

## Drug treatment demand data

Influence on policy and practice

## Demandes de traitement des consommateurs de drogues

Influence sur les politiques et les pratiques

Hamish Sinclair



Council of Europe Publishing  
Editions du Conseil de l'Europe

**Drug treatment demand data:  
influence on policy and practice**

**Demandes de traitement des consommateurs  
de drogues: influence sur les politiques  
et les pratiques**

Hamish Sinclair

*The opinions expressed in this publication are those of the author and do not necessarily reflect those of the Council of Europe.*

All rights reserved. No part of this publication may be translated, reproduced or transmitted, in any form or by any means, electronic (CD-Rom, Internet, etc.) or mechanical, including photocopying, recording or any information storage or retrieval system, without prior permission in writing from the Public Information and Publication Division, Directorate of Communication (F-67075 Strasbourg Cedex or [publishing@coe.int](mailto:publishing@coe.int)).

*Les vues exprimées dans cet ouvrage sont de la responsabilité de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement la ligne officielle du Conseil de l'Europe.*

Tous droits réservés. Aucun extrait de cette publication ne peut être traduit, reproduit ou transmis, sous quelque forme et par quelque moyen que ce soit – électronique (CD-Rom, internet, etc.), mécanique, photocopie, enregistrement ou de toute autre manière – sans l'autorisation préalable écrite de la Division de l'information publique et des publications, Direction de la communication (F-67075 Strasbourg Cedex ou [publishing@coe.int](mailto:publishing@coe.int)).

Cover design: Graphic Design Workshop, Council of Europe  
Cover drawing by Sara Whomsley (15 years), Strasbourg, 2006

Couverture réalisée par l'Atelier de création graphique du Conseil de l'Europe  
Illustration couverture réalisée par Sara Whomsley (15 ans),  
Strasbourg, 2006

Council of Europe Publishing  
Editions du Conseil de l'Europe  
F-67075 Strasbourg Cedex  
<http://book.coe.int>

ISBN-10: 92-871-6086-4

ISBN-13: 978-92-871-6086-7

© Council of Europe, December 2006/décembre 2006

Printed at the Council of Europe

Imprimé dans les ateliers du Conseil de l'Europe

**Drug treatment demand data:  
influence on policy and practice**

English version

5

**Demandes de traitement des consommateurs  
de drogues: influence sur les politiques  
et les pratiques**

Version française

59



# **Drug treatment demand data: influence on policy and practice**

**Hamish Sinclair (Ireland, Project co-ordinator)**

**With contribution from**

**Carlo Bertorello and Michela Rial (Italy) and Dušan Nolimal (Slovenia)**

## **Acknowledgements**

The author wishes to thank Carlo Bertorello and Michela Rial (Italy) and Dušan Nolimal (Slovenia) for taking the time to provide case studies for this report.

I would also like to thank Richard Muscat (Malta), Jacek Sekiewicz (Poland) and Florence Mabileau-Whomsley (Pompidou Group) for their helpful comments and words of encouragement.

I am most grateful to members of the Pompidou Group's Expert Committee on Research, the treatment demand experts of the former Expert Epidemiology Group of the Pompidou Group and the treatment demand experts in the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction's (EMCDDA) Reitox network for their feedback on the use of treatment demand data in their respective countries. I am also grateful to the Permanent Correspondents of the Pompidou Group who took part in the survey on the use of treatment demand data.

Lastly, I am especially grateful to Kathryn McGarry (Ireland) who carried out a systematic review of the literature for this project and to Jean Long (Ireland) for presenting the project at the EMCDDA's annual treatment demand expert meeting in Lisbon on 22 and 23 September 2004.

## Pompidou Group

The Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group) is an inter-governmental body formed in 1971. Since 1980 it has carried out its activities within the framework of the Council of Europe. Thirty five countries are now members of this European multidisciplinary forum which allows policy-makers, professionals and experts to exchange information and ideas on a whole range of drug misuse and trafficking problems. Its new mission adopted at the Ministerial Conference of Dublin in October 2003 is the promotion of dialogue and interaction between policy, practice and science with a special focus on the practical implementation of drug policies.

Through the setting up in 1982 of its group of experts in epidemiology of drug problems, the Pompidou Group was a precursor for the development of drug research and monitoring of drug problems in Europe. The multi-city study which aimed to assess, interpret and compare drug use trends in Europe is one of its major achievements. Other significant contributions include the piloting of a range of indicators and methodological approaches such as a methodology for school surveys which gave rise to the ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs),<sup>1</sup> treatment demand (Treatment Demand Indicator),<sup>2</sup> prevalence estimation (Estimating the Prevalence of Problem Drug Use in Europe” publication) and qualitative research. The most recent activity has been the holding of a conference in 2004 on linking research, policy and practice.

The present report has been commissioned by the Pompidou Group from Dr Hamish Sinclair, Head of the Drug Misuse Research Division at the Health Research Board in Ireland. The Pompidou Group has advocated the systematic and routine collection of information on clients entering treatment for problem drug use (treatment demand data) since the mid-1980s. In this publication authors Hamish Sinclair, Carlo Bertorello, Michela Rial and Dušan Nolimal, all members of the Pompidou Group’s Research Platform, attempt to answer the question of how treatment demand data have been used to help develop evidence-based drug policy and practice.

---

<sup>1</sup> initiated by the Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs and supported by the Pompidou Group

<sup>2</sup> See Pompidou Group list of documents and publications at the end of this publication





## Contents

Executive Summary .....	11
Introduction .....	13
Methodology .....	15
Results .....	17
Case study 1: The use of treatment demand data in the establishment of Local Drugs Task Forces in Dublin, Ireland. Hamish Sinclair .....	21
Case study 2: Use of treatment data in drug health policies in Italy. Carlo Bertorello and Michela Rial .....	25
Case study 3: Impact of treatment demand data on the availability and access to methadone substitution for injecting drug users: the Public Health perspective in Slovenia Dušan Nolimal .....	31
Conclusions .....	53
References .....	55
Appendix 1: Questionnaire to Permanent Correspondents .....	57
List of Pompidou Group documents and publications .....	117



## Executive Summary

This reports presents the results of a European project carried out between 2004 and 2006 under the title: 'The influence of treatment demand data on policy and practice'.

The Pompidou Group has advocated the systematic and routine collection of information of clients entering treatment for problem drug use (treatment demand data) since the mid-1980s. During the early 1990s the Pompidou Group developed and tested a standard set of core data to be collected on a routine basis from drug treatment centres, using comparable procedures and criteria. As a result of this early work, a treatment demand protocol was developed and implemented in many Western and Eastern European countries. The protocol and the experience gained through its application served as a starting point for the harmonisation of the treatment demand indicator in the EU.

In accordance with the mandate of the research field within Pompidou Group, which is to support the use of evidence in policy and practice, the following project was conceived. It follows on from the previous work of the Pompidou Group in the area of treatment demand and aims to build on this in order to address the issue of how treatment demand data has been used to help develop evidence-based policy and practice.

The project identified three case studies where treatment demand data have been used to help develop evidence-based policies and practices.

In Ireland, treatment demand data were used to identify the areas in Dublin city where the heroin problem was most acute. This lead to the establishment of new administrative structures (Local Drugs Task Forces) in these areas, designed to ensure strategic delivery of national drugs policy in a coherent, integrated and cost-effective manner.

In Italy, a survey of specialised public drug services, conducted by Bertorello and Rial, found that treatment data were largely used to fund services and define the number of professionals involved in providing such services. In addition, treatment data was also used to plan therapeutic and secondary prevention activities in more than half of the services surveyed.

In a case study from Slovenia, Noliml reviews how treatment demand data were used in the 1990s in the development of national drug policy, treatment law, treatment guidelines and the availability and accessibility to substitution treatment for injecting drug users.

Finally, in a survey of the Permanent Correspondents of the Pompidou Group, a majority (90%) of those who responded indicated that they received reports on the analysis of treatment demand data and that this information had been used to support the development of national or local drug policy in their country. In terms of specific policy relevant information obtained through treatment demand data, Permanent Correspondents wished to see more information on clients at the point of discharge from treatment, including information on retention in treatment and effectiveness of treatment.

## Introduction

The development of the treatment demand indicator by the Expert Epidemiology Group of the Pompidou Group provides one of the best examples of the successful work carried out by the group. The first multi-city study of drug misuse<sup>a</sup> carried out by the epidemiological experts of the Pompidou Group and published in 1987 identified first treatment demand as a ‘useful indicator of trends in drug misuse’.<sup>1</sup> First treatment demand refers to clients starting treatment who have never previously received treatment for a drug problem at any centre. The report of the first multi-city study acknowledged, however, that there was little comparability between cities in terms of definitions and data-collecting procedures.

As a result of the first multi-city study, a pilot study carried out in Dublin and London in 1989 developed and tested a standard set of core data to be collected on a routine basis from treatment centres, using comparable procedures and criteria.<sup>2</sup> The pilot study was subsequently extended to nine<sup>b</sup> other cities in 1991.<sup>3</sup> The objective of this extended study was to test the feasibility of implementing reporting systems for collecting comparable data on the profiles of clients with drug problems who contact treatment centres in different cities.<sup>4</sup> Another, longer term, objective was to lay the foundations for reporting systems that could continue to collate comparable data on a regular, routine basis. It was also acknowledged that while this was a city-level study, the cities could ‘also offer demonstration models for national treatment reporting systems’.<sup>4</sup> As a result of this developmental work, a ‘definitive protocol’ for drug treatment reporting systems was drafted in 1992<sup>5</sup> and finalised in 1994.<sup>6</sup>

In 1993, the Pompidou Group embarked on an ambitious six-year project on treatment demand that had the following aims: to improve data quality at city level; to improve data comparability at European level; to compile annual data and compare trends at European level, and to develop possibilities for comparative data analyses.<sup>7</sup> A total of six annual reports were produced by the project team, co-ordinated by Michael Stauffacher (Zurich).<sup>7-12</sup> For the first report, nine cities in eight countries provided data for 1992,<sup>8</sup> and for the last report, 23 cities<sup>c</sup> in 18 countries provided data for 1997.<sup>7</sup> Over the combined six-year period, a total of 31 cities in 23 countries provided data for one or more years, though some had to stop for various reasons. During the course of the project, the Pompidou Group’s

---

<sup>a</sup> Seven cities took part in the first multi-city of drug misuse: Amsterdam, Dublin, Hamburg, London, Paris and Stockholm.

<sup>b</sup> The nine cities, in addition to Dublin and London, were Amsterdam, Barcelona, Copenhagen, Geneva, Lisbon, Paris, Rome, Stockholm and Zurich.

<sup>c</sup> The 23 cities included the countries of Cyprus and Malta. For the purposes of Pompidou Group’s treatment demand projects both these countries are treated in the same way as cities.

protocol was implemented at city, as well as at national level, in a number of Western and Eastern European countries, while in other countries existing systems were adapted to become as comparable as possible with the Pompidou Group methodology.<sup>13</sup> Data quality and comparability improvements were observed.<sup>13</sup>

Besides the publication of six annual reports, presenting basic descriptive statistics, more detailed analyses were conducted and results were exchanged at annual project meetings. Three volumes of proceedings were produced which show interesting examples of this analyses.<sup>14-16</sup>

The Pompidou Group's treatment demand protocol and the experience gained through its applications served as a starting point for the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction's efforts towards harmonisation of the treatment demand indicator in the EU.<sup>17</sup>

During the Pompidou Group's 2001-2003 work programme, the focus of the Expert Epidemiology Group in the area of treatment demand changed from data collection to data analysis and interpretation. The follow-up project on treatment demand sought, through the use of more sophisticated analytical techniques, to better understand trends in the demand for treatment and thus provide more policy- and practice-relevant information.<sup>18</sup>

The work programme of the Pompidou Group for 2004-2006 represented a rather radical departure from its predecessors both in terms of focus and its main working methods.<sup>19</sup> The Expert Epidemiology Group were replaced by an 'Expert Committee on Research'. This committee became responsible for the work of the new Research Platform.<sup>d</sup> The main function of the Research Platform is to provide a forum for exchanging views and experiences in order to identify successful examples of how research can be used to develop effective, evidence-based drug policies and affect practice.<sup>20</sup>

Thus after developing a number of data collection and monitoring methodologies over the course of two decades, the Pompidou Group's work in the research area moved largely away from data collection and its analysis, to the analysis of the influence of research on policy and practice.

In accordance with the mandate of the research field within the Pompidou Group, which is to support the use of evidence in policy and practice, the following project was conceived. It follows on from the previous work of the Pompidou Group in the area of treatment demand and aims to build on this in

---

<sup>d</sup> Since 2004, the work of the Pompidou Group is structured around six platforms: prevention, treatment, criminal justice, research, ethics and airports.

order to address the issue of how treatment demand data has been used to help develop evidence-based policy and practice.

The project objectives were:

- To review how treatment demand data have been used to help influence policy formulation and practice development.
- To identify good examples (case studies) of where treatment demand data have been used to help develop evidence-based policies and practices.
- To develop a process whereby policy-makers, practitioners and researchers can make better use, in the future, of treatment demand data to help develop evidence-based policies and practices.

## **Methodology**

The working methods involved both a literature review and consultation with key experts. The key questions to be investigated were:

- Have treatment demand data been used in the past to help influence policy formulation and practice development?
- Is there documentary evidence to clearly establish the link between the use of treatment demand data and the subsequent formulation of policy and/or practice development?
- Based on the documentary evidence, can case studies be written up which clearly describe how treatment demand data were used and how they impacted on policy formulation and/or practice development?
- Can common themes be found in these case studies to inform the future use of treatment demand data to help develop evidence-based policies and practices?

Determining whether research findings have influence policy and/or practice is not easy. This project took a very pragmatic approach to the problem. In order to establish the link between the use of treatment demand data and a subsequent policy and/or practice decision, it was necessary to have documentary evidence to support the connection. For example, a policy recommendation had to be supported or based on the findings of treatment demand data and a reference to this effect had to be evident in the relevant policy document. A case study from Ireland was used to demonstrate this documentary link (see Irish case study in this report).



The project (including the case study) was first presented to the Expert Committee on Research at the 1<sup>st</sup> Research Platform meeting in Strasbourg on 7 April 2004. Follow-up presentations were made at the 2<sup>nd</sup> Research Platform meeting in Rome (24 November 2004), the 3<sup>rd</sup> meeting in Paris (9-10 November 2005) and the 4<sup>th</sup> meeting in Gdansk (6-7 April 2006). At each meeting, the project's rationale and methods were explained and participants were updated on progress and invited to take part. The project was also presented at the EMCDDA's annual treatment demand expert meeting in Lisbon on 22-23 September 2004.

The treatment demand experts of the former Expert Epidemiology Group of the Pompidou Group were also informed about the project by email and asked if treatment demand data have been used in their country to help influence policy formulation and practice development. If so, was there any documentary evidence to clearly establish the link between the use of treatment demand data and the subsequent formulation of policy and/or practice development?

With the assistance of the Secretariat of the Pompidou Group, a survey of the current Permanent Correspondents<sup>c</sup> was conducted. A short questionnaire was sent, via email, to the Permanent Correspondents of 29 countries to elicit their views on the use of treatment demand data in their country. See Appendix 1 for a copy of the questionnaire.

In addition to this consultation process, a systematic literature review was carried out to determine if the scientific literature contained any references to the use of treatment demand data in policy formulation and/or practice development. It was acknowledged at the very outset that this might prove difficult given that this documentary link, if available, was more likely to be contained in 'grey literature' or published Government reports, rather than in scientific publications. Nevertheless, it was felt that if it was possible to identify research publications using treatment demand data coming from a certain city or country, then it was possible that such research publications may have also had some impact on policy and/or practice. Identifying such cities or countries would be a starting point in this investigation.

The resources of Ireland's National Documentation Centre on Drug Use ([www.hrb.ie/ndc](http://www.hrb.ie/ndc)) were used for this literature review. The databases searched were PsycINFO, the Web of Science databases (Science Citation Index, Social Sciences Citation Index, Arts & Humanities Index), and Addiction Abstracts. The

---

<sup>c</sup> Appointed by the government or relevant minister of each country participating in the Pompidou Group, Permanent Correspondents represent their government or country in respect of all questions concerning drugs and drug addiction.

search was restricted to English language literature, except in cases where an English language abstract was available for a non-English language publication. The search used the English language key words: ‘drug treatment data’, ‘drug treatment demand’, ‘drug treatment trends’, ‘evidence-based policy making’ ‘evidence-based drug misuse policies’. The literature search was carried out by a research student (Kathryn McGarry). All references retrieved by the search were independently reviewed by the research student and the author (Hamish Sinclair).

Using the same keywords, a search was also conducted by the author via the search engine Google™ (www.google.com) and AltaVista™ (www.altavista.com) in April 2004.

## Results

The literature review provided only a limited number of references in which treatment demand data had been used. The review specifically excluded those studies that involved surveys or specific studies in treatment settings or used administrative registers, such as methadone treatment lists. The rationale for this was that this study’s focus was on treatment demand data, which are collected on a routine and systematic basis, and include epidemiological information. Given that the literature review was limited to the English language, it is perhaps not surprising to have found so few publications in the scientific literature. During discussions with treatment demand experts it became clear that such publications tend to be in local journals, and thus in the native language of the respective country rather than in English. Furthermore, many experts felt that the results from the analysis of treatment demand data are more likely to appear in reports (published or unpublished) rather than in the traditional scientific journal literature.

The results of the consultation process varied widely, ranging from ‘no evidence that treatment demand data is used in policy and practice’ to ‘yes it is used and examples are available’. However, the documentary evidence to support this latter view were limited or non-existent (at least, not made available to the author). In fact, apart from the Irish case study, only two additional case studies (from Italy and Slovenia) were eventually submitted. These are presented below.

The survey of the Permanent Correspondents provided some interesting results. Eighteen (62%) of the 29 Permanent Correspondents replied to the questionnaire sent out were returned completed. All responding Permanent Correspondents stated that their countries collected information on clients entering treatment for problem drug use (Table 1). In 13 (72%) countries, this information was collected on a national basis. Sixteen (92%) Permanent Correspondents received reports on the analysis of treatment demand data and a similar number stated that treatment

demand data had been used to support the development of national or local drug policy in their country.

**Table 1. Responses by Permanent Correspondents to closed-ended questions on the use of treatment demand data in their countries**

Question	Response (n=18)
Does your country collect information on clients entering treatment for problem drug use?	Yes, on a national basis (n=13) Yes, only in certain cities or regions (n= 5)
Do you receive reports on the analysis of treatment demand data?	Yes (n=16) No (n=2)
Has treatment demand data been used to support the development of national or local drug policy in your country?	Yes, quite a lot (n=11) Yes, to some extent (n=5) Not at all (n=1) Don't know (n=1)

Permanent Correspondents were asked to provide references or websites through which access could be obtained to documents relating to national or local drug policy in which treatment demand data had been used to support policy development. In a majority of cases (n=11), references were given to the website of a government department or a research institute. In six cases, references were given to the National Reports published by the Focal Points in the EMCDDA's Reitox network. In only one case were specific references given to publications where treatment demand data had been cited as a source of support for policy development.

Permanent Correspondents were asked to provide any other information about the impact of treatment demand data on national or local policy in their country. The responses obtained (n=6) were grouped into three main themes. Treatment demand data are used for:

- measuring the achievement of treatment targets set out in national or regional strategies; planning and funding of new or existing treatment services; stimulating the development of (more specific) prevention and social reintegration programs.

Lastly, Permanent Correspondents were asked to indicate what specific policy relevant information they would wish to obtain through treatment demand data.

Again the responses obtained (n=10) could be grouped into three main themes. These were:

- information on clients at the point of discharge from treatment, including information on retention in treatment;
- information on the effectiveness of treatment, including the cost-effectiveness of treatment;
- information about clients' drug scene characteristics.

The first two themes are in fact related since information on effectiveness of treatment can only be obtained knowing information about a client's length of stay in treatment (retention) and also their status at discharge.



## Case study 1

### **The use of treatment demand data in the establishment of Local Drugs Task Forces in Dublin, Ireland.**

Hamish Sinclair, B.A., M.Sc., Ph.D., Drug Misuse Research Division, Health Research Board, Ireland.

Following the Pompidou Group drug treatment reporting system pilot project in Dublin and London<sup>1</sup> in 1989, the Health Research Board established in 1990, with funding from the Department of Health, the Dublin Drug Treatment Reporting System.<sup>2</sup> Between 1990 and 1994 a series of reports on treated drug misuse in the Greater Dublin Area were published by the Health Research Board.<sup>2-5</sup> The objective of the reports was ‘to provide ongoing information to facilitate the understanding of the epidemiology of treated drug misuse and to provide data useful to policy makers on the healthcare and social implications of drug misuse’.<sup>4</sup>

From January 1995 the drug reporting system was extended to all parts of the country, becoming the National Drug Treatment Reporting System.<sup>6</sup> Reports on treated drug misuse in Ireland have continued to be published by the Health Research Board.

In July 1996 the Irish Government set up a Ministerial Task Force to review the present measures to reduce the demand for drugs and, in the light of that review, to recommend any changes in policy, legislation or practice to facilitate more effective drugs reduction strategies.<sup>7</sup>

In its first report, published in October 1996, the Ministerial Task Force recognised that Ireland’s drug problem was primarily an opiates problem, mainly heroin, and further that Ireland’s heroin problem was principally a Dublin phenomenon. Using maps produced by the Health Research Board showing the areas of residence of those receiving treatment for drug misuse in the Greater Dublin Area in 1995, the Task Force identified ten local areas where the heroin problem was most acute. An additional eleventh area was identified in Ireland’s second major city, Cork. It was noted that there was a high correlation between these areas and areas of economic and social disadvantage. The Task Force concluded that ‘in view of the link between economic and social deprivation and drug misuse, strategies to deal with the problem need to be focused on these areas’. As a result, the Task Force recommended a series of drugs initiatives, one of which was the establishment of Local Drugs Task Forces comprising statutory, voluntary and community representatives, in each of the eleven worst-affected areas. Each Local Drugs Task Force was mandated to draw up a profile of all existing or planned services and resources available in the area to combat the drugs crisis and to agree a development plan to build on these.

The Government accepted the recommendations contained in the first report of the Ministerial Task Force and Local Drugs Task Forces were set up in 1997.<sup>8</sup> In its second and final report, published in May 1997, the Ministerial Task Force identified a further two worst affected areas in Dublin and recommended that Local Drugs Task Forces should also be established in these areas.<sup>8</sup>

Apart from the establishment of thirteen Local Drugs Task Forces, new administrative structures were created to ensure strategic delivery of national drugs policy in a coherent, integrated and cost-effective manner.<sup>8</sup> The structures included:

- (i) A Cabinet Drugs Committee (subsequently re-constituted into a wider Cabinet Committee on Social Inclusion) to confer political leadership in the fight against drugs and to resolve any policy or organisation barriers to effective responses.
- (ii) An Inter-Departmental Group comprising Assistant Secretaries from those Departments represented on the Cabinet Committee. The remit of the Group is to review progress in the implementation of national drugs strategy, to address any policy issues which might arise in its implementation and to report to the Cabinet Committee on a regular basis and bring to its attention any issues requiring political direction or decision.
- (iii) A National Drugs Strategy Team comprising representatives from the same Departments as those represented on the Cabinet Committee and, in addition, representatives from statutory agencies and the voluntary and community sectors. The remit of the Team includes overseeing the establishment of the Local Drugs Task Forces, drawing up guidelines to assist them in preparing their developmental plans and evaluating these plans and making recommendations to Government regarding the allocation of resources to support their implementation.

The Local Drugs Task Forces prepared their development plans during 1997 and, by the end of July 1998, a total of 223 projects in these plans had been approved. Funding of just over £9 million was allocated by the Government to support the implementation of these projects.<sup>9</sup>

In October 1998 an independent evaluation of the drugs initiatives underway since 1997 found that the Local Drugs Task Forces had achieved a number of significant successes in the short time since they were established.<sup>9</sup> They had

provided a strong focus for the tackling of drug issues in target areas, reducing the feeling of isolation felt by many local communities and preventing a potentially critical situation from developing further into a continuing downward spiral of economic deprivation, addiction and crime. The Local Drugs Task Forces and their projects provided a mechanism through which local communities were able to work closely in partnership with the statutory sector to tackle local drug problems. Indeed, it was recognised that a critical factor in the success of the whole process was the involvement of local community groups since they ‘brought to the table the most direct knowledge of the drugs issue at a local level and the most direct stake in improving the situation.’<sup>9</sup>

Following the independent evaluation, the Cabinet Committee approved the continuation of the Local Drugs Task Forces for a further minimum two-year period. The National Drugs Strategy Team subsequently reviewed the operation of the Local Drugs Task Forces, taking account of the findings/recommendations of the evaluator, and reached agreement with them on a number of measures aimed at strengthening their impact. One of these measures was the intention to ‘mainstream’ successful projects. The term ‘mainstreaming’ refers to the process by which responsibility for the funding of a project on a permanent basis transfers from the Local Drugs Task Forces to the relevant statutory agency.<sup>10</sup>

By December 2000 a total of 231 projects had been given final approval and a total of £19 million allocated to implement them. Of these 231 projects, 129 (56%) were mainstreamed through the relevant statutory agencies, thereby ensuring their continued funding.<sup>11</sup>

A fourteenth Local Drugs Task Force was established outside of Dublin in early 2000. The work of the fourteen Local Drugs Task Forces continue to this day and they are currently implementing a second round of action plans to provide a strategic, locally-based, integrated response in the areas where the drug problem is most severe.



## References

1. O'Hare A and Hartnoll R (1989). *The Dublin/London Drug Research Project: Final Report*. Strasbourg: Council of Europe, Pompidou Group.
2. O'Hare A and O'Brien M (1992). *Treated drug misuse in the Greater Dublin Area 1990*. Dublin: Health Research Board.
3. O'Hare A and O'Brien M (1993). *Treated drug misuse in the Greater Dublin Area 1991*. Dublin: Health Research Board.
4. O'Higgins K and O'Brien M (1994). *Treated drug misuse in the Greater Dublin Area. Report for 1992 & 1993*. Dublin: Health Research Board.
5. O'Higgins K and O'Brien M (1995). *Treated drug misuse in the Greater Dublin Area. Report for 1994*. Dublin: Health Research Board.
6. O'Higgins K and Duff P (1997). *Treated drug misuse in Ireland. First national report 1995*. Dublin: Health Research Board.
7. Ministerial Task Force on Measures to Reduce the Demand for Drugs (1996). *First report of the Ministerial Task Force on measures to reduce the demand for drugs*. Dublin: Department of the Taoiseach.
8. Ministerial Task Force on Measures to Reduce the Demand for Drugs (1997). *Second report of the Ministerial Task Force on measures to reduce the demand for drugs*. Dublin: Department of the Taoiseach.
9. PA Consulting Group (1998). *Evaluation of Drugs Initiatives. Department of Tourism, Sport and Recreation. Final Report*. Dublin: PA Consulting Group. (Unpublished report).
10. National Drugs Strategy Team (2000). *Local Drugs Task Forces. A local response to the drugs problem. Handbook*. Dublin: Department of Tourism, Sport and Recreation.
11. Comptroller and Auditor General (2001). *2000 Annual Report of the Comptroller and Auditor General and Appropriation Accounts. Volume 1*. Dublin: Stationery Office.

## Case study 2

### Use of treatment data in drug health policies in Italy

Carlo Bertorello, Psychologist and Michela Rial, Researcher

National Council of Research – Institute of Clinical Physiology

Section of Epidemiology and Research on Health Services, Pisa, Italy

In order to understand how treatment data are used in drug health policies it is necessary to understand how the National Health System is organized in Italy, both in general terms and, more specifically, in terms of drug treatment.

The National Health System comprises two organizational systems:

1. The Local Health Units, which are responsible, at the local level, for providing prevention, treatment, and rehabilitation health interventions, delivered in out-patient treatment centres or in-patient treatment units and hospitals. The Local Health Unit area generally corresponds to that of the province. As for big cities, their area may coincide with the municipality boundaries or may be divided into several Local Health Units. Each Local Health Unit is generally divided into several districts.
2. The Hospital Units are large hospitals with a nation-wide importance having highly specialized treatment centres. They are distinct from the Local Health Units, either by funding, management, or health policy. In order to define which hospitals can become Hospital Units instead of Local Health Unit hospitals, the law makes provision for general criteria these centres must meet.

In Italy, the National Health Plan is triennial. According to the law the national health plan provides general principles and orientations for health policy in Italy. The Regions are made responsible for the legal, organizational and administrative aspects of the health services, both in the Local Health Units and the Hospitals Units. In other words the Regions are responsible of all the implementation aspects of the health services: policy, funding, organization and management.

Law 309/90 on drugs, laid down in 1990, coordinates and unifies all the previous laws concerning drugs affairs. It provides for the production, trade, traffic and use of licit and illicit psychoactive substances, for prevention, treatment and social reinsertion interventions. This law establishes implementation of specialized public health services for delivering social and health care to the drug users in each district of the Local Health Units, throughout the country. These services (named Ser.T - Servizi per le Tossicodipendenze) are outpatients units. The law establishes how to access services, and also which are the professionals involved, the treatment orientations, how to take in charge people asking for treatment. Each Local Health Unit drug service is fully autonomous in any decisions regarding treatments. Particularly, drug treatments must be managed on a case by

case basis and integrated with social reinsertion programs. In addition, this law makes provision for the involvement of private centres in terms of auxiliary and supplementary social and health services. However, these private centres must be acknowledged and entrusted by the Regions.

The private centres (Associations and cooperatives) are the main handlers of the Therapeutic Community Centres and are mainly in-patient centres or low threshold units. Patients are sent to these Therapeutic Community Centres according to an individual social rehabilitation programme previously defined by the public service (SerT). This last one will follow the patient during his/her program in Community Therapeutic Centres.

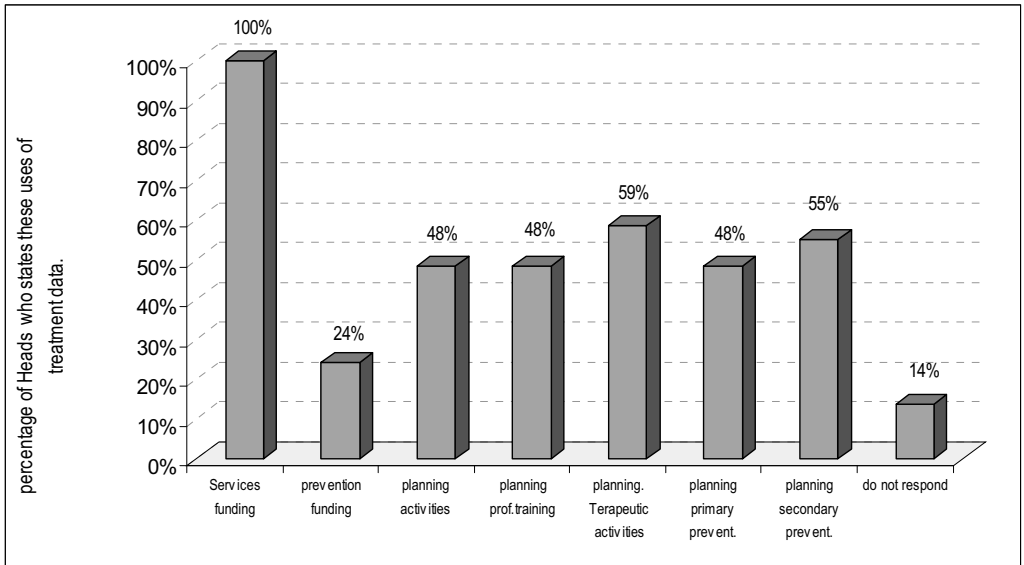
Moreover Law 309/90 establishes the general functions of the local specialized services (SerT), but the responsibility of their implementation at local level is delegated to the Regions. Therefore in the drug field, Regions are responsible for health care policies in their areas, for prevention, social intervention, and for funding. Each Local Health Unit may provide orientations and regulations about the programming and functioning of the services within the regional legal framework. Drug services must regularly send treatment data (number of patients, new patients, treatments done, etc.) to the Regions and to the Ministry of Health. In some cases, data are collected every six months (for instance data related to the activity of the service like number of patients, new patients, number of treatments, etc.) whereas other treatment data (primary drug of use, infections, etc.) are collected on an annual basis. Moreover almost all the Regions have a drug monitoring centre and all the Regions are involved in a nation-wide project to implement a national treatment monitoring system based on the single record information (SESIT and SET projects).

### **Use of treatment data in the implementation of drug services and local policies**

In agreement with the monitoring office of the Italian National Drug Department, a survey was carried out on a representative sample of the Italian specialized public drug services in order to know how treatment data are actually used with regard to the management of drug services and their practice. Ten per cent of the 541 Italian specialized public drug services (SerT) were chosen as a sample for the survey. Each Region was represented in the sample. A questionnaire sent to the heads of each sampled drug service, who are also the coordinators of drug treatment and social reintegration programmes at local level. The questionnaire asked how treatment data were used for funding, organisation and planning of drug services activities, and for other activities, like prevention or professional training. Respondents were also asked to indicate the official

documents that mention the use of treatment data (e.g., national laws, regional laws, decrees, rulings, etc.)

The figure below describes how the heads of the representative sample of public drug services responded to the questionnaires.



All those who responded (100%) indicated that treatment data was used to fund their services, including defining the number of professionals involved in the services. Fifty-nine per cent of respondents stated that treatment data is used for planning therapeutic activities.

Fifty-five per cent indicated that treatment data was used for planning secondary prevention activities and 48% for planning primary prevention activities. Actions in the prevention field are funded at the national level by the National Fund against Drug set by law 309/90 and law 45/99. Twenty-five per cent of this fund is allocated to the ministries (ministries of health, education instruction, welfare, police, defence) involved in the prevention of drug use, while the remaining 75% is allocated to the Regions. Some regions (24% in this survey) divide the funds for prevention projects not only according the resident population but also according to the number of clients in specialised outpatients treatment centres (SerT). Veneto Region also uses the estimation of drug use prevalence in the general population to allocate funds into the different Health Units.

Forty-eight per cent (48%) of respondents indicated that treatment data were used to plan activities of drug services, and a further 48% says that they were used to plan professional training.

Although respondents were asked to provide references to documents in which the use of treatment data is mentioned, only a few did so. These are listed below:

National law and other documents /regulations:

- Law n.309 of the 1990 “Testo Unico sulla droga”.
- Law n. 45/99
- Ministerial Decree n 444 del 30/11/90 concerning the organisation of the services
- Circolare del ministero della Sanità n 20 del 30/09/1994
- National Health Plan

Regional laws and regulations in all Regions and autonomous provinces :

- Regional Health Plan
- Local implementing plan (of the Regional Health Plan)
- Health District Plan.

Other Regional laws, decrees, regulations, and local directions referenced by the respondents

- Abruzzo
  - o Delibera sostitutiva del comitato tecnico consultivo regionale;
  - o Delibera regionale riguardante il pox tossicodipendenti e alcolisti
- Campania (Napoli)
  - o Piano socializzazione
- Friuli Venezia Giulia
  - o Accordi di programma con comuni
  - o Scheda AVAGET
- Puglia
  - o L.R. 17 del 25/8/03;
  - o D.R.n 1104 (PRDS) del 4/8/04
  - o L.R. 27/99
- Liguria (La Spezia)
  - o Manuale della qualita’ del sert
- Lombardia
  - o Programma regionale dipendenze
  - o Relazione annuale del responsabile - Direttore D.P.D.

- Sicilia
  - Circolare assessoriale 650/92
  - Decreto Assessoriale 233/92
  - Decreto Assessorato Sanità 11 agosto 2003 “criteri per la valutazione ed il finanziamento di progetti finalizzati alla prevenzione e al recupero delle tossicodipendenze”
  
- Umbria
  - DGR 21 (suppl. ord. n 2 boll. Uff. serie generale n8 23/2/05)
  - Atto di indirizzo e di coordinamento prestazioni socio- sanitarie Umbria
  - Linee di indirizzo alle aziende sanitarie relative ai processi del PSR



## Case study 3

### **Influence of treatment demand data on the availability and access to methadone substitution for injecting drug users in Slovenia from the public health perspective**

Dušan Nolimal, M.S.P.H., M.D., Institute of Public Health of Slovenia and Ministry of Health of Slovenia

#### **Introduction**

This case study aims to review the response of the public health profession to the injecting heroin epidemic in Slovenia, from the 1980s onwards. The use of the treatment demand data to support the development of national drug policy and the expansion of methadone maintenance programs in Slovenia is argued. Also, the factors that might have affected the translation of the scientific evidence into policy and/or practice are examined. In addition, some of the barriers and facilitators to such translation are identified.

#### **Background**

Reports of an injecting heroin epidemic in Slovenia first began to appear in the late 1980s.<sup>1</sup> Prior to this, Slovenia had little experience in responding to the problem. Methadone had been available with a prescription in pharmacies for individual patients for many years before the beginning of the epidemic. However, many drug users were excluded from such treatment options. Though physicians in Slovenia had the authority to prescribe methadone, only a few did so. Despite international findings, that injecting drug users were more likely to engage in high-risk activities and the reports on the effectiveness of methadone substitution, many physicians were refusing to prescribe methadone to drug users despite increasing demands for this kind of treatment.

Things got worse, when those physicians who were prescribing methadone to drug users, were threatened by disciplinary sanctions. In fact, methadone substitution was eventually forbidden in 1984.<sup>2</sup> Prohibition of methadone was primarily a product of strong emotions and views of drug addicts as ‘sinners’, not as individuals in need of treatment. This situation prevented the first experiments with methadone substitution and expansion of such treatment, leaving large numbers of injectors untreated and ignored in the 1980s. From 1984 to the early 1990s the ‘political evidence’ and emotions ran high in opinions about methadone. The 1984 regulations had a drastic impact on the future attempts to make this kind of treatment more available. Reasons for negative response to methadone were not hard to find. There was general lack of knowledge and an ideological objection because the medical sector accepted the idea that illicit drug



addiction – as with alcohol addiction, was a disease and treatable with abstinence only. The prescribing physicians' professional right to prescribe the substitution medicine to addicted patients was curtailed and so was the right to optimal treatment for some drug users.

In the official treatment settings, most often psychiatric hospitals, the complete abstinence from the primary substance was the main, and most often only criterion of the successful treatment. Other indicators of treatment effectiveness, such as the improvement of mental and physical health, improvement of social status and the quality of life were sometimes also considered. The reduction of risk taking behaviours was not considered to be worthwhile treatment goals. It seemed that these excessive treatment expectations, which were not adapted to drug users' needs, deterred most drug users to participate in such treatment programs. In this way, access to treatment was considerably limited.

According to the first national reports on drug treatment demands in Slovenia there were between 40 to 100 drug users treated each year in the period from 1982-1991.<sup>3,4</sup> Of course, this did not necessary mean that there were negligible health problems among the drug using population. It might also have meant that the treatment system was not fully developed (i.e. since treatment was not directed to the needs of drug injectors most of them did not seek treatment at all). In fact, most of these treatment demands before 1991 were from drug users treated in the psychiatric institutions.

Recognizing the needs of individuals and society, a few physicians decided to continue prescribing methadone. In 1987 the first methadone maintenance program was opened for a group of 40 patients.<sup>5</sup> Prescribing of methadone to this group of addicted patients was largely reactive and pragmatic. The physician who started the 'illegal' substitution program was threatened with disciplinary sanctions and actually had to close the program. Despite accumulating international evidence regarding effectiveness of substitution treatment, there was still strong ideological opposition to this kind of treatment. Probably one of the reasons for such opposition to substitution treatment was the lack of the data to show the increasing problem of heroin injection in the country.<sup>6</sup> While there were a number of anecdotal reports about the dangers of injecting heroin use, the only available study was a preliminary fieldwork investigation involving 34 self-selected 'street junkies' in Koper, that showed extremely high level of needle sharing behaviour among the heroin injecting population.<sup>6,7</sup> Given the limited evidence on the risks of the injecting heroin epidemic, it is of little wonder that the national treatment guidelines, published in 1991, stated that 'methadone substitution in Slovenia should not expand but gradually be abandoned'.<sup>8</sup>

In the late 1980s and early 1990s, the National Institute of Public Health (NIPH) came under increasing pressure to develop drug epidemiology indicators and evaluate the existing treatment system. This pressure came from different sources. It came from policy makers, who were anxious to have control over the illicit drug use situation in the country. It came from professionals, who wanted to have evidence on the value of the methadone substitution treatment in preventing injecting-related HIV and crime. It also came from the critics of substitution treatment who were sceptical of its efficacy. And finally it came from drug users who wanted to defend their rights to the treatment. Because of these pressures, experts from the NIPH and the Koper regional public health institute reviewed the theory of best practice in illicit drug use treatment with a goal to produce guidelines and recommendations for policy makers and practitioners. This effort included the initiation of a series of pioneering projects to collect treatment demand data among the drug users seeking treatment. It was shown that the substitution treatment had been more effective in attracting the heroin injectors into the treatment than abstinence-only oriented treatment services that appealed only to a minority of drug users. However, the key decision makers in the first place ignored the signals from public health professionals and the individual physicians prescribing methadone.<sup>9</sup>

In 1991, a ‘methadone working group’ was set up at the NIPH to improve data collection, to collect evidence on existing approaches to treatment, to disseminate knowledge, and to develop the mechanisms for interdisciplinary collaboration.<sup>10</sup> Both the methadone supporters and the opponents of methadone substitution were included. This interdisciplinary collaboration helped the sharing of information, increased confidence, and helped group members to enhance their expertise and get the most value from the proposed solutions. The members of this group immediately convened various multidisciplinary consultations to begin to create the framework for clinical guidelines, as the implementation of these two programs and some other programs were of widely differing quality at that time and a clear description of both best and worst practices needed articulation. Recognizing the large number of heroin injectors and their risk in transmitting infectious diseases they initiated a joint political process aimed at informing and influencing the policy makers and practitioners in establishing a common basis for drug prevention and treatment policy. The communication issues of this process and the use of media had been crucial and multi-dimensional. The group sought to be constantly developing a platform for dialogue between researchers, policy makers and practitioners. It aimed to enhance cooperation among them and create a basis for a development of evidence based drug policy. The group operated on few levels. It organized discussions, both in drug epidemiology and in methadone substitution treatment that was in that period considered as part of epidemiological intervention.<sup>11</sup> One of the results of collaboration within this group was the opening of a new experimental methadone substitution program

within the regional institute of public health of Koper in 1991. Since 1991, the members of this group were also contributing at the professional and scientific meetings and publishing the professional and popular articles and reports with a comprehensive media coverage, that had considerable influence on professional and public perception of the substitution treatment in the country.

### **Additional information on the public health perspective**

Public health approaches in the field of drug use, prevention and treatment became increasingly important from early 1980s onwards when illicit drug use started to be seen as a social phenomena among young people, rather than just a deviant behaviour of few disturbed individuals. Public health professionals were urged to base their recommendations on evidence. Those working in the drug field were urged to adopt evidence-based approaches to their work, using the full range of quantitative and qualitative methodologies.<sup>12</sup>

Recognizing the large number of heroin dependent persons, public health professionals were the first to raise concerns regarding the public health problems associated with injecting drug use, like HIV and overdoses.<sup>10</sup> These recognized that these problems could all be exacerbated by zero tolerance policies. They intensively advocated for the prevention of drug-related harm rather than prevention of drug use per se among injecting drug users. They emphasized the development and implementation of settings that would aim to make easier for drug users to get access to health and social services. In essence, they advocated for the ‘new’ harm reduction public health paradigm, which referred to policies and programs that were adapted to drug user’s needs and aimed to reduce the harms associated with drug injecting. They proposed the methadone-assisted treatment as an effective tool for use in achieving the public health goals of reduced morbidity and mortality related to drug injecting. Also, they claimed the facilitated access by heroin injectors to substitution treatment as protection of the human rights of this population group that was critical for the success of prevention of HIV/AIDS.<sup>10</sup> They favoured treatment of drug users by health care professionals over incarceration in the penal system. The new ways of dealing with the needs of drug injectors and restricted access to harm reduction programs seemed more sensible, but evidence was lacking on the extent and nature of the injecting drug problems and availability and accessibility of existing treatment programs.

Prior to the advent of HIV /AIDS, most research on drug use was characterized not by concern with route of drug administration and health risks but with description of antisocial lifestyles of drug users.<sup>5</sup> Thus, most professionals in the drug field reportedly had a limited understanding and insights into the trends in problem drug use and also into perspective on organization and uptake of

different treatment options.<sup>9</sup> The emergence of HIV/AIDS among drug injectors in some European countries brought about considerable changes in the research priorities. This shift from the interest in social deviancy of drug use phenomena to the health risks associated with injecting drug use can be traced from the late 1980s onwards.

Clearly an important public health objective was to ascertain the prevalence and incidence of health risks among injecting drug users. This led to the pioneering efforts in developing and implementing the treatment demand research and monitoring to inform public health interventions in the drug field.<sup>12</sup> Investigating the injecting drug users access to and utilization of the available services became a central focus of these efforts.<sup>13</sup>

The treatment demand research became the most developed source of drug information and the treatment demand data became a key source of knowledge and evidence on the risk behaviours and treatments of drug users.<sup>12,14</sup> The data became a key public health feature demanding relevant action to change and improve the availability and accessibility of harm reduction treatment programs, including substitution treatment for heroin drug users. This led to a number of investigations on treatment demand and health risks among drug injectors in Slovenia.<sup>12-14</sup> In the context of the contradictions associated with the substitution treatment and absence of conclusive evidence of its effectiveness, the key requirement became the accumulation of knowledge from the treatment demand research sources. These epidemiological studies provided the information on trends in treatment demand, and frequency of high-risk behaviours (injecting, sharing and unprotected sex) and became a main feature of the evaluations of substitution treatment delivery.<sup>14</sup>

When the first two methadone services in Koper (1991) and in Ljubljana (1992) were established, it soon became obvious that the two centres could not possibly manage the increasing demands of the drug injectors. Injecting drug users had to travel to these two cities to get prescriptions for the methadone from all over the country. The situation soon became unbearable, often chaotic, and in many cases this prescription methadone found its way to the Slovenian black market. Studies carried out between 1991 and 1993 revealed alarming increases in the demand for treatment in the cities of Koper and Ljubljana.<sup>12,13</sup> Most of the treatment demands were related to heroin injecting. Also, treatment demand studies, using quantitative and qualitative methodologies, revealed that many of the demands remained unmet.<sup>14</sup> Based on the demographic information derived from the treatment demand data in this period, it was possible to identify the geographical areas with the most need to establish methadone programs for the local population of drug users. The accumulating treatment demand databases soon became the tool to analyse problematic drug use trends, to conduct comparative

analyses for the nation and treatment centres and to assist state and local authorities to routinely assess the extent of the drug injecting problems, advocate methadone substitution and forecast treatment resource requirements.<sup>12</sup>

### **Evolution of drug epidemiology and treatment demand research**

Until 1985 there was a lack of epidemiological knowledge about the use and the consequences of drug use. With this in mind, the principle goal of the author of this case study was to strengthen national drug research and to set up the relevant data collection infrastructure and network to start collecting this data. One of the major activities of the small team of experts at the Institute of Public Health was the pioneering work relating to the treatment demand indicator. From a historical perspective, this work was the continuation of the collaborating effort with Addiction Research and Treatment Centre of University of Colorado, USA to evaluate treatment outcomes among drug addicts attending one of the Denver's methadone substitution programs.<sup>15,16</sup> It occurred simultaneously as part of a series of activities on the improvement of drug addiction treatment in Slovenia.<sup>13,14</sup>

The development of the treatment demand research in the methadone substitution programs of the cities of Koper and Ljubljana served as a model for national data collection system.<sup>13,14</sup> This research resulted in increased capacities for treating drug users and collecting and processing data on drug misuse at local and national level and improved cooperation among researchers (public health professionals), policy makers and practitioners. It contributed to the evaluation of drug policy interventions in the period when the majority of policy makers and professionals were opposed to methadone substitution treatment. The alarming and increasing numbers of drug injectors seeking substitution treatment and their risk behaviours were the early signal to policy and practice that there was the need for a different kind of treatment response.

The research capacities were increased and treatment demand studies were designed to generate data about the range of individual and social consequences associated with heroin addiction and relationship between policies and treatment. One study on accessibility of substitution treatment in Slovenia using the city of Koper treatment demand data for the period between 1991- 1993 estimated the treated population to be almost two thirds of the total treatment demands in the country.<sup>17</sup> The high proportion of the first treatment demands most probably reflected the opening of the new treatment centre. Due to lack of substitution programs elsewhere, the Koper program had to treat the drug users from all over the country. Based on this information, it was proposed to open new methadone maintenance programs elsewhere. Also, the data indicated that the heroin problem accounted for the majority of the treatment demands in the country. Injecting was the main route of the administration of this drug and more than half of the

treated drug users reported needle sharing in the past and less than one third had shared in the last year. Less than half of them had taken the HIV antibody test in the past. All patients were sexually active during the last year. Half of them had more than one partner. 2.4 % of the respondents reported engaging in prostitution. 60% never used condom in the last year. About half of interviewed patients perceived themselves at risk for AIDS.<sup>17</sup> This and other studies identify the treatment demand monitoring and research as the key approach to study drug misuse trends and help evaluating treatment to identify needs and priorities for planning treatment activities.<sup>13,14,17</sup>

In 1994, Slovenia became part of the Pompidou Group's epidemiology expert group. Introduction of the Pompidou Group's protocol for collecting and reporting treatment demand data, brought greater comparability of data and formed the basis for improving the efforts to understand the drug situation and response elsewhere. This increased capacity made it possible for researchers, policy makers and practitioners to identify needs and priorities for treatment of drug users and to monitor changes over time in heroin injecting situation jointly with the development and implementation of the substitution programs.

Two 'information systems and applied epidemiology of drug misuse' seminars were held in Slovenia in 1993 and 1994 and organized together with the Pompidou Group.<sup>17,18</sup> The primary purpose of these courses was to enhance drug epidemiology and research expertise. However, these meetings also provided the opportunity for the interdisciplinary and multisectoral exchange of views regarding drug policy and practices. Drug epidemiologists and other researchers, governmental policy makers from health, social and law enforcement sectors, practitioners and representatives on NGOs sat together for the first time and discussed the responses to the drug problem, including drug treatment. The presentations began with the treatment demand data to illustrate the seriousness of the drug use situation in the country and individual cities. The importance of treatment demand data for policy making and planning of the services was discussed and the data were interpreted together.

### **Disseminating treatment evidence**

The collection, compilation and dissemination of the data related to drug use and responding to the questions posed by media became one of the functions of the small 'drug epidemiology team' within the NIPH in early 1990s (and which developed into the national focal point in 2001). At the beginning, the creation of the awareness of the treatment demand project's work helped to build an identity and profile of the team within the community.

However, to produce data and reports was not enough. From the beginning, there was a need to convince the policy makers and practitioners to guarantee that the produced treatment demand data would not ‘end in the drawer’. Part of this was achieved through the development of a relevant dissemination strategy. The burning question became how to disseminate the data to maximize effect within the constraints of the resources allocated to the project. Publishing information in the media was free and useful for those target audiences that did not require a detailed knowledge of the work but it was helpful for them to be aware of the activities and outcomes (see the ‘Media interest’ section below). However, policy makers and practitioners were in need for a deeper understanding of the project’s work. They were targeted directly with the dissemination of the general professional reports that always included the extensive information of the benefit from what the data had to offer.<sup>12,17-19</sup> Finally, the data were disseminated as the professional articles for the purpose of the ‘action’, which had referred to a change of the treatment practice resulting from the treatment demand evidence offered by the research.<sup>20-26</sup> The audiences were those people that were in a position to ‘influence’ and ‘bring about change’ within their organisation. These were the groups/audiences that needed to be equipped with the relevant skills and knowledge and understanding of the treatment demand work in order to achieve real change.

These reports and articles yielded substantial knowledge about drug users seeking treatment and their treatment characteristics, including the availability and accessibility of substitution treatment. Some of the professional articles included comparisons of the treatment situation and responses in Slovenia with that of other European countries and cities.<sup>27,28</sup> This kind of comparative analysis contributed to the integration of Slovenia into the European field of treatment demand research.

With the regular publication of treatment demand reports and articles came more professional and public demand, and in the middle of 1990s, there was a peak in the interest from politicians and practitioners in the findings of treatment demand research. Stakeholders expected the drug treatment reporting system to provide answers concerning problems and trends, risks for infections among treated drug users, different kinds of treatment attractiveness and service utilisation, evaluation of treatment policy, public and political debate, and specific research questions.<sup>29</sup> An article on the monitoring of the substitution treatment compared behavioural risks data collected within the treatment settings (treatment demand data) with the data from non-treatment sample. It concluded that with the substitution treatment it was possible to considerably reduce the risks among some injecting individuals who would otherwise not seek treatment and who would most probably still continue to misuse drugs.<sup>14</sup>

Also, to improve the data dissemination strategy and to encourage data use among primary health care workers, a qualitative survey was conducted among practitioners.<sup>30</sup> A report based on the survey was published in a professional journal. The report highlighted the importance of treatment demand data in the planning of the services. In addition, the replies from practitioners showed that special attention should be given to the collection of more detailed risk behaviour data in the context of concerns about HIV/AIDS.<sup>30</sup> Based on this inquiry the original treatment demand questionnaire was expanded with more questions on risk behaviours (sharing needles, sharing other injecting equipment, having unsafe sex during last intercourse) and seroprevalence status regarding HIV, HBV and HCV.

An additional more of the dissemination strategy was the presentation of treatment demand data at different scientific meetings to justify substitution treatment and other harm reduction policies and approaches.<sup>31,32</sup> The use of treatment demand data to signal developments in trends and responses, to indicate the relative attractiveness and accessibility to different treatment services for injecting drug users and to do further research was emphasised.<sup>33,34</sup>

### **Media interest**

Since the publication of the first treatment demand reports, drugs had entered public discussions in a way few health and social problems had in Slovenia. Media was used to influence policies through shaping public debate about the heroin epidemic and harm reduction approaches. The treatment demand data created high interest in the media from the public health perspective point of view, emphasizing health, social, cultural, economic and political dimensions of drug injecting in spreading HIV. Compared to the 1980s period and before, this was a considerable change, since in the past media paid a great deal of attention only to the “war on drugs” and criminal problems related to illegal drug use.

Media requests, especially for descriptive information on drug users and their problems, could be met fairly easy, because of the developed treatment demand monitoring and research. Media advocacy was used to promote the new information on harm reduction approaches in order to influence policy makers and encourage the change. This advocacy, through published popular articles, always included the current treatment demand data in educating the public, swaying public opinion an influencing policy makers.<sup>35-39</sup> Treatment demand data were used as information when giving media interviews and when further clarifications were necessary.<sup>40-45</sup> In addition, examples from treatment demands in various European cities compared to Slovenian cities were used to help inform public debate.<sup>37,41</sup> The influence of this media advocacy helped to achieve a more



balanced public opinion between the demand and supply side of drug prevention.<sup>46</sup>

The principal aim of this continuous public health campaigns through the media was to raise awareness about injecting drug use and related infectious diseases. The characteristics of drug users entering treatment as well as their drug consumption patterns and risk behaviours were presented.<sup>36,38,40</sup> Treatment demand data on prevalence and trends in HIV and HCV were often used selectively to legitimate developing harm reduction policies and justify decisions to expand substitution treatment.<sup>35,42,43</sup> Through the sharing of up-to date information with the general public and showing local variability the public was educated. This intensive, coherent and self-contained partnership with media achieved a remarkable awareness of the risks of injecting drug use and importance of harm reduction policies and programs. Public opinion in favour of the harm reduction programs was formed and reflected through media and played important role in the relevant policy-making.

### **Education of the primary health care workers**

In the late 1980s and early 1990s, primary health care workers were faced with a huge increase in the demand for treatment by injecting drug users. Despite the published evidence-based recommendations to urgently extend the indications for methadone substitution and to expand the programs,<sup>10,11</sup> progress was delayed by conservative and cautious attitudes in the health care field. Thus, many drug users were denied the right to treatment because health care workers simply did not know how to communicate and help them.<sup>9</sup> Because of this, interventions were designed to improve access to primary care for heroin drug users by enhancing health care providers' knowledge and skills.<sup>21,47</sup> These interventions revealed potential to build bridges between health care providers, researchers and injecting drug users. By overcoming the providers' resistance, primary care access was facilitated for the disadvantaged injecting population.

Practitioners were trained in both substitution delivery skills and basic epidemiology skills. The later included the skills on collecting primary data and using the processes data for their every day work. The trainings resulted in increased capacities for collecting the data and treating injecting drug users, and improved co-operation between researchers and practitioners. It contributed to the change in negative attitudes of the medical establishment towards injecting drug users and methadone substitution.

In addition, there were frequent meetings between the drug epidemiologists and treatment practitioners. During these meetings the practitioners often expressed willingness to collaborate closely with the drug epidemiologists in joint

management of drug issues.<sup>29,30</sup> Such collaboration and the increased joint capacities made it more possible for primary health care workers to identify local needs and priorities for prevention and treatment activities and to have informed basis for planning interventions.

### **New medical guidelines for the treatment of illicit drug users**

In 1994, an interdisciplinary and multisectoral consensus symposium on methadone treatment was organised.<sup>47</sup> A proposal for new medical guidelines in favour of substitution treatment was presented. A substantial body of evidence on the effectiveness of methadone treatment from different sources was reviewed at this meeting. The arguments that methadone could be administered orally in a manner that could free addicts from the need to commit crime, enable them to become employed and to prevent the adverse health consequences of injecting drug use, were supported with treatment demand statistics. In 1994, there was a dramatic increase of the heroin treatment demands in the country. There were an estimated 1,500-2,000 injecting heroin users and nearly 600 of these were already in methadone substitution in nine programs.<sup>48</sup>

The evidence presented at this crucial symposium was a mixture of the national treatment demand data with local clinical experiences and international evidence on the effectiveness of methadone treatment. The methadone opposition based on irrational evidence was successfully confronted. The conclusions of this meeting were sent to every professional working with drug users in the country as the new national guidelines for methadone substitution treatment and included the recommendation on the collection and use of the treatment demand data.<sup>47</sup>

The new national guidelines for treatment of drug addicts were soon adopted by the Health Council at the Ministry of Health. The clinical guidelines became another important facet of knowledge base required by policy makers and practitioners seeking evidence to support their decisions. Although, it was considered controversial a few years ago, methadone substitution as one form of the treatment for heroin drug users became legal again in 1994.<sup>47</sup>

### **The treatment legislation and drug national program**

The changes in drug treatment policy and practice that brought about the wider availability of substitution treatment in Slovenia were planned and strategic rather than largely reactive and pragmatic. The early information on the alarming increase in the numbers seeking treatment for injecting drug use brought a rethink to existing drug policies, including a harm reduction oriented treatment demand law<sup>49</sup> and the comprehensive drug national program.<sup>50</sup> During this process, treatment demand data, again, were used as a powerful tool for signalling the

developments and identifying priorities and needs. The drug epidemiologists were collaborating closely with the policy makers and the author of this report was part of a working group that prepared wording for the article on data monitoring and use within the Act on prevention of drug consumption and treatment of drug addicts.<sup>49</sup> In this unique legal act, the monitoring, prevention, treatment, rehabilitation and social reintegration measures were defined. The drug information system, including treatment demand reporting system got a second legal basis in this law. The law also defines the harm reduction measures, including methadone maintenance.

The new National Strategy on Drugs 2003-2009 acknowledged and used drug epidemiology data, including treatment demand data, to describe Slovenia's drug situation in a reliable and objective manner.<sup>50</sup> This strategy document stated that a key strategic target was 'to substantially increase the number of successfully treated addicts'. In order to do so it will be necessary to further develop treatment demand monitoring and complement the treatment demand data with treatment outcome data.

## **Discussion**

Slovenia had never experienced a serious HIV/AIDS epidemic among injecting drug users like many other countries that had a heroin epidemic. Both unlinked anonymous monitoring of HIV prevalence in the high-risk groups<sup>51,52</sup> and studies using treatment demand<sup>53-55</sup> have shown that HIV infection prevalence in Slovenia has been well below 1% in injecting drug users. It is reassuring that such a low prevalence has remained stable over the last 15 years.

The favourable situation is also the result of well planned public health strategy starting in late 1980s, using treatment demand data and other information to inform, influence and assist both individuals, organizations and general public, to accept more responsibility in matters of affecting health. The harm reduction ideas of the public health were being applied to the prevention of problems of drugs and HIV/AIDS. It seems that with relatively early introduction of the harm reduction paradigm, including substitution treatment, into the existing policies and practices, it was possible to demonstrate that HIV/AIDS transmission among injecting drug users could be prevented.

Today's policy towards injecting drug users in Slovenia is predominantly one of harm reduction. This paper argues the link between the use of treatment demand data and the subsequent formulation of methadone substitution policy and practice with increased availability and accessibility of substitution programs. However, we do not have enough evidence to conclude that the use of methadone is causally related to the low prevalence of HIV and HCV. Using

treatment demand data we can see a reduction in injecting drug use and there may be some correlation between methadone use and this reduction (no scientific studies have been conducted). But in statistical terms, correlation does not necessarily imply causation. The underlying, assumption held is that, by using substitution, needle exchange programs and other harm reduction approaches and outreach initiatives, at least some heroin users are kept alive and the harm they do to themselves and others is minimised. This assumption had gained considerable public appeal in light of the HIV/ AIDS epidemics in some other countries. Of course, the benefits of other prevention and treatment interventions have influenced this favourable situation, too. Because most of these interventions were coupled with introduction of the treatment demand monitoring and research, Slovenia became a natural experiment on how HIV/AIDS epidemic might be prevented through implementation of relevant policies and programs for injecting drug users.

However, before the late 1980s drug research played under-recognized part in advancing treatment of drug addicts. Thus, the early opinions regarding the most appropriate response to heroin injecting were widely divergent and debates were often heated or not based on the scientific evidence. The development of treatment demand reporting system brought considerable changes. As the weight of this epidemiological and other scientific evidence grew, a truly amazing process of coming together occurred within the divergent groups. Thus in 1994, epidemiologists, other researchers, policy makers and practitioners were able to formulate a set of the up-to-date clinical treatment recommendations that endorsed a spectrum of harm-reduction strategies. These included methadone substitution, that became officially recognized.

In late 1980s, it was increasingly acknowledged that drug problems could not be solved simply by the law enforcement initiatives. It was also clear that the exiting services were not attractive to injection drug users and not enough appropriate treatment was available. The repressive approaches drove most of the drug injectors in need of treatment and care underground. The number of injecting drug users were increasing and many were involved in high-risk behaviour. Yet, it took brave, patient and evidence based on public health efforts to gradually bring positive changes. Fortunately in this transition period, HIV did not spread into the drug injecting population – only few individuals got infected and there was no HIV/AIDS epidemic in the country.

These early developments did not take place in a vacuum and it is important to recognize the contribution the work of researchers in USA and the author's close involvement with the treatment researchers in USA. From a historical perspective, this work was the continuation of the joint effort with Addiction Research and

Treatment Centre (ARTC) in Colorado to evaluate treatment outcomes within the substitution program in Denver.

The early opposition towards expansion of methadone maintenance programs among the health professionals was enforced by the lack of knowledge within the primary health care and psychiatric sector and commitment of government to provide necessary treatment funds. Many misunderstandings and misconceptions existed about the goals and practice of methadone substitution treatment before 1994. Even some physicians with the knowledge on the neurobiological bases of addiction believed that methadone substitution would enable patients to be constantly 'high' in the intoxication state. The law enforcement authorities and professionals were worrying about the possibility of methadone or other controlled medicines diversion to the black market. Additional opposition in accepting the substitution treatment as the option for drug treatment was inherent in the public opinion response to illicit drug users.

Traditionally, the media created a stereotype of the drug user as a criminal and moral deviant. Stigmatisation of drug users and negative attitudes towards this population were prevalent and it was difficult to secure empathy and public support for the provision of methadone substitution from the government's budget, when there were many other unmet health care needs. Even prescribing doctors were sometimes stigmatised by their non-prescribing colleagues.

Finally, there were important legal obstacles to the development and implementation of the substitution treatment programs. This contributed to the unwillingness of the most health professionals to engage in substitution treatment until 1994, when the Health Council adopted the new recommendations to treat illicit drug users, which included methadone substitution treatment.

To minimize opposition and to effectively transfer research knowledge to different parties, including decision makers and the media, there was a need to identify credible national 'knowledge mediators'. Considerable efforts were made by the author to persuade colleagues at the NIPH and at the regional institute of public health in Koper that they had important roles in promoting substitution treatment in Slovenia. The channels to overcome political and professional barriers and influence those who were able to act were identified. A communication strategy was developed, recognizing different fears that arose in relationship to new public health approaches for drug users. Recognizing the importance of early treatment demand findings, the public health professionals, together with other professionals in primary health care and psychiatry, became willing national advocates of prevention of HIV transmission among injecting drug users.

To get and preserve public trust, it was necessary, not only to adhere to the scientific standards, but also to properly communicate the results to different groups. Particular attention was given to the needs of the media. Information was communicated in a timely, understandable and responsible manner. But the optimal time to disseminate the findings was not always easy to discern. Because of the stigmatisation of heroin users and controversy of methadone it was often difficult to balance between the need to cautiously communicate findings without undue delay and to recognize issues of confidentiality and individual data protection. The early reporting - often before the data are published, but with necessary scientific rigor, contributed considerably in influencing individuals, organizations and general public. In this way we maximize the potential benefits of the research and knowledge dissemination.

There is complex relationship between science, policy and practice. Researchers, policy makers and practitioners need to collaborate in order to translate research language into policy and practice language and to bring scientific and other evidence into this process. In the past (before the introduction of drug epidemiology and information systems) such collaboration was rare.

The approach of reviewing and analysing the available documents has limitations. The author would caution against drawing over simplistic conclusions from such findings. This paper does not consider in great depth all the issues of the influence of the treatment research data. The treatment demand research is focused on describing the situation regarding drug use trends and availability and accessibility of drug treatment programs. Treatment demand data were also used to evaluate the reduction in risk behaviours among drug users, presumably related to their participation in substitution treatment. New treatment policy and interventions had been developed on the basis of treatment demand descriptive studies and the generalization of global results of effectiveness studies. The evidence on the effectiveness of different treatment programs in Slovenia, still remains a primitive concept, without further research and specification. It is well known that in science the best evidence on effectiveness is provided by the randomised controlled trials that give final confirmation. But in the treatment demand research we are almost always dealing with the outcome of descriptive studies and monitoring, which is not the best grounds for finding the best evidence.

Though the need to take a broad view of what might constitutes evidence, most of the reviewed documents came from public health field. But the treatment of illicit drug users has always been invariably the product of scientific- social and biomedical, moral and political interpretation of the evidence. It can be argued that application of treatment that is unscientific and of unproven value may have immediate and obvious negative consequences. But also it can be argued that those who use the scientific facts only, ignore all the facts connected with the

values, history (traditions) and with the mental, moral, and religious character and condition of man. Obviously such arguments must have certain consequences regarding treatment policies and practices which one would expect to be the product of the best available scientific knowledge.

## **Conclusion**

Analysing treatment demand data and recognizing the large number of heroin injecting persons, the public health professionals in 1991 emphasized the importance of availability and accessibility to methadone substitution for drug users as an effective tool for use in achieving concrete public health goals of reduced morbidity and mortality among injecting heroin users in Slovenia. Following the legalization of this kind of treatment there was the vast expansion in the numbers of the substitution treatment programs in 1994. The current policy towards injecting drug use in Slovenia is one of harm reduction, with methadone substitution treatment available in all parts of the country within the outpatient and inpatient health care settings (the network of 18 treatment centres with substitution programs). This ease of accessibility, plays an important role in reaching out to more hidden, marginalized and vulnerable drug users and contributing to reducing the spread of HIV/AIDS in populations. Substitution programs have now been implemented in Slovenian prisons. All these services collect treatment demand data according to the established European Joint Pompidou Group- EMCDDA treatment demand indicator protocol, along with additional categories concerning some other forms of risk behaviours and seroprevalence data.

The changes in the drug treatment policy and practice that have brought about the wider availability and accessibility of substitution treatment in Slovenia had been planned and strategic rather than largely reactive and pragmatic. In this context, the treatment demand research occurred as part of a comprehensive series of activities to improve availability and accessibility of substitution treatment in the country. The task of advancing scientific knowledge for the drug epidemiology and evaluating harm reduction programs came secondary.

This case study indicates that the treatment demand data had an impact on the development of national drug policy, treatment law, treatment guidelines and the availability and accessibility to substitution treatment for injecting drug users. But one should be very careful in speculating about the influence of the treatment demand data in terms of causality and evidence formation. A high interest from politicians, practitioners and media does not automatically mean that treatment demand data were actually and always used during the debate and for decision making. Most of the work carried out in treatment demand epidemiology and research had focused on describing the situation. Description is useful in helping

policy makers and practitioners by providing the information on situation and by tracking the trends. However, developing appropriate, evidence based policies and interventions requires going beyond description to understand reasons why and how drug use and drug related problems develop and in what way policies and interventions may affect them.<sup>56</sup> Because of little financial resources and complex research protocols, the randomised controlled trials to establish real effectiveness of substitution treatment interventions were never proposed. Rather the treatment demand evidence became the 'standard' used to evaluate new treatment policy and programs.

## References

1. Nolimal D, Premik M. *Nekateri socialnomedicinski vidiki zlorabe drog (Some sociomedical aspects of drug abuse)*. Zdrav Vestn, 1992; 61: 133-136.
2. *Savezni zavod za zdravstveno zaščito. Osnovi jedinstvene medicinske doktrine o lečenju i rehabilitaciji narkomana*. Beograd, 1985.
3. Nolimal D, Milčinski L. *Pojavnost alkoholizma in drugih boleznih odvisnosti v SR Sloveniji, Zlorabe drog in odvisnosti od njih, (Zdravstveno varstvo, Posebna publikacija, 1985, 1)*. Ljubljana: Univerzitetni zavod za zdravstveno in socialno varstvo, 1985: 1-95.
4. Nolimal D. *Javno zdravstvo in zbiranje podatkov o injicirajočih uživalcih drog v Sloveniji v letu 1993*. Zdrav Var, 1994; 33: 327-329.
5. Nolimal D. *Nekateri zgodovinski in javnozdravstveni vidiki metadonskega zdravljenja*. In: Kostnapfel RT. (ur.). *Posvetovanje o problematiki metadona. Zbornik izbranih predavanj*. [Ljubljana]: Ministrstvo za zdravstvo, 1995: 1-17.
6. Nolimal D. *Preprečevanje zlorabe alkohola, tobaka in drugih drog v Sloveniji danes*. Zdrav var, 1991; 30: 287-290.
7. Nolimal D, Gorup S et al. *HIV-Rizično vedenje med uživalci heroina v koperski regiji, 1991*(tipkopis).
8. *Republiški strokovni kolegij za psihiatrijo. Načela zdravljenja in drugih postopkov pri odvisnosti od drog*. Zdrav Var, 1991; 4-5: 103-116.
9. Flaker V et al.. *Droge in nasilje (Drugs and violence)*. Ljubljana: Mirovni inštitut, 1993.
10. Nolimal D. *Preprečevanje in širjenje okužb z HIV: metadonski programi*. Zdrav Var, 1991; 30: 117-120



11. Krek M, Krek-Mišigoj j, Nolimal D. *Politika zmanjševanja škode zaradi uživanja drog med uživalci ilegalnih drog*. Zdrav Var, 1994; 33: 263-267.
12. Nolimal D. *uvajanje kazalca o prvem iskanju zdravstvene pomoči uživalcev drog po metodologiji skupine Pampidou*. Zdrav Var, 1994; 33: 337-343.
13. Nolimal D, Rode N, Krek M et al. *Spremljanje učinkovitosti metadonskega vzdrževalnega programa s sledenjem sprememb v tveganih vedenjskih vzorcih ter sprememb v deležu uživalcev drog okuženih s humanim imunodeficientnim virusom (HIV)*. Raziskovalno poročilo. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 1995: 1-30.
14. Nolimal D, Rode N, Lahajnar I et al. *Epidemiološko spremljanje učinkovitosti metadonskega vzdrževalnega programa v Sloveniji . Nadaljevanje projekta. spremljanje učinkovitosti metadonskega vzdrževalnega programa s sledenjem sprememb v tveganih vedenjskih vzorcih ter sprememb v deležu uživalcev drog okuženih s humanim imunodeficientnim virusom ( HIV)*. Raziskovalno poročilo. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 1995; 1-50.
15. Nolimal D, Crowley T. J. *Difficulties in a clinical application of methadone-dose contingency contracting*. J Subst Abuse Treat, 1990; 7: 219-224.
16. Gill K., Nolimal D, Crowley T.J. *Antisocial personality disorder, HIV risk behavior and retention in methadone maintenance therapy*. Drug alcohol depend, 1992; 30: 247-252.
18. Nolimal D. *Poročilo Inštituta za varovanje zdravja R Slovenije: Javno zdravstvo in zbiranje podatkov o uživalcih drog v Sloveniji v letu 1993*. In: Nolima D, Belec M , eds . *Zbornik izbranih poročil z zaključnim poročilom Informacijski sistemi in uporabna epidemiologija škodljive uporabe drog: nadaljevalni seminar; 1994 Sep 26-28; Piran*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 1995: 5-9.
17. Nolimal, Krek, Aubrey. *Treatment demands in Koper in the period between 1991-1993. Report presented at the PG seminar on drug epidemiology and information systems*. Piran, 26-28 September 1994.
19. Nolimal D, Onusic S, *Overview of drug misuse in Slovenia: epidemiology and research. Thev Report for the Seminar on Information Systems and Applied Epidemiology of Drug Misuse, Ljubljana, Slovenia, September 22 - 24,1993*. Ljubljana: Institute of public health of Slovenia, 1993.
20. Dušan Nolimal. *Trendi uporabe alkohola in drugih drog v Sloveniji*. Med Razgl, 1996; 35; Suppl 5: 21-29.
21. Krek M, Nolimal D. *Sprememba življenjskega stila metadonskih pacientov*. Zdrav Var, 1993, 32, Suppl 2: 105-112.
22. Nolimal D. *O strategiji na področju droge, spolnosti in HIV/AIDSa v Sloveniji*. Mreža Drog. Bilten, 1993; 4: 17-11.

23. Nolimal D, Rebec A. *AIDS med uživalci drog v Evropi in Sloveniji. Mreža Drog. Bilten*, 1993; 4: 12-32.
24. Nolimal D. *Uvajanje kazalca o prvem iskanju zdravstvene pomoči uživalcev drog po metodologiji skupine Pompidou (The introduction of the first treatment demand indicator according to Pompidou Group methodology)*. *Zdrav Vars*, 1994; 33: 337-343.
25. Nolimal D, Petrič V. *Osnovne informacijske zahteve na področju uporabe in problematike drog (Basic informational requirements in the field of drug use and problems related to drugs)*. *Med Razgl.*, 1996; 35, suppl.: 161-168.
26. Nolimal D. *Razvoj epidemiološke dejavnosti v okviru nacionalnega programa preprečevanja škodljivih posledic uživanja drog v Sloveniji (Development of epidemiology activity in the frame of national programme for prevention of harmful drug consumption consequences in R Slovenia)*. *Zdrav Var*, 1995; 34: 233-237.
27. Nolimal D. *Vloga mestne evropske epidemiološke mreže na področju drog ter njen vpliv na razvoj epidemiologije drog v Sloveniji (The influence of European epidemiological multi-city network on the drug field and it's influence to the drug epidemiology development in Slovenia)*. *Zdrav Var*, 1997; 36: 195-198.
28. Nolimal D. *Epidemiološko spremljanje rabe nedovoljenih drog v Sloveniji v letu 1999 : ocena stanja in načrti za prihodnost (Epidemiological survey of illegal drug use in Slovenia in 1999 : evaluation of the situation and plans for the future)*. *Odvisnosti* 2000; 1: 28-32.
29. Nolimal D. *Zbiranje informacij in ocena problematike rabe drog pri posamezniku, v družini in na lokalni ravni: vloga zdravstvenih delavcev (Data collection and assessment of drug problems at the individual, family and community levels: the role of health-care workers)*. *Odvisnosti*, 2001; 2: 16-21.
30. Nolimal D. *Metbadone prescribing in Slovenia in 1989-1996 and optimum dispensing arrangements*. In: *Kastelic et al (eds). Heroin addiction in Europe: Book of abstracts*. Ljubljana: The Coordination of Centres for Prevention and Treatment of Drug Addiction, 1997: 102.
31. Nolimal D. *Heroin in Slovenia*. In: *Kastelic et al (eds). Heroin addiction in Europe: Book of abstracts*. Ljubljana: The Coordination of Centres for Prevention and Treatment of Drug Addiction, 1997: 103.
32. Nolimal D. *What lessons can be learned from comparing of the drug treatment demands in various European cities?* In: *13th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm, Ljubljana, 3-7 March, 2002, Cankarjev dom - Ljubljana - Slovenia. Book of abstracts*, (Odvisnosti). Ljubljana: International Harm Reduction Association, 2002: 144.
33. Nolimal D. *Osnovne zahteve spremljanja problematike drog, posredni pokazatelji in centralna informacijska enota*. In: *Čebašek Travnik Z, Radovanovič M (eds). Medicina odvisnosti : zbornik prispevkov 1. slovenske konference o medicini odvisnosti, Ljubljana, oktober 1996*. Ljubljana: Republiški strokovni kolegij za psihiatrijo, Delovna skupina za odvisnost od alkohola, 1997: 11-19.

34. NOLIMAL, Dušan. *Political considerations in planning a reporting system on treatment demand. In: Proceedings. Conference on co-operation in the mediterranean region Malta, 15-17 november 1999.* Strasbourg: Council of Europe, 1998: 5-10.
35. Nolimial D *Ko je virus nevarnejši od heroína : sporni metadon.* Delo 1991; 33.
36. Nolimial D. *Poplava heroína v Sloveniji.* Delo 1992; 34.
37. Nolimial D, Lahajnar I. *S kakovostnejšim zbiranjem podatkov tudi učinkovitejši v boju proti drogam : Slovenija in skupina Pompidou pri Svetu Evrope.* Delo 1995: 11.
38. Nolimial, Dušan. *Virus ljubi tvegavce : mamila, spolnost in aids.* Delo 1995: 37.
39. Nolimial D . *Uspehov ne bo, če vlada ne bo sprejela prave strategije : zloraba drog in preventiva.* Delo 1992 ; 34: 15.
40. Lešnik L. *Naporno življenje z drogo : pogovor med Lučko Lešnik in dr. Dušanom Nolimialom,* 1991. In: Nolimial, D, Rejc, Vladimira (ur.). *Pogovori o drogah. 1. izd.* Ljubljana: Reprostudio S, 1996: 46-49.
41. Vipotnik M. *V koraku z zahodno Evropo : pogovor med Mičo Vipotnik in dr. Dušanom Nolimialom,* 1992. In: Nolimial, D, Rejc, Vladimira (ur.). *Pogovori o drogah. 1. izd.* Ljubljana: Reprostudio S, 1996: 59-61.
42. Vipotnik M. *Droge, potem pa še aids : pogovor med Mičo Vipotnik in dr. Dušanom Nolimialom,* 1993. In: Nolimial, D, Rejc, Vladimira (eds ). *Pogovori o drogah. 1. izd.* Ljubljana: Reprostudio S, 1996: 62-64.
43. Vipotnik M. *Hepatitis C ubija počasi : pogovor med Mičo Vipotnik in dr. Dušanom Nolimialom,*1993. In: Nolimial, D, Rejc, Vladimira (eds ). *Pogovori o drogah. 1. izd.* Ljubljana: Reprostudio S, 1996: 65.
44. Vipotnik M. *Zbiranje podatkov in mednarodno sodelovanje : pogovor med Mičo Vipotnik in dr. Dušanom Nolimialom,* 1993. In: Nolimial, D, Rejc, Vladimira (eds ). *Pogovori o drogah. 1. izd.* Ljubljana: Reprostudio S, 1996: 69-70.
45. Lavrič M. *Zasvojenost je nezdrav način življenja : pogovor med Marjano Lavrič in dr. Dušanom Nolimialom,* 1991. In: Nolimial, D, Rejc, Vladimira (ur.). *Pogovori o drogah. 1. izd.* Ljubljana: Reprostudio S, 1996: 94-96.
46. Nolimial D. *Vpliv medijev na oblikovanje podobe uporabnikov drog v javnosti ( The influence of media on the public image of drug users) .* In: *Vpliv medijev na oblikovanje podobe uporabnikov drog v javnosti : okrogla miza, (Odmevi).* Ljubljana: Urad za droge 2002: 10-26.

47. Kastelic A. *Priporočila zdravnikom za zdravljenje odvisnih od drog*. In: Kostnapfel RT. (ur.). *Posvetovanje o problematiki metadona. Zbornik izbranih predavanj*. [Ljubljana]: Ministrstvo za zdravstvo, 1995: 17- 62.
48. Nolimal D. *Ljubljana 1991 – 1994 data*. In: Pompidou Group. *Multi-city Network Eastern Europe: drugs and addiction*. Strasbourg: Council of Europe Publishing, 1997: 183-243.
49. *The Act on prevention of drug consumption and treatment of drug addicts* . Official gazette 98/99.
50. *Nacionalni program na področju drog, 2003-2008*. Vlada republike Slovenije. Urad za droge, 2002.
51. Trišler Z, Seme K, Poljak M, Čelan-Lucu B, Sakoman S. *Prevalence of hepatitis C and G virus infections among intravenous drug users in Slovenia and Croatia*. Scand J Infect Dis 1999; 31:33-5.
52. Klavs I, Poljak M. *Unlinked anonymous monitoring of human immunodeficiency virus prevalence in high and low risk groups in Slovenia*. Croatian Medical Journal 2003; 44: 545-549.
53. Nolimal D, Vegnuti M. Treatment reporting system in Slovenia. In: Kastelic et al (eds). *Heroin addiction in Europe : book of abstracts*. Ljubljana: The Coordination of Centres for Prevention and Treatment of Drug Addiction, 1997: 104.
54. Belec M, Nolimal D. *Zdravstveno varstvo uporabnikov nedovoljenih drog (Health care for users of illegal drugs)* . In: Zdrav Vars., Supl. 1, Zdrav. stat. letop., 2000; 39, suppl. 1: 355-359.
55. Nolimal D, Belec M. *Zdravstveno varstvo uporabnikov nedovoljenih drog (Health care of illegal drug user)* In: Zdrav Var., Supl. 1, Zdrav. stat. letop., 2001; 40, suppl. 1: 381-388.
56. Hartnoll R. *Drugs and drug dependence: linking research, policy and practice. Lessons learned, challenges ahead*. Strasbourg: Council of Europe Publishing, 2004.



## Conclusions

The study set out to find examples (case studies) of where treatment demand data have been used to help develop evidence-based policies and practices. Three case studies are presented.

In Ireland, treatment demand data were used to identify the areas in Dublin city where the heroin problem was most acute. This led to the establishment of new administrative structures (Local Drugs Task Forces) in these areas, designed to ensure strategic delivery of national drugs policy in a coherent, integrated and cost-effective manner.

In Italy, a survey of specialised public drug services found that treatment data were largely used to fund services and define the number of professionals involved in providing such services. In addition, treatment data was also used to plan therapeutic and secondary prevention activities in more than half of the services surveyed.

In Slovenia, treatment demand data were used in the 1990s in the development of national drug policy, treatment law, treatment guidelines and the availability and accessibility to substitution treatment for injecting drug users.

While the low number of case studies may be viewed as disappointing, there are a number of possible explanations for this. Many of the experts who participated in the treatment demand projects of the former Expert Epidemiology Group no longer participate in the Expert Committee on Research. Given the mission of the new Research Platform which is to support the use of research evidence in policy and practice, this is understandable. However, the result is that a considerable level of expertise and institutional memory in the area of treatment demand has been lost to the Pompidou Group. Indeed, it could be argued that this loss began in the late 1990s following the end of the Pompidou Group's six-year project on treatment demand. The final report of this project involved a total of 42 experts from 23 cities (18 countries). This was the largest level of collaboration at any stage during the six years of the project. In the follow-up project on treatment demand conducted between 2001 and 2003, a total of 28 experts from 15 cities (13 countries) participated. Due to limited resources and the need to avoid duplication of work between international organisations, it was not considered feasible to reconvene the treatment demand experts of the former Expert Epidemiology Group, for the current project.

Another factor that may have contributed to the limited number of case studies was the subject itself. As discussed above, determining whether research findings have influence policy and/or practice is not easy. This project took a very

pragmatic approach to the problem. In order to establish the link between the use of treatment demand data and a subsequent policy and/or practice decision, it was necessary to have documentary evidence to support the connection. For example, a policy recommendation had to be supported or based on the findings of treatment demand data and a reference to this effect had to be evident in the relevant policy document. While such documentary evidence exists in the case of Ireland, it was hoped that other countries could demonstrate similar documentary evidence. The results of this study suggest that such evidence is not always available or apparent. It should also be acknowledged that even if documentary evidence was available, contributors were asked to provide a written case study demonstrating this. This may have proved difficult in the case of some potential contributors due to busy work schedules.

Finally, in a survey of the Permanent Correspondents of the Pompidou Group, a majority (90%) of those who responded indicated that they received reports on the analysis of treatment demand data and that this information had been used to support the development of national or local drug policy in their country. In terms of specific policy relevant information obtained through treatment demand data, Permanent Correspondents wished to see more information on clients at the point of discharge from treatment, including information on retention in treatment and effectiveness of treatment.

## References

1. Avico U, Hartnoll R, Ingold FR, Lange KJ, Lenke L, O'Hare A, et al. (1987). *Multi-city study of drug misuse in Amsterdam, Dublin, Hamburg, London, Paris, Rome, Stockholm. Final Report. Section 2. Technical report on indicators of drug misuse in the seven cities and recommendations for future monitoring.* Strasbourg: Council of Europe.
2. O'Hare A and Hartnoll R (1989). *The Dublin/London drug research project: final report.* Strasbourg: Council of Europe.
3. Hartnoll R (1991). *Development of treatment reporting systems and first treatment demand indicator. Third progress report: results of census of clients in treatment and progress on 1<sup>st</sup> treatment demand reporting.* Strasbourg: Council of Europe.
4. Hartnoll R (1991). *Development of treatment reporting systems and first treatment demand indicator. First progress report: work to date and census of clients in treatment.* Strasbourg: Council of Europe.
5. Hartnoll R (1992). *Drug treatment reporting systems and the first treatment demand indicator: Definitive protocol. Draft: August 1992.* Strasbourg: Council of Europe.
6. Hartnoll R (1994). *Drug treatment reporting systems and the first treatment demand indicator: Definitive protocol.* Strasbourg: Council of Europe.
7. Stauffacher M (1999) *Treated drug users in 23 European cities. Data 1997. Trends 1996-97. Pompidou Group project on treatment demand: final report. Amsterdam, Athens, Bratislava, Brussels, Bucharest, Budapest, Copenhagen, Cyprus, Debrecen, Dublin, Gdansk, Geneva, Liège, Ljubljana, Malta, Orenburg, Prague, Rome, St. Petersburg, Sofia, Varna, Warsaw, Zagreb.* Strasbourg: Council of Europe.
8. Stauffacher M (1995) *Synthesis report. 1992 census and treatment demands in nine European cities: Barcelona, Dublin, Geneva, Koper, Liège, Lisbon, Oslo, Rome, Zürich.* Strasbourg: Council of Europe.
9. Stauffacher M (1995) *Synthesis report. Census and treatment demands in eleven European cities. Annual update 1993: Amsterdam, Barcelona, Dublin, Gdansk, Geneva, Koper, Liège, Lisbon, Oslo, Paris, Zürich.* Strasbourg: Council of Europe.
10. Stauffacher M (1996) *Synthesis report. Census and treatment demands in various European cities. Annual update 1994, basic module. Trends 1992-1994. Amsterdam, Athens, Barcelona, Bratislava, Budapest, Dublin, Gdansk, Liège, Ljubljana, Malta, Paris, Rome, Sofia, Varna.* Strasbourg: Council of Europe.
11. Stauffacher M (1997) *Synthesis report. Census and treatment demands in nineteen European cities. Annual update 1995, basic module. Trends 1992-1995. Amsterdam, Athens, Barcelona, Bratislava, Copenhagen, Cyprus, Dublin, Gdansk, Liège, Ljubljana, Malta, Paris, Prague, Rome, Sofia, Szeged, Varna, Warsaw, Zagreb.* Strasbourg: Council of Europe.



12. Stauffacher M (1997) *Pompidou subgroup on treatment demands: treated drug users in 22 European cities. Annual update 1996. Trends 1992-1996. Amsterdam, Athens, Bratislava, Bucharest, Budapest, Copenhagen, Cyprus, Dublin, Gdansk, Liège, Ljubljana, Malta, Orenburg, Prague, Rome, St. Petersburg, Sofia, Szeged, Varna, Warsaw, Zagreb.* Strasbourg: Council of Europe.
13. Stauffacher M, Kokkevi A (1999) *The Pompidou Group treatment demand protocol: the first pan-European standard in the field.* European Addiction Research, 5: 191-6.
14. Czemy L *et al.* (1997) *Pompidou subgroup on treatment demands: proceedings of the 5<sup>th</sup> meeting. Strasbourg, 27 November 1996.* Strasbourg: Council of Europe.
15. Korchagina GA *et al.* (1998) *Pompidou subgroup on treatment demands: proceedings of the 7<sup>th</sup> meeting. Strasbourg, 10 December 1997.* Strasbourg: Council of Europe.
16. Rossi C *et al.* (1999) *Pompidou Group project on treatment demand: proceedings of the 9<sup>th</sup> meeting. Strasbourg, 30 November 1998.* Strasbourg: Council of Europe.
17. Simon R, Donmall M, Hartnoll R, Kokkevi A, Ouwehand AW, Stauffacher M, Vicente J (1999). *The EMCDDA/Pompidou Group treatment demand indicator protocol: a European core item set for treatment monitoring and reporting.* European Addiction Research, 5: 197-207.
18. Stauffacher M, Arpa S, Vassilev M (2003) *Follow-up project on treatment demand: tracking long-term trends. Final report.* Strasbourg: Council of Europe.
19. Pompidou Group (2003) *Work programme 2004-2006.* Strasbourg: Council of Europe.
20. Pompidou Group (2005) *Research field: detailed mission statement.* Strasbourg: Council of Europe.
21. Ministerial Task Force on Measures to Reduce the Demand for Drugs (1996). *First report of the Ministerial Task Force on measures to reduce the demand for drugs.* Dublin: Department of the Taoiseach.

## Appendix 1



### **Pompidou Group**

Co-operation Group to Combat Drug Abuse  
And Illicit Trafficking in Drugs



**P-PG/Res (2005) 6 E**  
Strasbourg, 14 November 2005

Questionnaire about the impact of treatment demand data on policy to  
Permanent Correspondents

The Pompidou Group has advocated the systematic and routine collection of information of clients entering treatment for problem drug use (treatment demand data) since the mid-1980s. During the early 1990s the Pompidou Group developed and tested a standard set of core data to be collected on a routine basis from drug treatment centres, using comparable procedures and criteria. As a result of this early work, a treatment demand protocol was developed and implemented in many Western and Eastern European countries. The protocol and the experience gained through its application served as a starting point for the harmonisation of the treatment demand indicator in Europe. The early development of the treatment demand protocol provides one of the best examples of the successful work carried out by the Pompidou Group.

In accordance with the mandate of the research field within Pompidou Group, which is to support the use of evidence in policy and practice, the following questionnaire has been drafted for the attention of the Permanent Correspondents. This questionnaire is part of a Pompidou Group project designed to examine the impact of treatment demand data on drug policy and practice.

The Secretariat would be grateful if you could spend a few minutes to complete the following questionnaire. Thank you in advance

*Please send your reply to [florence.mabileau-whomsley@coe.int](mailto:florence.mabileau-whomsley@coe.int) by 18 November*

Name:

Country:

**1. Does your country collect information on clients entering treatment for problem drug use (treatment demand data)?**

- No
- Yes, only in certain cities or regions
- Yes, on a national basis

**2. Do you receive reports based on the analysis of treatment demand data?**

- Yes
- No

**3. Has treatment demand data been used to support the development of national or local drug policy in your country?**

- Yes, quite a lot
- Yes, to some extent
- Not at all
- Don't know

**4. Please provide the references or websites through which access may be obtained to documents relating to national or local drug policy in which treatment demand data have been used to support policy development.**

.....

**5. Is there any other information you would like to give about the impact of treatment demand data on national or local policy in your country?**

.....

**6. Is there any specific policy relevant information you would wish to obtain through treatment demand data? If so, please give details.**

.....

# **Demandes de traitement des consommateurs de drogues: influence sur les politiques et les pratiques**

Hamish Sinclair (Irlande, coordinateur du projet)

avec le concours de

Carlo Bertorello et Michela Rial (Italie) et Dušan Noliml (Slovénie)

## **Remerciements**

L'auteur souhaite remercier Carlo Bertorello et Michela Rial (Italie) ainsi que Dušan Nolimal (Slovénie) d'avoir consacré du temps à la préparation d'études de cas pour le présent rapport.

J'aimerais également remercier Richard Muscat (Malte), Jacek Sekiewicz (Pologne) et Florence Mabileau-Whomsley (Groupe Pompidou) pour leurs remarques utiles et leurs encouragements.

Je suis particulièrement reconnaissant aux membres du Comité d'experts sur la recherche du Groupe Pompidou, aux spécialistes de la demande de traitement de l'ancien Groupe d'experts en épidémiologie du Groupe Pompidou et aux spécialistes de la demande de traitement du Réseau Reitox de l'OEDT (Office Européen des Toxicomanies) pour leur retour d'informations sur l'utilisation des données en matière de demande de traitement dans leurs pays respectifs. Je remercie également les correspondants permanents du Groupe Pompidou qui ont participé au sondage sur l'utilisation des données en matière de demande de traitement.

Enfin, je tiens à remercier Kathryn McGarry (Irlande) pour la réalisation de l'analyse documentaire systématique et Jean Long (Irlande) pour la présentation du projet à la réunion annuelle des experts de la demande de traitement de l'OEDT, qui s'est tenue à Lisbonne les 22 et 23 septembre 2004.

## Le Groupe Pompidou

Le Groupe de coopération en matière de lutte contre l'abus et le trafic illicite de stupéfiants (Groupe Pompidou) est un organe intergouvernemental créé en 1971. Depuis 1980, il déploie ses activités dans le cadre du Conseil de l'Europe. Trente cinq pays sont actuellement membres de ce forum européen multidisciplinaire qui permet à des responsables politiques, des professionnels et des experts d'échanger idées et informations sur les divers problèmes posés par l'abus et le trafic illicite des stupéfiants. Sa nouvelle mission adoptée à la Conférence Ministérielle de Dublin en Octobre 2003 est de promouvoir le dialogue et l'interaction entre les politiques, les pratiques de terrain et la science en se concentrant en particulier sur la mise en œuvre pratique des politiques en matière de drogues.

En créant en 1982 un groupe d'experts en épidémiologie des problèmes de drogues, le Groupe Pompidou a été un précurseur pour le développement de la recherche et de la surveillance des problèmes de drogues en Europe. L'étude multi-villes dont le but était d'évaluer, interpréter et comparer les tendances de l'usage de drogues en Europe constitue l'une de ses réalisations les plus importantes. Parmi ses autres contributions significatives, citons le pilotage d'une série d'indicateurs et d'approches méthodologiques notamment en ce qui concerne les enquêtes scolaires qui a donné naissance à l'ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs)<sup>8</sup>, les demandes de traitement (indicateur demande de traitement<sup>9</sup>), l'estimation de la prévalence (publication « Estimation de la prévalence de la consommation problématique de drogues en Europe ») et la recherche qualitative. L'activité la plus récente a été la tenue d'une conférence en 2004 sur « Comment rapprocher la recherche, les politiques et les pratiques de terrain »:

La présente publication a été commandée par le Groupe Pompidou au Dr Hamish Sinclair, Chef de la Division Drug Misuse Research au Health Research Board en Irlande. Depuis le milieu des années 1980, le Groupe Pompidou plaide en faveur du recueil régulier et systématique d'informations concernant les patients qui commencent un traitement pour consommation problématique de drogues (données en matière de demande de traitement). Dans ce rapport, les auteurs, Hamish Sinclair, Carlo Bertorello, Michela Rial et Dušan Nolimal, tous membres de la Plate-forme Recherche du Groupe Pompidou, tentent de répondre à la question de savoir comment les données sur les demandes de traitement ont été utilisées pour élaborer des politiques drogues et des pratiques reposant sur des connaissances validées.

---

<sup>8</sup> À l'initiative du Conseil Suédois pour l'Information sur l'Alcool et les autres Drogues (CAN) et soutenu par le Groupe Pompidou

<sup>9</sup> Voir la liste de documents et de publications du Groupe Pompidou figurant à la fin de cette publication



## Sommaire

Résumé.....	65
Introduction.....	67
Méthodologie .....	69
Résultats .....	71
Etude de cas 1 : L'utilisation des données en matière de demande de traitement pour la création de Task forces locales dans le domaine de la toxicomanie à Dublin, Irlande. Hamish Sinclair .....	75
Etude de cas 2 : L'utilisation des données en matière de traitement dans les politiques sanitaires sur les toxicomanies en Italie. Carlo Bertorello et Michela Rial .....	79
Etude de cas 3 : L'influence des données en matière de demande de traitement sur l'offre et l'accès aux traitements de substitution par la méthadone pour les utilisateurs de drogues injectables : le point de vue de la santé publique en Slovénie. Dušan Nolimal.....	85
Conclusions .....	111
Références .....	113
Annexe 1 : Questionnaire transmis aux correspondants permanents .....	115
Liste des publications et documents du Groupe Pompidou .....	117





## Résumé

Ce rapport présente les résultats d'un projet européen mené entre 2004 et 2006 sous l'intitulé : « L'influence des données en matière de demande de traitement sur les politiques et les pratiques ».

Depuis le milieu des années 1980, le Groupe Pompidou plaide en faveur du recueil régulier et systématique d'informations concernant les patients qui commencent un traitement pour consommation problématique de drogues (données en matière de demande de traitement). Au début des années 1990, il a mis au point et testé un ensemble standard de données de base à recueillir régulièrement auprès des centres de traitement de la toxicomanie, au moyen de procédures et de critères comparables. A l'issue de ce travail préliminaire, un protocole de demande de traitement a été élaboré et mis en œuvre dans de nombreux pays d'Europe occidentale et orientale. Ce protocole et l'expérience tirée de son application ont servi de point de départ pour l'harmonisation de l'indicateur de demande de traitement dans l'UE.

Le projet suivant a été conçu en accord avec le mandat du secteur de la recherche du Groupe Pompidou, qui consiste à favoriser l'utilisation des données dans les politiques et les pratiques. Il fait suite aux travaux antérieurs du Groupe Pompidou dans le domaine de la demande de traitement et vise à s'appuyer sur ces derniers pour déterminer comment les données en matière de demande de traitement ont été utilisées pour élaborer une politique et des pratiques reposant sur des connaissances validées.

Trois études de cas concrètes ont été retenues, dans lesquelles les données en matière de demande de traitement ont été utilisées pour élaborer de telles politiques et pratiques.

En Irlande, les données en matière de demande de traitement ont été utilisées pour mettre en évidence les quartiers de Dublin dans lesquels le problème de l'héroïne était le plus préoccupant. Cette étude a abouti à la création de nouvelles structures administratives (groupes de travail locaux dans le domaine des drogues) dans ces quartiers, chargées d'assurer la mise en œuvre stratégique des politiques nationales en matière de drogues de manière cohérente, intégrée et rentable.

En Italie, une enquête auprès des services publics spécialisés dans la toxicomanie, menée par Bertorello et Rial, a conclu que les données relatives au traitement sont principalement utilisées pour le financement des services et la détermination du nombre de professionnels chargés d'assurer ces services. Les données relatives au traitement ont également été utilisées pour planifier les activités thérapeutiques et de prévention secondaire dans plus de la moitié des services interrogés.

Dans une étude de cas sur la Slovénie, Nolimal examine comment les données relatives aux traitements ont été utilisées dans les années 1990 pour l'élaboration de la politique nationale en matière de drogues, de la législation relative au traitement et des recommandations en la matière, ainsi que pour la mise en place de l'offre et de l'accès au traitement de substitution pour les utilisateurs de drogues injectables.

Enfin, dans une enquête menée auprès des correspondants permanents du Groupe Pompidou, une majorité (90%) des répondants ont indiqué qu'ils recevaient des rapports concernant l'analyse des données en matière de demande de traitement, et que ces informations avaient été utilisées pour soutenir le développement de politiques nationales ou locales en matière de drogues dans leur pays. S'agissant des informations spécifiques pertinentes pour la prise de décisions, obtenues grâce aux données en matière de demande de traitement, les correspondants permanents souhaitent obtenir davantage d'informations sur les patients en fin de traitement, et notamment sur le maintien en traitement et l'efficacité du traitement.

## Introduction

La mise au point de l'indicateur de demande de traitement par le Groupe d'experts en épidémiologie du Groupe Pompidou est l'un des meilleurs exemples de travail mené à bien par le groupe. La première étude multi-villes sur l'abus de drogues<sup>a</sup> menée par les experts en épidémiologie du Groupe Pompidou et publiée en 1987, a établi que la première demande de traitement est un « bon indicateur des tendances en matière d'abus de drogues ».<sup>1</sup> Le terme « première demande de traitement » se rapporte aux personnes qui commencent un traitement sans avoir jamais suivi de traitement pour un problème de consommation de drogues dans un centre. Le rapport de cette première étude reconnaît toutefois que la comparabilité est faible en ce qui concerne les définitions et les procédures de collecte des données dans ces différentes villes.

A la suite de la première étude multi-villes, une étude pilote menée à Dublin et Londres en 1989 a mis au point et testé un ensemble standard de données de base à recueillir de manière régulière auprès des centres de traitement, au moyen de procédures et de critères comparables<sup>2</sup>. Elle a ensuite été étendue à neuf<sup>b</sup> autres villes en 1991<sup>3</sup>. Cette étude plus vaste avait pour objectif d'examiner les possibilités de mise en place de systèmes de déclaration permettant de collecter des données comparables sur le profil des toxicomanes qui contactent les centres de traitement dans différentes villes<sup>4</sup>. Un autre objectif, à plus long terme, était de jeter les bases de systèmes de déclaration permettant de poursuivre la collecte régulière de données comparables. Il a également été reconnu que, bien qu'il s'agisse d'une étude au niveau des villes, ces dernières pourraient également « proposer des modèles de systèmes nationaux de déclaration des traitements ».<sup>4</sup> Les travaux préliminaires se sont soldés par la rédaction en 1992<sup>5</sup> et la finalisation en 1994<sup>6</sup> d'un « protocole définitif » relatif aux systèmes de déclaration des traitements de la consommation de drogues.

En 1993, le Groupe Pompidou s'est engagé dans un projet ambitieux sur six ans, consacré aux demandes de traitement, dont les objectifs étaient les suivants : améliorer la qualité des données au niveau des villes ; améliorer la comparabilité des données au niveau européen ; réunir les données annuelles et comparer les tendances au niveau européen, et élargir les possibilités d'analyse comparative des données<sup>7</sup>. Au total, six rapports annuels ont été produits par le groupe de projet, sous la coordination de Michael Stauffacher (Zürich)<sup>7-12</sup>. Pour le premier rapport, neuf villes de huit pays ont fourni des données pour 1992<sup>8</sup>, et pour le dernier

---

<sup>a</sup> Sept villes ont participé à la première étude multi-villes sur l'abus de drogues: Amsterdam, Dublin, Hambourg, Londres, Paris et Stockholm.

<sup>b</sup> Les neuf villes, en plus de Dublin et Londres, étaient Amsterdam, Barcelone, Copenhague, Genève, Lisbonne, Paris, Rome, Stockholm et Zurich.

rapport, 23 villes<sup>c</sup> de 18 pays ont fourni des données pour 1997<sup>7</sup>. Sur les six ans, un total de 31 villes dans 23 pays ont fourni des données pour une ou plusieurs années, bien que quelques-unes aient dû mettre un terme à la communication d'informations pour différentes raisons. Au cours du projet, le protocole du Groupe Pompidou a été mis en œuvre au niveau des villes et au niveau national dans un certain nombre de pays d'Europe occidentale et orientale, tandis que dans d'autres pays, les systèmes en place ont été adaptés pour se rapprocher autant que possible de la méthodologie du Groupe Pompidou<sup>13</sup>. Une amélioration de la qualité et de la comparabilité des données a été observée.<sup>13</sup>

Outre la publication de six rapports annuels, présentant des statistiques descriptives de base, des analyses plus approfondies ont été menées et leurs résultats communiqués aux réunions de projet annuelles. Trois volumes d'actes ont été produits, qui présentent des exemples intéressants de ces analyses.<sup>14-16</sup>

Le protocole de demande de traitement du Groupe Pompidou et l'expérience tirée de son application ont servi de point de départ aux initiatives de l'Office Européen des Drogues et des Toxicomanies pour une harmonisation de l'indicateur de demande de traitement dans l'UE.<sup>17</sup>

Au cours du programme de travail 2001-2003 du Groupe Pompidou, le Groupe d'experts sur l'épidémiologie a davantage mis l'accent sur l'analyse et l'interprétation des données en matière de demande de traitement que sur leur collecte. Le projet complémentaire sur la demande de traitement visait à mieux comprendre les tendances en matière de demande de traitement, au moyen de techniques analytiques plus pointues, pour apporter des informations plus pertinentes pour les politiques et la pratique.<sup>18</sup>

Le programme de travail du Groupe Pompidou pour 2004-2006 a marqué une rupture quasi-totale avec ses prédécesseurs, tant sur le plan des priorités que des principales méthodes de travail.<sup>19</sup> Le groupe d'experts en épidémiologie a été remplacé par un « Comité d'experts sur la recherche ». Ce comité s'est vu confier les travaux de la nouvelle e Recherche<sup>d</sup>. La principale mission de la Plate-forme Recherche est de servir de forum favorisant le dialogue et l'échange d'expériences, dans le but d'identifier des exemples probants de la manière dont la recherche peut être utilisée pour élaborer des politiques efficaces fondées sur des connaissances validées et influencer sur la pratique.<sup>20</sup>

---

<sup>c</sup> Les 23 villes incluait Chypre et Malte. Ces deux pays sont considérés comme des villes dans le cadre des projets du Groupe Pompidou en matière de demande de traitement.

<sup>d</sup> Depuis 2004, les travaux du Groupe Pompidou sont structurés autour de six plateformes : la prévention, le traitement, la justice pénale, la recherche, éthique et les aéroports.

Ainsi, après s'être consacrés pendant deux décennies à la mise au point de méthodes de collecte des données et d'observation des tendances, les travaux du Groupe Pompidou dans le domaine de la recherche se sont détachés dans une large mesure de la collecte et de l'analyse des données pour s'orienter vers l'analyse de l'impact de la recherche sur les politiques et la pratique.

Le projet suivant a été conçu en accord avec le mandat du secteur de la recherche du Groupe Pompidou, qui consiste à favoriser l'utilisation des données dans les politiques et la pratique. Il fait suite aux travaux antérieurs du Groupe Pompidou dans le domaine de la demande de traitement et vise à s'appuyer sur ces derniers pour déterminer comment les données en matière de demande de traitement ont été utilisées pour élaborer une politique et des pratiques reposant sur des connaissances validées.

Les objectifs du projet étaient les suivants :

- examiner comment les données en matière de demande de traitement sont utilisées pour influencer sur l'élaboration des politiques et le développement des pratiques.
- mettre en évidence des exemples réussis (études de cas) d'utilisation des données en matière de demande de traitement pour le développement d'une politique et de pratiques fondées sur des connaissances validées.
- élaborer un processus permettant une meilleure utilisation des données en matière de demande de traitement par les responsables politiques, les praticiens et les chercheurs, pour contribuer au développement de politiques et de pratiques fondées sur des connaissances validées.

## **Méthodologie**

Les méthodes de travail comprenaient une analyse documentaire et une consultation avec les principaux experts. Les questions à étudier en priorité étaient les suivantes :

- Les données en matière de demande de traitement ont-elles été utilisées par le passé pour influencer sur l'élaboration des politiques et le développement des pratiques ?
- Existe-t-il des pièces écrites permettant d'établir clairement le lien entre l'utilisation des données en matière de demande de traitement et le développement ultérieur de politiques et/ou de pratiques ?

- Sur la base de ces pièces écrites, est-il possible de rédiger des études de cas montrant clairement comment les données en matière de demande de traitement ont été utilisées et quel a été leur impact sur le développement de politiques et/ou de pratiques ?
- Est-il possible de trouver, dans ces études de cas, des thèmes communs permettant d'orienter l'utilisation future des données en matière de demande de traitement pour le développement d'une politique et de pratiques fondées sur des connaissances validées ?

Il n'est pas facile de déterminer si les résultats de la recherche ont influé sur les politiques et/ou les pratiques. Ce projet a adopté une approche très pragmatique. Il fallait disposer de pièces écrites pour établir le lien entre l'utilisation des données en matière de demande de traitement et les décisions des pouvoirs publics et/ou les pratiques. Par exemple, il fallait qu'une recommandation relative à la politique à mener soit basée sur les résultats des données en matière de demande de traitement ou confortée par ces dernières, et que le document d'orientation correspondant l'indique clairement. Une étude de cas en Irlande a servi à démontrer ce lien (voir l'étude de cas Irlande dans le présent rapport).

Le projet (incluant l'étude de cas) a été présenté pour la première fois au Comité d'experts sur la recherche à la 1<sup>ère</sup> réunion de la Plate-forme Recherche à Strasbourg le 7 avril 2004. Des présentations complémentaires ont été effectuées à la 2<sup>e</sup> réunion de la Plate-forme Recherche à Rome (24 novembre 2004), à la 3<sup>e</sup> réunion à Paris (9-10 novembre 2005) et à la 4<sup>e</sup> réunion à Gdansk (6-7 avril 2006). Les motivations et les méthodes du projet ont été expliquées à chaque réunion ; les participants ont été informés de l'état d'avancement du projet et ont été invités à y prendre part. Le projet a également été présenté à la réunion annuelle des experts de la demande de traitement de l'OEDT, qui s'est tenue à Lisbonne les 22 et 23 septembre 2004.

Les spécialistes de la demande de traitement de l'ancien Groupe d'experts en épidémiologie du Groupe Pompidou ont également reçu des informations sur le projet par courrier électronique ; on leur a, en outre, demandé si des données en matière de demande de traitement avaient été utilisées dans leur pays pour influencer sur le développement des politiques et des pratiques. Le cas échéant, existait-il des informations probantes permettant d'établir clairement le lien entre l'utilisation des données en matière de demande de traitement et le développement ultérieur de politiques et/ou de pratiques ?

Un sondage a été mené auprès des correspondants permanents actuels<sup>c</sup> avec l'aide du Secrétariat du Groupe Pompidou. Un court questionnaire a été envoyé par courrier électronique aux correspondants permanents de 29 pays, afin d'obtenir leur point de vue sur l'utilisation des données en matière de demande de traitement dans leur pays. Une copie du questionnaire figure à l'annexe 1.

Parallèlement à ce processus de consultation, une analyse documentaire systématique a été réalisée pour déterminer si les publications scientifiques contenaient une quelconque référence à l'utilisation des données en matière de demande de traitement pour l'élaboration de politiques et/ou le développement de pratiques. L'on a admis dès le départ que cette recherche pouvait s'avérer difficile car ce lien, s'il existait, avait davantage de chances de se trouver dans la « littérature grise » ou les rapports gouvernementaux publiés que dans les publications scientifiques. Néanmoins, il a été estimé que s'il était possible de trouver des publications de recherche utilisant des données en matière de demande de traitement provenant d'une ville ou d'un pays donné, il était également possible que ces publications de recherche aient eu un impact sur les politiques et/ou les pratiques. Une telle étude débiterait par la recherche de ces villes ou pays.

Les ressources du Centre de documentation national de l'Irlande sur la consommation de drogues ([www.hrb.ie/ndc](http://www.hrb.ie/ndc)) ont été utilisées pour l'analyse documentaire. Une recherche a été effectuée dans les bases de données PsycINFO, the Web of Science (Science Citation Index, Social Sciences Citation Index, Arts & Humanities Index), et Addiction Abstracts. Elle se limitait aux publications en langue anglaise, hormis les cas où il existait un résumé en anglais d'une publication dans une langue autre que l'anglais. La recherche portait sur les mots-clés suivants en anglais : 'drug treatment data', 'drug treatment demand', 'drug treatment trends', 'evidence-based policy making' 'evidence-based drug misuse policies'. Elle a été réalisée par une étudiante (Kathryn McGarry ). Toutes les références extraites ont fait l'objet d'un examen indépendant par l'étudiante et l'auteur (Hamish Sinclair).

L'auteur (H. Sinclair) a également effectué une recherche avec les mêmes mots-clés sur les moteurs de recherche Google<sup>TM</sup> ([www.google.com](http://www.google.com)) et AltaVista<sup>TM</sup> ([www.altavista.com](http://www.altavista.com)) en avril 2004.

---

<sup>c</sup> Nommés par le gouvernement ou le ministre compétent dans chaque pays participant au Groupe Pompidou, les correspondants permanents représentent leur gouvernement ou pays pour toutes les questions ayant rapport aux drogues et à la toxicomanie.



## Résultats

L'analyse documentaire n'a fourni qu'un nombre limité de références dans lesquelles des données en matière de demande de traitement ont été utilisées. Elle excluait expressément les travaux qui comportaient des enquêtes ou des études spécifiques réalisées dans le cadre de traitements ou qui utilisaient des registres administratifs, tels que les listes de traitement par la méthadone. Ce choix s'explique par le fait que l'étude mettait l'accent sur les données en matière de demande de traitement recueillies de manière régulière et systématique et incluant des données épidémiologiques. L'analyse documentaire se limitant à la langue anglaise, il n'est peut-être pas surprenant d'avoir trouvé si peu de publications dans la littérature scientifique. Au cours des discussions avec les spécialistes de la demande de traitement, il est apparu clairement que ce type de publications se retrouvent en général dans les revues locales, et donc plutôt dans la langue du pays concerné qu'en langue anglaise. En outre, de nombreux experts estimaient qu'il y avait plus de chances de trouver les résultats de l'analyse des données en matière de demande de traitement dans des rapports (publiés ou non) que dans les revues scientifiques traditionnelles.

La consultation a abouti à des résultats très variables, allant de « il n'y a aucune preuve d'utilisation des données en matière de demande de traitement dans la politique et les pratiques » à « oui, elles sont utilisées et il existe des exemples ». Toutefois, il n'y avait que peu ou pas d'informations probantes permettant de corroborer cette dernière affirmation (du moins n'ont-elles pas été communiquées à l'auteur). En fait, hormis l'étude de cas irlandaise, seules deux autres études de cas (Italie et Slovaquie) ont été soumises par la suite. Elles sont présentées ci-après.

L'enquête menée auprès des correspondants permanents a apporté des résultats intéressants. Dix-huit correspondants permanents sur 29 (62%) ont répondu au questionnaire qui leur avait été envoyé. Tous ceux ayant répondu ont affirmé que leurs pays recueillaient des informations sur les patients commençant un traitement pour consommation de drogues (Tableau 1). Dans 13 pays (72%), ces informations étaient recueillies au niveau national. Seize correspondants permanents (92%) recevaient des rapports sur l'analyse des données en matière de demande de traitement, et un nombre similaire a affirmé que ces informations avaient été utilisées pour soutenir le développement de politiques nationales ou locales en matière de drogues dans leur pays.

**Tableau 1. Réponses des correspondants permanents aux questions fermées sur l'utilisation des données en matière de demande de traitement dans leur pays**

Question	Réponse (n=18)
Votre pays recueille-t-il des informations sur les patients commençant un traitement pour usage problématique de drogues ?	Oui, au niveau national (n=13) Oui, seulement dans certaines villes ou régions (n= 5)
Recevez-vous des rapports basés sur l'analyse des données en matière de demande de traitement ?	Oui (n=16) Non (n=2)
Les données en matière de demande de traitement ont-elles été utilisées pour encourager l'élaboration des politiques nationales ou locales en matière de drogues dans votre pays ?	Oui, beaucoup (n=11) Oui, dans une certaine mesure (n=5) Pas du tout (n=1) Ne sait pas (n=1)

Il a été demandé aux correspondants permanents de donner des références ou sites Web donnant accès à des documents ayant trait aux politiques nationales ou locales en matière de drogues, dans lesquels les données en matière de demande de traitement ont été utilisées pour soutenir l'élaboration des politiques. Dans la majorité des cas (n=11), il a été fait référence au site Web d'un ministère ou d'un institut de recherche. Dans six cas, il a été fait référence aux rapports nationaux publiés par les correspondants du réseau Reitox de l'OEEDT. Dans un seul cas, il a été fait référence à des publications dans lesquelles les données en matière de demande de traitement ont été citées en tant que base de l'élaboration des politiques.

Il a été demandé aux correspondants permanents de fournir toute autre information utile concernant l'impact des données en matière de demande de traitement sur les politiques nationales ou locales dans leur pays. Les réponses obtenues (n=6) ont été classées en trois grandes catégories. Les données en matière de demande de traitement sont utilisées pour :

- mesurer le degré de réalisation des objectifs de traitement fixés dans les stratégies nationales ou régionales
- la planification et le financement de services de traitement existants ou neufs
- encourager le développement de programmes de prévention et de réinsertion sociale (plus spécifiques)

Enfin, il a été demandé aux correspondants permanents d'indiquer les renseignements utiles pour les politiques qu'ils souhaitent obtenir grâce aux

données en matière de demande de traitement. A nouveau, les réponses obtenues (n=10) ont pu être classées en trois grandes catégories, à savoir :

- informations sur les patients en fin de traitement, et notamment sur le maintien en traitement.
- informations sur l'efficacité du traitement, y compris sa rentabilité
- informations sur les caractéristiques de la « scène de la drogue » des patients.

Les deux premiers thèmes sont en fait liés car les informations sur l'efficacité du traitement ne peuvent être obtenues qu'en connaissant la durée du traitement (maintien) et la situation du patient à sa sortie.

## Etude de cas 1

### **L'utilisation des données en matière de demande de traitement pour la création de groupes de travail locaux dans le domaine de la toxicomanie à Dublin, Irlande.**

Hamish Sinclair, B.A., M.Sc., Ph.D., Drug Misuse Research Division, Health Research Board, Ireland.

A la suite du projet pilote du Groupe Pompidou sur les systèmes de déclaration des traitements de consommation de drogues mené à Dublin et Londres<sup>1</sup> en 1989, le Comité de recherche sur la santé 'Health Research Board' a mis en place le Dublin Drug Treatment Reporting System en 1990 avec le soutien financier du ministère de la Santé<sup>2</sup>. Entre 1990 et 1994, le 'Health Research Board' a publié une série de rapports sur le traitement de la toxicomanie dans l'agglomération de Dublin<sup>2-5</sup>. Ces rapports avaient pour but de « fournir des informations en continu pour faciliter la compréhension de l'épidémiologie de la consommation de drogues toxicomanie traitée et apporter des données utiles pour les responsables politiques concernant les incidences de l'abus de drogues sur le plan social et des soins de santé ».<sup>4</sup>

A partir de janvier 1995, le système de déclaration a été étendu à l'ensemble du pays, devenant ainsi le système national de déclaration des traitements de la toxicomanie.<sup>6</sup> Le Comité de recherche sur la santé a continué à publier des rapports sur le traitement de la toxicomanie en Irlande.

En juillet 1996, le gouvernement irlandais a créé un groupe de travail ministériel chargé de faire le bilan des mesures en vigueur pour réduire la demande de drogues et, à la lumière de cette étude, de proposer des modifications des politiques, de la législation ou des pratiques permettant de renforcer l'efficacité des stratégies de réduction des drogues.<sup>7</sup>

Dans son premier rapport, publié en octobre 1996, le groupe de travail ministériel a reconnu que le problème majeur en matière de drogues en Irlande était celui des opiacées, alors que le problème de l'héroïne se concentrait principalement à Dublin. A l'aide de cartes produites par le 'Health Research Board' montrant les zones de résidence des personnes bénéficiant d'un traitement pour consommation de drogues dans l'agglomération de Dublin en 1995, le groupe de travail ministériel a identifié dix zones locales dans lesquels le problème de l'héroïne était le plus préoccupant. Une onzième zone a été mise en évidence dans la deuxième plus grande ville d'Irlande, Cork. Il a été noté qu'il y avait une forte corrélation entre ces zones et les zones défavorisées sur le plan socio-économique. Le groupe de travail a conclu que « au vu du lien entre la pauvreté économique et sociale et

l'abus de drogues, les stratégies de lutte contre ce phénomène doivent privilégier les zones en question ». Par conséquent, le groupe de travail a préconisé un ensemble d'initiatives en matière de lutte contre les toxicomanies, parmi lesquelles la création de groupes de travail locaux sur les toxicomanies, composés de représentants légaux, de bénévoles et de représentants de la collectivité, dans chacune des onze zones les plus touchées. Chaque groupe de travail local a été chargé de dresser un portrait de l'ensemble des services et ressources existants ou prévus dans ces zones, afin de combattre la crise des drogues et de définir un plan de développement s'appuyant sur ces services et ressources.

Le gouvernement a adopté les recommandations figurant dans le premier rapport du groupe de travail ministériel et les groupes de travail locaux ont été créés en 1997.<sup>8</sup> Dans son deuxième et dernier rapport, publié en mai 1997, le groupe de travail ministériel a identifié deux autres zones gravement touchées à Dublin et a proposé la création de groupes locaux également dans ces dernières.<sup>8</sup>

Outre les treize groupes de travail locaux sur les toxicomanies, de nouvelles structures administratives ont été créées pour assurer la mise en œuvre stratégique des politiques nationales en matière de drogues de manière cohérente, intégrée et rentable.<sup>8</sup> Ces structures incluent :

- (iv) Un comité gouvernemental sur les toxicomanies (ensuite reconstitué en un Comité gouvernemental étendu sur l'insertion sociale) pour donner une direction politique à la lutte contre les toxicomanies et surmonter tout obstacle nuisant à l'efficacité des mesures prises, qu'il soit d'origine politique ou organisationnelle.
- (v) Un groupe interministériel composé des Secrétaires adjoints des services ministériels représentés au sein du Comité gouvernemental. Ce groupe a pour mandat d'examiner les progrès de la mise en œuvre de la stratégie nationale en matière de drogues, de résoudre tout problème de fond résultant de cette mise en œuvre, de faire rapport régulièrement au Comité gouvernemental et de porter à son attention tout problème nécessitant une direction ou une décision politique.
- (vi) Un groupe sur la stratégie nationale en matière de drogues, composé de représentants des mêmes services ministériels que ceux représentés au sein du Comité gouvernemental et de représentants légaux, du secteur du bénévolat et de la collectivité. Ce groupe a pour mandat de superviser la création des groupes de travail locaux sur la toxicomanie, de rédiger des recommandations les aidant à préparer et à évaluer leurs plans de développement, et de faire des recommandations au gouvernement quant à l'affectation des ressources pour financer la mise en œuvre de ces plans.

Les groupes de travail locaux sur les drogues ont préparé leurs plans de développement au cours de l'année 1997 et, fin juillet 1998, un total de 223 projets entrant dans le cadre de ces plans avaient été approuvés. Le gouvernement a accordé un financement légèrement supérieur à 9 millions de livres sterling pour soutenir la mise en œuvre de ces projets.<sup>9</sup>

En octobre 1998, une évaluation indépendante des initiatives en matière de drogues en cours depuis 1997 a conclu que les groupes de travail locaux sur les drogues avaient connu un certain nombre de succès importants depuis leur création peu de temps auparavant.<sup>9</sup> Ils ont concentré leur action sur la lutte contre le problème des drogues dans les zones cibles, réduisant ainsi le sentiment d'isolement ressenti par de nombreuses communautés locales et évitant le passage d'une situation potentiellement critique à une spirale descendante et continue de dénuement économique, de dépendance et de criminalité. Les groupes de travail locaux sur les drogues et leurs projets ont établi un mécanisme grâce auquel les communautés locales peuvent travailler en étroite coopération avec le secteur public pour lutter contre les problèmes locaux en matière de drogues. En effet, il a été reconnu qu'un facteur essentiel de la réussite de l'ensemble du processus a été l'engagement de tous les groupes de la communauté locale car ils « ont apporté la connaissance la plus directe du problème des drogues au niveau local et participé directement à l'amélioration de la situation ». <sup>9</sup>

Suite à cette évaluation indépendante, le Comité gouvernemental a décidé de prolonger le mandat des groupes de travail locaux sur la drogue pour une période supplémentaire minimale de deux ans. Le groupe national sur la stratégie en matière de drogues a ensuite examiné le fonctionnement des groupes de travail locaux sur les drogues, en tenant compte des observations/recommandations de l'évaluateur, et est convenu avec eux d'un certain nombre de mesures visant à renforcer leur efficacité. Parmi ces mesures figurait l'intention « d'intégrer » les projets concluants. Le terme « intégration » désigne le processus par lequel la responsabilité du financement permanent d'un projet est transférée des groupes de travail locaux sur les drogues à la représentation légale concernée.<sup>10</sup>

En décembre 2000, un total de 231 projets avaient reçu une approbation définitive et un montant total de 19 millions de livres sterling avait été affecté pour leur réalisation. Sur ces 231 projets, 129 (56%) ont été intégrés par les représentations légales concernées, ce qui assure leur financement permanent.<sup>11</sup>

Un quatorzième groupe de travail local sur les drogues a été créé à l'extérieur de Dublin début 2000. Les travaux des quatorze groupes de travail locaux sur les drogues se poursuivent à ce jour ; ils mettent actuellement en œuvre une deuxième série de plan d'actions pour apporter une réponse intégrée, locale et stratégique dans les zones où le problème des drogues est le plus grave.

## Références

1. O'Hare A and Hartnoll R (1989). *The Dublin/London Drug Research Project: Final Report*. Strasbourg: Council of Europe, Pompidou Group.
2. O'Hare A and O'Brien M (1992). *Treated drug misuse in the Greater Dublin Area 1990*. Dublin: Health Research Board.
3. O'Hare A and O'Brien M (1993). *Treated drug misuse in the Greater Dublin Area 1991*. Dublin: Health Research Board.
4. O'Higgins K and O'Brien M (1994). *Treated drug misuse in the Greater Dublin Area. Report for 1992 & 1993*. Dublin: Health Research Board.
5. O'Higgins K and O'Brien M (1995). *Treated drug misuse in the Greater Dublin Area. Report for 1994*. Dublin: Health Research Board.
6. O'Higgins K and Duff P (1997). *Treated drug misuse in Ireland. First national report 1995*. Dublin: Health Research Board.
7. Ministerial Task Force on Measures to Reduce the Demand for Drugs (1996). *First report of the Ministerial Task Force on measures to reduce the demand for drugs*. Dublin: Department of the Taoiseach.
8. Ministerial Task Force on Measures to Reduce the Demand for Drugs (1997). *Second report of the Ministerial Task Force on measures to reduce the demand for drugs*. Dublin: Department of the Taoiseach.
9. PA Consulting Group (1998). *Evaluation of Drugs Initiatives. Department of Tourism, Sport and Recreation. Final Report*. Dublin: PA Consulting Group. (Unpublished report).
10. National Drugs Strategy Team (2000). *Local Drugs Task Forces. A local response to the drugs problem. Handbook*. Dublin: Department of Tourism, Sport and Recreation.
11. Comptroller and Auditor General (2001). *2000 Annual Report of the Comptroller and Auditor General and Appropriation Accounts. Volume 1*. Dublin: Stationery Office.

## Etude de cas 2

### **L'utilisation des données en matière de traitement dans les politiques sanitaires sur les toxicomanies en Italie**

Carlo Bertorello, Psychologue et Michela Rial, Chercheur

Conseil national des Recherches – Institut de Physiologie clinique

Section d'épidémiologie et recherche sur les services sanitaires, Pise, Italie

Pour comprendre comment les données en matière de traitement sont utilisées dans les politiques sanitaires en matière de toxicomanies, il faut comprendre l'organisation du système national de santé en Italie, à la fois d'une manière générale et plus particulièrement, en ce qui concerne le traitement des toxicomanies.

Le système national de santé comporte deux systèmes organisationnels :

1. Les unités sanitaires locales, qui sont responsables, au niveau local, de la mise à disposition d'une offre de prévention, de traitement et de rééducation dans les centres de traitement ambulatoire ou les unités de traitement en milieu hospitalier et les hôpitaux. La zone géographique de l'unité sanitaire locale correspond généralement à celle de la province. Comme c'est le cas des grandes villes, elle peut également coïncider avec les frontières des municipalités ou être divisée en plusieurs unités sanitaires locales. En général, chaque unité sanitaire locale est divisée en plusieurs districts.
2. Les unités hospitalières sont de grands hôpitaux d'importance nationale disposant de centres de soins hautement spécialisés. Elles se différencient des unités sanitaires locales sur le plan du financement, de la gestion ou de la politique de santé. La loi prévoit des critères généraux que doivent remplir les hôpitaux afin de devenir des unités hospitalières plutôt que des hôpitaux des unités sanitaires locales.

En Italie, le plan de santé national est triennal. Aux termes de la loi, le plan national de santé donne des principes généraux et des orientations pour la politique de santé en Italie. Les régions sont responsables des aspects administratifs, organisationnels et juridiques des services de santé, à la fois dans les unités sanitaires locales et les unités hospitalières. Autrement dit, elles se chargent de tous les aspects de mise en œuvre des services de santé : orientation, financement, organisation et gestion.

La loi 309/90 sur les drogues, adoptée en 1990, coordonne et harmonise toutes les lois antérieures relatives aux questions de drogues. Elle prévoit des dispositions concernant la production, le commerce, le trafic et l'utilisation de substances psychoactives licites ou illicites, à des fins de prévention, de traitement et d'interventions de réinsertion sociale. Elle instaure des services de santé publique



spécialisés dans l'offre de soins de santé et de services sociaux aux consommateurs de drogues dans chaque district des unités sanitaires locales, et ce dans l'ensemble du pays. Ces services (appelés Ser.T - Servizi per le Tossicodipendenze) sont des unités de consultation externe. La loi définit l'accès aux services, les professionnels concernés, les orientations en matière de traitement et la prise en charge des personnes demandant un traitement. Chaque service de toxicomanie des unités sanitaires locales est totalement autonome pour prendre des décisions en matière de traitement. En particulier, les traitements des toxicomanies doivent prévoir un programme de réadaptation et être combinés à des programmes de réinsertion sociale. De plus, cette loi prévoit la participation de centres privés dans la mise à disposition de services sanitaires et sociaux supplémentaires et auxiliaires. Toutefois, ces centres privés doivent être reconnus et habilités par les régions.

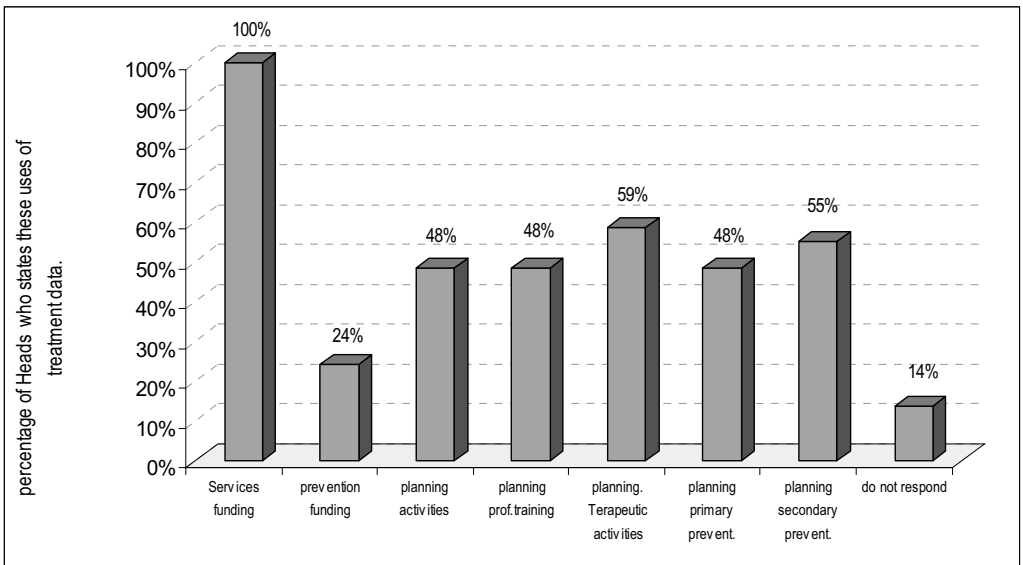
Les centres privés (associations et coopératives) sont les principaux conseillers des centres thérapeutiques de proximité et sont principalement des centres de soins hospitaliers ou des structures à bas seuil. Les patients sont envoyés dans ces centres thérapeutiques de proximité suivant un programme individuel de réinsertion sociale défini au préalable par le service public (SerT). Ce dernier suivra le patient au cours de son programme dans le centre thérapeutique de proximité.

En outre, la loi 309/90 prévoit les fonctions générales des services locaux spécialisés (SerT), mais la responsabilité de leur mise en place au niveau local est confiée aux régions. Dans le domaine des drogues, les régions sont donc responsables des politiques de soins de santé sur leur territoire, de la prévention, des interventions sociales et du financement. Chaque unité sanitaire locale peut apporter des orientations et des réglementations concernant la programmation et le fonctionnement des services dans le cadre juridique régional. Les services de toxicomanies doivent envoyer régulièrement des données de traitement (nombre de patients, nouveaux patients, traitements suivis, etc.) aux régions et au ministère de la Santé. Dans certains cas, les données sont recueillies tous les six mois (par exemple, données liées à l'activité du service telles que le nombre de patients, les nouveaux patients, le nombre de traitements, etc.) alors que d'autres données relatives au traitement (première drogue consommée, infections, etc.) sont recueillies une fois par an. De plus, toutes les régions disposent d'un centre de surveillance des drogues et participent toutes à un projet d'ampleur nationale visant à mettre en œuvre un système national de suivi des traitements basé sur les informations du registre unique (projets SESIT et SET).

## L'utilisation des données en matière de traitement dans la mise en œuvre des services de toxicomanies et des politiques locales

En accord avec le bureau de contrôle du service ministériel national italien sur les drogues, un sondage a été réalisé auprès d'un échantillon représentatif des services publics italiens spécialisés dans les drogues pour savoir comment les données en matière de traitement sont utilisées dans la pratique en ce qui concerne la gestion et les activités des services de toxicomanies. Dix pour cent des 541 services publics italiens spécialisés dans la toxicomanie (SerT) ont été choisis comme échantillon pour le sondage. Chaque région était représentée dans l'échantillon. Un questionnaire a été envoyé aux directions de chaque service, qui sont également les coordinateurs des programmes de traitement des toxicomanies et de réinsertion sociale au niveau local. Il demandait comment les données en matière de traitement sont utilisées pour le financement, l'organisation et la planification des services de toxicomanies, ainsi que pour d'autres activités, comme la prévention ou la formation professionnelle. Il a également été demandé aux sondés d'indiquer les documents officiels qui mentionnent l'utilisation des données relatives aux traitements (par ex : lois nationales, lois régionales, décrets, décisions, etc.)

Le graphique ci-dessous présente les réponses au questionnaire données par l'échantillon représentatif des directions des services publics de toxicomanie.



Tous ceux qui ont répondu (100%) ont indiqué que les données de traitement sont utilisées pour le financement de leurs services et la détermination du nombre de professionnels dans ces services. Cinquante-neuf pour cent des personnes

interrogées ont affirmé que les données de traitement sont utilisées pour la planification des activités thérapeutiques.

Cinquante-cinq pour cent ont indiqué que les données de traitement sont utilisées pour la planification des activités de prévention secondaire et 48% pour la planification des activités de prévention primaire. Les activités dans le domaine de la prévention sont financées au niveau national par le Fonds national de lutte contre les toxicomanies instauré par les lois 309/90 et 45/99. Vingt-cinq pour cent de ces fonds sont attribués aux ministères participant à la prévention de la toxicomanie (ministère de la Santé, de l'Education et de l'Instruction, des Affaires sociales, de la Police et de la Défense), tandis que les 75% restants sont attribués aux régions. Certaines régions (24% dans cette étude) répartissent les fonds pour les projets de prévention non seulement en fonction de la population résidente, mais également en fonction du nombre de patients dans les centres de traitement ambulatoire spécialisés (SerT). La Région de la Vénétie utilise également l'estimation de la prévalence de la consommation de drogues dans la population générale pour attribuer les fonds aux différentes unités sanitaires.

Quarante-huit pour cent (48%) des personnes interrogées ont indiqué que les données de traitement sont utilisées pour la planification des activités des services de toxicomanies, et 48% affirment que ces données sont utilisées pour la planification de la formation professionnelle.

Bien qu'il ait été demandé aux services interrogés d'indiquer les documents mentionnant l'utilisation des données en matière des traitement, seuls quelques-uns l'ont fait. Il s'agit des documents suivants :

Lois nationales et autres documents/réglémentations :

- Loi n°309 du « Testo Unico sulla droga » de 1990.
- Loi n°45/99
- Décret ministériel n°444 du 30/11/90 concernant l'organisation des services
- Circolare del ministero della Sanità n°20 du 30/09/1994
- Plan national de santé

Lois régionales et réglémentations dans toutes les régions et provinces autonomes :

- Plan régional de santé
- Plan de mise en œuvre locale (du plan régional de santé)
- Plan de santé du district.

Autres lois, décrets et réglementations régionaux et orientations locales mentionnés par les personnes interrogées

- Abruzzes
  - Delibera sostitutiva del comitato tecnico consultivo regionale;
  - Delibera regionale riguardante il pox tossicodipendenti e alcolisti
  
- Campanie (Naples)
  - Piano socializzazione
  
- Frioul-Vénétie julienne
  - Accordi di programma con comuni
  - Scheda AVAGET
  
- Pouilles
  - L.R. 17 du 25/8/03;
  - D.R.n 1104 (PRDS) du 4/8/04
  - L.R. 27/99
  
- Ligurie (La Spezia)
  - Manuale della qualita' del sert
  
- Lombardie
  - Programma regionale dipendenze
  - Relazione annuale del responsabile - Direttore D.P.D.
  
- Sicile
  - Circolare assessoriale 650/92
  - Decreto Assessoriale 233/92
  - Decreto Assessorato Sanità 11 agosto 2003 “criteri per la valutazione ed il finanziamento di progetti finalizzati alla prevenzione e al recupero delle tossicodipendenze”
  
- Ombrie
  - DGR 21 (suppl. ord. n 2 boll. Uff. serie generale n8 23/2/05)
  - Atto di indirizzo e di coordinamento prestazioni socio- sanitarie Umbria
  - Linee di indirizzo alle aziende sanitarie relative ai processi del PSR



## Etude de cas 3

### **L'influence des données en matière de demande de traitement sur l'offre et l'accès aux traitements de substitution par la méthadone pour les utilisateurs de drogues injectables**

#### **Slovénie : le point de vue de la santé publique**

Dušan Nolimal, M.S.P.H., M.D., Institut de santé publique de Slovénie et ministère de la Santé de Slovénie

#### **Introduction**

Cette étude de cas a pour but d'analyser la réponse du secteur de la santé publique à l'épidémie de consommation d'héroïne par voie intraveineuse en Slovénie à compter des années 1980. L'utilisation des données en matière de demande de traitement pour soutenir l'élaboration d'une politique nationale en matière de drogues et l'extension des programmes de maintenance à la méthadone en Slovénie est examinée. Sont également étudiés les facteurs ayant pu influencer sur la transposition des données scientifiques dans les politiques et/ou les pratiques. L'étude met également en évidence les obstacles et facilitateurs d'une telle transposition.

#### **Contexte**

Les premiers signalements d'une épidémie de consommation d'héroïne par voie intraveineuse sont apparus à la fin des années 1980<sup>1</sup>. La Slovénie n'avait alors qu'une expérience limitée de la réponse à ce problème. La méthadone était disponible sur ordonnance en pharmacie pour certains patients pendant de nombreuses années avant le début de l'épidémie. Toutefois, de nombreux consommateurs de drogues étaient exclus de ces options thérapeutiques. Bien que les médecins de Slovénie soient autorisés à prescrire de la méthadone, seuls quelques-uns le faisaient. Malgré les conclusions internationales indiquant que les utilisateurs de drogues injectables étaient plus enclins à se livrer à des activités à haut risque, et les rapports sur l'efficacité de la substitution par la méthadone, de nombreux médecins refusaient de prescrire ce produit aux toxicomanes en dépit de la demande croissante pour ce type de traitement.

La situation s'est aggravée lorsque les médecins qui prescrivaient de la méthadone aux toxicomanes ont été menacés de sanctions disciplinaires. Dans la pratique, la substitution par la méthadone a finalement été interdite en 1984.<sup>2</sup> Cette interdiction est avant tout le résultat de vives émotions et d'une vision des toxicomanes en tant que « pécheurs » et non en tant qu'individus nécessitant un traitement. Cette situation a empêché la réalisation des premières expériences de substitution par la méthadone et l'extension de ce type de traitement, laissant de

nombreux utilisateurs de drogues injectables sans traitement et ignorés durant les années 1980. De 1984 au début des années 1990, les « preuves politiques » et les émotions ont déchaîné les passions à propos de la méthadone. Les réglementations de 1984 ont eu un effet radical sur les tentatives ultérieures visant à élargir l'accès à ce type de traitement. Il n'est pas difficile de trouver les raisons de cette attitude négative face à la méthadone. Tout d'abord, il y avait un manque général de connaissances et une objection idéologique, car il était généralement admis par le corps médical que la dépendance à une drogue illicite, tout comme la dépendance à l'alcool, était une maladie et ne pouvait être traitée que par l'abstinence. Ce point de vue constituait une entrave au droit professionnel du médecin prescripteur de prescrire le médicament de substitution aux patients dépendants et, pour certains consommateurs de drogues, au droit de bénéficier d'un traitement optimal.

Dans le cadre de soins officiel, le plus souvent les hôpitaux psychiatriques, l'abstinence totale de la substance primaire était le principal et très souvent l'unique critère de réussite du traitement. D'autres indicateurs de l'efficacité du traitement étaient aussi quelquefois pris en compte, tels que l'amélioration de la santé mentale et physique, l'amélioration du statut social et la qualité de vie. La réduction des comportements à risque n'était pas été considérée comme un objectif de traitement valable. Il semblerait que ces attentes excessives face au traitement, inadaptées aux besoins des consommateurs de drogues, aient dissuadé la plupart des consommateurs de drogues de participer à de tels programmes de traitement. L'accès au traitement était donc considérablement limité.

Selon les premiers rapports nationaux concernant les demandes de traitement de la toxicomanie en Slovénie, entre 40 et 100 toxicomanes étaient traités chaque année au cours de la période 1982-1991.<sup>3,4</sup> Cela ne signifiait pas pour autant que les problèmes de santé étaient négligeables au sein de la population de consommateurs de drogues. Cela pouvait également indiquer que le système de traitement n'était pas suffisamment développé (c'est-à-dire que, les traitements n'étant pas adaptés aux besoins des utilisateurs de drogues injectables, la plupart d'entre eux n'en demandaient pas). En fait, la majeure partie des demandes de traitement avant 1991 provenaient de consommateurs de drogues traités dans les établissements psychiatriques.

Reconnaissant les besoins des individus et de la société, quelques médecins ont décidé de continuer à prescrire de la méthadone. En 1987, le premier programme de maintenance à la méthadone a été ouvert pour un groupe de 40 patients.<sup>5</sup> La prescription de méthadone à ce groupe de patients dépendants se bornait à parer au plus pressé et était largement pragmatique. Le médecin ayant initié le programme de substitution « illégal » a été menacé de sanctions disciplinaires et a dû y mettre fin. Malgré l'accumulation au niveau international de preuves de

l'efficacité du traitement de substitution, il y avait encore une forte opposition idéologique à ce type de traitement. Il est probable que l'une des raisons de cette opposition au traitement de substitution était le manque de données témoignant de l'aggravation du problème de la consommation d'héroïne par voie intraveineuse dans le pays.<sup>6</sup> S'il y avait quelques rapports anecdotiques sur les dangers de l'utilisation de cette substance, la seule étude disponible était une enquête préliminaire menée sur le terrain auprès de 34 héroïnomanes « de rue » volontaires à Koper, qui montrait un comportement extrêmement fréquent d'échange de seringues au sein de la population de consommateurs d'héroïne par voie intraveineuse.<sup>6,7</sup> Les informations sur les risques de l'épidémie de consommation d'héroïne par voie intraveineuse étant limitées, il n'est pas surprenant que les recommandations nationales en matière de traitement, publiées en 1991, affirmaient que « la substitution par la méthadone ne devrait pas s'étendre en Slovénie mais être progressivement abandonnée ».<sup>8</sup>

A la fin des années 1980 et au début des années 1990, l'Institut national de santé publique (NIPH) a subi des pressions de plus en plus fortes pour mettre au point des indicateurs épidémiologiques en matière de drogues et évaluer le système de traitement existant. Ces pressions provenaient de différentes sources. Tout d'abord, des responsables politiques, qui étaient soucieux de maîtriser la situation en matière de consommation de drogues illicites dans le pays. Elles venaient également des professionnels, qui souhaitaient disposer d'informations sur l'efficacité du traitement de substitution par la méthadone dans la prévention de la transmission du VIH par les seringues et la prévention de la criminalité. Les opposants au traitement de substitution, qui étaient sceptiques quant à son efficacité, faisaient également pression. Et enfin, les consommateurs de drogues qui souhaitaient défendre leur droit au traitement. Par suite de ces pressions, les experts du NIPH et de l'Institut régional de santé publique de Koper ont réexaminé les meilleures pratiques théoriques en matière de traitement de la consommation de drogues illicites en vue de produire des directives et des recommandations à l'intention des responsables politiques et des praticiens. Cette initiative comprenait le lancement d'importants projets précurseurs de recueil de données en matière de demande de traitement auprès des consommateurs de drogues demandant un traitement. Il a été démontré que le traitement de substitution était plus efficace pour orienter les consommateurs d'héroïne par voie intraveineuse vers un traitement que les services de traitement axés uniquement sur l'abstinence, qui n'avaient fait recette qu'auprès d'une minorité d'utilisateurs de drogues. Pourtant, les principaux décideurs ont tout d'abord ignoré les signaux des professionnels de la santé publique et des médecins prescrivant de la méthadone.<sup>9</sup>



En 1991, un « groupe de travail sur la méthadone » a été créé au sein du NIPH pour améliorer la collecte de données, recueillir des informations sur les différentes stratégies de traitement en place, diffuser les connaissances et mettre en place les mécanismes de collaboration interdisciplinaire.<sup>10</sup> Les défenseurs comme les opposants à la substitution par la méthadone en faisaient partie. Cette collaboration interdisciplinaire a permis d'échanger des informations, de renforcer la confiance et a permis aux membres du groupe de renforcer leurs compétences et de tirer le meilleur parti des solutions proposées. Les membres de ce groupe ont immédiatement prévu diverses consultations multidisciplinaires afin d'établir un cadre pour les recommandations cliniques, car la mise en œuvre de ces deux programmes, entre autres, était de qualité très variable ; une description claire des bonnes et mauvaises pratiques nécessitait donc une coordination. Reconnaissant le nombre élevé de consommateurs d'héroïne par voie intraveineuse et le risque de transmission de maladies infectieuses, ils ont engagé un processus politique conjoint visant à informer et à inciter les responsables politiques et les praticiens à créer une base commune pour les politiques de prévention et de traitement des toxicomanies. La communication et le recours aux médias dans ce processus étaient essentiels et multidimensionnels. Le groupe s'est efforcé d'agir en tant que plate-forme de dialogue en évolution constante entre les chercheurs, les responsables politiques et les praticiens. Il a cherché à renforcer la coopération entre ces derniers et à jeter les bases de la création d'une politique de lutte contre les toxicomanies fondée sur des connaissances validées. Le groupe a travaillé sur plusieurs plans. Il a organisé des débats, à la fois sur l'épidémiologie des drogues et le traitement de substitution par la méthadone, qui était à l'époque considéré comme une partie de l'intervention épidémiologique.<sup>11</sup> La collaboration au sein de ce groupe a abouti, entre autres, à l'ouverture d'un nouveau programme expérimental de substitution par la méthadone au sein de l'Institut régional de santé publique de Koper en 1991. Depuis cette date, les membres de ce groupe apportent également leur contribution aux réunions professionnelles et scientifiques et publient des articles et rapports spécialisés et grand public, lesquels font l'objet d'une importante couverture médiatique ; tous ces travaux ont eu une influence considérable sur l'idée que se font les professionnels et le public du traitement de substitution dans le pays.

### **Informations complémentaires sous l'angle de la santé publique**

Les stratégies de santé publique dans le domaine de la consommation de drogues, la prévention et le traitement ont pris une importance croissante à partir du début des années 1980, lorsque la consommation de drogues illicites a commencé à être considérée comme un phénomène social chez les jeunes, plutôt qu'un simple comportement déviant de quelques individus perturbés. Les professionnels de la santé publique ont été vivement encouragés à fonder leurs recommandations sur des connaissances validées. Il a été demandé aux personnes travaillant dans le

domaine des drogues d'adopter des stratégies de travail basées sur des données probantes, en ayant recours à l'ensemble des méthodes qualitatives et quantitatives à leur disposition.<sup>12</sup>

Reconnaissant le nombre élevé d'héroïnomanes, les professionnels de la santé publique ont été les premiers à se montrer préoccupés par les problèmes de santé publique associés à l'utilisation de drogues injectables, tels que le VIH et les overdoses.<sup>10</sup> Ils ont admis que les politiques de tolérance zéro pouvaient exacerber tous ces problèmes. Ils ont milité activement en faveur de la prévention des dommages liés aux drogues, plutôt que la prévention proprement dite de la consommation de drogues parmi les toxicomanes par voie intraveineuse. Ils ont mis l'accent sur la création et la mise en œuvre de cadres de soins visant à faciliter l'accès des consommateurs de drogues aux services sanitaires et sociaux. En substance, ils ont défendu le « nouveau » modèle de santé publique, la réduction des dommages, qui désigne les politiques et les programmes adaptés aux besoins des consommateurs de drogues et visant à réduire les dommages associés à l'utilisation de drogues injectables. Ils ont proposé le traitement à base de méthadone en tant que moyen efficace pour atteindre les objectifs de santé publique sur le plan de la réduction de la morbidité et de la mortalité liées à l'utilisation de drogues injectables. Ils ont également soutenu que le fait de faciliter l'accès des héroïnomanes par voie intraveineuse au traitement de substitution constitue une protection des droits fondamentaux de ce groupe de population, essentielle pour la réussite de la prévention du VIH/Sida.<sup>10</sup> Ils ont préconisé le traitement des consommateurs de drogues par des professionnels de santé plutôt que leur incarcération dans le système pénal. Si les nouveaux modes de prise en charge des besoins des utilisateurs de drogues injectables et l'accès restreint aux programmes de réduction des dommages semblaient plus adaptés, il manquait encore des informations concernant l'étendue et la nature du problème des drogues injectables ainsi que l'offre et l'accès aux programmes de traitement existants.

Avant l'apparition du VIH/Sida, la majeure partie des recherches sur l'utilisation de drogues se focalisaient, non pas sur les modes d'administration des drogues et les risques sanitaires, mais sur la description des modes de vie antisociaux des consommateurs de drogues.<sup>5</sup> Par conséquent, la plupart des professionnels dans le domaine des drogues avaient, semble-t-il, une conception et une vision limitées des tendances en matière de consommation problématique de drogues ainsi que de l'organisation et de l'utilisation effective des différentes options thérapeutiques.<sup>9</sup> L'apparition du VIH/Sida chez les utilisateurs de drogues injectables dans certains pays européens a entraîné d'importants changements des priorités de recherche. Ce revirement d'intérêt, des déviations sociales du phénomène de consommation de drogues aux risques sanitaires associés à la toxicomanie par voie intraveineuse, remonte à la fin des années 1980.

La détermination de la prévalence et de l'incidence des risques sanitaires chez les utilisateurs de drogues injectables était clairement un objectif majeur de santé publique. Cela a donné lieu aux premières initiatives visant à élaborer et mettre en œuvre des activités de recherche et de suivi en matière de demande de traitement pour orienter les interventions de santé publique dans le domaine des toxicomanies<sup>12</sup>. L'étude de l'accès et du recours aux services disponibles par les utilisateurs de drogues injectables<sup>13</sup> est devenue un élément central de ces initiatives.

La recherche sur les demandes de traitement est devenue la source la plus complète d'information sur les drogues, et les données en matière de demande de traitement une source majeure de connaissances et d'information sur les consommateurs de drogues, leurs comportements à risque et leurs traitements.<sup>12,14</sup> Ces données sont devenues un aspect essentiel du domaine de la santé publique, nécessitant la prise de mesures appropriées pour modifier et améliorer l'offre et l'accès aux programmes de réduction des dommages, et en particulier au traitement de substitution pour les héroïnomanes. Cette situation a donné lieu à un certain nombre d'études sur les demandes de traitement et les risques sanitaires chez les utilisateurs de drogues injectables en Slovénie.<sup>12-14</sup> Etant donné les contradictions entre l'existence du traitement de substitution et l'absence de preuves irréfutables de son efficacité, l'impératif majeur était d'accumuler des connaissances à partir des données de la recherche en matière de demande de traitement. Ces études épidémiologiques ont apporté des informations sur les tendances en matière de demandes de traitement, et sur la fréquence des comportements à risque (injection, partage de seringues et rapports sexuels non protégés) ; elles sont devenues un aspect essentiel des évaluations de l'offre de traitement de substitution.<sup>14</sup>

Lorsque les deux premiers services de traitement par la méthadone ont été établis à Koper (1991) et Ljubljana (1992), il est très vite apparu que ces deux centres ne pouvaient en aucun cas faire face, à eux seuls, à la demande croissante des utilisateurs de drogues injectables. Ces derniers venaient de tout le pays pour obtenir une prescription de méthadone dans ces deux villes. La situation est vite devenue ingérable, et souvent chaotique, de sorte que dans bien des cas, cette méthadone se retrouvait sur le marché noir slovène. Des études menées entre 1991 et 1993 ont révélé une augmentation très préoccupante des demandes de traitement dans les villes de Koper et Ljubljana.<sup>12,13</sup> La plupart de ces demandes étaient liées à la consommation d'héroïne par voie intraveineuse. De même, des études sur les demandes de traitement, réalisées au moyen de méthodes quantitatives et qualitatives, ont révélé qu'une grande partie des demandes n'étaient pas satisfaites.<sup>14</sup> En se fondant sur des données démographiques découlant des données en matière de demande de traitement sur cette période, il a

été possible de déterminer les zones géographiques dans lesquelles la population locale de consommateurs de drogues avait le plus besoin de programmes de substitution par la méthadone. Les bases de données cumulées sur les demandes de traitement sont rapidement devenues le principal outil pour analyser les tendances en matière de consommation problématique de drogues, mener des analyses comparatives pour les pays et les centres de traitement, et pour aider les pouvoirs publics et les pouvoirs locaux à évaluer de manière régulière l'étendue des problèmes de toxicomanie par voie intraveineuse, recommander la substitution par la méthadone et prévoir les ressources nécessaires en matière de traitement.<sup>12</sup>

### **Evolution de l'épidémiologie des drogues et de la recherche sur les demandes de traitement**

Jusqu'en 1985, il y avait un manque de connaissances épidémiologiques sur la consommation de drogues et ses conséquences. Gardant cela à l'esprit, l'auteur de la présente étude de cas avait pour principal objectif de renforcer la recherche nationale en matière de drogues et de mettre en place l'infrastructure et le réseau nécessaires pour la collecte de données. L'une des principales activités de la petite équipe d'experts de l'Institut de santé publique était le travail précurseur ayant trait à l'indicateur de demande de traitement. Dans une perspective historique, ces travaux faisaient suite aux initiatives de collaboration avec le Centre de recherche et de traitement des addictions de l'Université du Colorado, Etats-Unis, qui visaient à évaluer les résultats des traitements chez les toxicomanes participant à l'un des programmes de substitution par la méthadone de Denver.<sup>15,16</sup> Ils entraient également dans le cadre d'un ensemble d'activités sur l'amélioration du traitement de la toxicomanie en Slovénie.<sup>13,14</sup>

Le développement de la recherche en matière de demande de traitement dans les programmes de substitution par la méthadone des villes de Koper et Ljubljana a servi de modèle pour le système national de recueil de données.<sup>13,14</sup> Cette recherche a renforcé les capacités de traitement des consommateurs de drogues, de recueil et d'exploitation des données sur l'abus de drogues au niveau local et national, et a amélioré la coopération entre les chercheurs (professionnels de la santé publique), les responsables politiques et les praticiens. Elle a également contribué à l'évaluation des interventions en matière de drogues au moment où la majorité des responsables politiques et des professionnels s'opposaient au traitement de substitution par la méthadone. L'augmentation inquiétante du nombre d'utilisateurs de drogues injectables demandant un traitement de substitution et des comportements à risque a été le premier signal indiquant qu'il était temps de proposer une réponse thérapeutique d'un autre genre.

Les capacités de recherche ont été renforcées et des études sur les demandes de traitement ont été menées pour obtenir des données concernant les conséquences individuelles et sociales de l'héroïnomanie et la relation entre les politiques et le traitement. Une étude sur l'accès aux traitements de substitution en Slovénie, se fondant sur les données en matière de demande de traitement de la ville de Koper sur la période 1991-1993, a estimé que la population traitée représentait près de deux tiers de l'ensemble des demandes de traitement dans le pays.<sup>17</sup> La proportion élevée des premières demandes de traitement correspondait sans doute à l'ouverture d'un nouveau centre de traitement. Etant donné l'absence de programmes de substitution ailleurs, le programme de Koper devait traiter les consommateurs de drogues de tout le pays. Sur la base de ces informations, il a été proposé de lancer de nouveaux programmes d'entretien à la méthadone dans d'autres régions. Les données indiquaient également que l'héroïne représentait la majeure partie des demandes de traitement dans le pays. L'injection était la principale voie d'administration de cette drogue, et plus de la moitié des consommateurs de drogues traités ont indiqué avoir partagé leurs seringues par le passé, et moins d'un tiers au cours de l'année précédente. Moins de la moitié d'entre eux avait pratiqué un test de dépistage du VIH par le passé. Tous les patients étaient sexuellement actifs durant l'année précédente. La moitié d'entre eux avait plus d'un partenaire. 2,4 % des personnes interrogées ont indiqué se livrer à la prostitution. 60% n'avaient jamais utilisé de préservatif durant l'année précédente. Près de la moitié des patients interrogés se considéraient comme exposés au Sida.<sup>17</sup> Cette étude et d'autres montrent que le contrôle et la recherche sur les demandes de traitement sont une démarche essentielle pour étudier les tendances en matière d'abus de drogues et contribuer à évaluer les traitements afin de définir les besoins et les priorités lors de la planification des activités de traitement.<sup>13,14,17</sup>

En 1994, la Slovénie est devenue membre du groupe d'experts en épidémiologie du Groupe Pompidou. La mise en place du protocole du Groupe Pompidou pour la collecte et l'établissement de rapports sur les données en matière de demande de traitement, a permis une plus grande comparabilité des données et préparé au renforcement des actions visant à comprendre la situation et les mesures prises ailleurs dans le domaine des drogues. Ces capacités accrues ont permis aux chercheurs, aux responsables politiques et aux praticiens d'identifier les besoins et les priorités en matière de traitement des consommateurs de drogues et de suivre l'évolution de la situation de la consommation d'héroïne par voie intraveineuse, parallèlement au développement et à la mise en œuvre des programmes de substitution.

Deux séminaires « systèmes d'information et épidémiologie appliquée de l'abus de drogues » se sont tenus en Slovénie en 1993 et 1994, organisés en collaboration avec le Groupe Pompidou.<sup>17,18</sup> Ils avaient pour principal objectif de renforcer

l'épidémiologie des drogues et l'expertise en matière de recherche. Ces réunions ont également été l'occasion de tenir un échange de vues multisectoriel et interdisciplinaire sur les politiques et les pratiques en matière de toxicomanie. Pour la première fois, des épidémiologistes de la toxicomanie et autres chercheurs, des responsables politiques des secteurs social, de la santé et de la lutte contre la criminalité, des praticiens et représentants des ONG se sont réunis pour examiner les mesures prises face au problème des toxicomanies, et notamment son traitement. Les présentations ont commencé par les données en matière de demande de traitement, pour illustrer la gravité du phénomène de consommation de drogues dans le pays et dans certaines villes. Les participants ont débattu de l'importance des données en matière de demande de traitement pour l'élaboration des politiques et la planification des services et ont interprété ces données.

### **Diffusion des informations relatives aux traitements**

Le recueil, la mise en commun et la diffusion des données relatives à la consommation de drogues et répondant aux questions posées par les médias sont devenues l'une des principales fonctions du petit « groupe de travail sur l'épidémiologie des drogues » du NIPH au début des années 1990 (qui est devenu ensuite le centre de liaison national en 2001). Au début, la sensibilisation progressive aux travaux du projet relatif aux demandes de traitement a permis de donner une identité et une dimension au groupe de travail au sein de la population.

Mais la production de données et de rapports ne suffisait pas. Dès le début, il fallait convaincre les responsables politiques et les praticiens de veiller à ce que les données produites en matière de demande de traitement ne finissent pas « dans un tiroir ». Cette exigence a été satisfaite en partie par l'élaboration d'une stratégie de communication adaptée. La question brûlante était de savoir comment diffuser les données avec une efficacité maximale, dans les limites des ressources attribuées au projet. La publication d'informations dans les médias était gratuite et utile pour les publics cibles qui n'avaient pas besoin d'une connaissance détaillée des travaux mais d'une information sur les activités et leurs résultats (voir la partie « intérêt des médias » ci-après). Néanmoins, les responsables politiques et les praticiens nécessitaient une compréhension plus approfondie des travaux du projet. C'est à eux qu'était destinée directement la diffusion de rapports professionnels généraux, qui incluaient toujours des informations complètes sur les avantages que pouvaient apporter les données.<sup>12,17-19</sup> Enfin, les données ont été diffusées, comme les articles professionnels, à des fins « d'action », ce dernier terme désignant un changement des pratiques de traitement résultant des informations en matière de demande de traitement obtenues grâce à la recherche.<sup>20-26</sup> Elles s'adressaient aux personnes se trouvant en mesure « d'influencer » et « de susciter le changement » au sein de leur organisation. Ces groupes/publics devaient disposer des

compétences nécessaires ainsi que d'une connaissance et d'une compréhension adéquates des travaux en matière de demande de traitement pour susciter de réels changements.

Ces rapports et articles ont fourni de larges connaissances sur les consommateurs de drogues demandant un traitement et les caractéristiques de ces traitements, y compris l'offre et l'accès au traitement de substitution. Certains articles professionnels incluaient des comparaisons de la situation et des initiatives en matière de traitement en Slovénie par rapport à d'autres pays et villes d'Europe.<sup>27,28</sup> Ces analyses comparatives ont contribué à l'intégration de la Slovénie dans le domaine européen de la recherche sur les demandes de traitement.

La publication régulière de rapports et d'articles sur les demandes de traitement a entraîné une augmentation de la demande professionnelle et publique, jusqu'à atteindre au milieu des années 1990 un pic d'intérêt des responsables politiques et des praticiens pour les conclusions de la recherche sur les demandes de traitement. Les acteurs concernés attendaient du système de déclaration des traitements de la toxicomanie qu'il donne des informations sur les problèmes et les tendances, les risques d'infection parmi les consommateurs de drogues traités, les différents modes d'attractivité des traitements et d'utilisation des services, l'évaluation des orientations en matière de traitement, le débat politique et public, et qu'il apporte des réponses à certaines questions de recherche.<sup>29</sup> Un article sur le suivi du traitement de substitution a comparé les données concernant les risques comportementaux recueillies dans les cadres de soins (données en matière de demande de traitement) et les données d'un échantillon non traité, et a conclu que le traitement de substitution permettait de réduire considérablement les risques chez certains toxicomanes par voie intraveineuse qui n'auraient, dans d'autres circonstances, pas demandé de traitement et auraient probablement continué leur utilisation abusive de drogues.<sup>14</sup>

De plus, afin d'améliorer la stratégie de diffusion des données et d'encourager l'utilisation des données chez le personnel des soins de santé primaires, une étude qualitative a été menée auprès des praticiens.<sup>30</sup> Un rapport basé sur cette étude a été publié dans une revue professionnelle. Il a souligné l'importance des données en matière de demande de traitement pour la planification des services. En outre, les réponses des praticiens ont montré qu'une attention particulière devait être apportée au recueil de données plus détaillées sur les comportements à risque dans le contexte du VIH/Sida.<sup>30</sup> Pour répondre à cette demande, davantage de questions sur les comportements à risque (partage des seringues ou d'autres équipements d'injection, rapports sexuels non protégés) et la séroprévalence du VIH, du VHB et du VHC ont été intégrées dans le questionnaire original de demande de traitement.

Un « plus » en matière de diffusion a été la présentation des données en matière de demande de traitement à différentes réunions scientifiques pour justifier le traitement de substitution et les autres politiques et démarches de réduction des dommages.<sup>31,32</sup> L'accent a été mis sur l'utilisation des données en matière de demande de traitement pour signaler l'évolution des tendances et des mesures prises, indiquer l'attractivité relative et l'accès aux différents services de traitement pour les utilisateurs de drogues injectables et poursuivre les recherches.<sup>33,34</sup>

## **L'intérêt des médias**

Depuis la publication des premiers rapports sur les demandes de traitement, les drogues sont entrées dans le débat public comme peu de problèmes sanitaires et sociaux l'avaient fait en Slovénie. Les médias ont servi à influencer sur les politiques en orientant le débat public sur l'épidémie de consommation d'héroïne et les stratégies de réduction des dommages. Les médias se sont vivement intéressés aux données en matière de demande de traitement sous l'angle de la santé publique, soulignant les aspects sanitaires, sociaux, culturels, économiques et politiques de l'utilisation de drogues injectables dans la propagation du VIH. Cet intérêt a marqué un tournant par rapport aux années 1980 et aux années précédentes car, par le passé, l'attention des médias était entièrement focalisée sur la « guerre contre les drogues » et les problèmes de criminalité liés à la consommation illicite de drogues.

Les demandes des médias, notamment en informations descriptives sur les consommateurs de drogues et leurs problèmes, ont pu être satisfaites assez facilement, en raison du suivi et de la recherche approfondis sur les demandes de traitement. Les campagnes médiatiques ont été utilisées pour présenter les nouvelles informations sur les stratégies de réduction des dommages dans le but d'influencer les responsables politiques et de favoriser le changement. Ce travail de sensibilisation, grâce à des articles grand public dans la presse écrite, a toujours inclus les données les plus récentes en matière de demande de traitement pour informer le public, influencer l'opinion publique et les responsables politiques.<sup>35-39</sup> Les données en matière de demande de traitement ont été utilisées comme informations lors des entretiens avec les médias et lorsque des précisions supplémentaires étaient nécessaires.<sup>40-45</sup> De plus, des exemples comparant les demandes de traitement dans différentes villes européennes et dans les villes de Slovénie ont été utilisés pour alimenter le débat public.<sup>37,41</sup> L'influence de ce travail de sensibilisation dans les médias a permis d'obtenir une opinion publique plus équilibrée, entre la demande et l'offre en matière de prévention de la toxicomanie.<sup>46</sup>



Le principal objectif de ces campagnes médiatiques permanentes en matière de santé publique était de sensibiliser l'opinion publique à la toxicomanie par voie intraveineuse et aux maladies infectieuses qui s'y rapportent. Les caractéristiques des consommateurs de drogues commençant un traitement ainsi que leur mode de consommation et leurs comportements à risque ont été présentés.<sup>36,38,40</sup> Les données en matière de demande de traitement concernant la prévalence et les tendances du VIH et du VCH ont souvent été utilisées sélectivement pour légitimer le développement de politiques de réduction des dommages et justifier les décisions visant à étendre le traitement de substitution.<sup>35,42,43</sup> Le grand public a été éduqué grâce à la communication d'informations actualisées montrant la variabilité locale. Ce partenariat intensif, cohérent et complet avec les médias a permis une forte sensibilisation aux risques de la toxicomanie par voie intraveineuse et à l'importance des politiques et des programmes de réduction des dommages. Une opinion publique favorable aux programmes de réduction des dommages s'est formée et exprimée à travers les médias ; elle a joué un rôle important dans l'élaboration des politiques correspondantes.

### **Formation du personnel des soins de santé primaires**

À la fin des années 1980 et au début des années 1990, le personnel des soins de santé primaires a été confronté à une augmentation considérable des demandes de traitement de la part des utilisateurs de drogues injectables. Si des recommandations fondées sur des connaissances validées ont été publiées, qui encourageaient vivement à étendre les indications de la substitution par la méthadone et à élargir les programmes<sup>10,11</sup>, les progrès ont, au contraire, été retardés par des attitudes conservatrices et prudentes dans le domaine des soins de santé. Ainsi, le droit au traitement a été refusé à de nombreux consommateurs de drogues, pour la simple raison que le personnel soignant ne savait pas comment communiquer avec eux et les aider.<sup>9</sup> C'est pour cela que des interventions ont été conçues pour améliorer l'accès des héroïnomanes aux soins primaires en renforçant les connaissances et les compétences du personnel soignant.<sup>21,47</sup> Elles ont ouvert des perspectives de rapprochement entre les prestataires de soins de santé, les chercheurs et les utilisateurs de drogues injectables. En venant à bout de la résistance des prestataires, l'accès aux soins primaires a été facilité pour la population défavorisée de toxicomanes par voie intraveineuse.

Les praticiens ont suivi des formations, dans le domaine de l'offre de substitution et des connaissances de base de l'épidémiologie. La formation en épidémiologie incluait les compétences nécessaires en matière de collecte des données primaires et d'utilisation des données traitées pour le travail quotidien. Ces formations ont renforcé les capacités de collecte des données et de traitement des utilisateurs de drogues injectables et amélioré la coopération entre les chercheurs et les

praticiens. Elles ont contribué à un changement d'attitude du secteur médical envers les utilisateurs de drogues injectables et la substitution par la méthadone.

De plus, des réunions se sont tenues fréquemment entre les épidémiologistes de la toxicomanie et les praticiens des traitements. A ces réunions, les praticiens se sont souvent déclarés prêts à travailler en étroite collaboration avec les épidémiologistes de la toxicomanie dans la gestion conjointe des problèmes de drogue.<sup>29,30</sup> Une telle collaboration et le renforcement des capacités communes ont permis au personnel des soins primaires de définir les besoins au niveau local et de fixer les priorités des activités de prévention et de traitement, tout en disposant d'informations appropriées pour la planification des interventions.

### **Nouvelles recommandations médicales pour le traitement des consommateurs de drogues illicites**

Une conférence de consensus multisectorielle et interdisciplinaire sur le traitement par la méthadone a été organisée en 1994.<sup>47</sup> Une proposition de nouvelles recommandations médicales en faveur du traitement de substitution y a été présentée. Une grande quantité de données sur l'efficacité du traitement par la méthadone, provenant de différentes sources, a été examinée à cette réunion. Les statistiques en matière de demande de traitement ont servi à corroborer les arguments selon lesquels l'administration de méthadone par voie orale permettait aux toxicomanes de sortir de la délinquance, de trouver un emploi et d'éviter les effets néfastes de la consommation de drogues injectables sur leur santé. En 1994, le pays a connu une augmentation considérable des demandes de traitement de l'héroïnomanie. Le nombre d'héroïnomanes était estimé à 1.500-2.000, parmi lesquels 600 suivaient déjà un traitement de substitution par la méthadone dans le cadre de neuf programmes.<sup>48</sup>

Les informations présentées à cette conférence majeure étaient une combinaison des données nationales en matière de demande de traitement, des expériences cliniques locales et des données internationales sur l'efficacité du traitement par la méthadone. L'opposition à la méthadone, basée sur des preuves sans fondement, a été combattue avec succès. Les conclusions de cette réunion ont été transmises à tous les professionnels travaillant avec les consommateurs de drogues dans le pays, sous la forme des nouvelles recommandations nationales en matière de traitement de substitution par la méthadone, et incluaient la recommandation sur la collecte et l'utilisation des données relatives aux demandes de traitement.

Les nouvelles directives nationales pour le traitement des toxicomanes ont rapidement été adoptées par le Conseil de la santé du ministère de la Santé. Les recommandations cliniques sont devenues un autre volet important de l'ensemble de connaissances nécessaire aux responsables politiques et aux praticiens à la

recherche d'informations pour étayer leurs décisions. Bien qu'elle ait fait l'objet d'une controverse quelques années auparavant, la substitution par la méthadone est à nouveau devenue légale en 1994 en tant que méthode de traitement des consommateurs d'héroïne.<sup>47</sup>

## **La législation relative aux traitements et le programme national en matière de drogues**

Les changements dans les politiques et les pratiques en matière de traitement des toxicomanies ayant entraîné une accessibilité accrue des traitements de substitution en Slovénie étaient planifiés et stratégiques plutôt que réactifs et pragmatiques. Les premières informations sur l'augmentation préoccupante du nombre d'utilisateurs de drogues injectables demandant un traitement ont entraîné une remise à plat des politiques existantes en matière de toxicomanies, y compris l'élaboration d'une loi sur la demande de traitement, orientée vers la réduction des dommages,<sup>49</sup> et d'un programme national global sur les drogues.<sup>50</sup> Au cours de ce processus, les données en matière de demande de traitement ont une nouvelle fois permis de signaler les progrès et d'identifier les priorités et les besoins. Les épidémiologistes de la toxicomanie ont travaillé en étroite collaboration avec les responsables politiques ; en particulier, l'auteur du présent rapport a fait partie du groupe de travail qui a préparé la formulation de l'article consacré au suivi et à l'utilisation des données dans la Loi sur la prévention de la consommation de drogues et le traitement des toxicomanes.<sup>49</sup> Les activités de suivi, de prévention, de traitement, de réadaptation et de réinsertion sociale ont été définies dans cet acte juridique sans précédent. Cette loi a apporté une deuxième base juridique au système d'information sur les drogues, incluant le système de déclaration des demandes de traitement. Y étaient également définies les mesures de réduction des dommages, et notamment l'a maintenance à la méthadone.

La nouvelle Stratégie nationale sur les drogues 2003-2009 reconnaît et utilise les données épidémiologiques concernant les drogues, et notamment les données en matière de demande de traitement, pour décrire de manière fiable et objective la situation des drogues en Slovénie.<sup>50</sup> Ce document stipule que l'un des objectifs stratégiques majeurs est « d'augmenter de manière substantielle le nombre de toxicomanes traités avec succès ». Pour ce faire, il faudra développer davantage le suivi des demandes de traitement et compléter les données en matière de demande de traitement avec celles concernant les résultats des traitements.

## **Discussion**

La Slovénie n'avait jamais connu une épidémie grave de VIH/Sida parmi les utilisateurs de drogues injectables, comme de nombreux autres pays touchés par une épidémie de consommation d'héroïne. Un suivi anonyme et non corrélé de la

prévalence du VIH dans les groupes à risque élevé<sup>52</sup> ainsi que des études utilisant les demandes de traitement<sup>53-55</sup> ont montré que la prévalence de l'infection par le VIH en Slovénie était bien inférieure à 1% chez les utilisateurs de drogues injectables. Fait rassurant, cette faible prévalence est restée stable ces 15 dernières années.

Cette situation favorable est également le fruit d'une stratégie de santé publique bien planifiée lancée à la fin des années 1980, dans laquelle les données en matière de demande de traitement et d'autres informations ont été utilisées pour orienter, influencer et aider les individus, les organisations et le grand public à accepter davantage de responsabilités dans les questions touchant à la santé. Les principes de réduction des dommages en matière de santé publique ont été appliqués à la prévention du problème des drogues et du VIH/SIDA. Il semble que l'introduction relativement précoce du concept de réduction des dommages, y compris le traitement de substitution, dans les politiques et pratiques en vigueur, a permis de montrer qu'il était possible d'éviter la transmission du VIH/Sida chez les utilisateurs de drogues injectables.

La politique actuelle en ce qui concerne les utilisateurs de drogues injectables en Slovénie est principalement axée sur la réduction des dommages. Le présent document examine le lien entre l'utilisation des données relatives aux demandes de traitement et la formulation ultérieure des politiques et des pratiques en matière de substitution par la méthadone, avec des programmes de substitution plus nombreux et plus accessibles. Toutefois, il n'y a pas suffisamment de preuves pour conclure que l'utilisation de la méthadone est l'une des causes de la faible prévalence du VIH et du VCH. Les données en matière de demande de traitement indiquent une baisse de la consommation de drogues injectables ; il pourrait y avoir une corrélation entre cette réduction et l'utilisation de la méthadone (aucune étude scientifique n'a été menée à ce sujet). Mais d'un point de vue statistique, corrélation ne signifie pas nécessairement lien de causalité. L'on part du principe que le recours aux programmes de substitution et d'échange de seringues ainsi qu'à d'autres stratégies de réduction des dommages et offres de services permettra à tout le moins de maintenir quelques toxicomanes en vie et de minimiser le tort qu'ils font aux autres et à eux-mêmes. Ce principe a recueilli l'adhésion d'une grande partie du public eu égard aux épidémies de VIH/Sida dans d'autres pays. Bien entendu, les résultats positifs d'autres interventions de prévention et de traitement ont également contribué à cette situation favorable. Étant donné que la plupart de ces interventions étaient associées à la mise en place du suivi et de la recherche en matière de demandes de traitement, la Slovénie est devenue un modèle naturel des possibilités de prévention de l'épidémie de VIH/Sida par la mise en œuvre de politiques et de programmes adaptés aux utilisateurs de drogues injectables.

Néanmoins, avant la fin des années 1980, le rôle de la recherche sur les drogues dans les progrès en matière de traitement des toxicomanes était méconnu. Par conséquent, les premiers avis concernant la meilleure réponse à apporter au problème de l'héroïne d'injection étaient divergents ; les débats étaient souvent très animés, ou ne reposaient pas sur des preuves scientifiques. Le développement du système de déclaration des demandes de traitement a apporté des changements considérables. A mesure que les données épidémiologiques et scientifiques prenaient de l'importance, il s'est produit au sein des différents groupes un phénomène de convergence vraiment singulier. Ainsi, en 1994, les épidémiologistes, autres chercheurs, responsables politiques et praticiens sont parvenus à élaborer un ensemble de nouvelles recommandations en matière de traitement clinique, qui préconisaient plusieurs stratégies de réduction des dommages. Ces dernières incluaient la substitution par la méthadone, qui était ainsi reconnue officiellement.

A la fin des années 1980, il était de plus en plus admis que les initiatives de lutte contre la criminalité ne pouvaient pas à elles seules résoudre les problèmes liés à la drogue. Il était également évident que les services existants n'attiraient pas les utilisateurs de drogues injectables et que le nombre de traitements disponibles et appropriés n'était pas suffisant. Les stratégies répressives ont fait entrer dans la clandestinité la plupart des utilisateurs de drogues injectables nécessitant un traitement et une prise en charge. Le nombre de ces toxicomanes augmentait, et ils avaient pour la plupart des comportements à risque. Encore une fois, il a fallu des initiatives en matière de santé publique, reposant sur des connaissances validées, du courage et de la patience pour apporter petit à petit des changements concrets. Par chance, le VIH ne s'est pas propagé au sein de la population d'utilisateurs de drogues injectables durant cette période de transition – seuls quelques individus ont été infectés et il n'y a pas eu d'épidémie de VIH/Sida dans le pays.

Ces premières avancées ne sont pas surgies à partir de rien : il faut souligner ici la contribution et le travail des chercheurs américains ainsi que la collaboration étroite de l'auteur avec les chercheurs en traitements aux Etats-Unis. Dans une perspective historique, ces travaux faisaient suite aux initiatives communes avec le Centre de recherche et de traitement des addictions (ARTC) du Colorado, qui visaient à évaluer les résultats des traitements dans un programme de substitution à Denver.

L'opposition précoce des professionnels de santé à l'extension des programmes d'entretien à la méthadone s'est traduite dans les faits par le manque de connaissances dans le secteur des soins primaires et de la psychiatrie, ainsi que par l'absence de volonté des pouvoirs publics de mettre à disposition les fonds nécessaires aux traitements. Avant 1994, beaucoup de malentendus et d'idées

fausses circulaient sur les objectifs et la pratique du traitement de substitution par la méthadone. Même certains médecins, connaissant les bases neurobiologiques de la dépendance, croyaient que la substitution par la méthadone permettrait aux patients d'être constamment au stade « euphorique » de leur état d'intoxication. Les services répressifs et les forces de l'ordre étaient préoccupés par les possibilités de détournement de la méthadone et d'autres médicaments contrôlés vers le marché noir. Une opposition supplémentaire au traitement de substitution en tant qu'option thérapeutique pour la toxicomanie était inhérente à la réaction de l'opinion publique face aux consommateurs de drogues illicites.

Traditionnellement, les médias ont créé un stéréotype du consommateur de drogues, le présentant comme un criminel et un déviant moral. La stigmatisation des consommateurs de drogues et les attitudes négatives à l'égard de ces derniers étaient courantes, et il était difficile de susciter de l'empathie et un soutien public en faveur du financement de la substitution par la méthadone à partir du budget de l'Etat, alors qu'il y avait bien d'autres besoins non satisfaits en matière de soins de santé. Même les médecins prescripteurs étaient quelquefois montrés du doigt par leurs collègues non-prescripteurs.

Enfin, il y avait d'importants obstacles juridiques à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes de traitement de substitution. Ces obstacles ont contribué à la réticence de la plupart des professionnels de santé à jouer un rôle dans le traitement de substitution jusqu'en 1994, date à laquelle le Conseil de la santé a adopté les nouvelles recommandations en matière de traitement des consommateurs de drogues illicites, qui incluaient le traitement de substitution par la méthadone.

Afin de minimiser les oppositions et de transférer efficacement les connaissances issues de la recherche aux différentes parties, et notamment aux décideurs et aux médias, il fallait choisir des « diffuseurs de connaissances » nationaux crédibles. L'auteur a déployé des efforts considérables pour convaincre ses collègues du NIPH et de l'Institut régional de la santé publique de Koper du rôle important qu'ils avaient à jouer dans la promotion du traitement de substitution en Slovénie. Les moyens permettant de surmonter les obstacles politiques et professionnels et d'influencer les différents acteurs ont été recensés. Une stratégie de communication a été mise au point, tenant compte des différentes craintes qui avaient été émises quant aux nouvelles politiques de santé publique à l'égard des consommateurs de drogues. Reconnaissant l'importance des premières conclusions tirées des demandes de traitement, les professionnels de la santé publique, avec d'autres professionnels des soins de santé primaires et de la psychiatrie, se sont portés volontaires pour mener les campagnes nationales de prévention de la transmission du VIH chez les utilisateurs de drogues injectables.

Pour gagner et préserver la confiance du public, il fallait non seulement adhérer aux normes scientifiques, mais également communiquer les résultats de manière appropriée à différents groupes. Une attention particulière a été portée aux besoins des médias. Les informations ont été communiquées de manière régulière, compréhensible et responsable. Mais il n'était pas toujours facile de discerner le moment opportun pour diffuser les résultats. En raison de la stigmatisation des héroïnomanes et de la controverse concernant la méthadone, il était souvent difficile de concilier la nécessité de communiquer les résultats avec circonspection et en temps opportun et de tenir compte des questions de confidentialité et de protection des données à caractère personnel. Le signalement précoce – souvent avant que les données soient publiées, mais avec la rigueur scientifique nécessaire – a largement contribué à influencer les individus, les organisations et le grand public. Cela a permis de maximiser les retombées potentielles de la recherche et de la diffusion de connaissances.

Les relations entre la science, les politiques et la pratique sont complexes. Les chercheurs, les responsables politiques et les praticiens doivent coopérer pour transposer le langage de la recherche en langage de la politique et des pratiques, et intégrer des informations scientifiques et autres données dans ce processus. Une telle collaboration était rare par le passé (avant la mise en place de systèmes d'information et d'épidémiologie sur les drogues).

La démarche consistant à examiner et à analyser les documents disponibles a ses limites. Il faut prendre garde de ne pas tirer de conclusions trop simplistes de ces résultats. Le présent rapport n'examine pas de manière approfondie toutes les questions liées à l'impact des données de recherche sur les traitements. La recherche sur les demandes de traitement s'attache principalement à décrire l'évolution des tendances en matière de consommation de drogues, d'offre et d'accès aux programmes de traitement des toxicomanies. Les données en matière de demande de traitement ont également été utilisées pour évaluer la réduction des comportements à risque parmi les toxicomanes, que l'on estimait liée à leur participation aux traitements de substitution. De nouvelles interventions et politiques en matière de traitement ont été élaborées à partir des études descriptives des demandes de traitement et de la généralisation des résultats globaux des études d'efficacité. Les informations concernant l'efficacité des différents programmes de traitement en Slovénie se trouvent encore à un stade peu avancé, et n'ont pas fait l'objet d'études complémentaires ou d'un approfondissement. Il est bien connu qu'en sciences, la meilleure preuve de l'efficacité est apportée par les essais randomisés, qui donnent la confirmation finale. En revanche, le domaine de la recherche sur les demandes de traitement étudie quasiment toujours les résultats des études descriptives et du suivi, qui ne sont pas les meilleures sources de preuves.

S'il est nécessaire de tenir compte de l'ensemble des éléments pouvant constituer une preuve, la majorité des documents examinés provenaient du domaine de la santé publique. Le traitement des consommateurs de drogues illicites est invariablement le produit d'une interprétation scientifique, sociale et biomédicale, morale et politique des informations disponibles. D'aucuns diront que l'application d'un traitement non scientifique et de valeur non prouvée peut avoir des effets néfastes immédiats et évidents. D'autres diront que ceux qui exploitent uniquement les faits scientifiques ignorent les faits en rapport avec les valeurs, l'histoire (traditions), le caractère et la condition mentale, morale et religieuse de l'être humain. Il va de soi que de tels arguments ont une incidence sur les politiques et les pratiques en matière de traitement, desquelles on attend qu'elles soient le produit des meilleures connaissances scientifiques disponibles.

## **Conclusion**

Après avoir analysé les données en matière de demande de traitement et reconnu le grand nombre d'utilisateurs de drogues injectables, les professionnels de la santé publique ont souligné en 1991 l'importance de l'offre et de l'accès à la substitution par la méthadone, en tant que moyen efficace pour atteindre des objectifs concrets de santé publique sur le plan de la réduction de la morbidité et de la mortalité chez les utilisateurs de drogues injectables en Slovénie. Suite à la légalisation de ce type de traitement, le nombre de programmes de traitement de substitution a connu une augmentation considérable en 1994. La politique actuelle concernant la consommation de drogues injectables en Slovénie est axée sur la réduction des dommages, et le traitement de substitution par la méthadone est disponible dans tout le pays dans des cadres de soins hospitaliers et ambulatoires (réseau de 18 centres de traitement disposant de programmes de substitution). Cette facilité d'accès permet d'atteindre les toxicomanes plus « cachés », marginalisés et vulnérables et de contribuer à réduire la propagation du VIH/Sida dans ces populations. Des programmes de substitution ont maintenant été mis en œuvre dans les prisons slovènes. Tous ces services recueillent des données en matière de demande de traitement conformément au protocole européen conjoint du Groupe Pompidou et de l'OEDT relatif à l'indicateur de demande de traitement, ainsi que des informations complémentaires concernant les autres comportements à risque et la séroprévalence.

Les changements dans les politiques et les pratiques en matière de traitement des toxicomanies ayant entraîné une offre et une accessibilité accrues des traitements de substitution en Slovénie étaient planifiés et stratégiques plutôt que réactifs et pragmatiques. Dans ce contexte, la recherche en matière de demandes de traitement s'est inscrite dans une série d'activités visant à améliorer l'offre et l'accessibilité des traitements de substitution dans le pays. La mission consistant à



renforcer les connaissances scientifiques pour l'épidémiologie de la toxicomanie et à évaluer les programmes de réduction des dommages était secondaire.

La présente étude de cas indique que les données en matière de demande de traitement ont eu un impact sur l'élaboration de la politique nationale en matière de drogues, du droit relatif au traitement et des recommandations en la matière, ainsi que sur l'offre et l'accès au traitement de substitution pour les utilisateurs de drogues injectables. Mais il faut rester prudent en ce qui concerne les liens de causalité et l'établissement des éléments de preuve lorsque l'on émet des hypothèses sur les incidences des données en matière de demande de traitement. Un intérêt élevé de la part des hommes politiques, des praticiens et des médias ne signifie pas toujours que les données en matière de demande de traitement ont effectivement et systématiquement été utilisées dans les débats et la prise de décisions. La majeure partie des travaux de recherche et d'épidémiologie de la demande de traitement se sont attachés à décrire la situation. Cette description est utile pour les responsables politiques et les praticiens car elle leur apporte des informations sur la situation et l'évolution des tendances. Cependant, l'élaboration de politiques et d'interventions appropriées reposant sur des connaissances validées nécessite d'aller au-delà de la description pour comprendre pourquoi et comment apparaissent la consommation de drogues et les problèmes liés aux drogues, et de quelle manière les politiques et les interventions peuvent influencer sur ces problèmes.<sup>56</sup> Eu égard aux ressources financières limitées et à la complexité des protocoles de recherche, il n'a jamais été proposé de réaliser des essais randomisés pour établir l'efficacité réelle des traitements de substitution. En revanche, les informations sur les demandes de traitement sont devenues la « norme » pour évaluer les nouvelles politiques et programmes en matière de traitement.

## Références

1. Nolimal D, Premik M. *Nekateri socialnomedicinski vidiki zlorabe drog (Some sociomedical aspects of drug abuse)*. Zdrav Vestn, 1992; 61: 133-136.
2. *Savezni zavod za zdravstveno zaščito. Osnovi jedinstvene medicinske doktrine o lečenju i rehabilitaciji narkomana*. Beograd, 1985.
3. Nolimal D, Milčinski L. *Pojavnost alkoholizma in drugih bolezni odvisnosti v SR Sloveniji, Zlorabe drog in odvisnosti od njih, (Zdravstveno varstvo, Posebna publikacija, 1985, 1)*. Ljubljana: Univerzitetni zavod za zdravstveno in socialno varstvo, 1985: 1-95.
4. Nolimal D. *Javno zdravstvo in zbiranje podatkov o injicirajočih uživalcih drog v Sloveniji v letu 1993*. Zdrav Var, 1994; 33: 327-329.
5. Nolimal D. *Nekateri zgodovinski in javnozdravstveni vidiki metadonskega zdravljenja*. In: Kostnapfel RT. (ur.). *Posvetovanje o problematiki metadona. Zbornik izbranih predavanj*. [Ljubljana]: Ministrstvo za zdravstvo, 1995: 1-17.
6. Nolimal D. *Preprečevanje zlorabe alkohola, tobaka in drugih drog v Sloveniji danes*. Zdrav var, 1991; 30: 287-290.
7. Nolimal D, Gorup S et al. *HIV-Rizično vedenje med uživalci heroina v koperski regiji, 1991*(tipkopis).
8. *Republiški strokovni kolegij za psihiatrijo. Načela zdravljenja in drugih postopkov pri odvisnosti od drog*. Zdrav Var, 1991; 4-5: 103-116.
9. Flaker V et al.. *Droge in nasilje (Drugs and violence)*. Ljubljana: Mirovni inštitut, 1993.
10. Nolimal D. *Preprečevanje in širjenje okužb z HIV: metadonski programi*. Zdrav Var, 1991; 30: 117-120
11. Krek M, Krek-Mišigoj j, Nolimal D. *Politika zmanjševanja škode zaradi uživanja drog med uživalci ilegalnih drog*. Zdrav Var, 1994; 33: 263-267.
12. Nolimal D. *uvajanje kazalca o prvem iskanju zdravstvene pomoči uživalcev drog po metodologiji skupine Pompidou*. Zdrav Var, 1994; 33: 337-343.
13. Nolimal D, Rode N, Krek M et al. *Spremljanje učinkovitosti metadonskega vzdrževalnega programa s sledenjem sprememb v tveganih vedenjskih vzorcih ter sprememb v deležu uživalcev drog okuženih s humanim imunodeficientnim virusom (HIV)*. *Raziskovalno poročilo*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 1995: 1-30.

14. Nolimal D, Rode N, Lahajnar I et al. *Epidemiološko spremljanje učinkovitosti metadonskega vzdrževalnega programa v Sloveniji . Nadaljevanje projekta. spremljanje učinkovitosti metadonskega vzdrževalnega programa s sledenjem sprememb v tveganih vedenjskih vzorcih ter sprememb v deležu uživalcev drog okuženih s humanim imunodeficientnim virusom ( HIV). Raziskovalno poročilo.* Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 1995; 1-50.
15. Nolimal D, Crowley T. J. *Difficulties in a clinical application of methadone-dose contingency contracting.* J Subst Abuse Treat, 1990; 7: 219-224.
16. Gill K., Nolimal D, Crowley T.J. *Antisocial personality disorder, HIV risk behavior and retention in methadone maintenance therapy.* Drug alcohol depend, 1992; 30: 247-252.
18. Nolimal D. *Poročilo Inštituta za varovanje zdravja R Slovenije: Javno zdravstvo in zbiranje podatkov o uživalcih drog v Sloveniji v letu 1993.* In: Nolima D, Belec M , eds . *Zbornik izbranih poročil z zaključnim poročilom Informacijski sistemi in uporabna epidemiologija škodljive uporabe drog: nadaljevalni seminar; 1994 Sep 26-28; Piran.* Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 1995: 5-9.
17. Nolimal, Krek, Aubrey. *Treatment demands in Koper in the period between 1991- 1993. Report presented at the PG seminar on drug epidemiology and information systems.* Piran, 26-28 September 1994.
19. Nolimal D, Onusic S, *Overview of drug misuse in Slovenia: epidemiology and research. The Report for the Seminar on Information Systems and Applied Epidemiology of Drug Misuse, Ljubljana, Slovenia, September 22 - 24,1993.* Ljubljana: Institute of public health of Slovenia, 1993.
20. Dušan Nolimal. *Trendi uporabe alkohola in drugih drog v Sloveniji.* Med Razgl, 1996; 35; Suppl 5: 21-29.
21. Krek M, Nolimal D. *Sprememba življenjskega stila metadonskih pacientov.* Zdrav Var, 1993, 32, Suppl 2: 105-112.
22. Nolimal D. *O strategiji na področju droge, spolnosti in HIV/AIDSa v Sloveniji.* Mreža Dro. Bilten, 1993; 4: 17-11.
23. Nolimal D, Rebec A. *AIDS med uživalci drog v Evropi in Sloveniji.* Mreža Dro. Bilten, 1993; 4: 12-32.
24. Nolimal D. *Uvajanje kazalca o prvem iskanju zdravstvene pomoči uživalcev drog po metodologiji skupine Pompidou (The introduction of the first treatment demand indicator according to Pompidou Group methodology ).* Zdrav Vars, 1994; 33: 337-343.
25. Nolimal D, Petrič V. *Osnovne informacijske zahteve na področju uporabe in problematike drog (Basic informational requirements in the field of drug use and problems related to drugs).* Med Razgl, 1996; 35, suppl.: 161-168.

26. Nolim D. *Razvoj epidemiološke dejavnosti v okviru nacionalnega programa preprečevanja škodljivih posledic uživanja drog v Sloveniji (Development of epidemiology activity in the frame of national programme for prevention of harmful drug consumption consequences in R. Slovenia)*. Zdrav Var, 1995; 34: 233-237.
27. Nolim D. *Vloga mestne evropske epidemiološke mreže na področju drog ter njen vpliv na razvoj epidemiologije drog v Sloveniji (The influence of European epidemiological multi-city network on the drug field and its influence to the drug epidemiology development in Slovenia)*. Zdrav Var, 1997; 36: 195-198.
28. Nolim D. *Epidemiološko spremljanje rabe nedovoljenih drog v Sloveniji v letu 1999 : ocena stanja in načrti za prihodnost (Epidemiological survey of illegal drug use in Slovenia in 1999 : evaluation of the situation and plans for the future)*. Odvisnosti 2000; 1: 28-32.
29. Nolim D. *Zbiranje informacij in ocena problematike rabe drog pri posamezniku, v družini in na lokalni ravni: vloga zdravstvenih delavcev (Data collection and assessment of drug problems at the individual, family and community levels: the role of health-care workers)*. Odvisnosti, 2001; 2: 16-21.
30. Nolim D. *Methadone prescribing in Slovenia in 1989-1996 and optimum dispensing arrangements*. In: Kastelic et al (eds). *Heroin addiction in Europe: Book of abstracts*. Ljubljana: The Coordination of Centres for Prevention and Treatment of Drug Addiction, 1997: 102.
31. Nolim D. *Heroin in Slovenia*. In: Kastelic et al (eds). *Heroin addiction in Europe: Book of abstracts*. Ljubljana: The Coordination of Centres for Prevention and Treatment of Drug Addiction, 1997: 103.
32. Nolim D. *What lessons can be learned from comparing of the drug treatment demands in various European cities? In: 13th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm, Ljubljana, 3-7 March, 2002, Cankarjev dom - Ljubljana - Slovenia. Book of abstracts*, (Odvisnosti). Ljubljana: International Harm Reduction Association, 2002: 144.
33. Nolim D. *Osnovne zahteve spremljanja problematike drog, posredni pokazatelji in centralna informacijska enota*. In: Čebašek Travnik Z, Radovanovič M (eds). *Medicina odvisnosti : zbornik prispevkov 1. slovenske konference o medicini odvisnosti, Ljubljana, oktober 1996*. Ljubljana: Republiški strokovni kolegij za psihiatrijo, Delovna skupina za odvisnost od alkohola, 1997: 11-19.
34. NOLIMAL, Dušan. *Political considerations in planning a reporting system on treatment demand*. In: *Proceedings. Conference on co-operation in the mediterranean region Malta, 15-17 november 1999*. Strasbourg: Council of Europe, 1998: 5-10.
35. Nolim D *Ko je virus nevarnejši od heroina : sporni metadon*. Delo 1991; 33.
36. Nolim D. *Poplava heroina v Sloveniji*. Delo 1992; 34.

37. Nolimal D, Lahajnar I. *S kakovostnejšim zbiranjem podatkov tudi učinkovitejši v boju proti drogam : Slovenija in skupina Pompidou pri Svetu Evrope*. Delo 1995: 11.
38. Nolimal, Dušan. *Virus ljubi tvegavce : mamila, spolnost in aids*. Delo 1995: 37.
39. Nolimal D . *Uspehov ne bo, če vlada ne bo sprejela prave strategije : zloraba drog in preventiva*. Delo 1992 ; 34: 15.
40. Lešnik L. *Naporno življenje z drogo : pogovor med Lučko Lešnik in dr. Dušanom Nolimalom*, 1991. In: Nolimal, D, Rejc, Vladimira (ur.). *Pogovori o drogah. 1. izd.* Ljubljana: Reprostudio S, 1996: 46-49.
41. Vipotnik M. *V koraku z zahodno Evropo : pogovor med Mičo Vipotnik in dr. Dušanom Nolimalom*, 1992. In: Nolimal, D, Rejc, Vladimira (ur.). *Pogovori o drogah. 1. izd.* Ljubljana: Reprostudio S, 1996: 59-61.
42. Vipotnik M. *Droge, potem pa še aids : pogovor med Mičo Vipotnik in dr. Dušanom Nolimalom*, 1993. In: Nolimal, D, Rejc, Vladimira (eds ). *Pogovori o drogah. 1. izd.* Ljubljana: Reprostudio S, 1996: 62-64.
43. Vipotnik M. *Hepatitis C ubija počasi : pogovor med Mičo Vipotnik in dr. Dušanom Nolimalom*, 1993. In: Nolimal, D, Rejc, Vladimira (eds ). *Pogovori o drogah. 1. izd.* Ljubljana: Reprostudio S, 1996: 65.
44. Vipotnik M. *Zbiranje podatkov in mednarodno sodelovanje : pogovor med Mičo Vipotnik in dr. Dušanom Nolimalom*, 1993. In: Nolimal, D, Rejc, Vladimira (eds ). *Pogovori o drogah. 1. izd.* Ljubljana: Reprostudio S, 1996: 69-70.
45. Lavrič M. *Zasvojenost je nezdrav način življenja : pogovor med Marjano Lavrič in dr. Dušanom Nolimalom*, 1991. In: Nolimal, D, Rejc, Vladimira (ur.). *Pogovori o drogah. 1. izd.* Ljubljana: Reprostudio S, 1996: 94-96.
46. Nolimal D. *Vpliv medijev na oblikovanje podobe uporabnikov drog v javnosti ( The influence of media on the public image of drug users) .* In: *Vpliv medijev na oblikovanje podobe uporabnikov drog v javnosti : okrogla miza, (Odmevi)*. Ljubljana: Urad za droge 2002: 10-26.
47. Kastelic A. *Priporočila zdravnikom za zdravljenje odvisnih od drog*. In: *Kostnapfel RT. (ur.). Posvetovanje o problematiki metadona. Zbornik izbranih predavanj.* [Ljubljana]: Ministrstvo za zdravstvo, 1995: 17- 62.
48. Nolimal D. *Ljubljana 1991 – 1994 data*. In: *Pompidou Group. Multi-city Network Eastern Europe: drugs and addiction*. Strasbourg: Council of Europe Publishing, 1997: 183-243.

49. *The Act on prevention of drug consumption and treatment of drug addicts* . Official gazette 98/99.
50. *Nacionalni program na področju drog, 2003-2008*. Vlada republike Slovenije. Urad za droge, 2002.
51. Trišler Z, Seme K, Poljak M, Čelan-Lucu B, Sakoman S. *Prevalence of hepatitis C and G virus infections among intravenous drug users in Slovenia and Croatia*. Scand J Infect Dis 1999; 31:33-5.
52. Klavs I., Poljak M. *Unlinked anonymous monitoring of human immunodeficiency virus prevalence in high and low risk groups in Slovenia*. Croatian Medical Journal 2003; 44: 545-549.
53. Nolimal D, Vegnuti M. Treatment reporting system in Slovenia. In: Kastelic et al (eds). *Heroin addiction in Europe : book of abstracts*. Ljubljana: The Coordination of Centres for Prevention and Treatment of Drug Addiction, 1997: 104.
54. Belec M, Nolimal D. *Zdravstveno varstvo uporabnikov nedovoljenih drog (Health care for users of illegal drugs.)* . In: Zdrav Vars., Supl. 1, Zdrav. stat. letop., 2000; 39, suppl. 1: 355-359.
55. Nolimal D, Belec M. *Zdravstveno varstvo uporabnikov nedovoljenih drog (Health care of illegal drug user)* In: Zdrav Var., Supl. 1, Zdrav. stat. letop., 2001; 40, suppl. 1: 381-388.
56. Hartnoll R. *Drugs and drug dependence: linking research, policy and practice. Lessons learned, challenges ahead*. Strasbourg: Council of Europe Publishing, 2004.



## Conclusions

Cette étude a été menée pour trouver des exemples (études de cas) d'utilisation des données en matière de demande de traitement pour l'élaboration d'une politique et de pratiques fondées sur des connaissances validées. Trois études de cas sont présentées.

En Irlande, les données en matière de demande de traitement ont été utilisées pour mettre en évidence les quartiers de Dublin dans lesquels le problème de l'héroïne était le plus préoccupant. Cette étude a abouti à la création de nouvelles structures administratives (task forces locales dans le domaine des drogues) dans ces quartiers, chargées d'assurer la mise en œuvre stratégique des politiques nationales en matière de drogues de manière cohérente, intégrée et rentable.

En Italie, une enquête menée auprès des services publics spécialisés dans les toxicomanies conclut que les données relatives au traitement sont principalement utilisées pour le financement des services et la détermination du nombre de professionnels chargés d'assurer ces services. Les données relatives au traitement ont également été utilisées pour planifier les activités thérapeutiques et de prévention secondaire dans plus de la moitié des services interrogés.

En Slovénie, les données en matière de demande de traitement ont été utilisées dans les années 1990 pour l'élaboration de la politique nationale en matière de drogues, du droit relatif au traitement et des recommandations en la matière, ainsi que pour la mise en place de l'offre et de l'accès au traitement de substitution pour les utilisateurs de drogues injectables.

S'il est vrai que le faible nombre d'études de cas est décevant, plusieurs facteurs peuvent être à l'origine de cette situation. Tout d'abord, la majeure partie des experts ayant participé aux projets de demande de traitement de l'ancien groupe d'experts en épidémiologie ne font plus partie du Comité d'experts sur la recherche. Cela est compréhensible, vu la mission de la nouvelle Plate-forme Recherche. Cependant, il en résulte qu'un degré important d'expertise et de mémoire institutionnelle dans le domaine de la demande de traitement a été perdu au profit du Groupe Pompidou. Cette perte aurait commencé à la fin des années 1990, après la fin du projet de six ans du Groupe Pompidou sur les demandes de traitement. Le rapport final de ce projet impliquait au total 42 experts de 23 villes (18 pays). C'était le niveau de collaboration le plus élevé qui ait été atteint durant les six années du projet. Un total de 28 experts de 15 villes (13 pays) ont participé au projet complémentaire sur les demandes de traitement, mené entre 2001 et 2003. En raison des ressources limitées, et dans le but d'éviter la duplication du travail par les organisations internationales, il n'a pas été possible de réunir à



nouveau les experts de la demande de traitement de l'ancien groupe d'experts en épidémiologie pour le projet actuel.

Un autre facteur pouvant expliquer le nombre limité d'études de cas est le sujet lui-même. Comme nous l'avons vu plus haut, il n'est pas facile de déterminer si les résultats de la recherche ont influé sur les politiques et/ou les pratiques. Ce projet a adopté une approche très pragmatique. Il fallait disposer d'éléments probants pour établir le lien entre l'utilisation des données en matière de demande de traitement et les décisions des pouvoirs publics et/ou les pratiques. Par exemple, il fallait qu'une recommandation relative à la politique à mener soit basée sur les résultats des données en matière de demande de traitement ou confortée par ces dernières, et que le document d'orientation correspondant l'indique clairement. Si de telles preuves existent dans le cas de l'Irlande, nous espérons qu'il en existe également dans d'autres pays. Les résultats de la présente étude laissent supposer que ces informations ne sont pas toujours disponibles ou apparentes. Il faut également reconnaître que, même s'il existait des preuves, il a été demandé aux auteurs de fournir une étude de cas écrite le prouvant. Cela a pu s'avérer difficile pour certains auteurs aux programmes de travail très chargés.

Enfin, dans une enquête menée auprès des correspondants permanents du Groupe Pompidou, une majorité (90%) des répondants ont indiqué qu'ils recevaient des rapports concernant l'analyse des données en matière de demande de traitement, et que ces informations avaient été utilisées pour soutenir le développement de politiques nationales ou locales en matière de drogues dans leur pays. S'agissant des informations spécifiques pertinentes pour la prise de décisions, obtenues grâce aux données en matière de demande de traitement, les correspondants permanents souhaitent obtenir davantage d'informations sur les patients en fin de traitement, et notamment sur le maintien en traitement et l'efficacité du traitement.

## Références

1. Avico U, Hartnoll R, Ingold FR, Lange KJ, Lenke L, O'Hare A, et al. (1987). *Multi-city study of drug misuse in Amsterdam, Dublin, Hamburg, London, Paris, Rome, Stockholm. Final Report. Section 2. Technical report on indicators of drug misuse in the seven cities and recommendations for future monitoring.* Strasbourg: Council of Europe.
2. O'Hare A and Hartnoll R (1989). *The Dublin/London drug research project: final report.* Strasbourg: Council of Europe.
3. Hartnoll R (1991). *Development of treatment reporting systems and first treatment demand indicator. Third progress report: results of census of clients in treatment and progress on 1<sup>st</sup> treatment demand reporting.* Strasbourg: Council of Europe.
4. Hartnoll R (1991). *Development of treatment reporting systems and first treatment demand indicator. First progress report: work to date and census of clients in treatment.* Strasbourg: Council of Europe.
5. Hartnoll R (1992). *Drug treatment reporting systems and the first treatment demand indicator: Definitive protocol. Draft: August 1992.* Strasbourg: Council of Europe.
6. Hartnoll R (1994). *Drug treatment reporting systems and the first treatment demand indicator: Definitive protocol.* Strasbourg: Council of Europe.
7. Stauffacher M (1999) *Treated drug users in 23 European cities. Data 1997. Trends 1996-97. Pompidou Group project on treatment demand: final report. Amsterdam, Athens, Bratislava, Brussels, Bucharest, Budapest, Copenhagen, Cyprus, Debrecen, Dublin, Gdansk, Geneva, Liège, Ljubljana, Malta, Orenburg, Prague, Rome, St. Petersburg, Sofia, Varna, Warsaw, Zagreb.* Strasbourg: Council of Europe.
8. Stauffacher M (1995) *Synthesis report. 1992 census and treatment demands in nine European cities: Barcelona, Dublin, Geneva, Koper, Liège, Lisbon, Oslo, Rome, Zürich.* Strasbourg: Council of Europe.
9. Stauffacher M (1995) *Synthesis report. Census and treatment demands in eleven European cities. Annual update 1993: Amsterdam, Barcelona, Dublin, Gdansk, Geneva, Koper, Liège, Lisbon, Oslo, Paris, Zürich.* Strasbourg: Council of Europe.
10. Stauffacher M (1996) *Synthesis report. Census and treatment demands in various European cities. Annual update 1994, basic module. Trends 1992-1994. Amsterdam, Athens, Barcelona, Bratislava, Budapest, Dublin, Gdansk, Liège, Ljubljana, Malta, Paris, Rome, Sofia, Varna.* Strasbourg: Council of Europe.
11. Stauffacher M (1997) *Synthesis report. Census and treatment demands in nineteen European cities. Annual update 1995, basic module. Trends 1992-1995. Amsterdam, Athens, Barcelona, Bratislava, Copenhagen, Cyprus, Dublin, Gdansk, Liège, Ljubljana, Malta, Paris, Prague, Rome, Sofia, Szeged, Varna, Warsaw, Zagreb.* Strasbourg: Council of Europe.

12. Stauffacher M (1997) *Pompidou subgroup on treatment demands: treated drug users in 22 European cities. Annual update 1996. Trends 1992-1996. Amsterdam, Athens, Bratislava, Bucharest, Budapest, Copenhagen, Cyprus, Dublin, Gdansk, Liège, Ljubljana, Malta, Orenburg, Prague, Rome, St. Petersburg, Sofia, Szeged, Varna, Warsaw, Zagreb.* Strasbourg: Council of Europe.
13. Stauffacher M, Kokkevi A (1999) The Pompidou Group treatment demand protocol: the first pan-European standard in the field. *European Addiction Research*, 5: 191-6.
14. Czemy L *et al.* (1997) *Pompidou subgroup on treatment demands: proceedings of the 5<sup>th</sup> meeting. Strasbourg, 27 November 1996.* Strasbourg: Council of Europe.
15. Korchagina GA *et al.* (1998) *Pompidou subgroup on treatment demands: proceedings of the 7<sup>th</sup> meeting. Strasbourg, 10 December 1997.* Strasbourg: Council of Europe.
16. Rossi C *et al.* (1999) *Pompidou Group project on treatment demand: proceedings of the 9<sup>th</sup> meeting. Strasbourg, 30 November 1998.* Strasbourg: Council of Europe.
17. Simon R, Donmall M, Hartnoll R, Kokkevi A, Ouwehand AW, Stauffacher M, Vicente J (1999). The EMCDDA/Pompidou Group treatment demand indicator protocol: a European core item set for treatment monitoring and reporting. *European Addiction Research*, 5: 197-207.
18. Stauffacher M, Arpa S, Vassilev M (2003) *Follow-up project on treatment demand: tracking long-term trends. Final report.* Strasbourg: Council of Europe.
19. Pompidou Group (2003) *Work programme 2004-2006.* Strasbourg: Council of Europe.
20. Pompidou Group (2005) *Research field: detailed mission statement.* Strasbourg: Council of Europe.
21. Ministerial Task Force on Measures to Reduce the Demand for Drugs (1996). *First report of the Ministerial Task Force on measures to reduce the demand for drugs.* Dublin: Department of the Taoiseach.

## Annexe 1



### **Groupe Pompidou**

Groupe de coopération en matière de lutte  
contre l'abus et le trafic illicite de stupéfiants

**P-PG/Res (2005) 6 F**

Strasbourg, 14 Novembre 2005

Questionnaire auprès des correspondants permanents sur l'impact des demandes de traitement sur la politique

Le Groupe Pompidou a prôné la collecte systématique et régulière d'informations sur les patients commençant un traitement concernant l'usage problématique de drogues (données sur les demandes de traitement) depuis le milieu des années 1980. Au début des années 1990, le Groupe Pompidou a développé et testé un set standard de données obligatoires à collecter régulièrement auprès des centres de soins en toxicomanie en utilisant des procédures et des critères comparables. Suite à ce travail préliminaire, un protocole demande de traitement a été élaboré et mis en oeuvre dans plusieurs pays de l'Europe de l'Ouest et de l'Est. Le protocole et l'expérience retirée de son application ont servi de point de départ à l'harmonisation de l'indicateur demande de traitement en Europe. Les travaux préliminaires de l'élaboration du protocole demande de traitement fournissent un des meilleurs exemples d'une activité couronnée de succès menée par le Groupe Pompidou.

En conformité avec le mandat de la Plate-forme Recherche du Groupe Pompidou qui est d'encourager l'utilisation de connaissances scientifiques validées (« évidence ») dans les politiques et les pratiques, le questionnaire suivant a été rédigé à l'attention des Correspondants Permanents. Ce questionnaire fait partie d'un projet du Groupe Pompidou dont l'objet est d'examiner l'impact des demandes de traitement sur les politiques et les pratiques en matière de drogues.

Le Secrétariat vous serait reconnaissant de bien vouloir passer quelques minutes à compléter le questionnaire suivant. Nous vous en remercions d'avance

*Adressez SVP votre réponse à [florence.mabileau-whomsley@coe.int](mailto:florence.mabileau-whomsley@coe.int) **d'ici au 18 Novembre***

**Nom:**

**Pays:**

**1. Est ce que votre pays recueille des informations sur les patients commençant un traitement pour usage problématique de drogues (données sur les demandes de traitement)?**

- Non
- Oui, seulement dans certaines villes ou régions
- Oui, sur une base nationale

**2. Recevez-vous des rapports basés sur l'analyse des données de demandes de traitement?**

- Oui
- Non

**3. Est ce que les demandes de traitement ont été utilisées dans votre pays pour encourager le développement de politiques de drogues nationales ou locales dans votre pays?**

- Oui, dans une large mesure
- Oui, dans une certaine mesure
- Pas du tout
- Je ne sais pas

**4. Fournissez SVP les références ou les sites web auprès desquels, il est possible d'obtenir des documents concernant des politiques drogues nationales ou locales qui ont utilisé les données des demandes de traitement pour encourager le développement de politiques.**

.....

**5. Il y a t'il d'autres informations que vous souhaiteriez communiquer à propos de l'impact des demandes de traitement sur les politiques nationales ou locales dans votre pays ?**

.....

**6. Il y a t'il des informations spécifiques pertinentes pour les politiques que vous souhaiteriez obtenir grâce aux demandes de traitement ? Dans l'affirmative, veuillez préciser SVP.**

.....

## List of Pompidou Group documents and publications Liste des documents et publications du Groupe Pompidou

### *Publications*

The following publications are published by Council of Europe Publishing, Strasbourg and can be ordered from the Publishing Division at:

Les publications suivantes sont publiées par les Editions du Conseil de l'Europe et peuvent être commandées à la Division des publications :

[publishing@coe.int](mailto:publishing@coe.int)

<http://book.coe.int>

*Psychological drug research: current themes and future developments,*

*La recherche en psychologie sur les drogues : questions actuelles et perspectives,*

Jorge Negreiros, 2006, ISBN-10 : 92 871 60 32 5, ISBN-13 : 978 92 871 60 32 4

*Biomedical research in the drugs field*

*La recherche biomédicale dans le domaine des drogues,* Richard Muscat, 2006,

ISBN-10 : 92-871-6017-1, ISBN-13 : 978-92-871-6017-1.

*Connecting research, policy and practice: lessons learned and challenges ahead,* proceedings of the Pompidou Group's Strategic Conference, which took place in Strasbourg on 6-7 April 2004, 2004, ISBN 92-871-5535-6.

*Comment rapprocher la recherche, les politiques et les pratiques de terrain ? Acquis et perspectives* actes de la Conférence stratégique tenue à Strasbourg, 6-7 avril 2004, 2004, ISBN 92-871-5534-8

*Drugs and drug dependence: linking research, policy and practice, lessons learned, challenges ahead,* Richard Hartnoll, 2004, ISBN 92-871-5490-2.

*Drogues et dépendances aux drogues: comment rapprocher la recherche, les politiques et les pratiques de terrain ? acquis et perspectives,* Richard Hartnoll, 2004, ISBN 92-871-5489-9.

*Calculating the social cost of illicit drugs: Methods and tools for estimating the social cost of the use of psychotropic substances,* 2001, Pierre Kopp, ISBN 92-871-4734-5. (Available in Russian, December 2003.)

*Comment calculer le coût social des drogues illicites : démarches et outils pour l'estimation du coût social lié à la consommation de substances psychotropes,* 2001, Pierre Kopp, ISBN 92-871-4733-7, (également disponible en russe).

*Contribution to the sensible use of benzodiazepines*, seminar, 2002, ISBN 92-871- 4751-5.

*Contribution à l'usage raisonné des benzodiazépines*, Séminaire, 2002 ISBN 92-871-4750-7.

*Development and improvement of substitution programmes*, seminar, 2002, ISBN 92-871-4807-4.

*Développement et amélioration des programmes de substitution*, séminaire, 2002, ISBN 92-871-4806-6.

*Drug use in prison – Project of the group of experts in epidemiology of drug problems*, final report, 2001, Richard Muscat, ISBN 92-871-4521-0.

*L'usage de drogues en milieu carcéral – Projet du Groupe d'experts en épidémiologie des problèmes de drogues : rapport final* 2001, Richard Muscat, ISBN 92-871-4520-2.

*Drug-misusing offenders and the criminal justice system: the period from the first contact with the police to and including sentencing*, seminar, 2000, ISBN 91-871-3790-0.

*Les délinquants usagers de drogues et le système pénal : Période qui court du premier contact avec la police jusqu'au jugement inclus*, Séminaire, 2000, ISBN 92-871-3789-7.

*Drug-misusing offenders in prison and after release*, seminar, 2000, ISBN 92-871- 4242-4.

*Les délinquants usagers de drogues en prison et après libération*, Séminaire, 2000, ISBN 92-871-4241-6.

*Ethics and drug addiction*, proceedings of a seminar which took place in Strasbourg on 6-7 February 2003.

*Ethique et toxicomanie*, Actes du séminaire qui s'est déroulé les 6-7 février 2003

*Multi-city network eastern Europe*, 1997, Joint Pompidou Group/UNDCP project, extension of the multi-city network to central and eastern Europe. First city reports from: Bratislava, Budapest, Gdansk, Ljubljana, Prague, Sofia, Szeged, Varna, Warsaw, ISBN 92-871-3509-6.

*Multi-city study: drug misuse trends in thirteen European cities*, 1998, ISBN 92-871-2392-6.

- Etude multi-villes : tendances de l'abus de drogue dans treize villes européennes*, 1998, ISBN 92-871-2391-8
- Pregnancy and drug misuse: up-date 2000*, seminar proceedings, 2001, ISBN 92-871-4503-2. (English only)
- Pregnancy and drug misuse*, symposium proceedings, 1999, ISBN 92-871-3784-6. (English only)
- Prisons, drugs and society*, seminar proceedings, 2003, ISBN 92-871-5090-7.
- Prisons, drogues et société*, actes du séminaire, 2003, ISBN 92-871-5089-3.
- Risk reduction linked to substances other than by injection*, seminar proceedings, 2003, ISBN 92-871-5329-9.
- Réduction des risques liés à l'usage de substances autres que par injection*, actes du séminaire, 2003, ISBN 92-871-5329-9.
- Road traffic and psychoactive substances*, proceedings of a seminar which took place in Strasbourg in June 2003. ISBN 92-871-5503-8.
- Circulation routière et substances psychoactives*, actes d'un séminaire ayant eu lieu à Strasbourg en juin 2003, ISBN 92-871-5501-1.
- 3rd multi-city study: drug use trends in European cities in the 1990s*, 2001, Ruud Bless, ISBN 92-871-4459-1.
- 3ème Etude multi-villes : évolution des tendances de l'usage de drogues dans les villes européennes au cours des années 90*, 2001, Ruud Bless, ISBN 92-871-4458-3.
- Treated drug users in 23 European cities – Data 1997*, Pompidou Group project on treatment demand final report, 1999, Michael Stauffacher, ISBN 92-871-4007-3.
- Usagers de drogues en traitement dans 23 villes européennes – Données 1997* Projet du Groupe Pompidou sur les demandes de traitement : rapport final, 1999, Michael Stauffacher, ISBN 92-871-4143-6.
- Vocational rehabilitation for drug users in Europe*, seminar, 2000, ISBN 92-871-4406-0.
- Réinsertion professionnelle des toxicomanes en Europe*, Séminaire, 2000, ISBN 92-871-4405-2.



*Women and drugs/Focus on prevention*, symposium, ISBN 92-871-3508-8.

*Les femmes et les drogues : Accent sur la prévention*, Symposium, ISBN 92-871-3506-1.

### ***Other / Autres publications***

*The 2003 ESPAD Report: Alcohol and other drug use among students in 35 European countries*, 2000, Joint publication Pompidou Group/CAN, ISBN 91-7278-103-3.

This publication can be ordered from The Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs (CAN). Fax : +46 8 10 46 41 or e-mail : barbro.andersson@can.se

*Joint Pompidou Group – EMCDDA scientific report 2000 – Treatment demand indicator : standard protocol 2.0 and technical annex*, 2000; this can be downloaded in two parts at: <http://www.emcdda.org>

*Estimation de la prévalence de la consommation problématique des drogues en Europe*, 1999, Monographie scientifique n° 1, publication conjointe Groupe Pompidou/OEDT ISBN 92-9168-007-9

*Estimating the prevalence of problem drug use in Europe*, scientific monograph series n° 1, Joint publication Pompidou Group/EMCDDA, 1999, ISBN 92-9168-006-0. This publication can be ordered from EMCDDA. Fax: +351 21 813 17 11/ e-mail: [info@emcdda.org](mailto:info@emcdda.org).

*Estimation de la prévalence de la consommation problématique des drogues en Europe*, 1999, Monographie scientifique n° 1, publication conjointe Groupe Pompidou/OEDT ISBN 92-9168-007-9

A commander auprès de l'OEDT, fax : +351 21 813 17 11 ou e-mail: [info@emcdda.org](mailto:info@emcdda.org)).

# Sales agents for publications of the Council of Europe

## Agents de vente des publications du Conseil de l'Europe

### BELGIUM/BELGIQUE

La Librairie Européenne -  
The European Bookshop  
Rue de l'Orme, 1  
B-1040 BRUXELLES  
Tel.: +32 (0)2 231 04 35  
Fax: +32 (0)2 735 08 60  
E-mail: order@libeurop.be  
<http://www.libeurop.be>

Jean De Lannoy  
Avenue du Roi 202 Koningslaan  
B-1190 BRUXELLES  
Tel.: +32 (0)2 538 43 08  
Fax: +32 (0)2 538 08 41  
E-mail: jean.de.lannoy@dl-servi.com  
<http://www.jean-de-lannoy.be>

### CANADA and UNITED STATES/ CANADA et ÉTATS-UNIS

Renouf Publishing Co. Ltd.  
1-5369 Canotek Road  
OTTAWA, Ontario K1J 9J3, Canada  
Tel.: +1 613 745 2665  
Fax: +1 613 745 7660  
Toll-Free Tel.: (866) 767-6766  
E-mail: orders@renoufbooks.com  
<http://www.renoufbooks.com>

### CZECH REPUBLIC/ RÉPUBLIQUE TCHÈQUE

Suweco CZ, s.r.o.  
Klecakova 347  
CZ-180 21 PRAHA 9  
Tel.: +420 2 424 59 204  
Fax: +420 2 848 21 646  
E-mail: import@suweco.cz  
<http://www.suweco.cz>

### DENMARK/DANEMARK

GAD  
Vimmelskaflet 32  
DK-1161 KØBENHAVN K  
Tel.: +45 77 66 60 00  
Fax: +45 77 66 60 01  
E-mail: gad@gad.dk  
<http://www.gad.dk>

### FINLAND/FINLANDE

Akateeminen Kirjakauppa  
PO Box 128  
Keskuskatu 1  
FIN-00100 HELSINKI  
Tel.: +358 (0)9 121 4430  
Fax: +358 (0)9 121 4242  
E-mail: akatilaus@akateeminen.com  
<http://www.akateeminen.com>

### FRANCE

La Documentation française  
(diffusion/distribution France entière)  
124, rue Henri Barbusse  
F-93308 AUBERVILLIERS CEDEX  
Tél.: +33 (0)1 40 15 70 00  
Fax: +33 (0)1 40 15 68 00  
E-mail: prof@ladocumentationfrancaise.fr  
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr>

### Librairie Kléber

1 rue des Francs Bourgeois  
F-67000 STRASBOURG  
Tel.: +33 (0)3 88 15 78 88  
Fax: +33 (0)3 88 15 78 80  
E-mail: francois.wolferrmann@librairie-kleber.fr  
<http://www.librairie-kleber.com>

### GERMANY/ALLEMAGNE

#### AUSTRIA/AUTRICHE

UNO Verlag GmbH  
August-Bebel-Allee 6  
D-53175 BONN  
Tel.: +49 (0)228 94 90 20  
Fax: +49 (0)228 94 90 222  
E-mail: bestellung@uno-verlag.de  
<http://www.uno-verlag.de>

#### GREECE/GRÈCE

Librairie Kauffmann s.a.  
Stadiou 28  
GR-105 64 ATHINA  
Tel.: +30 210 32 55 321  
Fax.: +30 210 32 30 320  
E-mail: ord@otenet.gr  
<http://www.kauffmann.gr>

#### HUNGARY/HONGRIE

Euro Info Service kft.  
1137 Bp. Szent István krt. 12.  
H-1137 BUDAPEST  
Tel.: +36 (06)1 329 2170  
Fax: +36 (06)1 349 2053  
E-mail: euroinfo@euroinfo.hu  
<http://www.euroinfo.hu>

#### ITALY/ITALIE

Licosa Spa  
Via Duca di Calabria, 1/1  
I-50125 FIRENZE  
Tel.: +39 0556 483215  
Fax: +39 0556 41257  
E-mail: licosa@licosa.com  
<http://www.licosa.com>

#### MEXICO/MEXIQUE

Mundi-Prensa México, S.A. De C.V.  
Río Pánuco, 141 Delegacion Cuauhtémoc  
06500 MÉXICO, D.F.  
Tel.: +52 (01)55 55 33 56 58  
Fax: +52 (01)55 55 14 67 99  
E-mail: mundiprensa@mundiprensa.com.mx  
<http://www.mundiprensa.com.mx>

#### NETHERLANDS/PAYS-BAS

De Lindeboom Internationale Publicaties b.v.  
M.A. de Ruyterstraat 20 A  
NL-7482 BZ HAAKSBERGEN  
Tel.: +31 (0)53 5740004  
Fax: +31 (0)53 5729296  
E-mail: books@delindeboom.com  
<http://www.delindeboom.com>

#### NORWAY/NORVÈGE

Akademika  
Postboks 84 Blindern  
N-0314 OSLO  
Tel.: +47 2 218 8100  
Fax: +47 2 218 8103  
E-mail: support@akademika.no  
<http://akademika.no>

### POLAND/POLOGNE

Ars Polona JSC  
25 Obroncow Street  
PL-03-933 WARSZAWA  
Tel.: +48 (0)22 509 86 00  
Fax: +48 (0)22 509 86 10  
E-mail: arspolona@arspolona.com.pl  
<http://www.arspolona.com.pl>

### PORTUGAL

Livraria Portugal  
(Dias & Andrade, Lda.)  
Rua do Carmo, 70  
P-1200-094 LISBOA  
Tel.: +351 21 347 42 82 / 85  
Fax: +351 21 347 02 64  
E-mail: info@livrariaportugal.pt  
<http://www.livrariaportugal.pt>

### RUSSIAN FEDERATION/ FÉDÉRATION DE RUSSIE

Ves Mir  
9a, Kolpachnyi per.  
RU-101000 MOSCOW  
Tel.: +7 (8)495 623 6839  
Fax: +7 (8)495 625 4269  
E-mail: zimirin@vesmirbooks.ru  
<http://www.vesmirbooks.ru>

### SPAIN/ESPAGNE

Mundi-Prensa Libros, s.a.  
Castelló, 37  
E-28001 MADRID  
Tel.: +34 914 36 37 00  
Fax: +34 915 75 39 98  
E-mail: liberia@mundiprensa.es  
<http://www.mundiprensa.com>

### SWITZERLAND/SUISSE

Van Diermen Editions – ADECO  
Chemin du Lacuez 41  
CH-1807 BLONAY  
Tel.: +41 (0)21 943 26 73  
Fax: +41 (0)21 943 36 05  
E-mail: info@adeco.org  
<http://www.adeco.org>

### UNITED KINGDOM/ROYAUME-UNI

The Stationery Office Ltd  
PO Box 29  
GB-NORWICH NR3 1GN  
Tel.: +44 (0)870 600 5522  
Fax: +44 (0)870 600 5533  
E-mail: book.enquiries@tso.co.uk  
<http://www.tso.co.uk>

### UNITED STATES and CANADA/ ÉTATS-UNIS et CANADA

Manhattan Publishing Company  
468 Albany Post Road  
CROTON-ON-HUDSON, NY 10520, USA  
Tel.: +1 914 271 5194  
Fax: +1 914 271 5856  
E-mail: info@manhattanpublishing.com  
<http://www.manhattanpublishing.com>

Council of Europe Publishing/Éditions du Conseil de l'Europe  
F-67075 Strasbourg Cedex

Tel.: +33 (0)3 88 41 25 81 – Fax: +33 (0)3 88 41 39 10 – E-mail: publishing@coe.int – Website: <http://book.coe.int>



The Pompidou Group has advocated the systematic and routine collection of information on patients entering treatment for problem drug use (treatment demand data) since the mid-1980s. Two decades later, the question now being asked is whether or not this data has been used as evidence in the development of policies and practices. In this publication, authors Hamish Sinclair, Carlo Bertorello, Michela Rial and Dušan Nolimal, all members of the Pompidou Group research platform, attempt to answer this question. Three case studies describe how treatment demand data has been used in the development of drug policies and services in Ireland, Italy and Slovenia. One strong message coming out of this report is the need for more information on the outcome of treatment. Policy makers clearly need more information on patients at the end of their treatment, including information on further treatment and its effectiveness.

Depuis le milieu des années 1980, le Groupe Pompidou plaide en faveur de la collecte régulière et systématique d'informations concernant les patients qui commencent un traitement pour consommation problématique de drogues (données en matière de demande de traitement). Vingt ans plus tard, il reste à savoir si ces données ont été ou non utilisées afin d'élaborer des politiques et des pratiques reposant sur des connaissances validées. C'est à cette question que tentent de répondre les auteurs: Hamish Sinclair, et Carlo Bertorello, Michela Rial et Dušan Nolimal, tous membres de la plate-forme recherche du Groupe Pompidou. Trois études de cas décrivent l'utilisation des demandes de traitement dans l'élaboration de politiques en matière de drogues et de services en Irlande, Italie et Slovénie. L'un des message forts qui ressort de ce rapport est le besoin de davantage d'informations sur les résultats du traitement. Il est clair que les décideurs politiques ont besoin de davantage d'informations sur les patients à l'issue du traitement, notamment sur leur maintien en traitement et l'efficacité de celui-ci.



COUNCIL OF EUROPE  
CONSEIL DE L'EUROPE



Pompidou Group

[www.coe.int](http://www.coe.int)

*The Council of Europe has 46 member states, covering virtually the entire continent of Europe. It seeks to develop common democratic and legal principles based on the European Convention on Human Rights and other reference texts on the protection of individuals. Ever since it was founded in 1949, in the aftermath of the Second World War, the Council of Europe has symbolised reconciliation.*

*Le Conseil de l'Europe regroupe aujourd'hui 46 Etats membres, soit la quasi-totalité des pays du continent européen. Son objectif est de créer un espace démocratique et juridique commun, organisé autour de la Convention européenne des Droits de l'Homme et d'autres textes de référence sur la protection de l'individu. Créé en 1949, au lendemain de la seconde guerre mondiale, le Conseil de l'Europe est le symbole historique de la réconciliation.*

ISBN-10: 92-871-6086-4

ISBN-13: 978-92-871-6086-7



€15/US\$25

<http://book.coe.int>  
Council of Europe Publishing