WETENSCHAPPELIJK INSTITUUT VOLKSGEZONDHEID
INSTITUT SCIENTIFIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE

INAMI-RIZIV
Service des soins de santé

L'enregistrement TDI dans les centres de rééducation fonctionnelle liés à l'INAMI

Rapport annuel pour l'année d'enregistrement 2013

DO Santé Publique et Surveillance

Service Enquêtes, Style de vie et Maladies chroniques

Rue Juliette Wytsman, 14 - 1050 Bruxelles | Belgique

www.wiv-isp.be

Enquêtes, Style de vie et Maladies chroniques | Décembre 2014 | Bruxelles, Belgique

Editeur responsable : Dr Johan Peeters, Directeur général | Rue J. Wytsman 14 | 1050 Bruxelles

N° de dépôt : D/2014/2505/77

Jérôme Antoine

Veerle Raes

Geert Lombaert

Paul Van Deun

Marc De Vos

Pierre Vangyte

Antonio Guzman

Claude Macquet

Jan Van Bouchaute

Dirk Vandevelde

Damien Versele

Table des matières

1. Introduction 4
2. Contexte 5
2.1. L'EMCDDA et les indicateurs-clés 5
2.2. L'indicateur de la demande de traitement (TDI) 5
2.3. Le TDI en Belgique 6
3. Matériel et méthodes 7
3.1. Définitions et critères d'inclusion 7
3.2. Variables enregistrées 8
3.3. Analyse des données 10
3.4. Les centres de rééducation fonctionnelle 10
4. Résultats et analyse 14
4.1. Description des données enregistrées 14
4.2. Description par région et type de centre 17
4.3. Description par substance principale 23
4.4. Description par sexe, âge et historique de traitement 28
4.5. Trajet des patients 31
5. Conclusions et perspectives 35
6. Références 37

1.Introduction

Depuis 2011, les données relatives aux nouvelles demandes de traitement des patients soignés pour une dépendance aux substances dans les centres avec une convention INAMI sont enregistrées et analysées. Elles ont précédemment fait l'objet de deux rapports annuels sur les données de 2011 et de 2012 (Antoine et al. 2014;Antoine and van Bussel 2013). Ce rapport-ci présente en détail les demandes de traitement effectuées en 2013 ainsi que leur évolution par rapport aux années précédentes.

Ces données offrent un point de vue précis sur les caractéristiques des patients en traitement ainsi que leur comportement addictif, et ce à l'échelle de l'ensemble du pays dans les centres avec une convention INAMI. Les premières évolutions temporelles, tant en ce qui concerne le nombre de patients traités que leur profil sont de plus en plus affinées depuis le début de cet enregistrement. Par rapport aux précédentes versions du rapport, celle-ci propose un éclairage additionnel sur les données des patients enregistrés plusieurs fois dans la base de données depuis 2011. Cette analyse permet de décrire l'utilisation dans le temps des services de soins par les patients.

Les chiffres sont analysés avec l'aide des représentants des centres de traitement qui participent de manière active à ce rapport et offrent de ce fait une lecture de professionnels du terrain sur l'interprétation de ces données.

Après une mise en contexte de l'indicateur TDI, de la méthodologie utilisée et des variables collectées, une brève description des centres conventionnés INAMI permettra d'avoir une meilleure image de l'offre de soins actuellement proposée.

L'analyse des différents aspects des résultats se fera sur base des chiffres bruts totaux. Puis l'observation des variables sera réalisée selon différents angles : la région, le type de centre de traitement, la substance principale consommée, le sexe, l'âge et le fait que le patient ait déjà été traité antérieurement. Enfin nous terminerons ce rapport en décrivant les patients qui sont observés à plusieurs reprises dans la base de données. L'évolution temporelle des données se fera à travers les différents chapitres pour quelques variables.

Une discussion résumera enfin les observations, tirera quelques conclusions et proposera quelques perspectives d'avenir.

2. Contexte

2.1. L'EMCDDA et les indicateurs-clés

L'Observatoire européen des drogues et toxicomanies (EMCDDA) a pour vocation de fournir à l'Union Européenne (UE) et aux États membres une vue d'ensemble factuelle du phénomène de la drogue en Europe et une base d'informations probantes propres à alimenter le débat sur ce sujet. L'Observatoire apporte aujourd'hui aux décideurs politiques les données épidémiologiques dont ils ont besoin pour élaborer des lois et stratégies éclairées relatives aux drogues, et il aide les professionnels et acteurs de terrain à cibler les meilleures pratiques et les nouveaux domaines de recherche.

Pour ce faire, il utilise entre-autres cinq indicateurs-clés épidémiologiques qui sont : (1) des enquêtes dans la population générale (GPS : General Population Surveys), (2) des études relatives à l'usage à risque de drogue (HRDU : High-Risk Drug Use), (3) le suivi de la mortalité liées à la drogue (DRD : Drug-Related Deaths and Mortality), (4) des données relatives aux maladies transmissibles liées à la drogue (DRID : Drug-related infectious diseases) et (5) l'indicateur de la demande de traitement (TDI : Treatment Demand Indicator) (http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators).

2.2. L'indicateur de la demande de traitement (TDI)

Le but essentiel du recueil d'informations au moyen de l'indicateur TDI est de mieux connaître les caractéristiques, les comportements à risque et le profil d'utilisation des drogues par les usagers en traitement, et d'aider à estimer les tendances en termes d'ampleur (prévalence et incidence) et de profil, idéalement en association avec d'autres indicateurs relatifs aux addictions.

L'histoire de l'indicateur TDI remonte à plus de 20 ans quand un premier formulaire harmonisé de collecte des données a été élaboré au niveau européen. Le premier acteur ayant défini un protocole commun pour la récolte des données est le Groupe Pompidou qui coordonna des études au niveau de Dublin et Londres en 1991 ainsi qu'un projet de développement dans 11 villes. En 1994, l'EMCDDA a été créé et a repris la responsabilité de l'enregistrement des données de demande de traitement. Le protocole EMCDDA/Groupe Pompidou du Treatment Demand Indicator 2.0. (EMCDDA 2000) a été publié sur base du premier protocole.

Depuis 2001 les données TDI sont utilisées de manière régulière dans les analyses de l'EMCDDA sur la situation des drogues en Europe (EMCDDA 2014).

En 2012, l'EMCDDA avec l'aide des représentants des états membres a fait évoluer l'enregistrement TDI en s'accordant sur un protocole d'enregistrement 3.0 (EMCDDA 2012) qui adapte le questionnaire existant afin de mieux répondre aux évolutions dans le domaine du traitement de la consommation de drogues.

2.3. Le TDI en Belgique

Le besoin de coordonner l'enregistrement TDI au niveau national a été souligné par tous les ministres de la santé en 2005 et a conduit à un protocole national (Conférence interministérielle Santé publique 2006). Le 1er janvier 2011 le protocole TDI belge et le nouveau système d'enregistrement ont été lancés dans les différents centres participants (centres spécialisés, conventionnés ou non, hôpitaux, centres de santé mentale,…).

C'est l'observatoire belge des drogues et toxicomanies (BMCDDA) hébergé au sein de l'Institut scientifique de Santé publique (WIV-ISP) qui est responsable, en tant que point focal national du rassemblement des données belges. Chaque année, le WIV-ISP rapporte cette information à l'EMCDDA.

L'INAMI intègre l'enregistrement des données TDI à ses conventions ce qui engage les centres conventionnés à rapporter annuellement ces informations au WIV-ISP. En retour, le WIV-ISP rédige un rapport avec les représentants des centres de traitement qui est approuvé par l'organe de gestion TDI-INAMI (où siège l'INAMI, le WIV-ISP et les centres de traitement) et l'envoie au collège des médecins-directeurs de l'INAMI. Celui-ci étudie le rapport et formule ensuite ses remarques.

Les données TDI sont également transmises à d'autres acteurs institutionnels en Belgique qui les utilisent dans leurs rapports. C'est le cas notamment de l'association flamande des centres de traitement pour toxicomanes (Vlaamse Vereniging Behandelingscentra Verslaafdenzorg - VVBV) dans le rapport sur les données 2011-2012 (van Deun 2014) ou du rapport Eurotox sur l'usage des drogues en fédération Wallonie-Bruxelles (Hogge and Denoiseux 2014).

En septembre 2013, la conférence interministérielle Santé publique a adopté une version belge du protocole TDI 3.0 européen (Conférence interministérielle Santé publique 2013). Ce nouvel enregistrement TDI sera d'application en Belgique à partir de 2015 dans tous les centres de traitement.

3. Matériel et méthodes

3.1. Définitions et critères d'inclusion

Le TDI belge concerne l'enregistrement des données pour chaque nouvel épisode de traitement de patients entrant dans un centre de traitement pour leur consommation de substances.

Les **centres de traitement** sont des centres où existe une offre de traitement pour des personnes présentant un problème lié à l'usage de substances (drogues illicites ou alcool). Ces centres de traitement peuvent faire partie de structures médicales ou non-médicales, dépendant ou non de l'autorité publique, publiques ou privées, spécialisées ou non. Ces centres possèdent un (ou plusieurs) programme(s) de traitement répartis selon les 4 catégories suivantes : centre de jour, maison d'accueil socio-sanitaire (MASS), centre de crise et communauté thérapeutique.

Un **traitement** est une ou des activité(s) visant directement les personnes ayant des problèmes de consommation de drogue ou d'alcool et dont le but est d'obtenir des résultats en termes d'atténuation et/ou d'élimination de ces problèmes. Le protocole TDI belge ne considère pas les interventions suivantes comme du traitement : les contacts avec les centres où seule une aide sociale est demandée et où l´usage des drogues ou d'alcool n´est pas le motif principal de la demande d´aide, les contacts qui concernent seulement l'emprisonnement, les soins qui ne concernent que les conséquences somatiques liées à l'usage de drogue (overdoses, infections traitées à l'hôpital), les contacts qui ont lieu par téléphone ou par internet ou exclusivement par le biais de la famille de l'usager.

Les **substances** considérées dans cet enregistrement sont l'alcool, les opiacés (héroïne, méthadone, buprénorphine, autres opiacés), la cocaïne ou le crack, les stimulants (amphétamines, MDMA et dérivés, autres stimulants), les hypnotiques et sédatifs (barbituriques, benzodiazépines, autres hypnotiques), les hallucinogènes (LSD, autres hallucinogènes), les inhalants volatiles ou le cannabis. Le tabac et l'usage d'une des substances mentionnées ci-dessus pour des traitements médicaux ou pour d'autres raisons somatiques ou psychiatriques sont exclues.

Un **épisode de traitement** est défini comme la période entre le début du traitement et la fin des activités dans le contexte du programme prévu. Le début du traitement est premier entretien face-à-face entre le professionnel et le patient. La fin d'un épisode de traitement en aide résidentielle est la date de décharge ou le départ du patient. Dans

l'aide ambulatoire, l'épisode de traitement est terminé si pendant 6 mois il n'y a pas eu de contact entre le patient et le centre.

Le TDI concerne donc les épisodes de traitement qui ont débuté durant l'année écoulée. Les traitements toujours en cours qui n'ont pas débuté durant cette période mais précédemment ne sont donc pas inclus dans cet enregistrement.

En outre, l'enregistrement dans les centres INAMI ne concerne en principe que les patients pour lesquels une demande de remboursement a été introduite auprès de l'INAMI.

3.2. Variables enregistrées

Pour chaque épisode de traitement, la collecte de l'ensemble des données du formulaire est requise. L'acquisition des données se fait au cours d'un entretien face-à-face avec le patient. Chaque enregistrement doit contenir les informations suivantes :

1. **Identification du patient**
   1.1. Type d'identification utilisée : Il s'agit de savoir avec quel paramètre le clinicien identifie le patient : numéro de registre national ou autre identifiant.
   1.2. Identification du patient : Pour permettre une identification unique des patients et réduire au maximum les doublons, l'utilisation d'un identifiant unique est nécessaire. Les patients sont donc préférablement enregistrés avec leur numéro de registre national qui est le seul identifiant unique des citoyens belges. Cette donnée ne peut pas être utilisée telle quelle par le WIV-ISP. Avant son transfert vers le WIV-ISP, elle est donc codée via un algorithme. Ce codage est effectué par notre tiers de confiance (eHealth) avant l'enregistrement de la variable dans la base de données.
2. **Description du patient**
   Ces questions se rapportent le plus souvent à la situation principale au cours des 30 jours précédant le traitement.
   2.1. Sexe
   2.2. Age : Il s'agit de l'âge du patient au moment du début de cet épisode de traitement.
   2.3. Nationalité : Cette variable donne une indication sur la nationalité officielle du patient mais pas sur son origine. Si un patient possède la double nationalité, c'est la nationalité belge qui est indiquée.
   2.4. Type de ménage : Il s'agit de savoir si le patient vit seul, dans une structure familiale ou avec d'autres personnes.
   2.5. Type d'habitation : L'information renseigne sur le type de logement du patient: propre logement, logements variables ou en prison ou en institution.

2.6. Niveau d'étude : L'idée est de voir quel est le niveau le plus élevé d'éducation atteint par le patient. Il s'agit de considérer le diplôme effectivement obtenu.

2.7. Situation professionnelle : La situation professionnelle concerne le statut social du patient: emploi, statut de chômeur ou non-actif.

3. Description du traitement

3.1. Date de début de traitement : Il s'agit de la date du début de l'épisode de traitement actuel.

3.2. Déjà traité précédemment : La question concerne les traitements antérieurs suivis par le patient pour ses problèmes de consommation de substances.

3.3. Source de renvoi : L'idée est de connaître la personne ou la structure qui a amené le patient à suivre cet épisode de traitement-ci : structure médicale, justice ou aucune intervention professionnelle.

3.4. Traitement de substitution : Le patient a-t-il déjà suivi un traitement de substitution auparavant. Le traitement qui va débuter n'est pas à prendre en considération.

3.5. Distance entre le domicile du patient et le centre de traitement : Cette variable renseigne sur la distance parcourue par le patient pour suivre cet épisode de traitement-ci. Cette variable est une variable demandée spécifiquement par l'INAMI.

4. Profil d'addiction

4.1. Substance principale consommée : il s'agit d'identifier la substance principale qui cause le plus de problèmes au patient et qui l'amène à suivre cet épisode de traitement-ci.

4.2. Autres substances consommées : Il est demandé ici de lister l'ensemble de toutes les substances qui sont actuellement consommées par le patient.

4.3. Mode de consommation de la substance principale : De quelle manière le patient consomme-t-il généralement la substance principale indiquée.

4.4. Fréquence de consommation de la substance principale : A quelle fréquence le patient consomme-t-il généralement la substance principale, en jours par semaine.

4.5. Age lors de la première utilisation de la substance principale : A quel âge le patient a-t-il pour la première fois consommé la substance principale.

4.6. Comportement d'injection : Cette question concerne le comportement d'injection du patient au cours de sa vie.

Le formulaire TDI se trouve en annexe.

3.3. Analyse des données

Les données qui sont analysées sont les épisodes de traitements débutés dans les centres INAMI en 2013.

Tout d'abord les doublons sont supprimés : il s'agit d'un même patient (identifié par son numéro de registre national) enregistré dans un même programme à la même date de début de traitement.

Ensuite chaque épisode de traitement d'un même patient (identifié par son numéro de registre national) est numéroté dans l'ordre chronologique par programme de traitement. Les patients enregistrés avec un autre identifiant sont considérés comme des personnes distinctes.

Les tableaux descriptifs présentés dans ce rapport considèrent les informations contenues dans chaque premier épisode de traitement du patient dans un programme donné.

Une éventuelle association significative entre variables catégorielles est testé avec des tests chi-carré tandis que l'analyse de la variance sera utilisée pour les variables quantitatives.

3.4. Les centres de rééducation fonctionnelle

Parmi toute la gamme de solutions thérapeutiques s'offrant aux personnes ayant des problèmes avec l'usage de substances, les centres spécialisés bénéficiant d'une convention avec l'INAMI jouent un rôle considérable. Cette convention permet à l'assurance de prendre en charge les programmes de rééducation suivis par les patients dans ces centres.

En 1980, l'INAMI lança les conventions avec les centres de rééducation fonctionnelle pour toxicomanes ce qui permit de créer de nouveaux centres de traitement. L'absence de définition officielle d'un programme de rééducation fonctionnelle a permis à ces centres de tester de nouvelles formules thérapeutiques et de répondre aux différences communautaires. Actuellement, les établissements financés par l'INAMI sont au nombre de 27 (couverts par 29 conventions) tant en Flandre (11), qu'en Wallonie (10) et à Bruxelles (6). Ces 27 établissements regroupent 42 programmes de traitement différents de type ambulatoire (maison d'accueil socio-sanitaire-MASS, centre de jour) ou résidentiel (centre de crise, communauté thérapeutique).

Les MASS sont au nombre de 9 : 5 en Flandre (Anvers, Limbourg, Gand, Ostende et Brabant flamand), 3 en Wallonie (Charleroi, Mons et Liège) et 1 à Bruxelles. Il s'agit de

structures à bas-seuil dont l'objectif premier est rentrer en contact avec les usagers de drogues les plus marginaux.

Les centres de jour (JOUR) peuvent opérer en groupe ou via un accompagnement individuel. Leurs traitements sont moins contraignants qu'une thérapie résidentielle puisque le patient conserve un contact avec son environnement social et familial. Il existe 6 centres de jour en Flandre, 1 en Wallonie et 3 à Bruxelles.

Les centres de crise (CRISE) ont pour but d'intervenir en cas de situation critique et ont la possibilité d'accueillir le patient de manière rapide. L'objectif est de réaliser le sevrage physique du patient et de préparer et motiver en vue d'un traitement complémentaire adapté. Bon nombre de ces centres ont d'ailleurs été créés en étroite collaboration avec les communautés thérapeutiques. Les centres de crise sont au nombre de 8 en Belgique : 5 en Flandre (57 lits), 2 en Wallonie (18 lits) et 1 à Bruxelles (8 lits).

Les programmes résidentiels de longue durée sont pour la plupart basés sur le modèle de la communauté thérapeutique (CT). Le point commun entre ces programmes thérapeutiques est le traitement résidentiel dans lequel la vie en groupe occupe toujours une place importante. Les patients doivent généralement être sevrés pour être admis dans une communauté thérapeutique et suivre une longue procédure d'admission. Les médicaments de substitution ne font normalement pas partie des moyens thérapeutiques utilisés. (Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) 2000). Ces types de programmes sont au nombre de 15 dont 8 en Flandre totalisant 135 lits, 4 en Wallonie avec 121 lits et 3 à Bruxelles avec 50 lits.

La dépendance à l'alcool comme demande d'admission ne fait pas ou peu partie des conventions INAMI en Flandre.

La table 3.4.1. et la figure 3.4.1. décrivent et localisent les centres de traitements conventionnés ainsi que leurs différents programmes ou antennes.

Figure 3.4.1. : Localisation des différents programmes de traitement des centres conventionnés INAMI

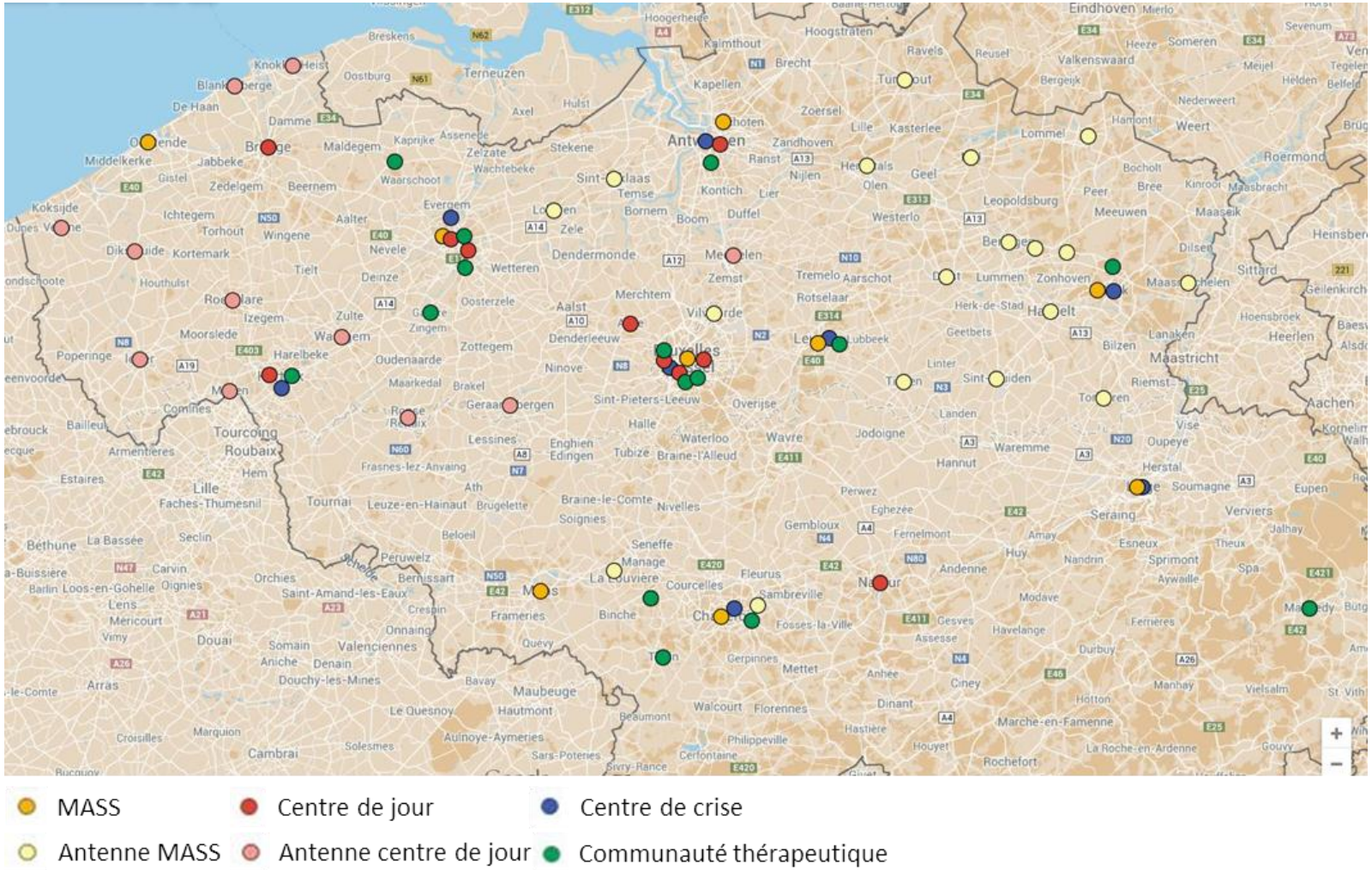


Table 3.4.1. : Caractéristiques des centres conventionnés INAMI rapportant les données TDI

Centre	Localisation	Programme				Année 1e convention INAMI
		MASS	Jour	Crise	CT	
Région Flamande						
Adic	• Anvers • Anvers			X	X	1986
De Kiem	• Gavere • Gand, Renaix, Grammont		X		X	1992
De Sleutel	• Anvers + antenne à Malines • Gand • Gand • Merelbeke • Wondelgem • Eeklo • Bruges + antennes à Blankenberge, Knokke, Furnes et Diksmude		X X X	 X	 X X X	1993 1983 1991 1996 1997
De Spiegel	• Kessel-Lo • Kessel-Lo • Asse		 X	X	 X	1997 1980 1997
Free Clinic	• Anvers	X				1997
Katarsis	• Genk • Genk			X	 X	1997 1984
Kompas	• Courtrai • Courtrai • Courtrai + antennes à Menin, Roulers, Ypres, Waregem		 X	X	 X	1989 1992 2000
MSOC Gent	• Gand + antennes à Saint-Nicolas et Lokeren	X				1997
MSOC Limburg	• Genk + antennes à Hasselt, Maasmechelen, Tongres, Saint-Trond, Heusden-Zolder, Neerpelt, Beringen, Houthalen, Mol, Herentals, Turnhout	X				1997
MSOC Oostende	• Ostende	X				1998
MSOC Vlaams Brabant	• Louvain + antennes à Diest, Tirlemont, Vilvorde	X				2003
Région Wallonne						
C.L.E.A.N.	• Liège			X		1991
Diapason	• Charleroi + antennes à Farciennes, Chapelle-lez-Herlaimont	X				1997
Ellipse	• Carnières				X	1994
Les Hautes-Fagnes	• Malmedy				X	1981
L'espérance	• Thuin				X	1989
Parenthèse	• Mons + antenne à Houdeng	X				1998
Phénix	• Namur		X			2004
Projet Start	• Liège	X				1998
Transition	• Gilly			X		1996
Trempoline	• Châtelet				X	1991
Région Bruxelles-Capitale						
C.A.T.S.	• Ixelles				X	1980
Centre de jour l'Orée	• Uccle		X			1983
Centre médical Enaden	• Saint-Gilles • Saint-Gilles • Saint-Gilles		 X	X	 X	1986 1986 1986
La pièce	• Saint-Gilles				X	1997
MASS de Bruxelles	• Bruxelles	X				1999
Projet Lama	• Ixelles		X			1986

4. Résultats et analyse

4.1. Description des données enregistrées

Cette première partie des résultats décrit tout d'abord le nombre total d'épisodes de traitement rapportés dans la base de données TDI par les centres conventionnés en 2013 ainsi que l'évolution de ces chiffres au cours des 3 premières années d'enregistrement. Ensuite, un tableau reprendra les proportions de données inconnues par variable qui permettront d'évaluer la manière dont les enregistrements sont complétés ainsi que les tendances observées.

4.1.1. Nombre d'enregistrements

Entre le 1er janvier 2013 et le 31 décembre 2013, les centres INAMI ont rapporté les données de 6458 patients uniques par programme de traitement pour un total de 6819 épisodes de traitement. Il s'agit donc des nouveaux épisodes de traitement et des réadmissions durant l'année.

La région flamande est la région où le nombre d'épisodes de traitements enregistrés est le plus important (78,2%). La région wallonne représente 13,7% du nombre total d'épisodes de traitement et la région bruxelloise 8,1%. Cette répartition dépend de l'existence et de la nature des conventions INAMI et ne reflète pas la prévalence des problèmes d'addiction dans ces régions respectives.

Les centres de jour représentent au niveau national plus de 45% des épisodes de traitement enregistrés. Cette proportion est plus importante en Flandre (52%) qu'en Wallonie (16%) et à Bruxelles (34%).

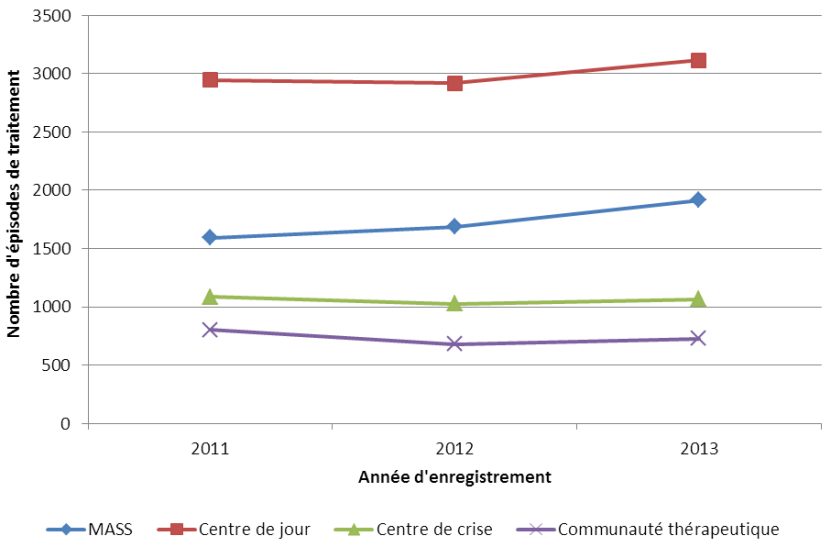
La Figure 4.1.1. montre une augmentation croissante depuis 2011 du nombre d'épisodes de traitement enregistrés dans les centres ambulatoires (centres de jour et MASS) et une relative stabilité du nombre d'épisodes dans les centres résidentiels (centres de crise et communautés thérapeutiques).

En 2013, une augmentation de 8,0% du nombre d'épisodes de traitement enregistrés est observée par rapport à 2012, tous types de centres confondus.

Table 4.1.1. : Nombre de nouveaux épisodes de traitement enregistrés par les centres conventionnés INAMI par région et type de centre (BTDIR, 2013)

Type de programme	Région flamande		Région wallonne		Région bruxelloise		Belgique
MASS	Free Clinic	273	Diapason	133	MASS Bruxelles	124	**1914**
	MSOC Gent	127	Parenthèse	97			
	MSOC Limburg	651	Projet Start	58			
	MSOC Oostende	176					
	MSOC Vlaams Brabant	275					
	Total	**1502**	**Total**	**288**	**Total**	**124**	
Centre de jour	De Kiem	163	Phénix	154	Enaden	53	**3113**
	De Sleutel	2020			L'orée	52	
	De Spiegel	140			Projet Lama	83	
	Kompas	448					
	Total	**2771**	**Total**	**154**	**Total**	**188**	
Centre de crise	Adic	180	CLEAN	111	Enaden	100	**1064**
	De Sleutel	300	Transition	52			
	De Spiegel	100					
	Katarsis	88					
	Kompas	133					
	Total	**801**	**Total**	**163**	**Total**	**100**	
Communauté thérapeutique	Adic	42	Ellipse	47	CATS Solbosch	36	**728**
	De Kiem	44	Hautes-Fagnes	142	Enaden	67	
	De Sleutel	86	Espérance	54	L'équipe	37	
	De Spiegel	29	Trempoline	84			
	Katarsis	40					
	Kompas	20					
	Total	**261**	**Total**	**327**	**Total**	**140**	
Total	**5335**		**932**		**552**		**6819**

Figure 4.1.1. : Evolution du nombre de nouveaux épisodes de traitement enregistrés par les centres conventionnés INAMI par type de centre (BTDIR, 2013)



4.1.2. Données inconnues

Douze variables sur 17 ont moins de 10% de réponses inconnues et 5 variables affichent entre 10 et 20% de réponses inconnues. Aucune variable ne dépasse les 20% de réponses inconnues (voir Table 4.1.2.).

Les variables présentant un pourcentage de réponses inconnues supérieur à 10% sont la distance entre le centre et le lieu de vie du patient (19,0%), l'enregistrement du numéro de registre national (16,5%), le statut d'injection (13,5%), le niveau d'éducation (11,6%) et l'âge de la première consommation (11,5%).

Par rapport aux années précédentes, une diminution notable de la proportion de réponses inconnues est observée.

En ce qui concerne l'enregistrement du numéro de registre national, la proportion de données inconnues est plus importante dans les MASS (37,8%) et les communautés thérapeutiques (20,4%) que dans les centres de jour (5,8%) et les centres de crise (7,4%).

Table 4.1.2. : Proportion d'enregistrements avec des données manquantes ou inconnues enregistrées par les centres conventionnés INAMI par variable (BTDIR, 2013)

Variable	Pourcentage de données inconnues			Variable	Pourcentage de données inconnues		
	2011 n=5908	2012 n=6316	2013 n=6819		2011 n=5908	2012 n=6316	2013 n=6819
Identification unique	11,1%	23,8%	16,5%	Traitement antérieur	9,4%	18,9%	5,4%
Sexe	0,0%	0,1%	0,0%	Substance primaire	0,0%	0,0%	0,0%
Age	0,0%	0,0%	0,0%	Trait. de substitution	14,4%	17,3%	7,1%
Nationalité	3,0%	1,6%	1,3%	Référent	2,9%	2,7%	3,7%
Type ménage	3,4%	3,0%	4,1%	Mode consommation	5,0%	6,9%	2,7%
Type habitation	6,2%	11,9%	4,5%	Fréquence consommation	5,7%	4,2%	5,2%
Distance	75,0%	60,8%	19,0%	Age 1e consommation	10,9%	11,5%	11,5%
Education	15,9%	12,5%	11,6%	Injection	14,4%	22,2%	13,5%
Situation professionnelle	7,2%	17,3%	4,2%				

4.2. Description par région et type de centre

Les données présentées dans les tables suivantes correspondent au nombre de patients enregistrés et non plus au nombre d'épisodes de traitement. Donc, lorsqu'il est possible d'identifier de manière unique les patients, si un patient effectue plusieurs épisodes de traitement dans un même programme, seul le premier enregistrement sera pris en compte. Dans ce chapitre, les données seront analysées par type de centre et par région afin de tenter de préciser quelles sont les différences de profil des patients, d'histoire de traitement et de profil d'utilisateurs entre ces groupes.

4.2.1. Profil des patients

Les patients en traitement sont à plus de 82% des hommes et ont en moyenne 31 ans. Mais cet âge moyen varie fortement selon les régions et les types de programmes de traitement comme le montre également la figure 4.2.1. L'âge moyen des patients au moment de la demande de traitement est par exemple beaucoup plus bas dans les centres de jour (29 ans) que dans les centres de crises et les MASS (32 ans) et les communautés thérapeutiques (35 ans). A Bruxelles, la moyenne d'âge est la plus élevée du pays (39 ans) alors qu'elle est de 36 ans en Wallonie et 29 ans en Flandre. L'âge moyen est depuis 2011 en légère augmentation dans toutes les régions et tous les types de programmes de traitement.

La proportion de patients de nationalité étrangère est beaucoup plus élevée à Bruxelles que dans les deux autres régions ce qui reflète le caractère multiculturel de la capitale. En général, les MASS ont également une proportion plus importante de personnes de nationalité étrangère.

Au niveau de la situation de vie et d'habitation des patients, la région bruxelloise compte plus souvent une proportion plus importante de patients vivant seuls. En Flandre par contre la proportion des patients vivants avec leurs parents est plus importante. Une proportion plus élevée de patients enregistrés dans les MASS sont également en situation d'habitation variable.

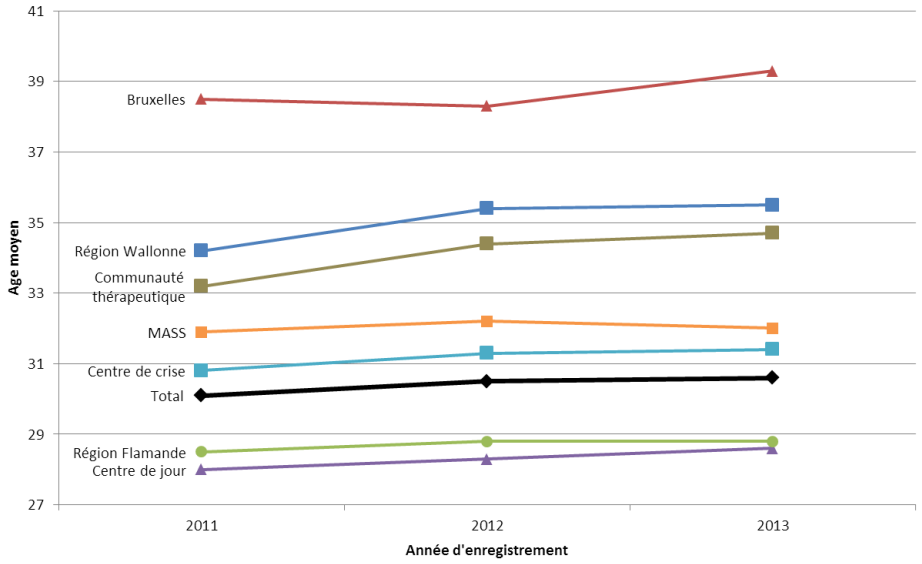
Le niveau d'éducation est généralement plus élevé en Flandre qu'en Wallonie et à Bruxelles même si à Bruxelles la proportion de diplômés du supérieur est toujours plus élevée. Les MASS enregistrent également des patients avec un niveau d'éducation plus élevé en Flandre et en Wallonie. Il serait cependant peut être nécessaire de vérifier la bonne compréhension de cette variable qui cible uniquement les diplômes effectivement obtenus. La proportion de patients non-actifs professionnellement est très élevée en Wallonie et à Bruxelles. La proportion d'étudiants est toujours plus élevée en Flandre.

Table 4.2.1.: Profil des patients enregistrés par les centres conventionnés INAMI selon la région et le type de centre (BTDIR, 2013)

Variable	MASS			Centre de jour			Centre de crise			Communauté thérapeutique			Total
	RF*	RW	RB	RF	RW	RB	RF	RW	RB	RF	RW	RB	
Sexe	n=1494	n=282	n=124	n=2638	n=154	n=179	n=662	n=160	n=94	n=230	n=322	n=117	n=6456
Hommes	80,1%	78,7%	83,9%	83,1%	87,0%	77,7%	84,7%	85,0%	83,0%	85,7%	80,1%	87,2%	82,4%
Femmes	19,9%	21,3%	16,1%	16,9%	13,0%	22,3%	15,3%	15,0%	17,0%	14,3%	19,9%	12,8%	17,6%
	χ^2=1,4,p=0,49 (n,s,)			χ^2=5,4,p=0,07 (n,s,)			χ^2=0,2,p=0,90 (n,s,)			χ^2=4,5,p=0,11 (n,s,)			
Age	n=1494	n=282	n=124	n=2638	n=154	n=179	n=662	n=160	n=94	n=230	n=322	n=117	n=6456
Moyenne	31	34	37	28	32	41	29	36	40	28	38	39	31
1e quartile (Q1)	20-24	25-29	30-34	20-24	20-24	30-34	20-24	30-34	30-34	20-24	30-34	30-34	20-24
Médiane (Q2)	30-34	30-34	35-39	25-29	30-34	40-44	25-29	35-39	40-44	25-29	35-39	40-44	30-34
3e quartile (Q3)	35-39	35-39	40-44	30-34	35-39	45-49	30-34	40-44	40-44	30-34	40-44	45-49	35-39
	F=29,0, p<0,001 (***)			F=196,9, p<0,001 (***)			F=147,1, p<0,001 (***)			F=114,5, p<0,001 (***)			
Nationalité	n=1460	n=280	n=123	n=2610	n=154	n=176	n=658	n=160	n=94	n=226	n=322	n=114	n=6377
Belge	82,1%	81,8%	31,7%	94,7%	96,1%	78.4%	94,2%	83,1%	74,5%	97,8%	91,3%	71,9%	88,5%
Non-Belge, UE	5,8%	6,4%	27,6%	1,4%	0,6%	11.9%	1,5%	8,1%	16,6%	1,8%	4,7%	12,3%	4,1%
Non-Belge, Non-UE	12,1%	11,8%	40,7%	3,9%	3,3%	9.7%	4,3%	8,8%	14,9%	0,4%	4,0%	15,8%	7,4%
	χ^2=178,p<0,001 (***)			χ^2=112,p<0,001 (***)			χ^2=52,p<0,001 (***)			χ^2=60,p<0,001 (***)			
Type de ménage	n=1355	n=277	n=117	n=2561	n=153	n=179	n=632	n=157	n=93	n=226	n=321	n=116	n=6187
Seul	27,5%	45,8%	56,4%	24,6%	28,1%	59.8%	29,6%	53,5%	37,6%	30,1%	41,1%	42,2%	30,7%
Avec parents	36,9%	14,1%	4,3%	35,7%	28,8%	7.8%	35,6%	17,8%	20,4%	30,1%	16,8%	12,1%	31,1%
Seul avec enfant(s)	1,4%	2,2%	3,4%	2,5%	2,6%	5.0%	2,4%	1,9%	2,1%	1,8%	3,4%	1,7%	2,3%
En couple, seul	17,3%	11,6%	13,7%	12,3%	9,8%	11.2%	6,0%	3,8%	6,5%	2,2%	10,0%	2,6%	11,7%
En couple avec enfant(s)	12,0%	9,7%	3,4%	10,8%	3,3%	6.1%	7,6%	6,4%	8,6%	1,8%	5,3%	1,7%	9,3%
Avec des amis	4,9%	5,1%	11,1%	3,6%	5,2%	1.7%	3,6%	3,2%	5,4%	5,7%	0,0%	4,3%	4,0%
Autre	0,0%	11,5%	7,7%	10,5%	22,2%	8.4%	15,2%	13,4%	19,4%	28,3%	23,4%	35,4%	10,9%
	χ^2=284,p<0,001 (***)			χ^2=154,p<0,001 (***)			χ^2=41,p<0,001 (***)			χ^2=67,p<0,001 (***)			
Type d'habitation	n=1332	n=262	n=121	n=2608	n=153	n=174	n=628	n=144	n=93	n=227	n=306	n=116	n=6164
Domicile fixe	83,6%	66,8%	45,4%	87,5%	75,8%	77.0%	72,6%	71,5%	69,9%	44,5%	65,4%	47,4%	78,8%
Domicile variable	13,9%	27,5%	49,6%	7,0%	14,4%	14.4%	19,4%	25,0%	16,1%	22,5%	12,1%	5,2%	13,2%
En institution / En prison	2,5%	5,7%	5,0%	5,5%	9,8%	8.6%	8,0%	3,5%	14,0%	33,0%	22,5%	47,4%	8,0%
	χ^2=125,p<0,001 (***)			χ^2=31,p<0,001 (***)			χ^2=11, p=0,031 (*)			χ^2=48,p<0,001 (***)			
Niveau d'éducation	n=1246	n=225	n=114	n=2239	n=143	n=162	n=649	n=153	n=92	n=225	n=321	n=113	n=5682
Aucun	2,4%	1,3%	5,3%	0,9%	2,1%	2.5%	0,6%	2,0%	0,0%	0,9%	4,0%	1,8%	1,6%
Primaire	21,0%	34,7%	55,3%	49,3%	57,3%	41.4%	39,6%	72,5%	62,0%	35,5%	39,3%	58,4%	41,4%
Secondaire	71,0%	58,2%	28,9%	45,0%	34,3%	40.1%	57,8%	24,8%	26,3%	62,7%	44,9%	23,0%	51,4%
Supérieur	5,6%	5,8%	10,5%	4,8%	6,3%	16.0%	2,0%	0,7%	9,8%	0,9%	11,8%	16,8%	5,6%
	χ^2=96,p<0,001 (***)			χ^2=47,p=0,001 (***)			χ^2=94,p<0,001 (***)			χ^2=68,p<0,001 (***)			
Activité professionnelle	n=1334	n=249	n=114	n=2586	n=150	n=170	n=659	n=159	n=93	n=219	n=322	n=117	n=6172
Emploi régulier	41,6%	9,6%	10,5%	31,1%	9,3%	9.4%	14,1%	3,1%	5,4%	13,2%	14,3%	1,7%	26,0%
Etudiant	13,1%	2,0%	0,0%	19,0%	6,0%	1.7%	3,4%	0,0%	1,1%	16,4%	1,3%	0,8%	12,1%
Non-actif	23,6%	39,4%	36,8%	16,8%	48,7%	67.7%	33,8%	64,8%	75,3%	42,5%	56,2%	85,5%	29,9%
Chômeur	17,9%	33,3%	12,3%	29,3%	26,7%	14.7%	44,9%	17,6%	11,8%	25,6%	13,0%	7,7%	25,9%
Autre	3,8%	15,7%	40,4%	3,8%	9,3%	6.5%	3,8%	14,5%	6,4%	2,3%	15,2%	4,3%	6,1%
	χ^2=371,p<0,001 (***)			χ^2=357,p<0,001 (***)			χ^2=144,p<0,001 (***)			χ^2=139,p<0,001 (***)			

* RF : Région flamande, RW : Région wallonne, RB : Région bruxelloise

Figure 4.2.1. : Evolution de l'âge moyen des personnes enregistrées par les centres conventionnés INAMI par type de centre et région (BTDIR, 2013)



4.2.2. Profil de traitement

La table 4.2.2. présente une description du profil de traitement des patients. La proportion de patients qui arrivent pour un premier traitement dans les MASS ou les centres de jour est plus élevée en Flandre (51,4% et 49,9% respectivement) qu'en Wallonie (31,3% et 42,4%) et à Bruxelles (17,2% et 19,3%). Dans les centres résidentiels, il n'y a pas de différences significatives entre les 3 régions.

A Bruxelles et en Wallonie, il y a moins d'institutions à l'origine de la demande de traitement. Les médecins généralistes y jouent également un rôle plus important qu'en Flandre. En Flandre, les revois par la justice (vers les centres de jour et les MASS) et par des centres spécialisés (vers les centres de crises et les communautés thérapeutiques) sont fréquemment cités.

La proportion de patients ayant déjà auparavant suivi un traitement de substitution (toute substance confondue) est toujours plus faible en Flandre que dans les 2 autres régions et est substantiellement plus important dans les MASS et centres de crise en Wallonie et à Bruxelles.

La distance entre le lieu de résidence du patient et le centre où il est traité croît lorsque l'on passe d'une MASS à un centre de jour à un centre de crise et à une communauté thérapeutique. Il n'y a pas de différence significative entre les régions pour les distances moyennes dans les centres ambulants (MASS et centres de jour). Par contre, la très grande variabilité de cette variable et le pourcentage élevé de données inconnues incite à la prudence quant à l'interprétation des valeurs moyennes. Le choix de la médiane et des quartiles sont sans doute plus opportuns pour l'interprétation de cette variable.

Table 4.2.2.: Profil de traitement des patients enregistrés par les centres conventionnés INAMI selon la région et le type de centre (BTDIR, 2013)

Variable	MASS			Centre de jour			Centre de crise			Communauté thérapeutique			Total
	RF*	RW	RB	RF	RW	RB	RF	RW	RB	RF	RW	RB	
Traitement antérieur	n=1398	n=268	n=116	n=2461	n=151	n=176	n=653	n=158	n=94	n=188	n=322	n=115	n=6100
Oui	48,6%	68,7%	82,8%	50,1%	57,6%	80,7%	81,0%	82,9%	86,2%	87,8%	82,6%	86,1%	60,5%
Non	51,4%	31,3%	17,2%	49,9%	42,4%	19,3%	19,0%	17,1%	13,8%	12,2%	17,4%	13,9%	39,5%
	χ^2=78,p<0,001 (***)			χ^2=63,p<0,001 (***)			χ^2=1,6,p=0,45 (n,s,)			χ^2=2,6,p=0,27 (n,s,)			
Origine de la demande	n=1475	n=270	n=116	n=2456	n=152	n=178	n=660	n=160	n=94	n=226	n=322	n=115	n=6224
Propre initiative	39,1%	66,0%	51,7%	32,3%	35,6%	53,9%	29,2%	78,8%	73,4%	16,8%	52,8%	59,1%	38,9%
Famille-Amis	15,1%	12,2%	21,6%	11,8%	11,8%	14,0%	7,9%	5,6%	5,3%	2,2%	14,3%	5,2%	11,8%
Centre spécialisé	4,1%	3,3%	17,2%	5,2%	3,9%	10,7%	32,0%	8,8%	9,6%	59,8%	2,8%	16,5%	10,3%
Médecin généraliste	0,0%	3,3%	2,6%	1,9%	2,6%	3,4%	0,1%	0,6%	4,2%	0,0%	3,7%	0,0%	1,4%
Hôpital	4,3%	2,6%	1,7%	7,7%	9,9%	7,3%	13,2%	3,7%	5,3%	7,5%	11,8%	16,5%	7,4%
Service social	12,1%	5,2%	1,7%	7,6%	6,6%	3,4%	7,1%	1,2%	1,1%	2,2%	1,6%	1,8%	7,4%
Police-Justice	22,6%	6,3%	0,0%	32,2%	28,3%	5,1%	9,4%	1,3%	0,0%	11,5%	9,3%	0,9%	21,1%
Autre	2,7%	1,1%	3,5%	1,3%	1,3%	2,2%	1,1%	0,0%	1,1%	0,0%	3,7%	0,0%	1,7%
	χ^2=212,p<0,001 (***)			χ^2=82,p<0,001 (***)			χ^2=205,p<0,001 (***)			χ^2=297,p<0,001 (***)			
Traitement de substitution	n=1266	n=270	n=114	n=2533	n=141	n=165	n=588	n=160	n=93	n=221	n=321	n=110	n=5982
Oui	25,5%	82,6%	90,4%	9,4%	17,0%	35,8%	24,7%	74,4%	60,2%	5,9%	27,7%	54,5%	24,3%
Non	74,5%	17,4%	9,6%	90,6%	83%	64,2%	75,3%	25,6%	39,8%	94,1%	72,3%	45,5%	75,7%
	χ^2=437,p<0,001 (***)			χ^2=112,p<0,001 (***)			χ^2=153,p<0,001 (***)			χ^2=96,p<0,001 (***)			
Distance entre le centre et le lieu d'habitation	n=1153	n=219	n=0	n=2163	n=137	n=162	n=565	n=156	n=86	n=185	n=256	n=109	n=5191
Moyenne	11,7	11,8		13,6	16,7	12,5	41,3	35,0	24,1	51,4	83,4	32,0	22,2
Ecart-type	14,7	23,8		15,8	20,8	20,3	29,6	44,2	37,6	32,5	57,4	42,8	30,7
Q1	4,0	2,0		3,0	3,0	3,5	18,0	4,0	3,5	28,0	35,0	5,0	3,0
Médiane	5,0	5,0		8,0	9,0	7,5	38,5	12,5	5,0	50,0	50,0	8,0	10,0
Q3	16,0	10,0		20,0	24,0	11,1	61,0	53,5	34,0	69,0	69,0	54,0	28,0
Minimum	1,0	0,5		1,0	1,0	0,3	1,4	1,0	0,8	1,0	1,0	0,6	0,3
Maximum	146	200		185	132	150	196,0	250,0	221,0	182,0	180,0	200,0	250,0
	F=0,0,p=0,96 (n,s,)			F=2,8,p=0,06 (n,s,)			F=10,7, p<0,001 (***)			F=52,4, p<0,001 (***)			

* RF : Région flamande, RW : Région wallonne, RB : Région bruxelloise

4.2.3. Profil de consommation

La table 4.2.3. et la figure 4.2.3. montrent la situation en 2013 et l'évolution des substances principales enregistrées. Les opiacés restent la catégorie de substances la plus représentée au niveau de l'ensemble des données mais est en diminution. En Flandre, cette substance est dépassée par le cannabis. A Bruxelles par contre, le nombre d'enregistrements pour les opiacés est en augmentation. La proportion d'enregistrements pour les opiacés diminue en passant des MASS aux centres de crise, aux communautés thérapeutiques puis aux centres de jour.

La proportion de patients en traitement pour le cannabis augmente en Flandre. Parmi le nombre de nouveaux épisodes de traitement, le nombre lié au cannabis est beaucoup plus faible en Wallonie et à Bruxelles. La proportion d'enregistrements pour le cannabis

diminue en passant des centres de jour, aux MASS, aux communautés thérapeutiques et aux centres de crise.

La cocaïne est proportionnellement la 3e substance à l'origine d'un traitement au niveau national. Son importance dans les enregistrements augmente partout. La proportion d'enregistrements pour la cocaïne diminue des centres de crises, aux communautés thérapeutiques, aux centres de jour et aux MASS. Les autres substances stimulantes (amphétamine, ecstasy,…) sont quasi exclusivement citées en Flandre. Elles restent marginales en Wallonie et à Bruxelles.

La dépendance à l'alcool comme demande d'admission ne fait pas ou peu partie des conventions INAMI en Flandre. De ce fait le nombre d'enregistrements pour l'alcool comme substance principale est proportionnellement plus important en Wallonie et à Bruxelles où il représente la deuxième substance la plus fréquemment rencontrée.

Les patients en traitement dans les centres de crise consomment plus fréquemment plusieurs substances différentes. A Bruxelles, les centres de jour enregistrent des patients qui consomment moins de substances différentes alors qu'en Flandre il s'agit des MASS et en Wallonie des communautés thérapeutiques.

Figure 4.2.3.: Evolution du nombre de patients enregistrés par les centres conventionnés INAMI selon le type de substance principale, par région (BTDIR, 2013)

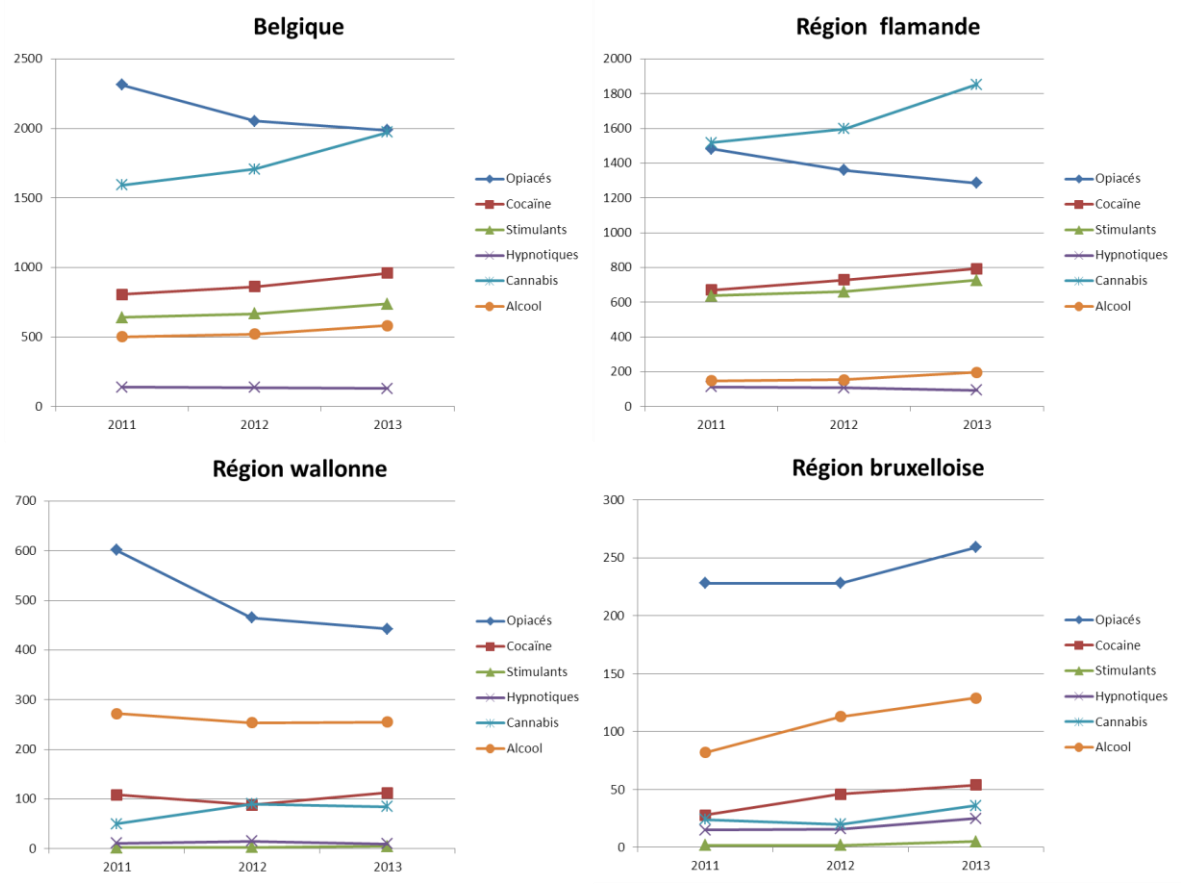


Table 4.2.3.: Profil de consommation des patients enregistrés par les centres conventionnés INAMI selon la région et le type de centre (BTDIR, 2013)

Variable	MASS			Centre de jour			Centre de crise			Communauté thérapeutique			Total
	RF*	RW	RB	RF	RW	RB	RF	RW	RB	RF	RW	RB	
Substance principale	n=1494	n=282	n=124	n=2640	n=154	n=179	n=662	n=160	n=94	n=230	n=322	n=117	n=6458
Opiacés	*42,3%*	*83,3%*	*96,8%*	*14,9%*	*18,2%*	*34,1%*	*31,6%*	*80,0%*	*35,1%*	*22,6%*	*16,2%*	*38,5%*	*30,8%*
Héroïne	31,9%	60,6%	86,3%	12,6%	17,5%	31,3%	28,1%	75,0%	24,5%	22,2%	14,0%	32,5%	25,3%
Méthadone	6,5%	5,7%	9,7%	0,8%	0,0%	2,6%	2,1%	1,9%	8,5%	0,0%	1,0%	0,9%	2,7%
Buprénorphine	0,9%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,1%	0,0%	0,3%	0,0%	0,4%
Autres opiacés	1,3%	0,3%	0,0%	0,4%	0,7%	2,2%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%	0,6%
Opiacé non-précisé	1,7%	16,7%	0,8%	0,9%	0,0%	0,0%	1,1%	3,1%	0,0%	0,4%	0,9%	4,3%	1,8%
Cocaïne	*10,5%*	*10,3%*	*0,8%*	*16,2%*	*9,1%*	*10,1%*	*23,9%*	*13,8%*	*16,0%*	*22,6%*	*14,9%*	*17,1%*	*14,9%*
Cocaïne	10,5%	6,7%	0,8%	14,2%	9,1%	9,0%	23,6%	11,3%	14,9%	20,4%	14,6%	17,1%	13,7%
Crack	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	1,1%	0,9%	0,0%	0,0%	0,4%
Cocaïne non-précisé	0,0%	3,6%	0,0%	1,2%	0,0%	1,1%	0,2%	2,5%	0,0%	1,3%	0,3%	0,0%	0,8%
Stimulants	*12,6%*	*0,4%*	*0,0%*	*14,2%*	*0,0%*	*1,7%*	*18,9%*	*1,2%*	*0,0%*	*17,9%*	*0,6%*	*1,7%*	*11,4%*
Amphétamines	11,9%	0,4%	0,0%	12,8%	0,0%	1,2%	18,6%	0,6%	0,0%	15,2%	0,6%	1,7%	10,5%
MDMA et dérivés	0,4%	0,0%	0,0%	0,5%	0,0%	0,5%	0,1%	0,0%	0,0%	1,7%	0,0%	0,0%	0,4%
Autres stimulants	0,3%	0,0%	0,0%	0,6%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,5%	0,0%	0,0%	0,4%
Stimulants non-précisés	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%	0,0%	0,5%	0,0%	0,0%	0,1%
Hypnotiques et sédatifs	*1,4%*	*0,7%*	*0,8%*	*1,0%*	*1,9%*	*6,1%*	*5,4%*	*0,6%*	*10,6%*	*5,2%*	*1,2%*	*2,6%*	*2,0%*
Barbituriques	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Benzodiazépines	0,7%	0,4%	0,8%	0,6%	1,9%	5,0%	0,6%	0,6%	10,6%	0,0%	1,2%	2,6%	1,0%
Autres hypnotiques	0,6%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	4,8%	0,0%	0,0%	5,2%	0,0%	0,0%	0,9%
Hypnotiques non-précisés	0,1%	0,3%	0,0%	0,1%	0,0%	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
Hallucinogènes	*0,1%*	*0,0%*	*0,0%*	*0,3%*	*0,0%*	*0,0%*	*0,3%*	*0,0%*	*0,0%*	*0,0%*	*0,0%*	*0,0%*	*0,2%*
LSD	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Autres hallucinogènes	0,1%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%
Inhalants volatiles	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%	*0,1%*
Cannabis	26,9%	5,0%	0,0%	49,2%	32,5%	6,7%	15,1%	1,9%	7,4%	22,2%	5,6%	14,5%	*30,6%*
Alcool	4,3%	0,0%	0,0%	3,2%	35,1%	39,6%	4,2%	1,9%	35,9%	9,1%	61,5%	24,8%	*9,0%*
Autre	1,9%	0,3%	1,6%	0,7%	3,2%	1,7%	0,6%	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%	*1,0%*
Nombre de substances consommées	n=1494	n=282	n=124	n=2640	n=154	n=179	n=662	n=160	n=94	n=230	n=322	n=117	n=6458
1 seule substance	35,7%	25,9%	9,7%	32,8%	25,3%	36.3%	8,2%	10,6%	10,6%	26,1%	46,0%	24,8%	29,5%
2 substances	32,9%	29,8%	32,3%	38,9%	28,6%	28.5%	27,8%	35,6%	12,8%	29,6%	21,4%	35,0%	33,6%
3 ou plus substances	31,4%	44,3%	58,0%	28,3%	46,1%	35.2%	64,0%	53,8%	76,6%	44,3%	32,6%	40,2%	36,9%
	χ^2=60,p<0,001 (***)			χ^2=28,p<0,001 (***)			χ^2=17,p=0,002 (**)			χ^2=31,p<0,001 (***)			

* RF : Région flamande, RW : Région wallonne, RB : Région bruxelloise

4.3. Description par substance principale

Dans ce chapitre, une description du profil des patients, du profil de traitement et du profil d'utilisation des substances sera réalisée en fonction des grandes catégories de substance principale. La question centrale est de savoir s'il existe des différences entre les différentes substances principales et de mettre ces chiffres en relation avec la situation à l'échelle européenne. Les données européennes proviennent du rapport annuel sur les drogues décrivant la situation en 2013 en utilisant les données TDI rapportées par chaque pays membre (EMCDDA 2014). Il est également important de noter que le lien étroit entre le type de substance problématique et l'âge des patients n'est pas considéré ici alors qu'il joue très certainement un rôle important.

4.3.1. Profil des patients

La proportion entre hommes et femmes varie de manière significative selon le type de substance principale consommée. Une proportion moindre de femmes chez les patients en traitement pour le cannabis (12,7%) est observée. Au niveau européen, cette proportion est sensiblement plus élevée (17%). A l'opposé, chez les patients en traitement pour les stimulants, plus d'un quart sont des femmes (26,2%). Cette proportion est également élevée à l'échelle européenne (29%) (EMCDDA 2014).

L'âge moyen des patients en traitement en Belgique et en Europe augmente en passant des patients en traitement pour le cannabis (Belgique : 24 ans, Europe : 25 ans), les stimulants (Belgique : 30 ans, Europe : 29 ans), la cocaïne (Belgique : 31 ans, Europe : 34 ans) et les opiacés (Belgique : 34 ans, Europe : 36 ans) (EMCDDA 2014).

La proportion de non belges est plus importante chez les patients en traitement pour les opiacés (24,0%).

Les patients en traitement pour l'alcool et les opiacés ont plus souvent une situation de vie isolée (respectivement 45,6% et 38,1% vivent seuls) contrairement aux patients en traitement pour le cannabis et la cocaïne qui vivent le plus souvent encore chez leurs parents (respectivement 49,5% et 30,4%). Les patients en traitement pour la cocaïne sont également ceux qui vivent le plus souvent en couple avec un enfant (14%).

Les patients en traitement pour les opiacés vivent plus souvent en situation d'habitation variable (22,8%) contrairement aux autres patients (entre 6,3% et 13,2%). Cette proportion est en augmentation depuis 2011 (voir Figure 4.3.1).

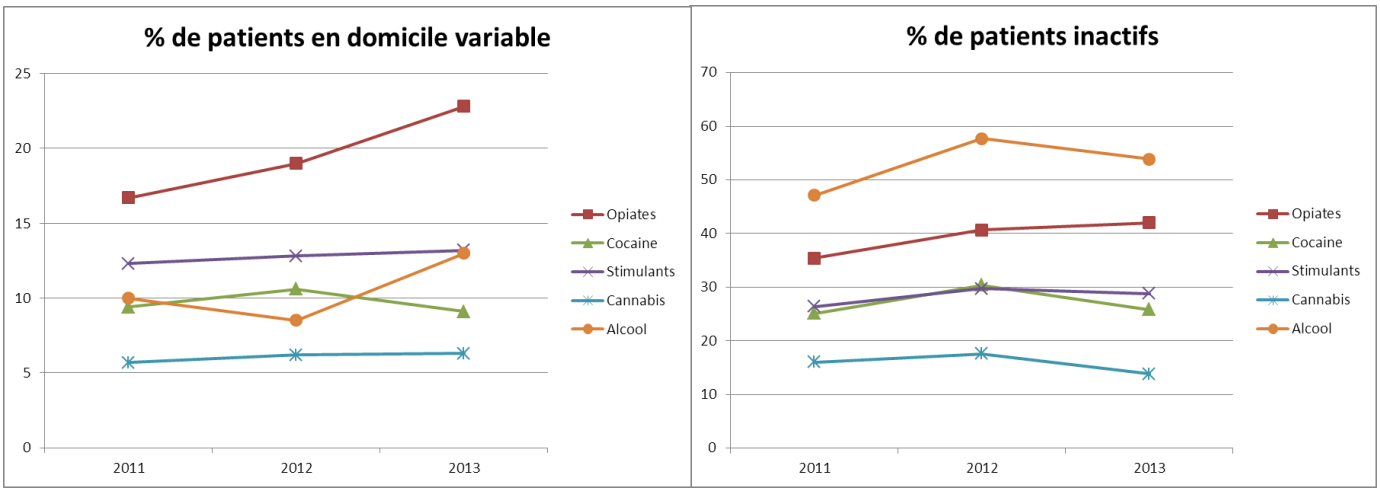
Les patients en traitement pour l'alcool sont ceux qui ont le niveau d'éducation le plus élevé avec les patients en traitement pour la cocaïne.

Par contre les patients en traitement pour l'alcool sont souvent non-actifs dans le milieu professionnel. Seuls 16,5% ont un travail, ce qui est similaire aux patients en traitement pour les opiacés (15,6%). La proportion d'étudiants chez les patients en traitement pour le cannabis est beaucoup plus importante (31.7%) que dans les autres catégories (entre 0,9% et 6,4%). Le pourcentage de patients en situation d'inactivité est en légère diminution depuis 2012 sauf chez les patients traités pour les opiacés (Voir Figure 4.3.1.)

Table 4.3.1.: Profil des patients enregistrés par les centres conventionnés INAMI selon la substance principale consommée (BTDIR, 2013)

Variable	Opiacés	Cocaine	Stimulants	Cannabis	Alcool
Sexe	n=1988	n=961	n=738	n=1973	n=582
Hommes	81,5%	83,2%	73,8%	87,3%	82,1%
Femmes	18,5%	16,8%	26,2%	12,7%	17,9%
			χ^2=72,p<0,001 (***)		
Age	n=1989	n=961	n=738	n=1972	n=582
Moyenne	34	31	30	24	39
1e quartile (Q1)	25-29	25-29	20-24	15-19	30-34
Médiane (Q2)	30-34	30-34	30-34	20-24	35-39
3e quartile (Q3)	40-44	35-39	35-39	25-29	45-49
Nationalité	n=1952	n=950	n=734	n=1954	n=574
Belge	76,0%	89,4%	98,0%	95,7%	91,8%
Non-Belge, UE	8,3%	3,4%	1,5%	1,3%	4,5%
Non-Belge, Non-UE	15,7%	7,2%	0,5%	3,0%	3,7%
			χ^2=477, p<0,001 (***)		
Situation de vie	n=1895	n=938	n=689	n=1891	n=572
Seul	38,1%	27,4%	30,8%	19,9%	45,6%
Avec parents	19,0%	30,4%	25,7%	49,5%	16,3%
Seul avec enfant(s)	2,4%	1,8%	2,3%	1,9%	4,0%
En couple, seul	13,6%	12,7%	15,5%	8,7%	9,8%
En couple avec enfant(s)	9,2%	14,0%	8,0%	8,1%	8,6%
Avec des amis	6,7%	3,1%	3,1%	3,1%	1,7%
Autre	11,0%	10,6%	14,6%	8,8%	14,0%
			χ^2=631, p<0,001 (***)		
Situation d'habitation	n=1823	n=943	n=704	n=1932	n=556
Domicile fixe	68,4%	82,9%	77,4%	88,0%	75,5%
Domicile variable	22,8%	9,1%	13,2%	6,3%	13,0%
En institution / En prison	8,8%	8,0%	9,4%	5,7%	11,5%
			χ^2=281, p<0,001 (***)		
Niveau d'éducation	n=1693	n=844	n=640	n=1782	n=535
Aucun	2,8%	1,5%	0,5%	0,9%	1,7%
Primaire	42,6%	29,9%	37,8%	49,5%	34,6%
Secondaire	50,0%	60,2%	58,0%	46,3%	49,5%
Supérieur	4,6%	8,4%	3,7%	3,3%	14,2%
			χ^2=225, p<0,001 (***)		
Activité professionnelle	n=1772	n=948	n=725	n=1952	n=570
Emploi régulier	15,6%	42,0%	30,6%	29,0%	16,5%
Etudiant	0,9%	3,2%	6,4%	31,7%	3,5%
Non-actif	42,0%	25,8%	28,8%	13,8%	53,9%
Chômeur	30,2%	24,3%	31,9%	22,5%	18,2%
Autre	11,3%	4,7%	2,3%	3,0%	7,9%
			χ^2=1661, p<0,001 (***)		

Figure 4.3.1.: Evolution de la proportion de patients habitant en logement variable et de patients inactifs par substance principale dans les centres conventionnés INAMI (BTDIR, 2013)



4.3.2. Profil de traitement

Les patients enregistrés pour un traitement pour le cannabis sont majoritairement traités pour la première fois (61,6%). Cette proportion est moindre pour les patients en traitement pour les opiacés et l'alcool (respectivement 19,5% et 23,8%).

Chez les patients traités pour le cannabis et les stimulants, le référent est souvent la police/justice (34,9% et 32,2%).

Les patients en traitement pour les opiacés sont ceux qui ont le plus souvent déjà été en traitement de substitution auparavant (66,9%). Dans les autres groupes de patients, cette proportion et nettement moindre (entre 2,1% et 10,8%).

Les patients en traitement pour les opiacés et le cannabis sont ceux qui parcourent la distance la moins importante pour leur traitement (médiane de 6,9 km et 9 km, respectivement).

Table 4.3.2.: Profil de traitement des patients enregistrés par les centres conventionnés INAMI selon la substance principale consommée (BTDIR, 2013)

Variable	Opiacés	Cocaine	Stimulants	Cannabis	Alcool
Traitement antérieur	n=1798	n=928	n=696	n=1919	n=560
Oui	80,5%	56,7%	61,4%	38,4%	76,2%
Non	19,5%	43,3%	38,6%	61,6%	23,8%
	χ^2=755, p<0,001 (***)				
Origine de la demande	n=1936	n=925	n=708	n=1880	n=568
Propre initiative	56,2%	40,3%	28,1%	22,8%	45,9%
Famille-Amis	8,8%	12,2%	7,3%	16,9%	12,5%
Centre spécialisé	13,6%	14,0%	12,3%	5,2%	5,6%
Médecin généraliste	1,2%	1,6%	0,3%	1,4%	3,0%
Hôpital	5,7%	8,9%	7,8%	6,3%	13,2%
Service social	4,8%	5,0%	11,2%	9,8%	6,2%
Police-Justice	8,6%	16,9%	32,2%	34,9%	11,8%
Autre	1,1%	1,1%	0,8%	2,7%	1,8%
	χ^2=984, p<0,001 (***)				
Traitement de substitution	n=1832	n=910	n=662	n=1845	n=548
Oui	66,9%	9,6%	3,5%	2,1%	10,8%
Non	33,1%	90,4%	96,5%	97,9%	89,2%
	χ^2=2592, p<0,001 (***)				
Distance entre le centre et l'habitation	n=1613	n=792	n=581	n=1560	n=473
Moyenne	21,2	23,4	23,5	15,6	41,3
Ecart-type	28,8	31,4	28,8	19,6	51,2
Q1	3	3	4	3	4
Médiane	6,9	12	15	9	15
Q3	30	29	29	20	60
Minimum	0,27	1	1	0,7	0,8
Maximum	200	182	250	221	241
	ANOVA (3 df) : F=54,4 p<0,001 (***)				

4.3.3. Profil de consommation

La proportion de consommateurs journaliers est plus importante chez les patients en traitement pour les opiacés (63,3%), l'alcool (58,9%) et le cannabis (51,4%) que chez les patients en traitement pour la cocaïne (27,7%) et les stimulants (37,3%). C'est également ce qui est constaté au niveau européen, même si la fréquence journalière de consommation est souvent plus élevée au niveau belge que pour la moyenne européenne (opiacés : 63% en Belgique, 53% en UE; cannabis : 51% en Belgique, 49% en UE; cocaïne : 28% en Belgique, 24% en UE; stimulants : 37% en Belgique, 23% en UE) (EMCDDA 2014).

Le mode de consommation majoritaire des patients en traitement pour les opiacés est en fumant (64,5%) même si 21,9% s'injecte la substance. C'est moindre qu'au niveau européen (44% d'injection) (EMCDDA 2014). La majorité des patients en traitement pour la cocaïne sniffent la substance (61,9%) et 1 personne sur 3 la fume (31,8%). Ceci est comparable au niveau de l'Europe (64% la sniffent et 26% la fument) (EMCDDA 2014). Une proportion non négligeable de patients (15,0%) en traitement pour les stimulants

s'injecte également leur substance. Cette proportion est plus faible que dans les autres pays européens (23%) (EMCDDA 2014).

En moyenne, les patients en traitement pour le cannabis ont commencé à consommer à l'âge de 15 ans (16 ans pour la moyenne européenne), les patients en traitement pour l'alcool et les stimulants à 17-18 ans (19 ans pour les stimulants au niveau européen), et ceux en traitement pour la cocaïne et les opiacés autour de 21 ans (22 ans pour la cocaïne et l'héroïne en Europe).

Tous les types de patients en traitement consomment en majorité plus d'une substance. Mais une proportion plus importante des patients en traitement pour l'alcool (44,2%) et le cannabis (41,6%) consomme seulement 1 substance. Les patients en traitement pour les opiacés à l'opposé consomment plus souvent 3 substances ou plus (51,6%).

Table 4.3.3.: Profil de consommation des patients enregistrés par les centres conventionnés INAMI selon la substance principale consommée (BTDIR, 2013)

Variable	Opiacés	Cocaine	Stimulants	Cannabis	Alcool
Fréquence consommation	n=1876	n=920	n=676	n=1905	n=554
Pas le mois dernier	15,3%	22,2%	26,3%	18,6%	18,2%
1j ou moins / sem	7,6%	16,7%	13,5%	8,6%	8,1%
2-6j / sem	13,8%	33,4%	22,9%	21,4%	14,8%
Tous les jours	63,3%	27,7%	37,3%	51,4%	58,9%
	χ^2=418, p<0,001				
Mode consommation	n=1912	n=926	n=715	n=1952	n=574
Injecter	21,9%	5,6%	15,0%	0,3%	0,4%
Fumer/inhaler	64,5%	31,8%	2,0%	99,4%	1,9%
Manger/boire	11,1%	0,6%	9,9%	0,2%	97,2%
Sniffer	2,5%	61,9%	73,0%	0,1%	0,5%
Autre	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%
	χ^2=7985, p<0,001				
Age première consommation	n=1925	n=944	n=730	n=1954	n=546
Moyenne	21,5	20,7	18,0	15,1	17,1
Ecart-type	6,7	6,3	5,1	3,0	6,0
Q1	17	16	15	14	14
Médiane	20	19	16,5	15	16
Q3	25	23	19	16	18
Minimum	8	8	8	6	4
Maximum	52	52	46	44	56
	ANOVA (3 df) : F=127, p<0,001				
Nb substances consommées	n=1989	n=961	n=738	n=1974	n=582
Une substance	18,9%	20,9%	26,3%	41,6%	44,2%
Deux substances	29,5%	36,5%	35,0%	38,9%	22,5%
3 ou plus substances	51,6%	42,6%	38,7%	19,5%	33,3%
	χ^2=583, p<0,001				
Déjà injecté	n=1615	n=853	n=617	n=1796	n=518
Oui mais pas actuellement	30,9%	9,6%	16,4%	4,9%	13,1%
Oui, actuellement	23,1%	5,6%	12,2%	0,7%	1,7%
Non	46,0%	84,8%	71,4%	94,4%	85,2%
	χ^2=1196, p<0,001				

4.4. Description par sexe, âge et historique de traitement

Dans le chapitre suivant l'idée est de savoir si des différences sont observées entre les hommes et les femmes quant à la substance pour laquelle ils arrivent en traitement. Ensuite l'exercice sera effectué pour l'âge : existe-t-il des substances spécifiques pour lesquels les jeunes débutent plus souvent ou moins souvent un traitement que les personnes plus âgées? Et enfin les différences de substance principale entre le groupe des personnes qui sont pour la première fois de leur vie en traitement et les autres seront analysées.

4.4.1. Profil de consommation par sexe

En ce qui concerne les substances principales les différences entre les hommes et les femmes en traitement se marquent surtout au niveau de la proportion des stimulants qui est plus importante chez les femmes en traitement (17.0%) que chez les hommes (10.2%), et la proportion de cannabis, plus importante chez les hommes (32.4%) que chez les femmes (22.1%). Pour les opiacés, la cocaïne et l'alcool, les différences sont plus faibles.

Table 4.4.1.: Profil de consommation des patients enregistrés par les centres conventionnés INAMI selon le sexe (BTDIR, 2013)

Variable	Hommes	Femmes	Variable	Hommes	Femmes
Substance principale	n=5321	n=1135			
Opiacés	*30,5%*	*32,3%*	*Hypnotiques et sédatifs*	*1,8%*	*3,0%*
Héroïne	25,3%	25,1%	Barbituriques	0,0%	0,1%
Méthadone	2,4%	4,1%	Benzodiazépines	0,9%	1,3%
Buprénorphine	0,3%	0,4%	Autres hypnotiques	0,8%	1,5%
Autres opiacés	0,6%	0,9%	Hypnotiques non-précisés	0,1%	0,1%
Opiacé non-précisé	1,9%	1,8%			
			Hallucinogènes	*0,2%*	*0,2%*
Cocaïne	*15,0%*	*14,2%*	LSD	0,0%	0,0%
Cocaïne	13,8%	13,4%	Autres hallucinogènes	0,2%	0,2%
Crack	0,4%	0,3%			
Cocaïne non-précisé	0,8%	0,5%	Inhalants volatiles	0,0%	0,6%
Stimulants	*10,2%*	*17,0%*	Cannabis	32,4%	22,1%
Amphétamines	9,4%	15,8%			
MDMA et dérivés	0,4%	0,6%	Alcool	9,0%	9,2%
Autres stimulants	0,3%	0,5%			
Stimulants non-précisés	0,1%	0,1%	Autre	0,9%	1,4%

4.4.2. Profil de consommation par catégorie d'âge

Par catégorie d'âge, la différence la plus importante se marque au niveau du groupe des moins de 20 ans où plus de 8 patients sur 10 sont en traitement pour le cannabis. Dans ce groupe d'âge, les stimulants sont la seconde substance enregistrée (7,3%). Dans le groupe d'âge 20-29, le cannabis reste la première substance (37,3%) mais les opiacés (24,6%) et la cocaïne (18,0%) sont plus souvent observés. Dans les groupes d'âge 30-39 et 40-49, les opiacés sont la principale catégorie de substances d'entrée en traitement (40,1% et 49,2% respectivement). L'alcool est aussi observé plus fréquemment mais cela est surtout marqué dans la catégorie 40-49 ans. Enfin dans la catégorie 50+, l'alcool est la principale substance pour l'entrée en traitement des patients (42,7%).

Table 4.4.2.: Profil de consommation des patients enregistrés par les centres conventionnés INAMI selon la catégorie d'âge (BTDIR, 2013)

Variabele	<20	20-29	30-39	40-49	50+
Substance principale	n=753	n=2449	n=2117	n=891	n=246
Opiacés	*2,6%*	*24,6%*	*40,1%*	*49,2%*	*33,3%*
Héroïne	2,6%	21,2%	32,9%	38,4%	23,6%
Méthadone	0,0%	1,5%	3,6%	5,4%	6,5%
Buprénorphine	0,0%	0,1%	0,4%	0,8%	0,4%
Autres opiacés	0,0%	0,3%	1,0%	1,0%	0,8%
Opiacé non-précisé	0,0%	1,5%	2,2%	3,6%	2,0%
Cocaïne	*2,2%*	*18,0%*	*17,3%*	*13,6%*	*6,5%*
Cocaïne	2,1%	16,7%	16,0%	11,8%	6,1%
Crack	0,0%	0,4%	0,6%	0,3%	0,4%
Cocaïne non-précisé	0,1%	0,9%	0,7%	1,5%	0,0%
Stimulants	*7,3%*	*12,2%*	*14,4%*	*7,5%*	*5,3%*
Amphétamines	5,7%	11,0%	13,7%	7,5%	4,9%
MDMA et dérivés	1,2%	0,5%	0,2%	0,0%	0,0%
Autres stimulants	0,0%	0,6%	0,4%	0,0%	0,4%
Stimulants non-précisés	0,4%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%
Hypnotiques et sédatifs	*0,4%*	*2,2%*	*2,2%*	*2,1%*	*2,9%*
Barbituriques	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%
Benzodiazépines	0,0%	0,6%	1,3%	1,5%	2,8%
Autres hypnotiques	0,4%	1,6%	0,6%	0,3%	0,1%
Hypnotiques non-précisés	0,0%	0,0%	0,2%	0,3%	0,0%
Hallucinogènes	*0,3%*	*0,3%*	*0,1%*	*0,0%*	*0,0%*
LSD	0,3%	0,3%	0,1%	0,0%	0,0%
Autres hallucinogènes	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Inhalants volatiles	*1,1%*	*0,0%*	*0,0%*	*0,0%*	*0,0%*
Cannabis	*82,9%*	*37,3%*	*16,2%*	*8,1%*	*7,7%*
Alcool	*2,3%*	*4,4%*	*8,5%*	*19,2%*	*42,7%*
Autre	*0,9%*	*1,0%*	*1,2%*	*0,3%*	*1,6%*

4.4.3. Profil de consommation par historique de traitement

Les patients qui arrivent pour la première fois en traitement sont plus souvent traités pour des problèmes liés au cannabis (49,1%) que les autres (20,0%) et moins pour les opiacés (14,6%) que ceux déjà traités auparavant (39,2%). Pour les autres types de substances les différences de proportions sont moins marquées.

Table 4.4.3.: Profil de consommation des patients enregistrés par les centres conventionnés INAMI selon l'antécédent de traitement (BTDIR, 2013)

Variable	Premier traitement	Traitement(s) antérieur(s)	Variable	Premier traitement	Traitement(s) antérieur(s)
Substance principale	(n=2408)	(n=3692)			
Opiacés	*14,6%*	*39,2%*	*Hypnotiques et sédatifs*	*1,2%*	*2,4%*
Héroïne	12,0%	32,2%	Barbituriques	0,0%	0,0%
Méthadone	0,8%	3,6%	Benzodiazépines	0,6%	1,3%
Buprénorphine	0,0%	0,4%	Autres hypnotiques	0,6%	1,0%
Autres opiacés	0,7%	0,6%	Hypnotiques non-précisés	0,0%	0,2%
Opiacé non-précisé	1,1%	2,4%			
Cocaïne	*16,7%*	*14,2%*	*Hallucinogènes*	*0,2%*	*0,2%*
Cocaïne	15,7%	12,9%	LSD	0,0%	0,0%
Crack	0,3%	0,5%	Autres hallucinogènes	0,2%	0,2%
Cocaïne non-précisé	0,7%	0,8%	Inhalants volatiles	*0,2%*	*0,0%*
Stimulants	*11,2%*	*11,6%*	Cannabis	*49,1%*	*20,0%*
Amphétamines	10,2%	10,6%	Alcool	*5,5%*	*11,6%*
MDMA et dérivés	0,5%	0,3%			
Autres stimulants	0,3%	0,5%	Autre	*1,3%*	*0,8%*
Stimulants non-précisés	0,2%	0,2%			

4.5. Trajet des patients

L'objectif de ce chapitre est d'analyser les données des patients présents plusieurs fois dans le registre TDI depuis 2011 afin de pouvoir décrire comment les patients utilisent les différents centres et quel est le profil des patients présents plusieurs fois dans la base de données. Ces chiffres ne concernent bien évidemment que les séjours dans les centres INAMI et n'indiquent pas les éventuels mouvements vers des institutions non-INAMI ou des hôpitaux.

4.5.1. Episodes multiples

Au cours des 3 années d'enregistrement du TDI (2011-2013), 11669 patients ont été enregistrés avec un numéro unique d'identification (numéro de registre national). Seuls ces patients seront utilisés dans la suite des analyses car ils peuvent être identifiés de manière unique et suivis lors de leurs différents épisodes de traitement. Parmi ces 11669 patients, 22.4% (2616) sont présents plus d'une fois dans la base de données. Il faut cependant noter que les MASS sont sous représentées puisque les patients sont y sont moins souvent identifiés avec leur numéro de registre national.

Le tableau 4.5.1. montre le nombre maximal d'épisodes de traitement suivis par les patients présents plusieurs fois dans la base de données entre 2011 et 2013. 85,6% le sont 2 ou 3 fois.

Table 4.5.1.: Description des patients observés plusieurs fois dans la base de données (BTDIR, 2011-2013)

Variable	Nombre de patients	Pourcentage
Nombre maximum d'épisodes de traitement enregistrés pour un même patient	n=2616	
2	1724	65,9%
3	516	19,7%
4	206	7,9%
5	84	3,2%
6	41	1,6%
7	24	0,9%
8	9	0,3%
9	4	0,2%
10	5	0,2%
11	1	0,0%
12	0	0,0%
13	1	0,0%
14	1	0,0%
Intra-région	2524	96,5%
Inter-région (Bxl-Wal)	92	3,5%
Même institution	1647	62,9%
Différentes institutions	969	37,1%

Au niveau des changements de région, 96,5% des patients qui sont observés plusieurs fois dans la base de données restent dans la même région. Seuls 3,5% des patients

changent de région et ces changements concernent uniquement la région wallonne et la région bruxelloise.

Il est intéressant de remarquer que 62,9% des patients sont observés dans la même institution au cours des différents épisodes de traitement.

4.5.2. Utilisation des programmes de traitement

La table 4.5.2. montre les différents types de programmes de traitement qui sont visités par les patients observés à plusieurs reprises dans la base de données. Il peut s'agir de plusieurs visites dans chaque type de programme et l'ordre des visites n'est pas ici précisé.

Il faut noter qu'environ la moitié des patients (49,7%) présents plus d'une fois dans la base de donnée sont restés dans le même programme de traitement au cours de leurs différents épisodes. La proportion la plus importante de patients est celle qui reste dans les centres de jour (30,4%).

Les programmes de traitement différents les plus souvent visités par un même patient sont les centres de jour et les centres de crise (13,4%) et entre les centres de crise et les communautés thérapeutiques (11,3%). L'utilisation de plus de 2 types de programmes différents est relativement limitée (7,3% des patients).

Table 4.5.2.: Types de programmes visités par les patients présents plusieurs fois dans la base de données (BTDIR, 2011-2013)

Variable	Nombre de patients	Pourcentage
Types de programmes où le patient a été enregistré	n=2616	
MASS	231	8,8%
Jour	796	30,4%
Crise	170	6,5%
CT	103	4,0%
MASS <-> Jour	159	6,1%
MASS <-> Crise	164	6,3%
MASS <-> CT	22	0,9%
Jour <-> Crise	352	13,5%
Jour <-> CT	129	4,9%
Crise <-> CT	296	11,3%
MASS <-> Jour <-> Crise	38	1,5%
MASS <-> Jour <-> CT	1	0,0%
MASS <-> Crise <-> CT	53	2,0%
Jour <-> Crise <-> CT	95	3,6%
MASS <-> Jour <-> Crise <-> CT	5	0,2%

4.5.3. Trajets des patients

Pour décrire de manière plus systématique le trajet de soin des patients, seuls les personnes débutant un traitement pour la première fois de leur vie entre 2011 et 2013

dans un établissement INAMI et observés au moins 2x dans la base de données (n=747) sont pris en compte.

Parmi ceux-ci, 13% (n=95) débutent un traitement dans une MASS, 64% (n=482) dans un centre de jour, 16% (n=118) dans un centre de crise et 7% (n=52) dans une communauté thérapeutique. Les différents épisodes de traitement de chacun de ces 4 groupes de patients vont être décrits.

Table 4.5.3.: Trajet des patients debutant un traitement et présents plusieurs fois dans la base de données (BTDIR, 2011-2013)

Variable	Nombre de patients	Pourcentage
Trajet des patients ayant débuté un traitement en		
MASS	**95**	
Restent dans une MASS	57	60,0%
Aller-retours entre MASS et centres de crise	22	23,2%
Evoluent vers un centre de jour	12	12,6%
Evoluent vers une CT (après passage éventuel par un centre de crise)	4	4,2%
Jour	**482**	
Restent en centre de jour	348	72,2%
Aller-retours entre centres de jour et centres de crise	68	14,1%
Evoluent vers une CT (après passage éventuel par un centre de crise)	34	7,1%
Evoluent vers une MASS	32	6,6%
Crise	**118**	
Restent en centre de crise	22	18,7%
Evoluent vers une CT	44	37,3%
Evoluent vers une MASS	30	25,4%
Aller-retours entre centres de jour et centres de crise	22	18,6%
CT	**52**	
Restent en CT	33	63,5%
Aller-retours entre centres de crise et CT	6	11,5%
Evoluent vers un centre de jour	8	15,4%
CT <-> Jour <-> Crise	5	9,6%

60% des personnes débutant un traitement en MASS, sont observées pour un deuxième ou un troisième épisode de traitement également dans une MASS. Les parcours des patients vers des communautés thérapeutiques sont relativement peu fréquents (4,2%), même si la période d'observation est peut-être encore limitée. Les centres de crise sont également fréquentés par ce groupe mais d'une manière transitoire sous forme d'aller-retour entre ces 2 types de programmes. Les centres de jour accueillent également ces personnes dans la suite de leur parcours.

Les personnes débutant leur traitement en centre de jour sont observées ultérieurement dans le même ou d'autres centres de jour (72,2%). Des épisodes transitoires en centre de crise sont également observées (14,1%). Par contre relativement peu de personnes évoluent vers une CT (7,1%) ou vers une MASS (6,6%).

Au vu de ce tableau, le côté transitoire des centres des crises est évident puisque seuls 18,7% des personnes qui débutent leur traitement dans un centre de crise restent en

centre de crise (pour un 2ème, voire un troisième épisode). La plus grande partie des personnes évoluent vers une CT (37,3%), vers une MASS (25,4%) ou vers un centre de jour (éventuellement avec une rechute en centre de crise) (18,6%)

Les personnes débutant leur traitement en CT sont plus stables puisque 63,5% restent lors de leurs épisodes suivants en CT, éventuellement avec des aller-retour en centres de crise (11,5%). Une faible proportion évoluent vers des centres de jour (15,4%) et une faible proportion (9,6%) ont un parcours plus varié entre des centres de jour et des centres de crise. Les MASS sont ici absentes du parcours de ces patients. Ceci peut s'expliquer par la moins bonne traçabilité des patients issus des MASS en raison du manque d'identifiant unique.

4.5.4. Caractéristiques des patients

Plus de 3 patients sur 4 qui sont présents à plusieurs reprises dans la base de données conservent la même substance primaire. Par contre parmi ceux dont la substance primaire varie au cours des épisodes de traitement, c'est en grande majorité des changements (sans prendre en compte l'ordre de ces changements) Opiacés-Cocaine (16,7%) qui sont observés ainsi que Cocaine-Cannabis, Amphétamine-Cannais et Opiacés-Alcool.

Table 4.5.4.: Description des substances primaires des patients observés plusieurs fois dans la base de données (BTDIR, 2011-2013)

Variable	Nombre de patients	Pourcentage
Changement de substance primaire	n=2616	
Même substance primaire	1988	76,0%
Changement de substance primaire	628	24,0%
Changements de substance primaire les plus fréquents	n=628	
Opiacés - Cocaine	105	16,7%
Cocaine - Cannabis	68	10,8%
Amphétamines - Cannabis	62	9,9%
Opiacés - Alcool	57	9,1%
Opiacés - Cannabis	46	7,3%
Opiacés - Stimulants	40	6,4%
Cocaine - Alcool	35	5,6%

5. Conclusions et perspectives

Pour la troisième année consécutive, les données des nouvelles demandes de traitement pour une dépendance aux substances, enregistrées dans les centres avec une convention INAMI ont été analysées au niveau national. L'indicateur européen standardisé TDI utilisé pour collecter les informations sur les patients permet de pouvoir comparer les résultats obtenus avec les moyennes européennes. De plus l'identification des patients à l'aide de leur numéro de registre national permet non seulement de détecter les doublons présents dans la base de données mais également d'observer les personnes au cours de leurs différents épisodes de traitement.

Les 27 établissements avec une convention INAMI offrant 42 programmes de traitement répartis en 4 catégories (maison d'accueil socio-sanitaire, centre de jour, centre de crise et communauté thérapeutique) ont rapporté en 2013 les données pour 6458 patients. C'est 8% de plus qu'en 2012. L'augmentation du nombre de patients est surtout marquée dans les centres ambulatoires (MASS et centres de jour). Les données sont collectées de manière plus complète par rapport aux années précédentes au regard du pourcentage de variables complétées avec la catégorie "inconnu".

La comparaison des données enregistrées par région et par type de programme de traitement montre de grosses différences. Les patients en région flamande sont par exemple plus jeunes que les patients en région wallonne ou à Bruxelles. Les différences sont également significatives dans une région donnée entre les différents types de programmes de traitement. L'origine de la demande est beaucoup plus souvent liée à un renvoi judiciaire en Flandre et plus particulièrement dans les centres de jour. Par rapport aux substances principales mentionnées comme étant à l'origine de la demande de traitement, les opiacés sont beaucoup plus souvent mentionnés en Wallonie et à Bruxelles alors qu'en Flandre, il s'agit d'abord du cannabis. Un autre élément notoire concerne la quasi absence de demandes de traitement pour des stimulants en Wallonie et à Bruxelles alors que ceux-ci sont beaucoup plus fréquents en Flandre.

Lorsque les données sont analysées selon les catégories de substances consommées mentionnées par les patients, les différences sont également notoires. Que ce soit au niveau de l'âge moyen moindre pour le groupe des patients en traitement pour le cannabis (24 ans) que pour les stimulants et la cocaïne (30-31 ans), les opiacés (34 ans) ou l'alcool (39 ans). La situation socio-économique de ces différents groupes de patients est également différente puisque les patients en traitement pour le cannabis sont généralement mieux intégrés que les patients en traitement pour les opiacés si l'on regarde leur situation de vie ou professionnelle. Le profil de consommation de la substance diffère légèrement de la moyenne européenne. L'injection est par exemple

moins répandue en Belgique que dans les autres pays européens. Les consommateurs belges consomment les substances pour la première fois généralement plus tôt que la moyenne européenne.

Lorsque les multiples épisodes de traitement des patients depuis 2011 dans les centres INAMI sont analysés, on note une relative fidélité des patients à une même institution (63%) et à un type de programme de traitement (50%). Les centres de crise jouent leur rôle de traitement de courte durée transitoire puisqu'ils sont souvent observés dans les trajets des patients en provenance des autres types de centres et surtout avec les communautés thérapeutiques. Les substances principales mentionnées au cours des différents épisodes sont également relativement stables puisque les trois-quarts des patients n'en changent pas. D'autres éléments seraient également intéressants à prendre en compte, notamment sur l'évolution du profil de consommation du patient (fréquence de consommation, comportement d'injection).

L'indicateur TDI fournit donc une quantité importante d'informations qu'il est possible de traiter d'un grand nombre de manières différentes. Cependant, il est toujours important de garder à l'esprit ses limitations en termes de couverture (uniquement les centres INAMI) ou de portée des données enregistrées (uniquement les nouveaux traitements et les réadmissions et non l'ensemble des traitements). Un autre élément observé est le manque de définition précise des patients à inclure (introduction d'une demande de remboursement à l'INAMI ou pas). Sur ce dernier point les discussions lors du comité de gestion du projet ont mis en évidence le relatif antagonisme entre la collecte des données à des fins de recherche épidémiologique ou à des fins de gestion administrative. A des fins épidémiologiques, tous les patients devraient être enregistrés sans distinction de statut administratif (remboursement par l'INAMI). A partir de 2015 nous allons tenter de remédier à ce problème en introduisant une variable incluant ce statut administratif du patient afin de recevoir les données complètes d'une institution. Dans ce même ordre d'idée la question se pose de l'intérêt de voir figurer le tableau du nombre de données enregistrées par institution.

Plus en amont, une importance plus grande doit également être portée sur la qualité des données fournies via notamment un système permettant d'alerter les centres lorsque des incohérences ou un pourcentage élevé de données inconnues sont observés. En outre, les différences régionales ne sont toujours pas complètement expliquées et ne sont pas en cohérence avec les chiffres de capacité des centres même si la définition même des patients TDI (nouveaux épisodes) ne permet pas une comparaison aisée. A partir du 1e janvier 2015, un nouveau protocole d'enregistrement démarrera en Belgique et va permettre d'améliorer les problèmes rencontrés avec certaines définitions ou variables.

6. Références

Antoine, J., Raes, V., Lombaert, G., van Deun, P., De Vos, M., Goemanne, D., Guzman, A., Macquet, C., Van Bouchaute, J., Vandevelde, D., & Versele, D. 2014, *L'enregistrement TDI dans les centres de rééducation fonctionnelle liés à l'INAMI. Rapport annuel pour l'année d'enregistrement 2012*, Institut Scientifique de Santé Publique (WIV-ISP), Bruxelles, D/2013/2505/49.

Antoine, J. & van Bussel, J. C. H. 2013, *L'enregistrement TDI dans les centres de rééducation fonctionnelle liés à l'INAMI. Rapport annuel pour l'année d'enregistrement 2011*, Institut scientifique de Santé publique (WIV-ISP), Bruxelles, D/2013/2505/12.

Conférence interministérielle Santé publique. Enregistrement des demandes de traitement via le Treatment Demand Indicator. 2006/22273, 22932-22934. 3-5-2006.

Conférence interministérielle Santé publique. Protocole d'accord des ministres qui ont la santé publique dans leurs compétences concernant l'enregistrement des demandes de traitement en matière de drogues et d'alcool via l'opérationnalisation du Treatment Demand Indicator européen. 30-9-2013.

EMCDDA 2000, *Treatment demand indicator. Standard protocol 2.0*, EMCDDA, Lisbon, EMCDDA/EPI/2000.

EMCDDA. Treatment demand indicator (TDI) standard protocol 3.0: Guidelines for reporting data on people entering drug treatment in European countries. EMCDDA. [9], 1-80. 2012. Luxembourg, Publications Office of the European Union, 2012. Manuals.

EMCDDA 2013, *European Drug Report. Trends and developments 2013*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

EMCDDA 2014, *European Drug Report. Trends and developments 2014*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

Hogge, M. & Denoiseux, D. 2014, *L'usage de drogues en fédération Wallonie-Bruxelles. Rapport 2013-2014*, Eurotox asbl, Brussels.

Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) 2000, *Rapport annuel INAMI. Les centres de rééducation pour toxicomanes liés à l'INAMI : une évaluation de leur activité*, INAMI, Bruxelles.

van Deun, P. 2014, *Registratiegegevens Drugshulpverlening Vlaanderen 2011-2012*, vzw VVBV, Gent.

WETENSCHAPPELIJK INSTITUUT VOLKSGEZONDHEID
INSTITUT SCIENTIFIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

Treatment Demand Indicator (TDI)
Formulaire INAMI – Version 2.1.

>> http://tdi.wiv-isp.be <<

1. INFORMATIONS GENERALES

1.1. Nom de l'institution

[ ]

Nom de l'institution où le patient est traité.

1.2. Nom de l'unité

[ ]

Nom de l'unité où le patient est traité.

1.3. Type d'unité de traitement - *De quel type d'unité de traitement s'agit-il ?*

Unité résidentielle
- ○ Unité de crise
- ○ Unité thérapeutique
- ○ Hôpital psychiatrique
- ○ Service psy en hôpital général
- ○ Hôpital général

Médecin généraliste
- ○ Médecin généraliste

Unité ambulatoire
- ○ MASS
- ○ Ambulatoire spécialisé
- ○ Centre de santé mentale
- ○ Autre ambulatoire

Unité en milieu carcéral
- ○ Traitement de substitution
- ○ Programme thérapeutique

Réponse obligatoire
1 seul choix possible

2. IDENTIFICATION DU PATIENT

2.1. Code unique d'identification du patient

Numéro de Registre national

□□.□□.□□-□□□.□□

OU Numéro de Registre national-bis / Numéro de passeport

[ ]

OU Date de naissance

□□.□□.□□□□

Il est recommandé d'utiliser en priorité le numéro de registre national du patient qui est le seul identifiant unique en Belgique. Les données encodées ici seront automatiquement cryptées lors de leur envoi à l'ISP.
Le numéro de registre national se trouve inscrit sur la carte d'identité ou sur la carte SIS. Les 6 premiers chiffres correspondent à la date de naissance inversée du patient.
Le numéro de registre national bis est attribué aux étrangers venant travailler temporairement en Belgique.

3. DESCRIPTION DU PATIENT

3.1. Sexe - *Quel est le sexe du patient ?*

○ Masculin ○ Féminin ○ ? Inconnu

Le sexe est mentionné sur la carte d'identité ainsi que sur d'autres documents officiels.

3.2. Age - *Quel est l'âge du patient le jour du début du traitement ?*

○ <15 ○ 25-29 ○ 40-44 ○ 55-59
○ 15-19 ○ 30-34 ○ 45-49 ○ 60-64
○ 20-24 ○ 35-39 ○ 50-54 ○ >=65
○ ? Inconnu

Année de naissance : ☐☐☐☐

L'âge peut être indiqué soit via une des catégories d'âge suivantes ou en indiquant l'année de naissance du patient ci-dessous

3.3. Nationalité - *Quelle est la nationalité du patient ?*

○ Belge
○ Non-Belge, Union européenne
○ Non-Belge,non-Union européenne
○ ? Inconnu

La nationalité est mentionnée sur la carte d'identité ou sur tout autre document officiel. Si le patient possède la double nationalité (Belge et une autre) la catégorie "Belge" est indiquée. Les pays membres de l'union européenne sont : Allemagne, Autriche, Bulgarie, Chypre, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Roumanie, Royaume-Uni, Slovaquie, Slovénie, Suède

3.4. Situation de vie (avec qui ?) - *Avec qui vit le patient au cours du mois précédent cet épisode de traitement ?*

○ Seul
○ Avec ses parents
○ Seul avec enfant(s)
○ En couple avec enfant(s)
○ En couple sans enfant(s)
○ Avec des amis
○ Autre
○ ? Inconnu

Si la situation de vie a changé au cours du dernier mois, la dernière situation est indiquée. Si le patient se trouve dans une institution ou en prison, la catégorie "Autre" est choisie.

3.5. Situation d'habitation (où ?) - *Où vit le patient au cours du mois précédent cet épisode de traitement ?*

○ Domicile fixe (propre maison, famille, amis, connaissances, kot)
○ Domicile variable (incl. SDF)
○ En institution / En prison
○ ? Inconnu

Si la situation de vie a changé au cours du dernier mois, la dernière situation est indiquée. "Domicile fixe" signifie : sa propre résidence (achetée ou louée), une résidence dans la famille, chez des amis ou un kot. "Domicile variable" signifie que le patient change d'une résidence temporaire à une autre. "En institution" signifie par exemple en hôpital, en centre résidentiel pour des personnes handicapées,…

3.6. Niveau d'éducation - *Quel est le plus haut niveau d'éducation terminé par le patient ?*

○ Néant (non scolarisé)
○ Primaire
○ Secondaire
○ Supérieur ou universitaire
○ ? Inconnu

3.7. Situation professionnelle - *Quelle est la situation professionnelle du patient au cours du mois dernier ?*

○ Emploi régulier (temps plein / temps partiel)
○ Etudiant
○ Inactif (Pensionné, Femme/ Homme au foyer, raison médicale, CPAS, mutuelle)
○ Chômeur
○ Autre
○ ? Inconnu

"Emploi régulier" signifie réaliser au moins une heure de travail contre rétribution. "Inactif" signifie que le patient reçoit des revenus sociaux ou d'invalidité ou qu'il est homme/femme au foyer. "Chômeur" signifie qu'il n'a pas d'emploi mais qu'il cherche activement et qu'il bénéficie de l'allocation de chômage

4. DESCRIPTION DU TRAITEMENT

4.1. Date de début de prise en charge - *Quand le patient a-t-il débuté cet épisode de traitement ?*

☐☐.☐☐.☐☐☐☐

Réponse obligatoire

4.2. Traitement antérieur - *Le patient a-t-il déjà été traité pour des problèmes liés à la drogue ou à l'alcool au cours de sa vie et si oui dans quel centre ?*

- ○ Jamais traité
- ○ Déjà été traité dans ce centre
- ○ Déjà été traité ailleurs
- ○ ? Inconnu

Si le patient a déjà été traité à la fois dans ce centre et ailleurs, le dernier traitement effectué est décrit.

4.3. Adressé par - *Qui ou quelle institution est à l'origine du traitement du patient ?*

- ○ Propre initiative
- ○ Famille ou amis
- ○ Autre service d'aide toxicomanie
- ○ Hôpital général, hôpital psy., service psy. d'un hôpital général ou autre service médical
- ○ Médecin généraliste
- ○ Service social
- ○ Police / Justice
- ○ Autre
- ○ ? Inconnu

L'origine déterminante ayant conduit le patient à suivre un traitement doit être choisie

4.4. Traitement de substitution - *Le patient a-t-il déjà suivi au cours de sa vie un traitement de substitution et avec quelle substance ?*

- ○ Oui, héroïne
- ○ Oui, méthadone
- ○ Oui, buprénorphine
- ○ Oui, autres opiacés
- ○ Oui, autres substances
- ○ Aucun traitement de substitution
- ○ ? Inconnu

Si différents traitements de substitution ont déjà été suivis par le patient, le dernier est indiqué. Seuls les patients ayant indiqué avoir déjà été traités précédemment (4.2) doivent pouvoir répondre "oui"

4.5. Distance - *Quelle distance (en km) le patient a-t-il parcouru pour suivre cet épisode de traitement ?*

☐☐☐,☐☐ km

Il s'agit de la distance entre la dernière résidence du patient (en dehors d'un contexte thérapeutique ou institutionnel) et l'adresse du centre de traitement. Si la réponse est inconnue, la variable doit rester vide.

5. DESCRIPTION DU PROFIL D'ADDICTION

5.1. Substance psychoactive principale- *Quelle est la substance principale ayant amené le patient à suivre ce traitement?*

- ○ **Opiacés**
  - ○ Héroïne
  - ○ Méthadone
  - ○ Buprénorphine
  - ○ Autres opiacés
- ○ **Cocaïne**
  - ○ Cocaïne
  - ○ Crack
- ○ **Stimulants**
  - ○ Amphétamines
  - ○ MDMA et dérivés
  - ○ Autres stimulants
- ○ **Hypnotiques et sédatifs**
  - ○ Barbituriques
  - ○ Benzodiazépines
  - ○ Autres hypnotiques
- ○ **Hallucinogènes**
  - ○ LSD
  - ○ Autres hallucinogènes
- ○ **Inhalant volatiles**
- ○ **Cannabis**
- ○ **Alcool**
- ○ **Autre**

La substance principale est celle causant le plus de problèmes basé sur ce que le patient dit à propos de l'histoire de sa toxicomanie ou la fréquence de l'usage. Si la catégorie détaillée est inconnue, la catégorie générique peut être choisie (ex. Opiacés). Si la substance principale est le speedball, l'héroïne est indiquée comme substance principale et la cocaïne comme substance secondaire. Le tabac et les substances utilisées pour des raisons médicales sous prescription médicale sont exclues.

5.2. Autres substances psychoactives - *Quelles sont les autres substances consommées au cours du dernier mois ?*

- ☐ **Opiacés**
  - ☐ Héroïne
  - ☐ Méthadone
  - ☐ Buprénorphine
  - ☐ Autres opiacés
- ☐ **Cocaïne**
  - ☐ Cocaïne
  - ☐ Crack
- ☐ **Stimulants**
  - ☐ Amphétamines
  - ☐ MDMA et dérivés
  - ☐ Autres stimulants
- ☐ **Hypnotiques et sédatifs**
  - ☐ Barbituriques
  - ☐ Benzodiazépines
  - ☐ Autres hypnotiques
- ☐ **Hallucinogènes**
  - ☐ LSD
  - ☐ Autres hallucinogènes
- ☐ **Inhalant volatiles**
- ☐ **Cannabis**
- ☐ **Alcool**
- ☐ **Autre**

Si la catégorie détaillée est inconnue, la catégorie générique peut être choisie (ex. Opiacés). Le tabac et les substances utilisées pour des raisons médicales sous prescription médicale sont exclues. Si le patient n'utilise pas d'autres substances, la variable doit être laissée vide.

5.3. Mode de consommation - *Quel est le mode de consommation habituel de la substance principale ?*

- ○ Injecter
- ○ Fumer/inhaler
- ○ Manger/boire
- ○ Sniffer
- ○ Autre
- ○ ? Inconnu

"Fumer/inhaler" se rapporte à l'utilisation d'une substance gazeuse par voie pulmonaire. "Sniffer" se rapporte à l'utilisation d'une substance poudreuse par voie nasale.

5.4. Fréquence de l'usage - *A quelle fréquence le patient consomme-t-il la substance principale au cours du dernier mois?*

- ○ Pas consommé le mois précédent
- ○ 1x par semaine ou moins
- ○ 2 à 6 jours/semaine
- ○ Tous les jours
- ○ ? Inconnu

La variable se rapporte au mois précédent le traitement à l'exception des patients qui étaient en traitement de sevrage, en détention ou dans un environnement sans drogues avant l'entrée en traitement. Dans ces cas, la période de référence concerne le mois précédent leur situation de sevrage, détention,…

5.5. Age de la première consommation - *A quel âge a commencé le patient à utiliser la substance principale pour la première fois ?*

☐☐

Si la réponse est inconnue, la variable doit rester vide.

5.6. Comportement d'injection - *Quel est le comportement d'injection du patient ?*

- ○ Jamais injecté
- ○ S'injecte mais plus actuellement
- ○ S'injecte encore actuellement
- ○ ? Inconnu

Ce statut se rapporte au comportement d'injection toutes substances confondues .Actuellement s'entend au cours du dernier mois. Les injections pour raisons médicales sont exclues.