

PROGRAMME FÉDÉRAL DE RECHERCHES DROGUES

RÉSUMÉ

OMER-BE

**Outcome Measurement and Evaluation as a Routine practice
in alcohol and other drug services in Belgium (BE)**

AUTEURS:

Charlotte MIGCHELS (VUB)
Amine ZERROUK (UGent)
Jérôme ANTOINE (Sciensano)
Kim FERNANDEZ (Sciensano)
Clara DE RUYSSCHER (UGent)

PROMOTEUR:

Wouter VANDERPLASSCHEN – Department of Special Needs Education, UGent
Cleo Lina CRUNELLE – Department of Psychiatry, VUB/UZ Brussels
Frieda MATTHYS – Department of Psychiatry, VUB/UZ Brussels
Luk VAN BAELEN – Sciensano
Lies GREMAUX – Sciensano
Wim VAN DEN BRINK – Department of Psychiatry, Amsterdam University
Medical Center (the Netherlands)

OMER-BE

Outcome Measurement and Evaluation as a Routine practice in alcohol and other drug services in Belgium (BE)

Contrat – DR/90/OMER-BE

RÉSUMÉ

PROMOTEURS:

Wouter VANDERPLASSCHEN (UGent)
Cleo Lina CRUNELLE (VUB/UZ Brussels)
Frieda MATTHYS (VUB/UZ Brussels)
Luk VAN BAELEN (Sciensano)
Lies GREMAUX (Sciensano)
Wim VAN DEN BRINK (Amsterdam University Medical Center)

AUTEURS:

Charlotte MIGCHELS (VUB)
Amine ZERROUK (UGent)
Jérôme ANTOINE (Sciensano)
Kim FERNANDEZ (Sciensano)
Clara DE RUYSSCHER (UGent)





Publié en 2025 par la Politique scientifique fédérale (BELSPO)
WTC III
Boulevard Simon Bolivar 30
B-1000 Bruxelles
Belgique
Tél: +32 (0)2 238 34 11 - Fax: +32 (0)2 230 59 12
<http://www.belspo.be>
<http://www.belspo.be/drugs>

Personne de contact: Aziz Naji
Tel: +32 (0)2 238 36 46

Ni la Politique scientifique fédérale, ni aucune personne agissant au nom de la Politique scientifique fédérale ne peuvent être tenus responsables de l'utilisation qui serait faite des informations suivantes. Les auteurs sont les seuls responsables du contenu de ce document.

Cette publication ne peut être reproduite, même partiellement, archivée ou transmise sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit (électronique, mécanique, photocopies, enregistrement ou autre sans qu'y figurent les références suivantes:

Migchels, C., Zerrouk, A., Antoine, J., Fernandez K., De Ruyscher C., Matthys, F., Gremaux L., van den Brink, W., Crunelle, C.L., & Vanderplasschen W. Outcome Measurement and Evaluation as a Routine practice in alcohol and other drug services in Belgium. Résumé. Bruxelles: Politique scientifique fédérale 2025 – 20 p. (Programme fédéral de recherche drogues).

I. INTRODUCTION

Les troubles liés à l'usage de l'alcool et d'autres substances psychoactives (TUS) sont associés à un large éventail de conséquences psychologiques, physiques et sociales défavorables [1]. La nature chronique et récidivante des TUS, ainsi que les problèmes économiques, judiciaires, de logement et relationnels qui y sont liés, affectent non seulement les individus, mais aussi les familles, les quartiers et l'ensemble des communautés [2-5]. Les TUS ont un impact significatif et croissant sur la morbidité et la mortalité à l'échelle mondiale [6-8]. À l'échelle mondiale, la consommation nocive d'alcool entraîne chaque année trois millions de décès, représentant 5,3 % de l'ensemble des décès, et est responsable de 5,1 % de la charge mondiale de morbidité [9]. Des résultats récents de l'enquête nationale américaine sur la consommation de substances et la santé (National Survey on Drug Use and Health, NSDUH) ont révélé que 10,5 % de la population âgée de 12 ans ou plus remplissait les critères du DSM-5 pour un trouble lié à l'usage d'alcool au cours de l'année écoulée, et 8,5 % pour un trouble lié à l'usage de drogues [10].

La Société Américaine de Médecine des Addictions (American Society of Addiction Medicine, ASAM) [11] considère l'addiction — forme la plus sévère des TUS [12] — comme « une maladie médicale chronique et traitable impliquant des interactions complexes entre les circuits cérébraux, la génétique, l'environnement et les expériences de vie de l'individu. Les personnes présentant des TUS consomment des substances ou s'engagent dans des comportements de manière compulsive, souvent en dépit de conséquences néfastes ». Outre la prévention et l'application de la loi, le traitement et la réduction des risques sont considérés comme des mesures de santé publique essentielles pour atténuer l'impact de la consommation de substances et des problèmes associés [1, 13, 14]. L'efficacité et l'efficience des traitements en matière de TUS sont souvent débattues, en raison des taux élevés de rechute et d'abandon, ainsi que des effets généralement modestes à modérés des interventions et des modalités de traitement [15-17]. Néanmoins, de nombreuses études ont établi un lien clair entre la durée du traitement (rétention) et les résultats positifs, ainsi que l'importance du suivi et du soutien pour maintenir et consolider les changements obtenus [18, 19]. Les données sur ce sujet restent largement absentes en Belgique.

II. CONTEXTE DE L'ETUDE

L'étude OMER-BE est née des constats évoqués précédemment, des résultats positifs observés dans les cohortes de traitement menées aux États-Unis et en Europe comparant les résultats selon les modalités de prise en charge, ainsi que de l'absence d'études similaires en Belgique. Bien que certaines initiatives aient été prises pour mettre en place un suivi systématique des résultats et expériences de traitement en Flandre/Belgique (par exemple, enquêtes auprès des patients, projet d'indicateurs flamands, enregistrement BELRAI), ces efforts portent principalement sur des indicateurs isolés et/ou sont limités à certains services de santé, et sont jugés insuffisamment spécifiques pour les services de traitement des TUS. La recommandation émise par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) [20] d'intensifier l'utilisation des mesures rapportées par les patients relatives aux résultats (PROMs – Patient-Reported Outcome Measures) et aux expériences (PREMs – Patient-Reported Experience Measures) dans les soins et les politiques de santé a également servi de moteur pour lancer cette étude. Les PROMs concernent les résultats de traitement tels que perçus par les usagers de services, y compris les symptômes, la qualité de vie, le fonctionnement physique et le bien-être psychologique. Les PREMs se concentrent sur l'expérience des usagers vis-à-

vis des services de soins de santé, notamment en ce qui concerne les aspects pratiques des soins, tels que l'accessibilité, l'information, la prise de décision et la continuité des soins.

L'intégration de données rapportées par les patients dans le cadre d'un suivi régulier des résultats (ROM – Routine Outcome Monitoring) est relativement récente et permet d'inclure une perspective centrée sur l'usager, laquelle peut différer sensiblement de celle des prestataires de soins ou d'autres acteurs. En Belgique, il n'existe pas de suivi macro des progrès du traitement, et en dehors de quelques initiatives à l'échelle des services ou des institutions, le suivi des résultats thérapeutiques n'est ni obligatoire ni systématique. En Flandre, un certain nombre d'indicateurs de qualité/résultats ont été collectés sur base volontaire dans le cadre du projet VIP², tandis que l'outil BELRAI a été introduit comme outil standardisé d'évaluation dans divers services de soins de santé et de bien-être social, incluant un module spécifique pour les services de traitement des TUS. Toutefois, une version dédiée au suivi des résultats (monitoring) de cet outil n'est pas encore disponible.

Notre revue systématique de la littérature [21] a montré que, bien que l'implémentation des PROMs et des PREMs dans les services de traitement des TUS soit en augmentation, leur usage reste embryonnaire et fortement fragmenté [22-27]. Ces mesures rapportées par les patients ont le potentiel d'améliorer la qualité et l'efficacité des services de traitement des TUS, mais il n'est pas encore clair quels outils sont les plus appropriés à la pratique clinique, ni quels sont les défis spécifiques liés à leur mise en œuvre, notamment les facteurs facilitants et les obstacles. Sur base d'un examen de 23 études internationales, il apparaît que l'usage des PROMs est relativement nouveau et dispersé. Leur utilisation est principalement limitée aux projets de recherche et peu courante dans la pratique clinique. L'utilisation des PREMs est encore plus rare, en raison notamment d'un manque d'instruments. On observe également d'importantes disparités quant à la manière dont les PROMs et les PREMs sont administrés, développés, et collectés en pratique clinique. Une orientation complémentaire est donc nécessaire pour aider les cliniciens et les chercheurs à sélectionner des outils pertinents, valides et comparables, comme cela a été réalisé dans la présente étude, ainsi qu'à fournir des pistes concrètes pour surmonter les obstacles à leur utilisation dans les soins cliniques de routine [21]. Par conséquent, nous avons utilisé des instruments et des méthodes d'implémentation standardisés et comparables, fondés sur l'outil SSA (Standard Set for Addictions) de l'ICHOM, afin de mieux comprendre et exploiter l'impact des données issues des PROMs et des PREMs sur la qualité des soins et les résultats thérapeutiques. Des instruments nouveaux et non encore validés ont été traduits et adaptés au contexte belge, puis validés en néerlandais (SURE-NL et PREMAT-NL) [28, 29].

Contrairement aux études antérieures sur les résultats des traitements, l'étude OMER-BE adopte une perspective axée sur le rétablissement plutôt qu'une approche de soins aigus. Les participants à l'étude ont été suivis de manière régulière (à des intervalles de 45 et 90 jours) sur une période de six mois après le début d'un nouvel épisode de traitement [30]. Traditionnellement, les traitements en addictologie sont évalués selon une approche de soins aigus, consistant à mesurer le fonctionnement des individus après le traitement en postulant que ces effets se maintiendront dans le temps. Cependant, la littérature émergente sur le rétablissement en matière de TUS montre que ce processus est souvent long, nécessitant plusieurs épisodes de soins avant d'atteindre une situation de « rétablissement stable » (>5 ans) [31-33]. Bien que nous ayons utilisé un épisode de traitement résidentiel comme point de départ pour évaluer les résultats et expériences rapportés par les patients, cette étude dépasse le cadre traditionnel des études d'évaluation en intégrant l'examen de différents domaines de vie liés à la santé, au bien-être et à la vie en société (au-delà de la seule consommation de substances), tout en adoptant une approche dimensionnelle plutôt que dichotomique

(abstinence/rechute) du rétablissement. Le rétablissement a été mesuré à différents moments (à 45, 90 et 180 jours après l'évaluation initiale) afin d'observer l'évolution des individus après leur participation au traitement initial et d'identifier les covariables influençant leurs résultats et expériences [30].

En 2015, un tournant vers une prise en charge orientée rétablissement a été amorcé dans le domaine du traitement des TUS en Flandre [34], dans la lignée des évolutions similaires observées dans les soins de santé mentale générale, amorcées en 2012 dans le cadre de la réforme dite « article 107 » [35]. Le modèle de rétablissement implique un éloignement du modèle strictement médical au profit d'une approche centrée sur le rétablissement personnel, considérant ce dernier comme un processus individuel, non linéaire, nécessitant un accompagnement individualisé, pouvant évoluer dans le temps, et intégrant la perspective des soins continus, ainsi qu'une attention portée au bien-être, à la qualité de vie et aux relations sociales des personnes concernées [32].

III. CARACTÉRISTIQUES DE BASE DE L'ÉCHANTILLON DE L'ÉTUDE

Au total, 189 personnes ont participé à l'étude OMER-BE : 81 ont été traitées dans une unité spécialisée dans les troubles liés à l'usage de substances (TUS) au sein d'un hôpital psychiatrique, 80 dans une communauté thérapeutique (CT) sans médicaments de substitution, et 28 participants (14,8 %) ont été recrutés dans des services ambulatoires. L'âge moyen des participants à l'inclusion était de 35,5 ans ; la majorité était de sexe masculin (82,5 %), avait achevé l'enseignement secondaire (60,3 %) et vivait seule (47,6 %). La plupart des participants (81 %) avaient déjà suivi un traitement pour un TUS. Les substances problématiques les plus fréquemment rapportées étaient l'alcool (53,8 %), la cocaïne (43,5 %) et le cannabis (34,4 %), ce qui indique également une présence fréquente de consommation de substances multiples [30].

Des comparaisons initiales ont été effectuées entre les trois modalités de traitement. En ce qui concerne les caractéristiques sociodémographiques et cliniques, aucune différence significative n'a été observée en termes d'âge, de sexe, de situation de vie ou de pays de naissance. Cependant, des différences significatives ont été identifiées en ce qui concerne le niveau d'éducation, les antécédents de traitement, la participation à un traitement par agoniste opioïde (TAO) et les substances principales déclarées. Des analyses post hoc ont révélé que les participants du groupe hospitalier psychiatrique (PC) présentaient le niveau d'éducation le plus élevé, suivis des participants en ambulatoire, puis de ceux issus du groupe CT. En moyenne, 82,7 % des participants du groupe PC et 85 % de ceux du groupe CT avaient un antécédent de traitement pour un TUS, sans différence statistiquement significative entre ces deux groupes. Une proportion significativement plus élevée de participants du groupe ambulatoire (46,4 %) était engagée dans un TAO. Concernant l'usage de substances, l'alcool était plus fréquemment rapporté comme substance principale par les participants du groupe PC. En revanche, les opioïdes étaient les plus fréquemment signalés dans le groupe ambulatoire. Les amphétamines, la cocaïne et le GHB étaient significativement plus souvent rapportés dans le groupe CT. Une proportion significativement plus élevée de participants du groupe CT a également déclaré l'usage de plus d'une substance principale.

Alors que les variables de base (case-mix) différaient entre les trois modalités de traitement en termes de niveau d'éducation, d'antécédents de traitement et de substance principale, aucune différence n'a été observée en ce qui concerne les troubles mentaux concomitants, à l'exception du TDAH (trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité), qui était plus fréquent chez les personnes traitées

en CT [30]. Les scores PROM au moment de l'évaluation initiale étaient globalement similaires entre les modalités de traitement, à l'exception des scores du SURE-NL (Substance Use Recovery Evaluator), qui étaient significativement plus élevés chez les participants des établissements résidentiels spécialisés en TUS comparativement à ceux suivis en ambulatoire, en particulier dans les sous-domaines « usage de substances », « soins personnels » et « perspective de vie ». Les analyses d'attrition ont révélé des taux d'abandon substantiels lors des premières évaluations de suivi et les suivantes (36,5 %), particulièrement dans les services ambulatoires. Les comparaisons entre les participants ayant complété l'évaluation de suivi à 45 jours et ceux ne l'ayant pas complétée ont mis en évidence plusieurs différences significatives. Les personnes retenues dans l'étude étaient significativement plus âgées, avaient un niveau d'éducation plus élevé, vivaient plus fréquemment seules, avaient plus souvent une mère née en Belgique, et étaient plus nombreuses à rapporter l'alcool comme principale substance problématique. De plus, les personnes ayant participé aux évaluations de suivi ont obtenu des scores plus élevés sur le sous-domaine « ressources matérielles » du SURE-NL, incluant des questions sur la stabilité du logement, un revenu régulier et la gestion efficace des finances. Nos résultats concordent avec les études suggérant que des facteurs tels qu'un niveau d'éducation plus faible, un âge plus jeune, le chômage et l'instabilité financière sont associés à des taux plus élevés d'attrition lors des suivis [36,37]. En outre, comme nous avons opté pour des évaluations de suivi numériques (par téléphone portable, ordinateur ou tablette), la participation plus faible observée parmi les personnes en situation socio-économique défavorisée pourrait s'expliquer par des compétences numériques limitées et une incapacité à utiliser les outils électroniques [21, 38, 39].

IV. RÉSULTATS DES MESURES DE SUIVI

Les analyses longitudinales des PROMs dans les services résidentiels spécialisés en TUS ont montré des scores initiaux élevés de rétablissement, tels que mesurés par le SURE-NL, une mesure de rétablissement récemment développée [28, 40], laissant peu de marge pour des améliorations ultérieures. De plus, l'ampleur des forces de rétablissement était liée au moment où le questionnaire avait été administré. Étant donné que les participants séjournèrent dans un environnement fermé et sécurisé, ils ont obtenu des scores élevés sur l'échelle « consommation de substances » du SURE-NL, et ces scores étaient plus élevés lorsque les individus avaient été en traitement depuis plus longtemps. En utilisant la modélisation linéaire mixte, l'évolution des scores PROM aux différents points de suivi a été analysée, ainsi que le rôle du temps, de la modalité de traitement, de l'âge et du sexe. De manière générale, les scores de rétablissement sont restés élevés pendant la période de suivi de six mois, indiquant que la plupart des participants ont maintenu les scores initialement élevés sur divers indicateurs de rétablissement. Peu ou pas de différences ont été observées entre les participants des groupes PC et CT, à l'exception des participants en CT qui, bien qu'ayant obtenu des scores initiaux plus élevés pour le domaine « soins personnels », ont vu ces scores diminuer au fil du temps et ont obtenu des scores totaux SURE-NL plus faibles lors des suivis par rapport au groupe PC. Ces différences significatives peuvent s'expliquer par une gravité des problèmes plus importante et un niveau d'éducation plus faible parmi les personnes en CT, ainsi que par un manque de spécificité et de sensibilité de l'échelle SURE-NL. Cette mesure utilise une fenêtre temporelle d'une semaine, alors que les participants pouvaient être évalués – pour des raisons pragmatiques – durant les 21 premiers jours de traitement, ce qui peut conduire à une sous-estimation des différences inter- et intra-individuelles. Il est important de noter que les groupes PC et CT n'ont pas été appariés lors de l'évaluation de base, et que nous n'avons pas utilisé de plan d'étude contrôlé, ce qui ne permet pas d'inférences quant aux

différences entre modalités de traitement (PC vs CT), ni d'attribution causale liée à la modalité dans laquelle les individus ont entamé leur traitement.

Des effets temporels significatifs ont été observés concernant la qualité de vie, mesurée par le WHOQoL-BREF, indiquant des améliorations substantielles dans les domaines « qualité de vie perçue », « santé perçue » et « environnement » dans les deux groupes lors du suivi à six mois. Cependant, et sans surprise, ces effets temporels pour la santé physique se sont stabilisés à 90 jours, suggérant un effet plateau dans le processus de rétablissement. Une tendance similaire a été observée pour la santé psychologique, qui s'est améliorée de manière significative durant les 90 premiers jours avant de se stabiliser. La « santé psychologique » était significativement plus faible chez les femmes et chez les personnes en CT, ce qui suggère des problèmes psychologiques plus graves et persistants dans ces groupes. De même, l'outil PROMIS-GH-10 a montré des améliorations significatives au fil du temps dans l'échantillon d'étude, tant pour la santé physique que mentale dans les deux groupes, avec également un effet plateau pour la santé mentale. Il s'est avéré que l'« âge » avait un impact négatif sur la perception qu'ont les participants de leur santé physique.

Globalement, les scores PREMAT [29, 41] au suivi de 45 jours étaient élevés, approchant des scores moyens de 4 (sur 5), avec les scores les plus élevés pour les items « je me suis senti accueilli », « je suis tenu responsable de mon comportement » et « je sais que le rétablissement dépend de moi », ce qui souligne l'importance d'un accueil chaleureux, mais aussi de la responsabilisation et de la clarté dès les premières semaines de traitement. Les items les moins bien notés par les participants à l'étude étaient « j'ai assez de vie privée », « j'ai suffisamment de séances individuelles » et « j'ai été mis en contact avec d'autres services », suggérant que les usagers s'attendent à bénéficier de plus d'intimité, de séances individuelles, et de soutien externe à l'établissement dans lequel ils ont commencé leur traitement. Sans surprise, les personnes ayant interrompu leur traitement résidentiel précocement ont obtenu des scores significativement plus faibles au PREMAT-NL, en particulier sur les items « je sais quelles sont les règles », « les règles ont du sens », « je reçois suffisamment d'espace de la part des autres » et « je reçois des informations sur les autres endroits où je peux obtenir de l'aide ». Ces différences suggèrent que le fait de fournir des informations claires sur les règles et leur justification, ainsi que des séances de psychoéducation et des informations sur les options de traitement alternatives, pourrait influencer la probabilité de rester en traitement. Par ailleurs, le besoin de disposer de suffisamment d'« espace mental » ou de tranquillité était jugé plus important par les personnes ayant quitté le traitement prématurément.

Sur base des expériences vécues par un sous-échantillon de participants à l'étude (n = 21), issus des trois types de structures de traitement (traitement ambulatoire, centres psychiatriques résidentiels et communautés thérapeutiques), nous avons approfondi les expériences de traitement et de rétablissement des individus sur une période de six mois à travers des entretiens approfondis. À l'aide d'une analyse thématique, il est apparu que tous les participants soulignaient l'importance d'une approche globale et centrée sur le patient dans le traitement des TUS, prenant en compte les dimensions cliniques, personnelles et sociales du rétablissement. Quatre thèmes sont ressortis comme centraux dans les réponses des participants, quel que soit le cadre de traitement : (1) se sentir connecté, valorisé et respecté; (2) comprendre et gérer la consommation de substances; (3) trouver un équilibre dans la vie; (4) orienter soi-même son parcours de soins. Un sentiment de reconnaissance et d'acceptation, tant par les pairs que par les professionnels, renforçait la confiance et l'estime de soi des individus, ainsi que leur capacité à se (re)connecter aux autres en traitement et à la communauté (par ex. famille, collègues). Le fait d'être dans un environnement sécurisé, sans accès aux substances

et avec un accompagnement professionnel, permettait aux participants d'atteindre l'abstinence et de se concentrer sur leurs objectifs et perspectives futures. La majorité des participants ont également exprimé le besoin d'une « vie stable et normale », incluant un logement décent, un emploi, une bonne santé et des activités satisfaisantes. Enfin, l'accès continu aux soins et au soutien a été souligné comme essentiel pour maintenir le processus de rétablissement.

V. FAISABILITÉ DE LA MISE EN ŒUVRE ROUTINIÈRE DES PROMS ET PREMS

L'étude de faisabilité sur la collecte systématique des PROMs et PREMs dans un nombre sélectionné de services a montré que ces outils sont flexibles et peuvent remplir diverses fonctions à différents niveaux organisationnels, à condition que les objectifs de la collecte de données soient clairement définis. Une approche ascendante (bottom-up), tenant compte des préoccupations communes et des réalités quotidiennes, ainsi qu'un effort de sensibilisation à l'utilité et aux applications potentielles des PROMs et PREMs, sont essentiels pour favoriser leur implémentation. Les bonnes pratiques disponibles et les directives d'implémentation peuvent encourager d'autres organisations à envisager l'utilisation des PROMs et PREMs. Il est nécessaire de surmonter les obstacles pratiques, méthodologiques et financiers, tels que la mise en place d'une infrastructure de collecte de données sécurisée, l'élaboration de protocoles d'implémentation, le choix de méthodes de collecte adaptées aux besoins et routines des services et des usagers, ainsi que le suivi des usagers à risque de quitter le service. Pour augmenter l'adhésion à la mise en œuvre, il a été suggéré d'introduire des périodes limitées de collecte de données et d'opter pour des évaluations ciblées via les PROMs ou PREMs, plutôt qu'une évaluation quotidienne et exhaustive. L'outil PREMAT était perçu comme le plus aligné avec les attentes cliniques et les réalités de terrain, et a été bien accueilli par les professionnels pour sa concision, sa clarté et sa complétude. Une préoccupation importante concerne la généralisabilité des données, notamment la difficulté à inclure les usagers qui quittent le traitement prématurément, ceux-ci étant généralement exclus en cas d'échantillonnage de convenance. Il a également été souligné que l'utilisation des PROMs et PREMs n'est qu'un élément parmi d'autres pour améliorer la qualité des soins, et qu'elle doit être encadrée et soutenue de manière adéquate à tous les niveaux de l'organisation [42-44]. Enfin, étant donné que l'utilisation des PROMs et PREMs reste relativement récente et que les attentes et expériences varient d'un service à l'autre, il est recommandé de favoriser la collaboration entre services et organisations sur cette thématique, ainsi que de partager les connaissances et les expériences. Cela permettrait de garantir une approche ascendante dans laquelle les structures et professionnels s'entraident mutuellement pour une mise en œuvre réussie des PROMs et PREMs.

VI. OBSERVATIONS CONCLUSIVES

En conclusion, l'étude OMER-BE a comblé une lacune importante dans le secteur des traitements pour les TUS en Belgique, puisqu'aucune étude transversale complète sur les résultats n'avait été réalisée jusqu'à présent. Cette recherche a répondu à la recommandation du KCE d'introduire l'utilisation des PROMs et des PREMs dans ce type de services [20], et s'est alignée sur les recommandations et pratiques récentes en matière de suivi systématique des résultats, comme cela a été mis en place, par exemple, dans les centres de traitement des TUS aux Pays-Bas [45]. Nos résultats montrent que la mise en œuvre des PROMs et PREMs est faisable, mais nécessite un soutien logistique et un encadrement importants (dans ce cas-ci, 2,5 équivalents temps plein et un système de collecte de données dédié), ainsi que des objectifs clairs. Leur implémentation peut néanmoins être entravée par des obstacles pratiques et organisationnels, comme l'illustre la participation limitée des services en région francophone, le recrutement lent, une représentation disproportionnée des services

ambulatoires et un taux élevé d'attrition. Les résultats longitudinaux démontrent l'efficacité du traitement résidentiel pour initier et maintenir le processus de rétablissement et pour améliorer la qualité de vie ainsi que la santé physique et mentale des participants. Les expériences déclarées par les patients sont généralement positives chez ceux qui restent en traitement et dans l'étude, mais plusieurs questions subsistent concernant les personnes non incluses ou non retenues. Les données qualitatives issues des entretiens approfondis soulignent le rôle que le traitement peut jouer dans le parcours de rétablissement des individus, notamment en matière de reconnexion sociale, de stabilisation, de gestion de la consommation de substances et d'ouverture vers des perspectives d'avenir réalistes. Enfin, l'étude de faisabilité concernant la mise en œuvre systématique des PROMs et PREMs a identifié plusieurs obstacles à leur intégration dans la pratique clinique quotidienne, ainsi que des conditions préalables et des facteurs facilitateurs pour leur utilisation régulière afin d'améliorer la qualité des soins.

VII. RECOMMANDATIONS ISSUES DE L'ÉTUDE OMER-BE

7.1 Recommandations générales

L'implémentation des PROMs et PREMs s'inscrit pleinement dans l'établissement de systèmes de soins orientés vers le rétablissement (ROSC – Recovery-Oriented Systems of Care) [46]. Comme le soulignent Day et al. [47], le rétablissement est un processus multidimensionnel et de longue durée qui va bien au-delà d'un seul épisode de traitement. Il nécessite des structures de soutien continues qui favorisent la croissance personnelle, la réinsertion sociale, ainsi que le développement et l'accès au capital de rétablissement. Un principe fondamental du soutien orienté vers le rétablissement est la continuité des soins. Dans cette optique, les meilleures pratiques internationales montrent que les ROSC doivent dépasser les frontières institutionnelles et intégrer activement des services de soutien par les pairs (comme les groupes AA), des programmes d'emploi et de logement, ainsi qu'un suivi du rétablissement à long terme [47]. De ce point de vue, le suivi des résultats ne devrait pas se limiter aux paramètres cliniques (tels que les PROMs), mais aussi inclure des domaines plus larges comme la stabilité du logement, la sécurité financière, l'emploi et la participation sociale, qui sont des déterminants essentiels d'un rétablissement durable [35]. En outre, une approche proactive de l'identification et du suivi des personnes à risque de décrochage, en particulier dans les services ambulatoires, est cruciale pour réduire les abandons précoces et adapter les interventions en temps opportun. Toutefois, la collaboration entre les services spécialisés en traitement des TUS et les systèmes de soutien général reste limitée en Belgique [48, 49]. Sans une approche globale et centrée sur la personne du rétablissement (cf. ROSC), l'implémentation des PROMs et PREMs risque de devenir un exercice administratif isolé, plutôt qu'un outil significatif pour améliorer la qualité des soins et autonomiser les individus dans leur parcours de rétablissement.

Par ailleurs, l'utilisation d'indicateurs subjectifs tels que les PROMs et les PREMs s'inscrit dans un changement plus large du paysage scientifique et des soins de santé, dans lequel les connaissances scientifiques, l'expertise professionnelle et l'expérience vécue sont de plus en plus reconnues comme des piliers également valables de la preuve. Alors que les modèles de soins traditionnels s'appuyaient principalement sur la recherche clinique et académique, une reconnaissance internationale croissante souligne que les perspectives et expériences des usagers de soin sont essentielles pour fournir un soutien plus efficace et véritablement centré sur la personne. L'application des PROMs et PREMs s'inscrit pleinement dans cette évolution, car elle place la voix des usagers au cœur de l'évaluation et

de l'amélioration des soins. Il ne s'agit donc pas uniquement de collecter des données sur les résultats et expériences, mais bien de façonner activement les pratiques de soutien et d'informer les politiques. En ce sens, la mise en œuvre des PROMs et PREM s ne constitue pas seulement une innovation méthodologique, mais peut contribuer à une réorientation fondamentale des soins, dans laquelle l'expertise des personnes ayant une expérience vécue n'est plus considérée comme secondaire, mais bien comme un élément essentiel d'un soutien de qualité, axé sur le rétablissement [35, 50].

Au niveau clinique, l'étude OMER-BE démontre le potentiel significatif des PROMs et PREM s pour renforcer les pratiques de traitement, adapter certains éléments en fonction des expériences rapportées par les usagers et encourager la prise de décision partagée. Dans des pratiques de soutien au rétablissement de routine, les PROMs et/ou PREM s ne devraient pas être uniquement considérés comme des instruments de collecte de données, mais comme des outils dynamiques soutenant la planification de soins centrés sur la personne. Leur valeur réside dans leur capacité à permettre aux prestataires de soins de suivre les progrès du traitement et du rétablissement, en facilitant des échanges structurés autour des objectifs de rétablissement personnel et des prochaines étapes du traitement. Les PROMs et PREM s peuvent jouer un rôle précieux à des moments clés du parcours de soins, tels que les évaluations initiales (intake) ou les transitions entre phases ou types de soutien.

L'outil de l'ICHOM s'est révélé être une base solide pour une évaluation standardisée des résultats, tandis que le PREM AT-NL fournit des informations uniques sur les expériences de traitement. Toutefois, certaines adaptations sont nécessaires pour améliorer la praticabilité de ces instruments. Étant donné que le PREM AT [41] a été initialement conçu pour les structures résidentielles, des ajustements sont nécessaires pour garantir sa pertinence dans divers contextes de soins. Les PROMs devraient, conformément aux enseignements issus de la recherche sur le rétablissement, intégrer des mesures axées sur les activités significatives et l'intégration sociale ou l'isolement des individus. Un défi spécifique mis en évidence par l'étude OMER-BE concerne l'application des PROMs et PREM s dans les services ambulatoires, qui nécessitent des approches plus flexibles et moins exigeantes en main-d'œuvre. Une version abrégée du PREM AT-NL [29] — comprenant moins de 30 items — rendrait l'implémentation plus réalisable en routine, notamment en soins ambulatoires. Par ailleurs, plusieurs considérations pratiques doivent être prises en compte pour garantir l'accessibilité et la fiabilité de la collecte des données. La fracture numérique constitue un obstacle pour certains usagers, ce qui impose de proposer des formats alternatifs afin d'assurer un accès équitable. Dans le même temps, les solutions numériques, comme des questionnaires adaptés aux smartphones et la collecte de données à distance, devraient être exploitées pour atteindre les usagers qui fréquentent moins régulièrement les services de traitement. En ce qui concerne le moment d'administration des questionnaires, notre étude souligne l'importance de caler les évaluations sur les trajectoires de rétablissement des usagers. Les incohérences entre les périodes de référence des différents questionnaires devraient être harmonisées afin d'améliorer la fiabilité et la validité du suivi longitudinal. L'élargissement de la période d'évaluation de base au-delà des trois semaines appliquées dans cette étude, combiné à une focalisation plus restreinte des PROMs dans les soins ambulatoires, pourrait contribuer à atténuer les faibles taux de participation observés dans ces centres, les prestataires préférant souvent consacrer les premiers entretiens à la construction d'une relation de confiance, perçue comme difficilement conciliable avec l'utilisation (d'un ensemble complet) d'outils et instruments standardisés.

D'un point de vue international, les services en matière d'alcool et de drogues en Belgique – malgré un retard historique et l'absence d'une culture de suivi systématique – pourraient tirer profit d'un alignement de leurs pratiques de mesure des résultats sur des initiatives mondiales telles que le Standard Set for Addictions de l'ICHOM [24]. L'adoption d'outils validés à l'échelle internationale permettrait non seulement de renforcer la robustesse de la collecte de données, mais également de faciliter les comparaisons internationales susceptibles d'informer des améliorations de la qualité des services et de favoriser une meilleure participation et des taux de rétention plus élevés dans les traitements des TUS. Des études collaboratives avec des pays disposant de systèmes plus avancés de mesure des PROMs/PREMs – comme les Pays-Bas, le Royaume-Uni ou l'Australie – pourraient offrir des perspectives précieuses pour optimiser les stratégies et pratiques d'implémentation. L'étude OMER-BE suggère également que même des mesures de résultats/expériences limitées dans le temps, si elles sont correctement mises en œuvre, constituent une approche prometteuse pour améliorer la qualité des services de traitement des TUS et développer un accompagnement du rétablissement davantage centré sur la personne.

Enfin, la mise en œuvre des PROMs et des PREMs doit s'inscrire dans une culture plus large d'apprentissage continu et d'amélioration de la qualité, si l'on souhaite que ces outils remplissent pleinement leur rôle [24]. Plutôt que d'être considérés comme des exigences administratives ou réglementaires, les PROMs et PREMs doivent être envisagés comme des instruments utiles pour favoriser un engagement significatif entre les prestataires de soins et les usagers. L'établissement d'un cadre national coordonné pour le suivi de routine, l'intégration des PROMs et des PREMs dans les systèmes de données existants, et l'alignement de la collecte de données avec les réalités de la pratique clinique sont des étapes essentielles pour ancrer ces mesures dans les structures et les routines quotidiennes des services de traitement des TUS. En définitive, l'étude OMER-BE fournit des preuves convaincantes selon lesquelles la mesure systématique des résultats peut soutenir le processus de rétablissement, autonomiser les usagers, améliorer la prestation des soins et éclairer les politiques fondées sur des données probantes. Pour concrétiser des systèmes de soins axés sur le rétablissement en Belgique, une meilleure coordination et intégration des services de soutien au rétablissement est nécessaire (incluant le soutien par les pairs, le soutien informel, mais aussi les logements de rétablissement et le soutien à l'emploi ou à la réinsertion professionnelle), ainsi qu'une stratégie coordonnée et intersectorielle intégrant des approches centrées sur la personne, fondées sur les connaissances, et alignées sur les standards internationaux pour suivre l'évolution du rétablissement des individus.

Afin de promouvoir l'implémentation de l'évaluation via les PROMs et PREMs dans les services de traitement des TUS (et autres secteurs) en Belgique, nous avons formulé plusieurs recommandations politiques et pratiques aux niveaux macro, méso et micro, basées sur l'étude OMER-BE.

7.2. Recommandations au niveau macro (politiques nationales et régionales)

1. Allouer des ressources spécifiques à la mise en œuvre des PROMs et PREMs

L'étude OMER-BE a mis en évidence que l'implémentation des PROMs et PREMs dans les services de traitement des TUS est un processus exigeant en termes de main-d'œuvre et de ressources. Pour assurer une intégration réussie et durable de ces outils, un financement dédié doit être alloué afin de soutenir des composantes essentielles telles que l'infrastructure numérique et l'élaboration de

protocoles d'évaluation standardisés. Par exemple, un investissement dans l'infrastructure nécessaire à l'intégration des PROMs et PREMs dans des systèmes existants tels que le Treatment Demand Indicator (TDI) permettrait de faire de la mesure des résultats une composante routinière des soins, plutôt qu'une charge administrative supplémentaire. De plus, des programmes de formation continue devraient être mis en place afin d'équiper le personnel des compétences nécessaires pour administrer, interpréter et utiliser efficacement les PROMs et PREMs dans la pratique clinique. En l'absence de ressources suffisantes, l'implémentation de ces outils risque d'être inégale, ce qui pourrait affecter la fiabilité des données recueillies et limiter leur potentiel à orienter l'amélioration des services.

2. Développer une infrastructure adaptée pour une collecte de données fluide

Il est essentiel de développer un système facile à utiliser et adaptable pour l'administration et le stockage des données relatives aux PROMs et PREMs, afin de réduire la charge tant pour le personnel que pour les usagers. L'étude OMER-BE a mis en lumière le double rôle de la technologie : bien que les outils numériques puissent simplifier la mise en œuvre et améliorer la précision des données, ils peuvent également engendrer certaines difficultés, telles que des problèmes d'utilisation, amenant certains prestataires et usagers à privilégier les méthodes papier. Pour remédier à ces limitations, il est nécessaire de perfectionner l'infrastructure digitale afin de garantir un équilibre entre accessibilité et performance. Les solutions numériques doivent s'intégrer de manière fluide aux systèmes existants (propres à chaque organisation), afin de rationaliser les processus de travail, réduire les redondances et renforcer l'efficacité de la gestion des données. Elles doivent également proposer un stockage sécurisé, une analyse automatisée et des mécanismes de retour d'information en temps réel pour soutenir la prise de décision clinique. Par ailleurs, des stratégies doivent être mises en place pour combler la fracture digital, en veillant à ce que les solutions technologiques soient inclusives et adaptées aux spécificités culturelles et organisationnelles des différents services de traitement. Cela implique de proposer des formats alternatifs, tels que des versions papier, pour les personnes ayant des compétences numériques limitées ou préférant des supports non numériques. En mettant l'accent sur la convivialité et la praticité, cette infrastructure pourrait faciliter la mise en œuvre systématique des mesures de résultats sans complexifier inutilement la prestation de soins.

3. Établir un cadre national pour l'implémentation (en routine) des PROMs et PREMs

Un cadre politique national complet devrait être élaboré afin d'intégrer l'utilisation systématique des PROMs et PREMs dans les services de traitement des TUS. Ce cadre doit définir explicitement son objectif principal : améliorer la qualité des soins en favorisant une meilleure compréhension des besoins des usagers de soin et en évaluant l'impact réel des traitements. En intégrant les PROMs et PREMs dans la pratique de routine, ce cadre ne doit pas se limiter à un outil technique, mais devenir un levier pour des soins plus efficaces, équitables et centrés sur la personne. L'un des objectifs clés est d'améliorer la transparence et la comparabilité des données de résultats, tout en conservant un fort accent sur l'amélioration continue de la qualité des services. Pour atteindre cet objectif, il est nécessaire de trouver un équilibre entre standardisation et flexibilité, en veillant à ce que les PROMs et PREMs soient à la fois rigoureux sur le plan méthodologique et applicables dans une grande diversité de contextes de traitement. En outre, ce cadre doit être conçu de manière à s'intégrer aisément aux pratiques de routine déjà en place, en minimisant la charge administrative pour les prestataires de soins. À cet égard, sur la base des conclusions de l'étude OMER-BE, il est nécessaire de développer un guide d'implémentation de l'usage des mesures auto-rapportées dans les services de

traitement des TUS en Belgique, de proposer des modules de formation, et de créer des réseaux d'apprentissage pérennes entre professionnels. En intégrant les PROMs et PREMs dans les routines cliniques quotidiennes, un cadre national peut promouvoir une culture d'amélioration continue de la qualité tout en fournissant aux décideurs des données solides pour renforcer l'efficacité et l'accessibilité des services de traitement des TUS [49].

7.3. Recommandations au niveau méso (organisations et services)

1. Renforcer les compétences du personnel pour l'utilisation systématique des PROMs et PREMs

La mise en œuvre efficace des PROMs et PREMs dans les services de traitement des TUS repose sur les compétences, l'implication et le soutien des intervenants de première ligne et de leurs encadrants. L'étude OMER-BE a révélé une hétérogénéité en termes de motivation, de confiance et de familiarité avec ces outils, soulignant la nécessité de mettre en place des actions ciblées de renforcement des capacités. Pour combler ces lacunes et favoriser la confiance et la collaboration entre prestataires, les programmes de formation devraient se concentrer sur l'application concrète des PROMs et PREMs, leur rôle dans l'amélioration des soins, et les stratégies d'intégration de ces outils dans les routines quotidiennes. Un accompagnement pratique et continu est essentiel pour garantir que le personnel se sente compétent et outillé pour utiliser ces outils de manière efficace. Au-delà des formations et des guides pratiques, il est crucial d'impliquer activement les prestataires et les usagers dans le développement, l'adaptation et la mise en œuvre des PROMs et PREMs. L'adaptation de ces outils aux réalités spécifiques des différents contextes de soins permettrait d'en renforcer la pertinence et de stimuler l'adhésion du personnel. En outre, la création d'un réseau d'apprentissage entre services et praticiens utilisant ces outils permettrait de faciliter les échanges de connaissances, le partage de bonnes pratiques, et d'encourager une dynamique d'amélioration continue.

2. Utiliser les données issues des PROMs et PREMs pour l'amélioration continue de la qualité et des soins centrés sur la personne

Les données recueillies via les évaluations PROM et PREM doivent être activement exploitées pour améliorer la qualité des soins, soutenir une approche de traitement personnalisée et renforcer la responsabilité des services de traitement des TUS. En analysant systématiquement les données issues des PROMs et PREMs, les prestataires peuvent suivre la qualité des soins, adapter les interventions aux besoins rapportés par les usagers et garantir une démarche fondée sur les données probantes. L'étude OMER-BE a mis en évidence le potentiel de ces outils pour identifier les tendances émergentes, évaluer l'efficacité des traitements et guider la planification de soins individualisés et centrés sur la personne. Pour tirer pleinement parti de ces avantages, les organisations doivent mettre en place des processus réguliers de révision intégrant les données de résultats dans la prise de décision clinique et les initiatives d'amélioration continue. Intégrer les PROMs et PREMs aux efforts d'amélioration de la qualité permettra non seulement de renforcer l'efficacité des services, mais également de promouvoir une culture d'apprentissage continu et d'adaptation au sein des services de traitement des TUS.

3. Renforcer les stratégies de recrutement et de rétention des participants

Afin d'assurer la validité et la représentativité des résultats, les futures démarches de mise en œuvre de la mesure des résultats par PROMs et PREMs doivent adopter des stratégies adaptées pour améliorer le recrutement et la rétention des participants, en particulier dans les structures

ambulatoires. L'étude OMER-BE a identifié plusieurs défis, notamment les longues listes d'attente, les faibles taux de rotation et les contacts peu fréquents entre les usagers et les prestataires en ambulatoire, limitant ainsi la participation à l'étude et la collecte des données. Pour surmonter ces obstacles, les délais de recrutement doivent être assouplis, par exemple en prolongeant la fenêtre de collecte des données de référence au-delà de trois semaines, afin de mieux s'adapter aux réalités des soins ambulatoires. Par ailleurs, l'utilisation de moyens d'engagement alternatifs, notamment via des plateformes numériques sécurisées, doit être envisagée pour réduire la dépendance aux interactions en présentiel et faciliter une collecte de données plus fluide. Le recours à des outils en ligne pour compléter les enquêtes à distance, envoyer des rappels et assurer le suivi peut favoriser l'implication des usagers tout en minimisant les perturbations de leurs parcours de soins.

4. Standardiser les outils de mesure des résultats entre services

Les organisations doivent adopter des outils validés afin d'assurer la qualité et la cohérence des données relatives aux résultats et aux expériences des usagers à travers les services de traitement des TUS. L'étude OMER-BE a démontré la faisabilité et la valeur d'un outil adapté sur base du Standard Set de l'ICHOM [24] et du PREMAT [41], confirmant leur pertinence pour un usage de routine dans la mesure des résultats. Toutefois, bien que la standardisation soit essentielle pour permettre la comparabilité entre contextes, l'étude a également souligné la nécessité de flexibilité et d'évaluation ciblée. Les outils de mesure des résultats doivent pouvoir intégrer des instruments d'évaluation supplémentaires ou des éléments spécifiques aux services afin d'assurer leur pertinence dans des contextes variés. En adoptant un ensemble d'outils structuré mais adaptable, les organisations peuvent optimiser la mise en œuvre des PROMs et PREMs, garantissant ainsi que la collecte de données soit à la fois fiable et utile à l'amélioration des services. Ce kit d'outils doit également être intégré dans une démarche globale d'amélioration continue de la qualité à l'échelle de l'institution, impliquant tous les membres du personnel et allant au-delà d'une simple collecte de données.

7.4. Recommandations au niveau micro (pratique clinique et interactions entre prestataires et usagers de soins)

1. Intégrer les évaluations PROM et PREM à la pratique clinique et à la continuité des soins

Intégrer les PROMs et PREMs aux soins de routine lors de moments clés – comme les évaluations initiales et les transitions dans le parcours de soins – permet aux cliniciens d'obtenir des informations en temps réel sur l'évolution des usagers de soins, ce qui leur permet d'ajuster le traitement et de répondre efficacement aux besoins émergents. Cette utilisation régulière des outils de mesure des résultats s'aligne avec les principes de soins centrés sur la personne et peut soutenir activement le processus de rétablissement. En outre, les données issues des PROMs et PREMs peuvent jouer un rôle crucial dans la continuité des soins en identifiant les usagers à risque d'abandon ou de rechute. En reliant ces données aux transitions de traitement – comme le passage d'un cadre résidentiel à un suivi ambulatoire – les cliniciens peuvent anticiper les défis potentiels et proposer des interventions ciblées et en temps opportun. Cette approche intégrée garantit que les usagers bénéficient d'un accompagnement cohérent et efficace tout au long de leur parcours de rétablissement, favorisant ainsi l'engagement à long terme et de meilleurs résultats cliniques.

2. Favoriser l'autonomie des usagers et la prise de décision partagée

L'utilisation des PROMs et PREMs représente une opportunité précieuse pour autonomiser les usagers en les impliquant dans la (co-)construction de leur trajectoire de soins. Ces outils offrent une manière structurée d'intégrer les retours des usagers dans la planification des soins et l'évaluation des progrès, renforçant ainsi leur sentiment d'appropriation et les incitant à s'engager activement dans leur parcours de rétablissement. Cette démarche s'inscrit pleinement dans les principes des pratiques de soutien au rétablissement, en mettant l'accent sur l'autonomie des usagers, des soins centrés sur la personne et la prise de décision partagée. Une telle approche améliore non seulement l'expérience de traitement dans son ensemble, mais renforce également les bases du rétablissement durable et du bien-être à long terme [47].

3. Adapter les outils pour garantir leur accessibilité à tous les usagers

L'étude OMER-BE souligne la nécessité de rendre les PROMs et PREMs accessibles à tous les usagers, indépendamment de leur langue, de leur niveau d'alphabétisation ou de leur origine culturelle. Cela implique la traduction des outils en français et en néerlandais, ainsi que leur simplification pour tenir compte des différents niveaux de littératie en santé. En garantissant l'inclusivité, les prestataires de soins peuvent recueillir des données plus précises et représentatives.

VIII. RÉFÉRENCES

1. Vanderplasschen W, Sinclair DL, De Maeyer J. General Introduction: Addiction, Recovery and Quality of Life: Introducing and Disentangling the Core Constructs in This Handbook. In Handbook of Addiction, Recovery and Quality of Life: Cross-cutting Perspectives from Around the Globe 2025 Jan 26 (pp. 1-11). Cham: Springer Nature Switzerland.
2. Deak JD, Johnson EC. Genetics of substance use disorders: a review. *Psychol Med.* 2021;51(13):2189-2200.
3. Dennis M, Scott CK. Managing addiction as a chronic condition. *Addict Sci Clin Pract.* 2007;4(1):45-55.
4. Kelly JF, Greene MC, Bergman BG, White WL, Hoepfner BB. How many recovery attempts does it take to successfully resolve an alcohol or drug problem? Estimates and correlates from a national study of recovering U.S. adults. *Alcohol Clin Exp Res.* 2019;43(7):1533-1544.
5. McKay JR, Hiller-Sturmhofel S. Treating alcoholism as a chronic disease: approaches to long-term continuing care. *Alcohol Res Health.* 2011;33(4):356-370.
6. Castelpietra G, Knudsen AKS, Agardh EE, Armocida B, Beghi M, Iburg KM, et al. The burden of mental disorders, substance use disorders and self-harm among young people in Europe, 1990-2019: findings from the global burden of disease study 2019. *Lancet Reg Health Eur.* 2022;16:100341.
7. Degenhardt L, Charlson F, Ferrari A, Santomauro D, Erskine H, Mantilla-Herrera A, et al. The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the global burden of disease study 2016. *Lancet Psychiatry.* 2018;5(12):987-1012.
8. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the global burden of disease study 2010. *Lancet.* 2013;382(9904):1575-1586.
9. World Health Organization. Alcohol. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol> [accessed 2022-05-09]
10. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2022 National Survey on Drug Use and Health (HHS Publication No. PEP23-07-01-006, NSDUH Series H-58). Rockville: Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. 2023
11. American Society of Addiction Medicine (ASAM). What is the Definition of Addiction? 2019; Retrieved on <https://www.asam.org/quality-care/definition-of-addiction>
12. Ruiz FJ, Warner NS, Acampora G, Coleman JR, Kohan L. Substance use disorders: basic overview for the anesthesiologist. *Anesthesia & Analgesia.* 2023 Sep 1;137(3):508-20.
13. UNODC; World Drug Report 2023. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime. 2023
14. WHO (2018). Global Status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2019 Feb 14
15. Beaulieu M, Tremblay J, Baudry C, Pearson J, Bertrand K. A systematic review and meta-analysis of the efficacy of the long-term treatment and support of substance use disorders. *Social Science & Medicine.* 2021 Sep 1;285:114289.
16. Hubbard RL, Craddock SG, Anderson J. Overview of 5-year followup outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS). *Journal of substance abuse treatment.* 2003 Oct 1;25(3):125-34.
17. Miller WR, Wilbourne PL. Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction.* 2002 Mar;97(3):265-77.
18. Johannessen DA, Nordfjærn T, Geirdal AØ. Change in psychosocial factors connected to coping after inpatient treatment for substance use disorder: a systematic review. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy.* 2019 Dec;14:1-5.

19. Vanderplasschen W, Rapp RC, De Maeyer J, Van Den Noortgate W. A meta-analysis of the efficacy of case management for substance use disorders: A recovery perspective. *Frontiers in psychiatry*. 2019 Apr 16;10:186..
20. Desomer A, Van den Heede K, Triemstra Mattanja T, Paget J, De Boer D, Kohn L, Cleemput I. Use of patient-reported outcome and experience measures in patient care and policy.
21. Migchels C, Zerrouk A, Crunelle CL, Matthys F, Gremeaux L, Fernandez K, Antoine J, van den Brink W, Vanderplasschen W. Patient Reported Outcome and Experience Measures (PROMs and PREMs) in substance use disorder treatment services: A scoping review. *Drug and Alcohol Dependence*. 2023 Dec 1;253:111017.
22. Clarke DE, Ibrahim A, Doty B, Patel S, Gibson D, Pagano A, Thompson L, Goldstein AB, Vocci F, Schwartz RP. Addiction Medicine practice-based research Network (AMNet): Assessment tools and quality measures. *Substance Abuse and Rehabilitation*. 2021 Jun 25:27-39.
23. Davis EL, Kelly PJ, Deane FP, Baker AL, Buckingham M, Degan T, Adams S. The relationship between patient-centered care and outcomes in specialist drug and alcohol treatment: A systematic literature review. *Substance abuse*. 2020 Apr;41(2):216-31.
24. ICHOM Addiction, June 2020, available at: <https://www.ichom.org/portfolio/addiction/>. Accessed on 7 Sep 2023.
25. Kelly JF, Mee-Lee D. Quality, accountability, and effectiveness in addiction treatment: The Measurement-Based Practice Model. In *The Assessment and Treatment of Addiction 2019* Jan 1 (pp. 207-217). Elsevier..
26. Myers B, Govender R, Koch JR, Manderscheid R, Johnson K, Parry CD. Development and psychometric validation of a novel patient survey to assess perceived quality of substance abuse treatment in South Africa. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*. 2015 Dec;10:1-5.
27. Trujols J, Portella MJ, Iraurgi I, Campins MJ, Siñol N, Cobos JP. Patient-reported outcome measures: are they patient-generated, patient-centred or patient-valued?. *Journal of mental health*. 2013 Dec 1;22(6):555-62.
28. Migchels C, Brink WV, Zerrouk A, Matthys FI, De Ruyscher C, Debeer D, Vanderplasschen W, Crunelle CL. Psychometric Evaluation of the Dutch version of the Substance Use Recovery Evaluator (SURE-NL). *European Addiction Research*. 2024 Nov 8:1-9.
29. Migchels C, van den Brink W, Zerrouk A, Matthys F, De Ruyscher C, Vanderplasschen W, Crunelle CL. Psychometric evaluation of the Dutch version of the patient-reported experience measure for addiction treatment (PREMAT-NL). *Drug and Alcohol Review*. 2024 Nov;43(7):2021-34.
30. Zerrouk, A, Migchels, C, De Ruyscher, C, Fernandez, K, Antoine, J, De Meyer, F, Matthys, F, van den Brink, W, Crunelle, CL, Vanderplasschen, W. Measuring Patient-Reported Outcome Measures and Patient-Reported Experience Measures in Addiction Treatment Services in Belgium: Evaluation and Feasibility Study. *JMIR Formative Research*: 2025. 9, e65686, 6.
31. White WL. Recovery orientation in addiction counseling: A brief history. *Counselor*. 2013;14(6):12-6.
32. Dekkers A, Bellaert L, Meulewaeter F, De Ruyscher C, Vanderplasschen W. Exploring essential components of addiction recovery: a qualitative study across assisted and unassisted recovery pathways. *Drugs: Education, Prevention and Policy*. 2021 Sep 3;28(5):486-95.
33. Martinelli TF, Nagelhout GE, Bellaert L, Best D, Vanderplasschen W, van de Mheen D. Comparing three stages of addiction recovery: Long-term recovery and its relation to housing problems, crime, occupation situation, and substance use. *Drugs: education, prevention and policy*. 2020 Sep 2;27(5):387-96.
34. Vanderplasschen W, Vander Laenen F. Naar een herstelondersteunende verslavingszorg: praktijk en beleid. *Acco*; 2017.
35. Chantry M, Magerman J, Fernandez K, De Ruyscher C, Sinclair DL, Goethals I, Antoine J, De Maeyer J, Gremeaux L, Vander Laenen F†, Vanderplasschen W, Delespaul P, Nicaise P. Substance use and mental health care integration (SUMHIT): a study of service networks in mental health and

- substance use disorders in Belgium, their accessibility, and users' needs. Final Report. Brussels: Belgian Science Policy Office. 2023.
36. de Graaf R, van Dorsselaer S, Tuithof M, ten Have M. Sociodemographic and psychiatric predictors of attrition in a prospective psychiatric epidemiological study among the general population. Result of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *Comprehensive psychiatry*. 2013 Nov 1;54(8):1131-9.
 37. Katsuno N, Li PZ, Bourbeau J, Aaron S, Maltais F, Hernandez P, Chapman KR, Walker B, Marciniuk DD, O'Donnell DD, Sin DD. Factors associated with attrition in a longitudinal cohort of older adults in the community. *Chronic Obstructive Pulmonary Diseases: Journal of the COPD Foundation*. 2023 Apr 27;10(2):178.
 38. Myers B, van der Westhuizen C, Pool M, Hornsby N, Sorsdahl KR. Responding to COVID-19 threats to trial conduct: lessons learned from a feasibility trial of a psychological intervention for South African adolescents. *Trials*. 2021 Dec;22:1-9.
 39. Zhai Y. A call for addressing barriers to telemedicine: health disparities during the COVID-19 pandemic. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2020 Dec 15;90(1):64-6.
 40. Neale J, Vitoratou S, Finch E, Lennon P, Mitcheson L, Panebianco D, Rose D, Strang J, Wykes T, Marsden J. Development and validation of 'SURE': A patient reported outcome measure (PROM) for recovery from drug and alcohol dependence. *Drug and alcohol dependence*. 2016 Aug 1;165:159-67.
 41. Kelly PJ, Hatton EL, Hinsley K, Davis E, Larance B. Preliminary psychometric evaluation of the patient reported experience measure for addiction treatment (PREMAT). *Addictive Behaviors*. 2021 Dec 1;123:107048.
 42. Coulter A, Locock L, Ziebland S, Calabrese J. Collecting data on patient experience is not enough: they must be used to improve care. *Bmj*. 2014 Mar 27;348.
 43. Myers B, Williams PP, Govender R, Manderscheid R, Koch JR. A mixed-methods evaluation of the implementation of a performance measurement system for South Africa's substance use treatment services. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, Supplement*. 2019 Jan(s18):131-8.
 44. Kendrick T, El-Gohary M, Stuart B, Gilbody S, Churchill R, Aiken L, Bhattacharya A, Gimson A, Bruett AL, de Jong K, Moore M. Routine use of patient reported outcome measures (PROMs) for improving treatment of common mental health disorders in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016(7).
 45. Oudejans SC, Schippers GM, Spits ME, Stollenga M, van den Brink W. Vijf jaar 'routine outcome management' in de ambulante verslavingszorg. *Tijdschrift voor psychiatrie*. 2012 Feb 2(2018/2018):185-90.
 46. Ashford RD, Brown A, Brown T, Callis J, Cleveland HH, Eisenhart E, Groover H, Hayes N, Johnston T, Kimball T, Manteuffel B. Defining and operationalizing the phenomena of recovery: a working definition from the recovery science research collaborative. *Addiction Research & Theory*. 2019 May 4;27(3):179-88.
 47. Day E, Pechey LC, Roscoe S, Kelly JF. Recovery support services as part of the continuum of care for alcohol or drug use disorders. *Addiction*. 2025 Jan 28.
 48. Vanderplasschen W, De Meyer F, De Ruysscher C. Commentary on Day et al.: From concept to practice-Challenges in building a continuum of recovery support services in Belgium. *Addiction*. 2025.
 49. De Ruysscher C, Magerman J, Goethals I, Chantry M, Sinclair DL, Delespaul P, De Maeyer J, Nicaise P, Vanderplasschen W. Islands in the stream: a qualitative study on the accessibility of mental health care for persons with substance use disorders in Belgium. *Frontiers in Psychiatry*. 2024 Jul 12;15:1344020.

50.Sinclair DL, Chantry M, De Ruyscher C, Magerman J, Nicaise P, Vanderplasschen W. Recovery-supportive interventions for people with substance use disorders: a scoping review. *Frontiers in psychiatry*. 2024 Mar 21;15:1352818.