questionnaires tous les coordinateurs de soins ainsi qu'à tous les coordinateurs des maisons de justice (une par arrondissement judiciaire) sur base d'un questionnaire succinct, dans le but de faire l'inventaire des projets de case management existants*
- *Entretiens semi-structurés des personnes-clés et de case managers de projets de case management existants*

Chaque projet inventorié sera contacté par les chercheurs dans le but de mener un entretien semi-structuré avec le coordinateur et / ou un ou plusieurs des case manager impliqués. L'attention sera particulièrement portée sur l'implémentation, ainsi que sur la conceptualisation de la méthode.

- *Des focus-groups ayant pour but de tester la faisabilité et la généralisation des données résultant de l'étude littéraire et des entretiens structurés*

Sur base des résultats de l'étude littéraire et des entretiens structurés, un certain nombre de propositions seront formulés eût égard à l'implémentation du case management avec des clients judiciaire ou non. Ces propositions seront soumises à différents focus-groups tenus parallèlement dans trois zones urbaines (Anvers, Bruxelles, Charleroi). A partir des résultats de ces focus-groups, les propositions formulées seront plus tard adaptées, et soumises à des focus-groups comprenant des personnes-clés du système judiciaire et du secteur des soins au sein des mêmes arrondissements judiciaires.

En fonction de la généralisation des résultats des recherches, deux focus-groups supplémentaires seront organisés par arrondissement: l'un avec des représentants de toxicomanes et l'autre avec des responsables politiques. Les résultats issus des focus-groups dans ces trois régions seront comparés a posteriori entre eux, en tenant compte de l'offre d'assistance, du nombre de dossiers judiciaires reliés à

des affaires de stupéfiants et de l'implémentation actuelle du case management dans ces trois arrondissements.

3.4. Analyse des données et rapport

Les matériaux de recherche collectés (les données issues de la littérature, les entretiens, les focus-groups,...) seront traités et analysés à l'aide du programme WinMAX 98 Pro [32]. Pour l'interprétation des résultats des recherches, il sera fait appel entre autres aux résultats de recherches précédentes propres à la région Gand [33,34].

La première partie du rapport a été consacrée à la conceptualisation du case management, au sein de laquelle la définition et le profil des deux types de case manager sont explorés. De plus, l'enracinement légal de la méthode, en ce compris les conditions fondamentales en matière de secret professionnel et de protection de la vie privée des personnes, et les possibilités de coopération entre les deux types de case manager. La seconde partie se consacre, quant à elle, à l'implémentation de cette intervention, en incluant des méthodes pour que cette intervention puisse le mieux être implémentée dans les systèmes judiciaire et de traitement pour abus de drogues actuels. Joint à cela, des directives pratiques sont conçues pour l'implémentation et la pratique du case management.

4. RESULTATS PRINCIPAUX

4.1. Implémentation du case management en Belgique et les intentions politiques

Dans le secteur de l'aide aux toxicomanes en Flandres, des projets de case management pour toxicomanes sont implantés depuis cinq ans, et ce pour tenir compte du caractère complexe et multiple de la problématique de ce groupe cible, ainsi que du manque de coopération et d'harmonisation en ce domaine [24].

En 2001, l'intérêt envers les soins "sur mesure", la continuité des soins, et la coopération entre la Justice et l'assistance, a été accentué par deux notes fédérales de politique générale [26,35]. Le développement des circuits de soins pour abus de substances, et l'implémentation du case management, ont formé des points d'action importants pour l'optimalisation de l'offre de soins. À cet égard, dans la note fédérale de politique générale sur les drogues, les figures du "case manager Santé Publique" et du "case manager judiciaire" ont été introduites respectivement dans l'aide aux toxicomanes et dans le secteur judiciaire, ce qui souligne l'opportunité et le désir du politique (le rêve) de voir cette intervention appliquée à une échelle plus large envers les toxicomanes.

Le "case manager Santé Publique" a été implémenté fin 2002 au sein de projets pilotes pour le développement d'unités de crise pour personnes connaissant des troubles liés à l'usage de substances, et l'implémentation de la fonction du case manager au sein de ces unités [36]. Les personnes ayant des troubles liés à l'usage de substances, sont en effet souvent accueillies dans les sections d'urgence et psychiatriques des hôpitaux généraux, mais ces centres sont souvent insuffisants pour favoriser une réelle récupération. Les projets pilotes visent donc à renforcer l'accueil de crise au sein des sections psychiatriques, à donner les moyens nécessaires pour assurer un accueil adéquat des personnes avec troubles liés aux substances, et développer la fonction de case manager [37].

Selon la note fédérale de politique générale sur les drogues, le case manager judiciaire doit assurer la rationalisation des relations entre la justice et le secteur des soins, informer les services policiers et les magistrats de parquet des possibilités en matière d'attribution de soins aux usagers de drogues interpellés, et donner un avis au sujet de l'opportunité de mesures d'incitation [26]. Jusqu'à présent, les case managers judiciaires ne sont toutefois pas encore engagés. Au sein du travail de tous les jours, il semble qu'il existe beaucoup de confusion au sujet de la définition du case manager judiciaire comme défini dans la note fédérale de politique générale, et de la fonction du case manager envers le client. En outre beaucoup de questions sont apparues au sujet de la possibilité d'intégrer cette méthode de

travail au sein des structures existantes. Vu la spécificité de la méthode de travail “case management”, nous pouvons nous poser la question de savoir si la définition présentée dans la note politique correspond à ce concept.

L'application du case management (“action”) se limite donc provisoirement à un nombre de projets dans le secteur des soins aux toxicomanes, et est pour le moment inexistante au sein du secteur judiciaire.

4.2. Différences concernant l'implémentation du case management entre la partie Néerlandophone du pays et la partie Francophone

Au cours de la recherche, 17 projets de case management ont été identifiés au sein du secteur des soins aux toxicomanes. Sur base de leur enracinement dans le système de l'offre de soins, ceux-ci ont pu être répartis en 4 groupes: les projets pilotes en rapport au développement d'unités de crise pour personnes avec troubles liés à l'usage de substances (n=9); le management des fins d'hospitalisations psychiatriques (n=4); les projets de case management indépendants (n=2) et les projets attachés aux services d'accueil médical ou social (n=2). Vu que les tâches déterminées du case manager au sein des unités de crise, comme la coordination, la défense des intérêts et le “*outreaching*”, ne s'appliquent pas systématiquement, nous pouvons affirmer qu'au maximum le modèle de courtier du case management est appliqué et qu'il est bien question d'un modèle généraliste au sein d'un certain nombre de projets. Les projets des autres trois groupes appliquent un modèle intensif ou “*assertive community treatment*”.

Il est frappant de constater que les projets inventoriés varient fortement entre eux en ce qui concerne la concrétisation des tâches de base et l'organisation de l'offre de soins. En outre, de grandes différences semblent exister entre les projets pilotes de case management développés au sein des unités de crise. Ces deux constats illustrent aussi l'hétérogénéité et la flexibilité de cette méthode de travail. Le case management sous-tend en effet un continuum de modèles et peut être intégré à différents moments au cours du processus d'assistance (p.ex. lors de l'insertion ou après la sortie de sevrage ou de centres résidentiels, ou encore lors d'une détention). Si cette distinction et ces différences ne sont pas clarifiées au moment de la création, ceci a souvent comme conséquence la confusion d'idées sur le terrain.

Quatre des projets identifiés (projets pilotes développés au sein des unités de crise pour les personnes avec troubles reliés à l'usage de substances) sont situés dans la partie francophone du pays, mais à l'exception de ces derniers, aucune autre initiative n'existe en la matière. Nous pouvons donc affirmer que l'implémentation du case management dans la partie francophone du pays n'en est (pour le moment) qu'à ses débuts. A partir de la recherche de faisabilité, il est apparu encore plus clairement que le secteur des soins tient fortement à sa liberté thérapeutique et reste très réservé face au case management, parce que cette méthode de travail est vue comme radicale et envahissante.

L'implémentation du case management dans la partie francophone se déroule donc moins facilement que dans la partie néerlandophone. Les case managers au sein des unités de crise ont dû en quelque sorte prouver la plus-value de cette intervention en une offre complémentaire de soins vis-à-vis de ce qui existait déjà. Les autres services de soins se trouvaient dès le début particulièrement réservés face à cette méthode de travail, ce qui peut être expliqué dans une large mesure par un manque de connaissance et d'expérience au sujet de cette intervention. De même, au cours de la pré-analyse et les débuts de l'implémentation du case management en Flandre orientale, nous avons rencontré des réactions identiquement fermes [33,34]. En outre, sur le terrain, il semble exister beaucoup de confusions entre les fonctions du “coordinateur de soins” et celles du “case manager”.

De plus, beaucoup de professionnels sociaux francophones ont le sentiment qu'ils doivent (une nouvelle fois) s'accommoder d'une décision politique au sujet de l'implémentation d'une méthode qui se trouve, selon un nombre d'entre eux, loin de la réalité et des besoins du secteur des soins aux toxicomanes en Wallonie.

A partir de la recherche de faisabilité, apparaît une disparité claire entre les visions et les avis des répondants qui connaissent, par expérience, la méthode du case management, et les répondants qui ont nettement moins, voire nullement, confiance en cette méthode de travail. Les répondants connaissant par expérience le case management se trouvent dans une posture beaucoup plus positive face à cette intervention, que ceux qui en ont peu, ou pas, l'expérience. Ceci explique également les constatations différentes entre les parties néerlandophone et francophone du pays.

Dès lors, alors que le case management est ressenti comme souhaitable et nécessaire dans la partie néerlandophone du pays, un certain nombre de professionnels des soins francophones en rejettent le besoin, et ce bien que la plus-value des projets pilotes dans les unités de crise soit reconnue.

4.3. Effectivité du case management pour toxicomanes

Les conclusions au sujet de l'effectivité du case management dans l'aide aux toxicomanes sont pour le moment prématurées et non légitimes, vu le manque relatif d'études randomisées et contrôlées, surtout à propos de certains modèles de case management [38]. Pourtant, la plupart des études faites ont démontré les effets positifs de cette intervention en ce qui concerne le fonctionnement des clients, leur usage fait des soins reçus, l'accès au traitement et la continuité de ce dernier, la qualité de vie des clients, leur satisfaction et le prix de revient des soins. Les effets à long terme du case management restent incertains, bien que sur base de recherches longitudinales, des effets clairs de cette intervention aient déjà été déterminés.

En ce qui concerne les effets du case management envers les toxicomanes au sein du secteur judiciaire, il est ressorti de plusieurs recherches que différentes formes d'incitation peuvent aider pour faire intégrer les toxicomanes en traitement, et que ceux-ci y restent, ce qui est alors associé aux effets positifs en ce qui concerne leurs usages de stupéfiants et la récidive criminelle. L'enquête empirique sur l'effectivité du case management judiciaire reste restreinte, mais, des données disponibles, il ressort que la preuve de l'effectivité de cette intervention n'est pas immédiatement convaincante. Les effets positifs de cette intervention concernent entre autres une diminution de l'usage de stupéfiants et des rechutes, une progression de la participation aux programmes de traitement, une rétention plus longue en traitement, et moins de violations des conditions imposées. Toutefois, il est encore difficile de dire si ces effets sont surtout la conséquence du case management, ou bien de la menace de sanctions imposées par les instances judiciaires.

Aussi bien à partir du secteur des soins aux toxicomanes, qu'à partir du secteur judiciaire, l'utilité du case management pour usagers de drogues a déjà été démontrée à plusieurs reprises, mais à défaut d'études randomisées et contrôlées, cette intervention ne peut, pour le moment, être reconnue comme "pratique basée sur l'évidence".

4.4. Entraînement et supervision spécifique pour les case managers

Les entretiens ont démontré que les managers de fin de cure et les case managers qui avaient reçu un entraînement ou une formation spécifique au case management, travaillent avec une vision claire et un cadre de références déterminé, par opposition à d'autres case managers. Le manque d'entraînement et de formation contribue à une confusion au sujet des applications diverses de cette méthode. Ainsi, les case managers inscrits dans les projets pilotes développés au sein des unités de crise pour les personnes ayant un trouble relié à l'usage de drogues, se sont vus, du jour au lendemain, attachés à cette mission, sans qu'aucun entraînement ou supervision n'ait été prévu. Dans la pratique, ceci a abouti à 9 projets fortement divergents, vu que la plupart des case managers ont recherché, chacun pour soi, à une bonne concrétisation de la méthode.

La méthode de travail dans d'autres projets de case management (p. ex. Bubbels & Babbels, Middelennisbruik Oost-Vlaanderen, Gezondheidsbevordering Injecterende druggebruikers) témoigne d'une introduction de cette intervention plus pas à pas. Si cela est accompagné d'un entraînement et d'une formation spécifiques des case managers, cela tend non seulement à ce que les case managers savent plus clairement se positionner vis-à-vis d'autres dispositions, mais ont aussi une approche plus univoque.

De même, les autres case managers interviewés, qui n'avaient joui en aucune façon de formation ou d'entraînement à cette méthode, éprouvent cela comme une carence importante. Un nombre d'entre eux essayent de répondre à cette dernière par la lecture de livres et d'articles scientifiques, et en assistant à des journées d'étude. À cet égard, il est noté plus loin que plus on travaille en bas seuil, plus la formation est nécessaire. En outre, l'application d'une méthode flexible et pragmatique comme le case management exige beaucoup d'aptitudes. Tous les répondants reconnaissent donc le besoin absolu de formation initiale et de supervision d'accompagnement pour les case managers.

Les formations et supervisions des case managers sont donc une condition absolue pour chaque projet de case management. En outre, l'implémentation pas à pas et progressive de cette méthode de travail peut surtout favoriser le fait que les case managers puissent s'habituer à leur nouveau job.

4.5. Exigences jugées nécessaires pour une implémentation efficace du case management

La consultation des case managers et des personnes-clés de projets de case management, a permis de faire ressortir un certain nombre de points-clés qui entravent une implémentation efficace de cette intervention.

1. Les case managers rattachés aux unités de crise dans les hôpitaux généraux se heurtent au délai bref pendant lequel les patients peuvent résider dans ce service (5 jours maximum). Au cours de cette période très brève, il n'apparaît que rarement réaliste d'orienter le patient adéquatement, tout en assurant la continuité de soins, et ce avant tout parce que le contact avec les patients n'est repris que dans le cadre d'une crise, et que celle-ci nécessite un temps suffisant avant d'atteindre une stabilisation. De même, si le traitement ne peut pas être disponible immédiatement, la possibilité que le patient puisse résider plus longtemps en unité de crise doit exister.
2. Lors du développement d'un réseau autour du client, le généraliste joue un rôle important. Il n'est toutefois pas évident d'impliquer ce dernier. Ceci du entre autres au fait que les généralistes ne sont pas dédommagés pour participer aux réunions de concertation.
3. Les projets de case management existants ont une capacité restreinte. Dès lors, les clients qui devraient pouvoir bénéficier de cette intervention, risquent de ne pas pouvoir être aidés selon cette façon. Par là, apparaît le risque de soins à deux vitesses, ce qui, dans une certaine mesure, est considéré comme discriminatoire par la plupart des répondants.
4. Le succès du case management dépend dans une large mesure de la manière dont il est intégré dans un réseau de soins [18,19,39]. S'il n'est pas intégré, le case management risque de n'être qu'une particule isolée au sein d'une offre de soins déjà éparpillée.
5. La plupart des projets de case management dans le secteur des soins aux toxicomanes sont financés par le gouvernement fédéral. Dans la plupart des cas, il n'est toutefois pas question de continuité de ces projets, étant donné que ceux-ci doivent être prolongés annuellement, ce qui ne permet pas de planification à long terme. Cela vaut aussi pour les autres projets de case management santé. Seul le management de fin de cure dans les hôpitaux psychiatriques a été

momentanément encadré structurellement au sein de la santé publique et est financé par le prix de journée.

6. Dans la pratique, il existe beaucoup de confusion, pour les case managers santé existants, à propos de la durée et de l'achèvement du case management. L'enquête de faisabilité démontre qu'il est important de déterminer avec le client des objectifs à court et long terme, d'incorporer des moments d'évaluation, et de prévoir la possibilité, aussi bien pour le case manager que pour le client, que les deux parties doivent pouvoir mettre un terme à l'intervention. Pourtant les case managers analysés expriment le besoin de critères clairs afin de déterminer quand il est souhaitable et faisable de terminer l'intervention.

En fonction de l'implémentation ultérieure du case management, beaucoup de points-clés importants doivent donc encore être résolus. À défaut de quoi cette intervention risque de manquer son but et de contribuer uniquement au morcellement du secteur.

4.6. Le case management judiciaire et l'accompagnement d'auteurs de fait par les assistants de justice

Les points-clés importants cités qui gênent l'implémentation efficace du case management, peuvent être traduites en exigences fondamentales:

- En vue d'une implémentation efficace du case management dans les unités de crise, les case managers doivent avoir suffisamment de temps pour l'évaluation, la planification et l'orientation. Si le patient ne peut suivre immédiatement un traitement, il doit exister la possibilité de jouer plus longuement du service, et ce pour garantir la continuité des soins.
- Pour impliquer les généralistes en tant que partenaires à part entière dans le réseau autour du patient, une disposition doit être fixée afin de les dédommager financièrement pour la participation aux réunions de concertation.
- En vue de l'implémentation structurelle du case management, une définition déterminant clairement le groupe cible à qui profite le plus cette intervention, doit être recherchée.
- Afin d'éviter que le case management ne devienne aussi une des nombreuses parties fragmentées de l'offre de soins, cette méthode doit être intégrée au sein d'un circuit régional de soins pour abus de substances.
- Pour l'implémentation de cette intervention, une période suffisante (de 3 à 5 ans) doit être prévue pour que les objectifs fixés puissent être réalisés, étant donné que, par la recherche, il est apparu qu'il peut s'écouler une période de plus de deux ans, avant que le case management n'aboutisse aux résultats souhaitables [40]. Il est en outre important de baser la décision de prolongation ou de cessation d'un projet sur une évaluation approfondie des objectifs fixés. À terme, le financement de projets semblables doit être intégré structurellement dans l'aide aux toxicomanes, tout en tenant compte des caractéristiques spécifiques de cette intervention.
- Enfin, il serait important de prévoir un fil conducteur ou un carnet de tâches pour les case managers, afin que la manière par laquelle il doit travailler soit claire, et que l'intervention fournie puisse être facilement évaluée a posteriori.

Le case management judiciaire n'a donc toujours pas été implémenté – malgré les intentions de la note fédérale de politique générale sur les drogues de 2001 – et ceci n'est pas même jugé comme nécessaire tout de suite, puisque de nombreuses tâches sont déjà reprises, jusque dans une certaine mesure, au sein de l'accompagnement d'auteurs de faits délictueux par les assistants de justice.

4.7. La nécessité d'un service d'information et d'orientation au niveau du parquet

Depuis le secteur judiciaire, il a été mentionné que les magistrats de parquet et les juges d'instruction ont besoin de quelqu'un qui puisse les informer des possibilités en matière d'orientations des usagers de drogues interpellés. À côté des services policiers, le parquet et le juge d'instruction sont les premières instances qui entrent en contact avec les usagers de drogues interpellés. Ils sont demandeurs d'un système permanent, ou à tout le moins en fonction en soirée et lors des week-end, pouvant donner conseils en matières d'orientation et de mesures d'incitation.

Cette fonction répond à vrai dire aux caractéristiques du "case managers judiciaire" conçu dans la note fédérale de politique générale sur les drogues de 2001. Cette fonction est avant tout une mesure de précaution, étant donné qu'il s'agit ici d'un soutien-conseil. La question qui se pose donc est si cette fonction peut être placée en-dessous du dénominateur "case management".

En ce qui concerne la concrétisation du case management judiciaire, il a été proposée d'agrandir l'ensemble des tâches des assistants de justice - comme dans la note fédérale sur les drogues de 2001. Cela doit forcément aller de pair avec un complément de moyens en personnel et en fonctionnement.

Une fonction coordinatrice et facilitante, qui se trouverait à la frontière entre la justice et l'assistance, est donc nécessaire, et ce en vue d'un renvoi rapide et précis vers l'assistance.

4.8. De méthodes de travail plus intensives pour les "toxicomanes multirécidivistes"

Pour de nombreux clients judiciaires toxico-dépendants, une orientation vers le secteur des soins dans le cadre de mesures judiciaires imposées et l'accompagnement et le suivi standard par les assistants de justice, semblent insuffisants que pour prévenir la rechute et la récidive. À partir d'études sur les résultats concernant l'implémentation du case management judiciaire à l'étranger, il est ressorti que cette intervention aide à diminuer considérablement la récidive et le nombre de violations des conditions imposées aux usagers de drogues problématiques. En outre, elles ont démontré que cette forme d'accompagnement améliore le lien avec le secteur des soins, et le taux de rétention en traitement. Les exemples cités sont le projet Gavro (Geïntegreerde Aanpak Verslavingsproblematiek en Overlast) à Utrecht, aux Pays-Bas, et un certain nombre de programmes TASC (Treatment Accountability for Safer Communities) aux États-Unis au sein desquels les usagers de drogues délinquants récidivistes étaient suivis par un case manager avec comme objectif de garantir la coordination et la continuité des soins, et de cette façon diminuer la récidive.

Étant donné que la recherche a démontré que différents acteurs judiciaires ne jugent pas souhaitable l'implémentation d'une forme séparée et complémentaire du case management judiciaire pour usagers de drogue, il serait par contre intéressant de voir s'il ne serait pas utile d'intégrer l'application du case management dans les structures judiciaires existantes. Ainsi nous pourrions par exemple commencer par une expérience au sein de laquelle les assistants de justice auraient les possibilités et les moyens pour appliquer véritablement le case management auprès de ce groupe récidiviste. L'accompagnement d'auteurs de fait par les assistants de justice montre déjà, actuellement, de nombreuses similarités avec les tâches concrètes du case management, mais avant que du case management puisse être vraiment en question, toutes les fonctions de base (évaluer la situation de la personne, planifier, établir un lien, coordonner, défendre les intérêts du client, évaluer) doivent être accomplies systématiquement, et ce en se focalisant sur tous les domaines de vie qui pourraient être liés concrètement à la problématique de la drogue (emploi, usage du temps libre, logement...). Concrètement, cela voudrait dire que par maison de justice, un certain nombre d'assistants de justice devraient être désignés comme case managers et assure le suivi et l'accompagnement intensifs d'un nombre de clients restreint. Comme déjà indiqué plutôt, une implémentation efficace dépendra entre autres d'une bonne formation à ce type d'intervention, d'une supervision de ces case managers, de dispositions claires envers tous les acteurs concernés, un nombre de dossiers restreint (10 à 15 clients) et un groupe cible bien délimité.

Vu que l'accompagnement d'auteurs de faits par les assistants de justice est ressenti comme positif, la question se pose de savoir si cette intervention ne peut être optimisée pour les groupes cibles déterminés comme difficilement accessibles, par l'implémentation du case management intensif.

4.9. La coopération et l'échange d'informations entre le secteur des soins et la justice

La coopération grandissante entre les services d'assistance et avec le secteur judiciaire, et l'échange d'informations qui va de pair, pose des questions concernant les frontières du secret professionnel. Dans le secteur des soins, cela mène souvent à une tension entre le secret professionnel et la construction d'une relation de confiance avec le client d'une part, et l'échange d'information dans l'intérêt du client et d'une bonne coopération avec la justice d'autre part.

Etant donné que de nombreux clients du case management santé sont aussi clients du case management justice, le case manager sera un intermédiaire important lors du transfert d'informations entre les deux secteurs. Si le case management devait être aussi implanté structurellement dans un avenir proche, les case managers seront de plus en plus les personnes centrales de contact pour toute ce qui concerne l'assistance, y compris les autorités judiciaires.

La communication des données individuelles sensibles contraint à une définition juridique claire de cette procédure, à savoir à qui peut être donnée l'information, de quelle façon, quand cette information doit-elle être donnée, etc., conformément à la législation sur le secret professionnel, la protection de la vie privée et la loi sur les droits de patient. La recherche démontre toutefois que:

1. La législation, la jurisprudence et le Droit en matière de secret professionnel sont particulièrement complexes et tout sauf univoques, ce qui fait que les professionnels des soins ne voient souvent que les arbres cachant la forêt. La manière par laquelle l'échange d'informations entre le secteur des soins et la justice doit se dérouler, n'a été réglementée que trop peu. Seules la législation sur la libération conditionnelle, et l'internement réglementent l'échange d'informations et le compte-rendu;
2. Il existe aussi beaucoup de confusions autour du secret professionnel partagé. La notion de "secret professionnel partagé" est utilisée pour permettre certaines formes de communication entre assistants sociaux et fournisseurs de soins de différentes catégories professionnelles et attachés à différents services. Bien que le secret professionnel partagé ne soit généralement pas accepté, il a en revanche bien pénétré la pratique d'assistance;
3. Les assistants de justice ne tombent pas sous le même secret professionnel que les assistants sociaux et soignants n'appartenant pas au secteur judiciaire. Il ne peut donc pas être question d'un secret professionnel partagé entre assistants sociaux et assistants de justice. Cela a d'importantes conséquences pour l'échange d'informations entre assistants sociaux et soignants n'appartenant pas au secteur judiciaire;
4. Il est clair qu'il est de plus en plus accepté, dans la jurisprudence et le Droit, que le patient/client peut donner une autorisation pour le dévoilement de l'information confidentielle (on l'appelle l'autorisation d'information du client).

Pour promouvoir la coopération entre la justice et l'assistance, l'échange d'informations entre les deux secteurs aussi bien au niveau du client qu'à un niveau plus structurel, est nécessaire. Cela veut dire d'une part transmettre l'information quand quelqu'un est orienté de la justice vers l'assistance, et d'autre part mieux informer des méthodes de travail et spécificités propres aux deux secteurs. Nous soutenons l'importance d'un cadre clairement défini pour cet échange d'informations, tenant compte du secret professionnel.

Au cours de l'interview, diverses suggestions ont été formulées, entre autres pour l'amélioration de cette coopération:

- l'organisation de rencontres ou de concertations régulières entre assistants de justice et professionnels des soins, au sein desquelles un commentaire serait entre autres choses donné à propos du fonctionnement de chacun;
- des dispositions en matière de coopération peuvent être déterminées par un accord de coopération formel. À cet égard, il a été plusieurs fois référé à l'accord de coopération en matière de traitement des délinquants sexuels, lequel détermine qui, à qui et quand doit passer l'information, et ce qu'elle doit contenir;
- impliquer les clients lors de cet échange d'informations via la concertation tripartite (client, professionnel des soins, justice) pourrait prévenir de nombreux problèmes.

Les focus-groupes ont démontré que, pour cela, le secteur judiciaire est nettement plus partisan de directives et de réglementations fédérales (approche "du haut vers le bas"), alors que le secteur de l'assistance opte plutôt pour des dispositions et accords de coopération formels à un niveau local (l'approche "par le bas"), pouvant être éventuellement généralisée a posteriori.

La coopération et la communication entre la justice et l'assistance apparaissent encore problématiques, et le cadre légal en vigueur doit être davantage affiné sur de nombreux points pour écarter les confusions et problèmes existants. Il est aussi nécessaire de soutenir plus de rapprochement entre les deux secteurs de manière informelle, entre autres via des moments communs de concertation.

4.10. L'harmonisation des soins et le fait d'assurer la continuité des soins pour les usagers de drogues orientés à partir de la justice

La recherche de faisabilité concernant l'implémentation du case management souligne de nombreux points-clés importants, pouvant hypothéquer l'harmonisation et la continuité des soins pour les clients judiciaires.

1. Les clients judiciaires ayant un problème de dépendance ne peuvent souvent que difficilement respecter les conditions imposées, souvent à cause du caractère infaisable des conditions judiciaires. Ainsi, les usagers de drogues se voient souvent imposés l'obligation de ne plus avoir de contact avec d'autres usagers, alors que le réseau social du client se situe souvent uniquement dans l'environnement d'usagers. De même, l'obligation de se sevrer et de rester abstinent à long terme n'est certainement pas évident pour les toxicomanes. En outre le temps imparti pour l'exécution de certaines conditions est trop restreint. Dans cette optique, il est important - comme la littérature scientifique l'a agréé de plus en plus - de reconnaître la toxicomanie comme un problème chronique caractérisé par des périodes où l'usage est davantage contrôlé, et des rechutes vis-à-vis desquelles le rétablissement reste toutefois possible [38,40].
2. Les diverses mesures judiciaires doivent aussi être orientées en fonction de la continuité de soins aux détenus usagers de drogues. Ainsi, avant tout, les mesures dans le cadre probatoire doivent être ajustées sur les mesures imposées dans le cadre d'une libération conditionnelle, et vice versa. Les conditions imposées dans le cadre de la liberté conditionnelle forment alors une sorte de point d'orientation à partir duquel il peut être déterminé quelle direction va prendre le client.
3. Au sein du contexte pénitentiaire, les détenus usagers de drogues sont accompagnés par les services psychosociaux des prisons. Il arrive régulièrement que l'intéressé n'ait aucune forme de communication avec le service psychosocial, ni avec l'assistant social concerné ou le case

manager au moment de la libération, ce qui hypothèque la continuité de l'accompagnement et le suivi.

Bien que le case management forme en principe un modèle convenable, le client, au moment où il passe d'un statut judiciaire vers l'autre, ne bénéficie toujours pas de la coordination et de la continuité de soins nécessaires, avec les risques de rechutes et de récidive.

5. RECOMMANDATIONS

5.1. Implémentation du case management

Vu que les différences considérables entre les projets de case management mènent souvent à la confusion des idées sur le terrain, et vu la réticence de l'offre de soins existante, une implémentation réfléchie et bien préparée de cette intervention est nécessaire. Réfléchir à la conceptualisation et l'implémentation a d'ailleurs été identifié dans différentes recherches comme un facteur important favorisant une implémentation réussie du case management et la genèse de ses effets positifs.

Ceci implique entre autres que le case management doit non seulement être adapté au client, mais aussi au réseau de soins, et doit être porté par lui. En outre, les case managers doivent disposer de directives et de protocoles clairs pour que cette intervention puisse être appliquée de façon effective et efficace.

5.2. Évaluation du case management

Afin de pouvoir évaluer l'effectivité du case management pour toxicomanes, il est nécessaire, pour le moment, de recourir à plus d'études randomisées et contrôlées par des échantillons suffisamment grands. Pour obtenir une vision des effets à long terme de cette intervention, l'attention doit être consacrée suffisamment à une perspective longitudinale. En outre, le besoin de recherche qualitative est également important, et ce pour mieux comprendre l'impact des différents aspects du case management sur le processus de soins et les résultats du traitement.

Dans notre pays, il manque d'enquêtes (quasi-)expérimentales sur les effets du case management, c'est pourquoi qu'on a besoin d'une étude randomisée et contrôlée pour vérifier si les objectifs fixés sont réalisés et si cette intervention a un effet positif sur le fonctionnement des toxicomanes et l'usage qu'ils font des soins. Lors d'une étude d'évaluation semblable, l'attention doit aussi être consacrée suffisamment à la concrétisation précise de cette intervention, puisque, dans la pratique, elle apparaît assez diversifiée.

5.3. Entraînement et supervision spécifiques pour les case managers

Vu que le case management est une méthode de travail spécifique et relativement nouvelle, l'implémentation doit être solidement préparée et se faire pas à pas. Il est important que les case managers soient formés d'avance à ce type d'intervention, pour qu'ils puissent se baser sur un cadre de référence clair pour exercer leur fonction. De même, favoriser des supervisions n'est pas insignifiant, étant donné que ce type d'intervention se trouve toujours à ses débuts et que le case manager ne peut pas souvent faire appel à une approche d'équipe.

5.4. Exigences jugées nécessaires pour une implémentation efficace du case management

Les points-clés importants cités qui gênent l'implémentation efficace du case management, peuvent être traduites en exigences fondamentales:

- En vue d'une implémentation efficace du case management dans les unités de crise, les case managers doivent avoir suffisamment de temps pour l'évaluation, la planification et l'orientation. Si le patient ne peut suivre immédiatement un traitement, il doit exister la possibilité de jouer plus longuement du service, et ce pour garantir la continuité des soins.
- Pour impliquer les généralistes en tant que partenaires à part entière dans le réseau autour du patient, une disposition doit être fixée afin de les dédommager financièrement pour la participation aux réunions de concertation.
- En vue de l'implémentation structurelle du case management, une définition déterminant clairement le groupe cible à qui profite le plus cette intervention, doit être recherchée.
- Afin d'éviter que le case management ne devienne aussi une des nombreuses parties fragmentées de l'offre de soins, cette méthode doit être intégrée au sein d'un circuit régional de soins pour abus de substances.
- Pour l'implémentation de cette intervention, une période suffisante (de 3 à 5 ans) doit être prévue pour que les objectifs fixés puissent être réalisés, étant donné que, par la recherche, il est apparu qu'il peut s'écouler une période de plus de deux ans, avant que le case management n'aboutisse aux résultats souhaitables [41]. Il est en outre important de baser la décision de prolongation ou de cessation d'un projet sur une évaluation approfondie des objectifs fixés. À terme, le financement de projets semblables doit être intégré structurellement dans l'aide aux toxicomanes, tout en tenant compte des caractéristiques spécifiques de cette intervention.
- Enfin, il serait important de prévoir un fil conducteur ou un carnet de tâches pour les case managers, afin que la manière par laquelle il doit travailler soit claire, et que l'intervention fournie puisse être facilement évaluée a posteriori.

5.5. Le case management judiciaire et l'accompagnement d'auteurs de fait par les assistants de justice

La recherche démontre que l'implémentation du case management judiciaire pour usagers de drogues ne paraît pas nécessaire actuellement. La plupart des répondants pensent en effet qu'en pratique, les assistants de justice réalisent déjà cette tâche dans le cadre de statuts juridiques différents, au sein duquel l'orientation vers le secteur des soins et le suivi de l'accompagnement sont également réalisés. Il se trouve en outre que leur méthode pour l'accompagnement d'auteurs de faits délictueux, donne satisfaction. En revanche, des efforts complémentaires doivent être fournis pour:

- permettre aux structures existantes de fonctionner de manière optimale, comme en prévoyant en suffisance personnel et moyens;
- éviter l'abus de soins pour certains clients judiciaires (les clients "à répétition").

5.6. La nécessité d'un service d'information et d'orientation au niveau du parquet

Le besoin de création d'un service d'orientation au niveau de parquet assurant le soutien des magistrats de parquet et des juges d'instruction en matière des orientations possibles et des mesures d'incitation pour usagers de drogues interpellés, comme présenté dans la note fédérale sur les drogues de 2001, s'avère confirmé par la recherche. Étant donné que cette fonction ne se situe pas au niveau de client, mais plutôt au niveau politique, il n'est pas souhaitable de placer cette fonction sous le dénominateur "case management".

5.7. De méthodes de travail plus intensives pour les “toxicomanes multirécidivistes”

Afin de limiter les récidives des toxicomanes multirécidivistes, il peut être envisagé d'expérimenter un modèle intensif de case management dans un cadre judiciaire. Ceci pourrait être réalisé au sein de structures existantes au sein desquelles les assistants de justice jouiraient de l'espace et de moyens pour appliquer intensivement et pleinement, envers ce groupe cible, toutes les fonctions de base propre à cette méthode, en tenant compte des conditions les plus importantes pour une implémentation efficace de cette intervention. Nous pourrions expérimenter cette intervention sous la forme de projets pilotes dans certains arrondissements judiciaires, où une forme semblable d'accompagnement intensif est jugée opportune.

5.8. La coopération et l'échange d'informations entre le secteur des soins et la justice

- Le secret professionnel partagé ne jouit pas de base légale, et c'est pour cette raison qu'il est considéré comme une construction incertaine. Afin d'éviter que les professionnels des soins ne dépassent les frontières du secret professionnel, il est nécessaire de déterminer clairement la mission et la responsabilité de tous les acteurs concernés, en particulier dans les cas où les professionnels des soins acceptent les missions judiciaires. Il est en outre conseillé de développer un protocole et un code déontologique lors de l'implémentation de la coordination de soins et des circuits de soins, pouvant servir de fil conducteur.
- Une adaptation des codes déontologiques, une modification de la loi, ou un affinement de la jurisprudence de cassation est indiquée, et ce afin de reconnaître l'assentiment du client dans un cadre de conditions strictes, comme socle de légitimation pour contourner le secret professionnel. En outre, il est conseillé d'appliquer systématiquement la concertation tripartite au sein de laquelle le client lui-même est présent lors de chaque échange d'informations.
- Au niveau de la législation en matière des différents statuts judiciaires qui pourvoient à une orientation vers le secteur des soins, il est recommandé de mieux réguler l'échange d'informations entre le secteur des soins et le secteur judiciaire, par analogie avec la législation sur la libération conditionnelle et l'internement.
- Une autre solution serait de déterminer les dispositions en matière de coopération et d'échange d'informations dans un accord de coopération formel, comme cela s'est déjà passé avec l'accord de coopération entre l'état fédéral et la communauté flamande en matière d'accompagnement et de traitement d'auteurs d'abus sexuels.

5.9. L'harmonisation des soins et le fait d'assurer la continuité des soins pour les usagers de drogues orientés à partir de la justice

- Il est souhaitable d'arriver à remplir, de manière réaliste et faisable, les conditions judiciaires. Pour cela, une concertation entre différents acteurs judiciaires, les institutions de soins, et les case managers santé, pour rendre les conditions imposées davantage appropriées pour les intéressés, et donc plus faciles à respecter, serait constructive.
- Il est en outre nécessaire d'intégrer les différentes mesures judiciaires, afin que les conditions définies dans le cadre de la liberté conditionnelle fassent fonction de point d'orientation pour le parcours de soins du client.
- Afin d'assurer la continuité de soins et la prévention des rechutes et récidives chez le détenu usager de drogues remis en liberté, une communication minimale doit exister entre les autorités judiciaires, le case manager et l'instance de soins concernée.

6. REFERENCES

1. McLellan, A.T., Arndt, I., Metzger, D., Woody, G., & O'Brien, C. (1993). The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. *Journal of the American Medical Association*, 269, 1953-1959.
2. Prochaska, J., DiClemente, C., & Norcross, J. (1992). In search of how people change: applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.
3. Claus, R.E., & Kindleberger, L.R. (2002). Engaging substance abusers after centralized assessment: Predictors of treatment entry and dropout. *Journal of Psychoactive Drugs*, 34(1), 25-31.
4. Gossop, M., Stewart, D., Browne, N., & Marsden, J. (2002). Factors associated with abstinence, lapse or relapse to heroin use after residential treatment: protective effect of coping responses. *Addiction*, 97(10), 1259-1267.
5. Vanderplasschen, W., Lievens, K., & Broekaert, E. (2001). *De instroom in de Oost-Vlaamse drughulpverlening: registratie van intakes en aanmeldingen tussen oktober 1999 en mei 2000* (Orthopedagogische Reeks Gent Nummer 13). Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek.
6. Hser, Y.I., Anglin, M.D., Grella, C., Longshore, D., & Prendergast, M.L. (1997). Drug treatment careers: a conceptual framework and existing research findings. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14(6), 543-558.
7. Brindis, C.D., & Theidon, K.S. (1997). The role of case management in substance abuse treatment services for women and their children. *Journal of Psychoactive Drugs*, 29(1), 79-88.
8. Substance Abuse and Mental Health Administration (SAMHSA). (1998). *Comprehensive case management for substance abuse treatment* (TIP Series 27). Rockville: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment.
9. Hall, J.A., Carswell, C., Walsh, E., Huber, D.L., & Jampoler, J.S. (2002). Iowa case management: Innovative social casework. *Social Work*, 47(2), 132-141.
10. Siegal, H. A., Rapp, R. C., Kelliher, C. W., Fisher, J. H., Wagner, J. H., & Cole, P. A. (1995). The strengths perspective of case management: A promising inpatient substance abuse treatment enhancement. *Journal of Psychoactive Drugs*, 27(1), 67-72.
11. Burns, T., Fioritti, A., Holloway, F., Malm, U., & Rossler, W. (2001). Case management and assertive community treatment in Europe. *Psychiatric Services*, 52(5), 631-636.
12. Ziguras, S.J., & Stuart, G.W. (2000). A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatric Services*, 51, 1410-1421.
13. Cook, F. (1992). Case management models linking criminal justice and treatment. In R.S. Ashery (Ed.), *Progress and issues in case management* (NIDA Research Monograph 127) (pp. 368-382). Rockville, MD.: National Institute on Drug Abuse.
14. Graham, K., & Birchmore-Timney, C. (1990). Case management in addictions treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 7(3), 181-188.
15. Sullivan, W., Hartmann, D., Dillon, D., & Wolk, J. (1994). Implementing case management in alcohol and drug treatment. *Families in Society: the Journal of Contemporary Social Services*, 75(2), 67-73.
16. Geary, C.R., & Smeltzer, C.H. (1997). Case management: Past, present, future - The drivers for change. *Journal of Nursing Care Quality*, 12(1), 9-19.
17. Siegal, H.A., Rapp, R.C., Li, L., Saha, P., & Kirk, K. (1997). The role of case management in retaining clients in substance abuse treatment: an exploratory analysis. *Journal of Drug Issues*, 27(4), 821-831.
18. Graham, K., Timney, C., Bois, C., & Wedgerfield, K. (1995). Continuity of care in addictions treatment: the role of advocacy and coordination in case management. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 21(4), 433-451.
19. Wolf, J., Mensink, C., & van der Lubbe, P. (2002). *Case management voor langdurig verslaafden met meervoudige problemen: een systematisch overzicht van interventie en effect*. Utrecht: Trimbosinstituut, Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid.
20. Wolf, J., & Planije, M. (2002). *Case management voor langdurig verslaafden met meervoudige problemen*. Utrecht: Trimbosinstituut, Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid.

21. Oliva, H., Görge, W., Schlanstedt, G., Schu, M., & Sommer, L. (2001). *Case management in der Suchtkranken- und Drogenhilfe: Ergebnisse des Kooperationsmodells nachgehende Sozialarbeit – Modellbestandteil Case management, Berichtszeitraum 1995-2000*. Köln: FOGS, Gesellschaft für Forschung und Beratung in Gesundheits- und Sozialbereich mbH.
22. Schu, M., Schmid, M., Görge, W., Vogt, I., & Oliva, H. (2002). *Case management mit integriertem Motivational Interviewing im bundesdeutschen Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger – eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie: Manual*. Köln: Heroinstudie.de.
23. Vanderplasschen, W., Rombouts, D., Derluyn, I., & Broekaert, E. (2003). Implementation of case management for substance abusing parents and their children: a view from Europe. *The Source*, 12(1), 1-4, 24-26.
24. Vanderplasschen, W., De Bourdeaudhuij, I., & Van Oost, P. (2002). Co-ordination and continuity of care in substance abuse treatment: an evaluation-study in Belgium. *European Addiction Research*, 8, 10-21.
25. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2001). *Annual report on the state of the drug problem in the European Union*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
26. Federale Regering. (2001). *Beleidsnota van de federale regering in verband met de drugproblematiek*. Brussel: Federale regering.
27. Vanderplasschen, W. (2002). Case management in de drughulpverlening: le beaujolais nouveau of gewoon oude wijn in nieuwe zakken? In Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (Ed.), *Referatenbundel VAD-studiedag Alcohol & Drugs (21-11-2002)* (pp. 18-27). Brussel: Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD).
28. Willenbring, M. (1996). Case management applications in substance use disorders. In H. Siegal, & R. Rapp (Eds.), *Case management and substance abuse treatment: practice and experience* (pp. 51-76). New York: Springer Publishing Company.
29. Moxley, D. (1989). *The practice of case management* (Sage Human Services Guides Vol. 58). Newbury Park: Sage publications.
30. van Riet, N., & Wouters, H. (1996). *Casemanagement: een leer- en werkboek over de organisatie en coördinatie van zorg-, hulp- en dienstverlening*. Assen: Van Gorcum.
31. Programmatorische Federale Overheidsdienst Wetenschapsbeleid. (2003). *Onderzoeksprogramma ter ondersteuning van de federale beleidsnota drugs: Onderzoeksovereenkomst DR/02/015, Bijlage I (technische specificaties)*. Brussel: Programmatorische Federale Overheidsdienst Wetenschapsbeleid.
32. Kuckartz, U. (1998). *WinMAX: Scientific text analysis for the social sciences*. Berlin: Udo Kuckartz, BSS.
33. Vanderplasschen, W., De Bourdeaudhuij, I., & Van Oost, P. (1999). *Eindrapport onderzoeksproject case management in de Oost-Vlaamse drughulpverlening* (niet-gepubliceerd onderzoeksrapport). Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Gedragstherapie en Psychologische begeleiding.
34. Vanderplasschen, W., Lievens, K., & Broekaert, E. (2001). *Implementatie van een methodiek van case management in de drughulpverlening: een proefproject in de provincie Oost-Vlaanderen* (Orthopedagogische Reeks Gent Nummer 14). Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek.
35. Aelvoet, M., & Vandenbroucke, F. (2001). *De psyche: mij een zorg?! Geestelijke gezondheidszorg door participatie en overleg*. Brussel: Ministerie van Volksgezondheid, Consumentenzaken en Leefmilieu.
36. Directoraat-Generaal Organisatie Gezondheidsvoorzieningen, Dienst Psychosociale Gezondheidszorg, Cel Gezondheidszorg Drugs. (2002). *Pilootprojecten voor de uitbouw van crisiseenheden voor personen met middelengerelateerde stoornissen en de implementatie van de functie van case-manager binnen deze eenheden, geanonimiseerde overeenkomst*. Brussel: Directoraat-Generaal Organisatie Gezondheidsvoorzieningen.
37. Sacks, S., & Ries, R.K. (2002). *Substance abuse treatment for persons with co-occurring disorders*. New York: US Department of Health and Human Services.
38. Vanderplasschen, W., Rapp, R.C., Wolf, J., & Broekaert, E. (2004). Comparative review of the development and implementation of case management for substance use disorders in North America and Europe. *Psychiatric Services*, 55(8), 913-922.

39. Ashery, R.S. (1996). Case management for substance abusers: more issues than answers. In H. Siegal, & R. Rapp (Eds.), *Case management and substance abuse treatment: practice and experience* (pp. 141-154). New York: Springer Publishing Company.
40. McLellan, A.T. (2002). Have we evaluated addiction treatment correctly? Implications from a chronic care perspective. *Addiction*, 97(3), 249-252.
41. McLellan, A.T., Hagan, T.A., Levine, M., Meyers, K., Gould, F., Bencivengo, M., et al. (1999). Does clinical case management improve outpatient addiction treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 55, 91-103.