

TDI

L'INDICATEUR DE DEMANDE DE TRAITEMENT LIÉ À L'USAGE DE DROGUES OU D'ALCOOL EN RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE



TABLE DES MATIÈRES

①	DE L'USAGE EXPÉRIMENTAL À L'USAGE PROBLÉMATIQUE	6
②	LE TDI AU NIVEAU EUROPÉEN	8
③	LE TDI AU NIVEAU BELGE ET EN RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE	10
④	DESCRIPTION DES PATIENTS EN DEMANDE DE TRAITEMENT SUR LA PÉRIODE 2011-2014	13
⑤	LIMITES DU TDI ET PERSPECTIVES	25



AVANT-PROPOS

Le travail d'Eurotox consiste à améliorer la compréhension du phénomène de l'usage de drogues en Wallonie et à Bruxelles. L'objectif est d'informer au mieux les acteurs de terrain, les administrations, les politiques, les médias et le grand public sur les aspects socio-épidémiologiques, sanitaires, légaux et contribuer aux débats de société en lien avec cette problématique.

Depuis 2000, Eurotox remplit la mission d'Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues et de Sous-point focal francophone de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT). Dans ce cadre, nous assurons le fonctionnement d'un système de collecte et d'analyse de données, et nous proposons diverses publications, dont un rapport régulier sur l'usage de drogues.

POURQUOI CES LIVRETS THÉMATIQUES ?

Désormais, nous proposons également des publications sous la forme de livrets thématiques. L'objectif est de fournir une présentation plus accessible des informations pertinentes et actualisées relatives à un produit et/ou à une thématique spécifique en lien avec l'usage de drogues. L'idée est de faciliter ainsi la dissémination des sujets abordés, en fournissant un support informatif et opérationnel plus dynamique, adapté aux besoins actuels.

POURQUOI CE LIVRET SUR L'INDICATEUR DE DEMANDE DE TRAITEMENT EN RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE ?

L'indicateur de demande de traitement (appelé TDI pour *Treatment demand indicator*) lié à l'usage de drogues est l'un des cinq indicateurs épidémiologiques clés récoltés dans les pays de l'Union Européenne de manière à ce que l'OEDT puisse évaluer la problématique de l'usage de drogues et des assuétudes en Europe. Le recueil de cet indicateur a longtemps été hétérogène au niveau belge en raison de la multiplication des outils de récolte et de la diversité des variables d'un outil à l'autre. Depuis 2011, cette récolte a été rendue plus cohérente via une informatisation et une coordination de la récolte au niveau national, impulsée et supervisée par l'Institut Scientifique de Santé Publique.

De plus, un nouveau protocole a été introduit à l'échelle de l'Union européenne et est en application au niveau belge depuis le 1^{er} janvier 2015. Ce livret est donc l'occasion de faire le point sur les données récoltées en région de Bruxelles-Capitale de 2011 à 2014. En outre, suite au transfert de compétences lié à la 6^{ème} Réforme de l'État belge, même si le projet reste coordonné au niveau fédéral, la récolte du TDI est aussi désormais sous la responsabilité des trois Régions. Il est donc important de fournir une vision régionale de la problématique qui permette aux institutions de terrain et aux instances politiques d'appréhender la situation afin de mettre en place des politiques régionales et des actions adaptées aux réalités.

Bonne lecture !

DE L'USAGE EXPÉRIMENTAL À L'USAGE PROBLÉMATIQUE

Lorsque l'expérimentation d'une substance est vécue positivement¹, la personne peut être tentée de réitérer l'expérience et dans certains cas, elle adoptera un mode de consommation dit «récréatif». Parfois, en fonction de certains facteurs de risque ou en l'absence de facteurs protecteurs, elle fera usage de ce produit de façon plus régulière et ne s'inscrira plus uniquement dans ce contexte initial de consommation récréative. Elle pourra alors avoir tendance à consommer en dehors de tout contexte social, de plus en plus fréquemment et de manière incontrôlée. Lorsque cette consommation entraîne des conséquences psychosociales dommageables pour elle

1 Lorsque les effets lui déplaisent réellement, l'individu aura tendance à ne pas renouveler l'expérience, sauf en cas de pression sociale suffisante ou de désir de dépasser cette première expérience négative (et ce en raison d'attentes particulières vis-à-vis du produit).

et/ou son entourage (problèmes scolaires ou professionnels, conflits interpersonnels, etc.), on parlera alors de consommation abusive qui, progressivement, pourra évoluer vers un état de dépendance. Certains individus parviendront à développer un usage régulier et contrôlé du produit, sans que cela puisse être considéré comme une consommation problématique sur le plan clinique.

Selon les estimations, seule une minorité des usagers de produits psychoactifs évoluerait vers une consommation problématique (UNODC, 2011 ; Rehm, Room, van den Brink & Kraus, 2005). L'étiologie d'un usage, qu'il soit problématique ou non, se situe au niveau des interactions entre l'individu, le produit et son environnement (Zinberg, 1984). Un des facteurs de risque les plus souvent identifiés dans les études relatives au

développement de l'usage problématique est la précocité du premier usage du produit (voir par exemple Anthony & Petronis, 1995), d'où l'importance de développer des programmes de prévention auprès des jeunes avant que les premiers usages n'apparaissent et se développent, et de proposer des structures d'aide et de soin suffisamment nombreuses et attractives pour diminuer le délai entre le début de l'usage problématique et la première demande d'aide.

Toutes les personnes présentant un usage problématique ne demandent pas forcément de l'aide, la durée moyenne entre le premier usage d'une substance et le premier traitement variant de 5 à 8 ans selon le produit (EMCDDA, 2000, 2002). Cette latence importante s'explique d'une part par la difficulté qu'ont généralement les usagers à identifier et accepter leur

problème de consommation, et d'autre part par la difficulté à passer à l'action et solliciter une aide professionnelle une fois le problème reconnu. Ces étapes peuvent en effet s'étendre sur de nombreuses années, préalablement jalonnées de tentatives autonomes et infructueuses de reprise de contrôle de la consommation, tel que le décrit très bien le modèle du cycle du changement de Prochaska et DiClemente (1982). Selon ces auteurs, le changement d'un comportement (comme par exemple la consommation addictive d'un produit) est un processus progressif comprenant six étapes ou stades : la pré-contemplation (l'utilisateur est non-conscient du problème de consommation), la contemplation (l'utilisateur en a conscience mais ne fait rien), la décision (l'utilisateur envisage de prendre des mesures pour arrêter cette addiction), l'action (le passage de la consommation à la non-consommation), le maintien

(intégration de l'abstinence dans les habitudes de vie) et la rechute (nouveau passage éventuel de la non-consommation à la consommation). Une particularité de ce modèle est qu'il conçoit qu'un individu peut régresser de n'importe quel stade au stade précédent, et ce à n'importe quel moment. Une autre spécificité est qu'il conçoit la «rechute» comme faisant partie intégrante du processus. Enfin, selon ce modèle, le traitement proposé aux personnes toxicodépendantes doit être adapté en fonction du stade auquel la personne se trouve.

LE TDI AU NIVEAU EUROPÉEN

Le TDI fait partie des 5 indicateurs épidémiologiques clés que les pays membres de l'Union Européenne (UE) se sont engagés à récolter et à transmettre à l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT). L'objectif est de pouvoir dépeindre la situation épidémiologique européenne relative à l'usage de drogues et aux problématiques associées, et d'en suivre l'évolution dans le temps.

Le TDI est un enregistrement annuel des demandes de traitement introduites auprès des services d'aide et de soin pour un problème d'abus ou de dépendance à une drogue illégale². Il vise à fournir une estimation annuelle du nombre, et à dresser le profil, des personnes ayant fait une telle demande de soin.

.....
 2 Les traitements des maladies (hépatite alcoolique ou virale, abcès, HIV, etc.) associées à cet usage sont exclus de l'enregistrement. En outre, seule la dernière demande de traitement enregistrée par le patient sur une année civile doit être comptabilisée.

Cinq indicateurs clés font actuellement l'objet d'une récolte au niveau européen :

- › prévalence de l'usage de drogues dans la population générale
- › prévalence de l'usage problématique (ou à risques) de drogues
- › demande de traitement chez les usagers de drogues (TDI)
- › maladies infectieuses liées à l'usage de drogues
- › mortalité liée à l'usage de drogues

L'OEDT définit comme traitement toute activité visant à améliorer le statut psychique, médical et/ou social des usagers de drogues ayant des problèmes liés à leur consommation personnelle. Non seulement cette définition comprend l'offre de soins dispensés par certaines structures dont l'objectif premier est la désintoxication ou le maintien de l'abstinence, mais elle inclut également les structures qui dispensent un soutien psycho-social ambulatoire. La notion de traitement est donc considérée dans une acception assez large. Notons toutefois que les structures qui ne délivrent qu'une aide sociale et celles qui ne proposent qu'un échange de seringues ne sont pas considérées comme effectuant un traitement.

Cet enregistrement est réalisé à partir d'un protocole commun et standardisé (assurant la comparabilité des données entre pays ou régions) composé d'une vingtaine de variables qui permettent de caractériser le profil sociodémographique, le profil d'usage et certains comportements à risque des patients, ainsi que les caractéristiques de la demande de traitement. Le premier protocole TDI a été mis au point en 1994 sur base des travaux du groupe de coopération du Conseil de l'Europe pour la lutte contre l'abus et le trafic de drogues (Groupe Pompidou³). Il a d'abord été utilisé dans certaines grandes villes de l'UE avant de s'étendre peu à peu à l'ensemble des pays. Deux révisions de ce protocole ont depuis été proposées afin d'améliorer le contenu de la récolte et de l'adapter au mieux à l'évolution des pratiques d'usage de drogues. La dernière, qui date de 2013, est d'application en Belgique depuis le 1^{er} janvier 2015 (le protocole TDI 3.0).

.....
3 http://www.coe.int/t/dg3/pompidou/default_FR.asp

Les traitements qui doivent être enregistrés sont dispensés dans les structures suivantes :

- centres/programmes ambulatoires (centres spécialisés, certains services d'accueil et de prévention, etc.)
- centres/programmes résidentiels (hôpitaux, communautés thérapeutiques, centres de crise...)
- structures/programmes à bas seuil⁴ (maisons d'accueil socio-sanitaire, etc.)
- unités/programmes de traitement en milieu pénitentiaire
- médecins généralistes
- autres types de centres/programmes

.....
4 On parle de bas seuil lorsqu'une structure fournit un accueil et une aide sans imposer de conditions d'accès à ses bénéficiaires (pas de contrainte administrative, gratuité et immédiateté, pas d'exigence d'abstinence, etc.).

LE TDI AU NIVEAU BELGE ET EN RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE

L'Institut Scientifique de Santé Publique (WIV-ISP) est chargé de la coordination de la collecte du TDI au niveau national ainsi que du développement d'outils d'enregistrement et de rapportage. Concrètement, la récolte du TDI est centralisée et harmonisée depuis 2011 via la plateforme technique du WIV-ISP, qui propose à la fois un module d'encodage (pour les institutions ne disposant pas d'un outil de récolte de données) et un module de dépôt (pour les institutions ayant leur propre outil de récolte). Cette plateforme offre, via une intégration des outils de la plateforme ehealth, une sécurité d'accès aux fournisseurs de données ainsi qu'un codage anonyme des données personnelles (code NISS). En région de Bruxelles-Capitale, la majorité des institutions encodent actuellement leurs données TDI sur cette plateforme, et une minorité

sur l'outil Addibru 3.0⁵ proposé par la Plateforme de concertation pour la santé mentale de la région de Bruxelles-Capitale. Un seul centre dispose actuellement de son propre module d'enregistrement. Ces données servent à alimenter différents rapports.

Si le protocole TDI fournit des consignes précises sur la définition des variables et des cas devant être communément intégrés à la récolte de données, chaque pays a la liberté d'inclure un plus grand nombre de cas et de variables que ceux définis par le protocole européen. Ainsi, en Belgique, il a

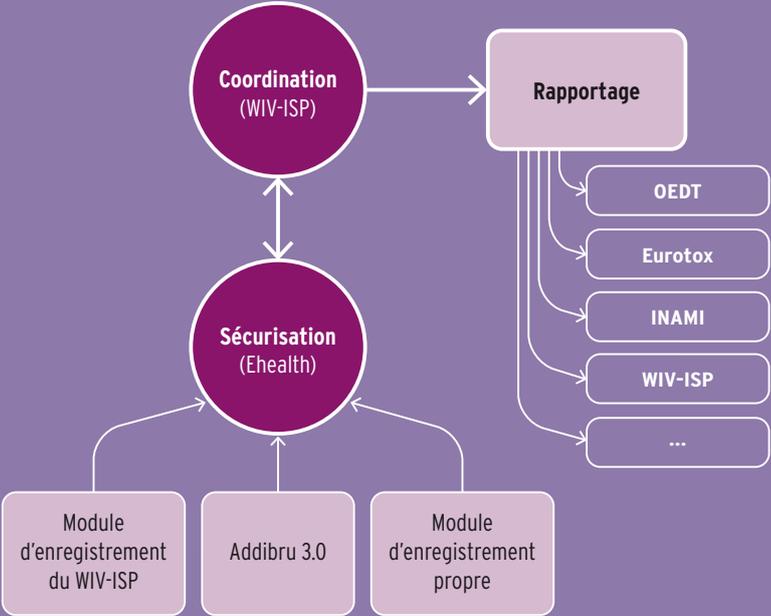
été convenu à partir de 2006 d'enregistrer également les demandes de traitement liées à une consommation problématique d'alcool (ce qui n'était pas demandé au niveau européen) et d'ajouter certaines questions ou catégories de réponses au formulaire. L'adaptation belge du protocole TDI 3.0 inclut également certaines variables supplémentaires qui sont récoltées au niveau national ou régional, mais ces données ne sont pas communiquées à l'OEDT.

En Belgique, la couverture de la récolte du TDI est variable et partielle. En effet, en ce qui concerne la partie francophone du pays, seuls les centres ayant une convention avec l'INAMI ainsi que les services agréés auprès de la Région wallonne sont dans l'obligation formelle de participer à la récolte du TDI. Les centres qui fonctionnent avec un autre type de financement (subsides

.....
 5 La première version d'Addibru a initialement été proposée comme outil de récolte et d'analyse du TDI par la CTB-ODB, qui faisait office de sous-point focal pour la région de Bruxelles-Capitale jusqu'à sa dissolution en 2011. Depuis lors, cette mission a été confiée à la Plateforme de concertation pour la santé mentale.

FIGURE 1 : L'ENREGISTREMENT DU TDI EN RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE

ambulatoires COCOF, plans de cohésion sociale, plans stratégiques de sécurité et de prévention, subventions facultatives de la Région wallonne ...) et qui ont une offre de traitement telle que définie par l'OEDT sont certes invités à y participer, mais sur une base volontaire et ils ne le font donc pas tous actuellement (par manque de temps et de moyen, principalement). En Région de Bruxelles-Capitale, même si l'actuel décret ambulatoire COCOF n'exige pas formellement d'y participer, la majorité des centres y contribuent effectivement, ainsi que certains centres ayant un autre type de financement. En outre, de 2011 à 2013, certains hôpitaux belges ont également participé à cet enregistrement via un projet pilote financé par le SPF santé publique. Cette récolte s'est récemment généralisée à l'ensemble des hôpitaux via la publication de l'arrêté royal du 25 avril 2014 qui intègre la récolte du TDI dans



Source : Eurotox

les obligations administratives des hôpitaux⁶. Enfin, il faut savoir que les traitements dispensés en cabinet privé ainsi qu'en milieu pénitentiaire ne sont pas non plus enregistrés actuellement en Belgique.

.....
6 Néanmoins, à l'heure actuelle, aucun accord ministériel n'a été convenu pour obtenir et diffuser ces données, ce qui explique pourquoi les données récoltées dans les hôpitaux depuis 2011 ne sont pas intégrées aux analyses fournies dans le présent document.

L'OEDT demande les informations concernant la dernière demande de traitement introduite par une personne au cours de l'année civile. Ainsi, dans le cas de personnes ayant introduit plusieurs demandes au cours d'une même année civile (par exemple, dans un centre ambulatoire au début de l'année, puis dans un centre résidentiel un peu plus tard afin d'entamer un traitement visant l'abstinence), seule la dernière demande doit être rapportée. L'élimination des «doublons» est rendue possible par l'utilisation d'un identifiant unique, en l'occurrence le numéro de registre national dans le cas de la Belgique. Néanmoins, tous les demandeurs n'en disposent pas forcément (les sans-papiers), et certains patients ne souhaitent pas forcément le communiquer. En outre, certains centres qui travaillent avec un bas seuil d'accès jugent inconfortable de devoir le demander et ne le font donc pas afin d'éviter d'instaurer un sentiment de méfiance auprès des usagers. Ainsi, sur la période 2011-2014, parmi les 3790 demandes de traitement enregistrées en région de Bruxelles-Capitale, le numéro de registre national a effectivement été mentionné dans seulement 60,9 % des cas. Tous les doublons ne peuvent

donc pas être actuellement éliminés. L'utilisation de cette variable sensible a nécessité l'approbation de la commission de protection de la vie privée ainsi que la mise en place d'un système de transfert sécurisé des données et d'un système de codage de cette variable par un tiers de confiance garantissant l'anonymat des patients. En outre, ceux-ci doivent être au préalable informés de leur participation à cette récolte, et ils ont le droit de le refuser.

L'OEDT demande également de distinguer sur une année civile les patients avec antécédents thérapeutiques de ceux qui introduisent une demande pour la première fois. La notion d'*admissions* renvoie à toutes les personnes qui ont fait une demande de traitement durant l'année en cours. En revanche, la notion de *premières demandes* concerne uniquement les personnes sans antécédent thérapeutique, et qui introduisent donc une demande de traitement de ce type pour la première fois de leur vie. Sur le plan épidémiologique, les premières demandes constituent donc, après élimination des doublons, une estimation directe de l'*incidence* des demandes de traitement.

DESCRIPTION DES PATIENTS EN DEMANDE DE TRAITEMENT SUR LA PÉRIODE 2011-2014

LE TDI est récolté au niveau national et peut donc être analysé tant au niveau national que régional. A titre illustratif, nous présentons ci-dessous une série d'analyses portant sur les données récoltées en région de Bruxelles-Capitale sur la période 2011-2014.

4.1. ÉVOLUTION DE LA COUVERTURE DE LA COLLECTE DU TDI

Sur la période 2011-2014, 4171 demandes de traitement ont été enregistrées en région de Bruxelles-Capitale auprès des centres participant actuellement à cette collecte⁷, ce qui correspond à 3790 patients (après

élimination de doublons). Les années 2011 et 2012 sont faiblement représentées parce qu'il s'agissait d'années de transition, liée à l'abandon de l'outil Addibru au profit du module d'encodage proposé par la plateforme du WIV-ISP. Cette transition n'a pas été instantanée, d'une part parce que seuls les centres financés par l'INAMI étaient

formellement obligés de participer à cette récolte, et d'autre part car les nouvelles modalités d'encodage n'ont pas directement fait l'unanimité (notamment en raison du recours au numéro de registre national comme identifiant unique).

TABLEAU 1 : ÉVOLUTION DE LA RÉCOLTE DES DEMANDES DE TRAITEMENT, RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE, 2011-2014

	2011	2012	2013	2014	2011-2014
N centres	8	8	9	11	/
N demandes de traitement	495	571	1263	1842	4171
N patients uniques*	403	517	1130	1740	3790
<i>Traitement bas seuil</i>	115	170	391	422	1098
<i>Traitement ambulatoire</i>	123	196	274	709	1302
<i>Traitement résidentiel</i>	165	151	465	609	1390
*après éliminations des doublons					

⁷ Sur la région de Bruxelles-Capitale, on dénombre 19 centres ou structures (hors structures hospitalières) spécialisées dans la prise en charge des problématiques d'assuétudes.

Les traitements dispensés dans les centres de prise en charge peuvent être globalement catégorisés selon le secteur de prise en charge : ambulatoire, résidentiel ou ambulatoire avec un bas seuil d'accès. Au-delà de ces grandes catégories, les traitements peuvent également se décliner en fonction du contexte de la prise en charge : communauté thérapeutique, hébergement de crise, centre de jour, unité de consultation, maison d'accueil socio-sanitaire, etc. Nous n'utilisons toutefois pas ces distinctions dans les présentes analyses. Enfin, les traitements peuvent également être distingués en fonction de l'approche thérapeutique (cure de désintoxication, thérapie cognitivo-comportementale, thérapie psychanalytique, accompagnement psycho-social, etc.) et de l'objectif thérapeutique (abstinence, limitation de la consommation, etc.), mais ces deux informations ne sont pas reprises dans le TDI belge.

4.2. CONVENTIONS D'ANALYSE

Par convention, nous ne rapportons pour chaque variable que les pourcentages calculés sur base des patients (c'est-à-dire après élimination de «doublons» ou demandes multiples) et en utilisant comme dénominateur le nombre de patients qui ont fourni une réponse à la question correspondante (c'est-à-dire après exclusion des non-réponses dans le calcul). Le nombre de non-réponses est toutefois systématiquement renseigné en dessous de chaque variable. Par facilité, lorsque nous décrivons les résultats d'une variable, nous parlons des «patients en demande de traitement», mais il faudra garder à l'esprit qu'il s'agit d'une approximation langagière puisque nous référons en fait par ces termes à «l'ensemble des patients ayant répondu à la question». En outre, il faut savoir que les non-réponses sont susceptibles de masquer un biais dans les résultats observés, en particulier lorsque leur nombre est élevé, car nous ne savons pas dans quelle mesure le fait de ne pas répondre à une question est motivé ou non par une volonté de la part du patient de ne pas divulguer une information qui est, par exemple, socialement non-

désirable. Ce risque est en effet majoré dans le cadre des premiers entretiens, car la confiance et le «lâcher-prise» envers le personnel d'encadrement ne s'établit pas forcément d'emblée, en particulier lorsque la demande de traitement n'est pas une initiative du patient.

Certains tableaux présentent de manière résumée le profil des patients par type de produit principal⁸. Dans ce cas, nous avons classé les demandes et calculé les pourcentages en ne ciblant que les types de produits les plus fréquemment à l'origine des demandes de traitement. La colonne «tous produits» reprend l'ensemble des patients, y compris ceux ayant introduit une demande de traitement pour une consommation problématique d'un produit principal autre que ceux décrits précisément dans les tableaux (par exemple, une amphétamine, de l'ecstasy ou encore un hallucinogène).

.....
8 Le produit principal est défini comme celui qui pose le plus de problèmes à l'utilisateur lors de l'introduction de la demande de traitement. Son identification repose généralement sur la demande faite par les usagers et/ou sur le diagnostic posé par le thérapeute.

- La plupart des patients ont des antécédents thérapeutiques liés à une problématique d'assuétude. Ce constat est toutefois moins marqué chez les patients en demande de traitement pour une consommation problématique de cannabis.
- On retrouve plus de patients belges chez ceux dont le produit principal est l'alcool ou le cannabis, et nettement moins chez ceux dont le produit principal est un opiacé ou, dans une moindre mesure, la cocaïne.
- Enfin, sans surprise, les comportements d'injection (actuels ou passés) sont plus fréquents chez les patients admis pour un problème lié aux opiacés ou, dans une moindre mesure, à la cocaïne que chez les autres patients.

TABEAU 2 : PROFIL DES PATIENTS SELON LE TYPE DE PRODUIT PRINCIPAL, RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE, 2011-2014

	Tous produits	Opiacés	Cocaïne	Cannabis	Alcool
N	3790	1592	449	282	1226
% des demandes	100	42,0	11,8	7,4	32,3
Traitement antérieur (%)					
Non	20,2	17,3	29,3	36,2	17,9
Oui	79,8	82,7	70,7	63,8	82,1
non-réponses (n)	1126	410	173	97	381
Type de traitement (%)					
Bas seuil	29,0	51,1	22,3	11,4	10,0
Ambulatoire	34,3	13,6	30,3	45,7	57,0
Résidentiel	36,7	35,3	47,4	42,9	33,0
Origine de la demande (%)					
Propre initiative	62,3	62,2	63,3	56,0	64,3
Famille/amis	9,4	11,2	8,0	11,3	7,1
Réorientation	18,1	18,6	15,2	19,2	17,5
Justice	3,2	1,8	4,2	6,4	3,5
Autre	7,0	6,2	9,3	7,1	7,6
non-réponses (n)	178	63	19	16	65
Âge (année)					
Moyenne	38,9	37,2	36,9	35,0	43,0
non-réponses (n)	868	261	118	73	335

	Tous produits	Opiacés	Cocaïne	Cannabis	Alcool
Sexe (%)					
Homme	81,3	85,7	77,1	87,6	78,0
Femme	18,7	14,3	22,9	12,4	22,0
non-réponses (n)	0	0	0	0	0
Nationalité (%)					
Belge	63,3	51,9	61,7	72,4	77,5
EU	13,0	18,0	12,1	9,4	6,7
Hors EU	23,7	30,1	26,2	18,2	15,8
non-réponses (n)	918	275	128	79	349
Logement (%)					
Stable	57,4	51,5	55,8	50,9	64,3
Instable	31,2	37,0	33,2	24,2	26,9
Institution/Prison	11,4	11,5	11,0	24,9	8,8
non-réponses (n)	179	91	21	13	42
Scolarité (%)					
Non scolarisé	2,2	3,2	1,6	1,3	1,5
Primaire	47,2	52,5	50,2	48,9	39,3
Secondaire	36,4	35,1	37,2	39,8	37,1
Supérieur	14,2	9,2	11,0	10,0	22,1
non-réponses(n)	620	233	75	61	208

	Tous produits	Opiacés	Cocaïne	Cannabis	Alcool
Statut professionnel (%)					
Emploi régulier	10,4	9,7	14,4	10,5	10,4
Étudiant	1,3	0,5	1,4	9,5	0,2
Économiquement non-actif	46,8	41,7	43,5	45,9	54,4
Chômeur	14,5	14,6	17,9	17,5	12,9
Autre	27,0	33,5	22,8	16,6	22,1
non-réponses (n)	675	274	102	53	198
Âge de la 1ère consommation (année)					
Moyenne	21,0	21,4	21,5	17,1	21,1
non-réponses (n)	868	222	101	63	401
Comportement d'injection (%)					
Oui, par le passé	15,5	24,0	9,4	9,6	8,3
Oui, actuellement	10,1	15,3	13,0	5,0	3,7
Jamais	74,4	60,7	77,6	85,4	88,0
non-réponses (n)	668	198	87	64	252

4.4. PROFIL DES PATIENTS PRIMO-DEMANDEURS SELON LE TYPE DE PRODUIT PRINCIPAL

Le tableau 3 fournit une description synthétique des patients primo-demandeurs en fonction du principal produit consommé. Les «primo-demandeurs» sont ceux qui font une demande de traitement pour la première fois, et qui n'ont donc pas d'antécédent thérapeutique.

Les principaux constats :

- **Globalement**, les patients primo-demandeurs, qui représentent 20 % des demandes, sont majoritairement de sexe masculin (85 %) et de nationalité belge (59 %). Au total, 41 % des patients sont donc non-belges, dont 27 % ont une nationalité d'un pays hors Union Européenne. Une importante proportion de cette première demande est le fait de personnes peu ou pas scolarisées (38 %) et sans emploi (28 % non-actifs et 20 % au chômage). La plupart des primo-demandeurs ont un logement stable (76 %). En ce qui concerne la problématique de consommation, les produits les plus fréquemment à l'origine des premières demandes sont, par ordre d'importance, les opiacés (38 %), l'alcool (28 %), la cocaïne/crack (15 %) et le cannabis (13 %). L'âge moyen de la première consommation du produit à l'origine de la demande est d'environ 23 ans. Enfin, 13 % des primo-demandeurs ont déclaré avoir déjà eu recours à l'injection.
- Près d'un quart des primo-demandeurs dont le produit principal est le cannabis ont introduit leur demande de traitement sous la contrainte, en raison d'une injonction thérapeutique émanant du secteur de la justice. Les demandes de ce type sont nettement moins fréquentes pour les patients ayant mentionné un autre produit principal.
- Les primo-demandeurs qui consomment du cannabis en produit principal sont globalement plus jeunes et ont initié leur consommation plus précocement que les autres demandeurs. A l'inverse, les primo-demandeurs ayant mentionné l'alcool en produit principal sont globalement plus âgés que les autres.
- On observe proportionnellement plus de femmes chez les primo-demandeurs ayant indiqué l'alcool comme produit principal que chez ceux qui ont mentionné le cannabis.
- Les patients belges sont davantage représentés parmi les primo-demandeurs dont le produit principal est le cannabis ou l'alcool, l'inverse étant observé en ce qui concerne les opiacés.
- Plus d'un quart des primo-demandeurs dont le produit principal est un opiacé ont un logement instable, ce qui est moins souvent le cas pour les autres primo-demandeurs.
- Les comportements d'injection (actuels ou passés) sont plus fréquents chez les patients primo-demandeurs admis pour un problème lié aux opiacés ou, dans une moindre mesure, à la cocaïne, que chez les autres patients.

TABLEAU 3 : PROFIL DES PATIENTS PRIMO-DEMANDEURS SELON LE TYPE DE PRODUIT PRINCIPAL, RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE, 2011-2014

	Tous produits	Opiacés	Cocaïne	Cannabis	Alcool
N	537	204	81	67	151
% des demandes	20,2	7,7	3,0	2,5	5,7
% des premières demandes	100	38,0	15,1	12,5	28,1
Type de traitement (%)					
Bas seuil	34,8	77,0	17,3	11,9	1,3
Ambulatoire	46,2	11,7	54,3	67,2	78,2
Résidentiel	19,0	11,3	28,4	20,9	20,5
Origine de la demande (%)					
Propre initiative	43,7	47,8	52,6	28,1	40,8
Famille/amis	25,7	36,2	15,3	28,1	16,3
Réorientation	19,6	12,5	18,0	18,8	29,3
Justice	7,9	2,0	9,0	23,4	8,8
Autre	3,1	1,5	5,1	1,6	4,8
non-réponses (n)	15	5	3	3	4
Âge (année)					
Moyenne	36,1	34,1	35,0	32,3	42,6
non-réponses (n)	170	27	35	29	65

	Tous produits	Opiacés	Cocaïne	Cannabis	Alcool
Sexe (%)					
Homme	85,3	86,8	87,7	94,0	82,8
Femme	14,7	13,2	12,3	6,0	17,2
non-réponses (n)	0	0	0	0	0
Nationalité (%)					
Belge	59,4	37,5	68,2	83,3	87,6
EU	13,4	19,3	9,1	5,6	6,2
Hors EU	27,2	43,2	22,7	11,1	6,2
non-réponses (n)	180	28	37	31	70
Logement (%)					
Stable	76,1	65,8	86,3	67,2	86,0
Instable	13,9	28,0	7,5	4,7	5,3
Institution/Prison	10,0	6,2	6,2	28,1	8,7
non-réponses (n)	18	11	1	3	1
Scolarité (%)					
Non scolarisé	1,8	2,2	2,9	0,0	0,8
Primaire	36,4	44,5	35,3	26,0	28,9
Secondaire	41,4	41,2	41,2	52,0	38,9
Supérieur	20,4	12,1	20,6	22,0	31,4
non-réponses (n)	87	22	13	8	30

[...]	Tous produits	Opiacés	Cocaïne	Cannabis	Alcool
Statut professionnel (%)					
Emploi régulier	22,2	16,3	29,2	16,9	29,9
Étudiant	5,5	1,6	5,5	27,1	0,0
Économiquement non-actif	28,0	22,6	26,4	27,1	36,5
Chômeur	19,5	17,9	26,4	13,6	21,9
Autre	24,8	41,6	12,5	15,3	11,7
non-réponses (n)	50	14	9	8	14
Âge de la 1ère consommation (année)					
Moyenne	22,6	25,7	23,1	17,5	18,7
non-réponses (n)	129	18	21	13	65
Comportement d'injection (%)					
Oui, par le passé	6,5	14,4	1,6	1,9	0,0
Oui, actuellement	6,3	12,7	4,8	0,0	0,9
Jamais	87,2	72,9	93,6	98,1	99,1
non-réponses (n)	92	16	19	15	35

4.5. PROFIL DES PATIENTS SELON LE SECTEUR DE PRISE EN CHARGE

Les principaux constats :

- Les patients en traitement ambulatoire sont globalement plus âgés¹¹ et davantage de sexe féminin que ceux qui ont introduit une demande de traitement en bas seuil ou en résidentiel.
- Près de 9 patients sur 10 en traitement résidentiel présentent des antécédents thérapeutiques, alors qu'ils sont 7 sur 10 à présenter de tels antécédents chez les patients en traitement bas seuil.
- On retrouve un peu plus de demandes émanant de la justice chez les patients en traitement ambulatoire que chez ceux en traitement dans un autre secteur.

.....
¹¹ Ce constat doit toutefois être tempéré en raison du nombre élevé de non-réponses des patients ayant introduit une demande de traitement dans un centre ambulatoire.

- La grande majorité des patients en traitement ambulatoire sont belges, alors que l'on ne retrouve qu'un belge sur deux parmi les patients en traitement bas seuil.
- Les patients en traitement ambulatoire bénéficient plus fréquemment d'un logement stable que ceux en traitement bas seuil ou résidentiel. Ils ont également un niveau de scolarisation plus élevé et exercent plus fréquemment une profession que ces derniers.
- Près de trois-quarts des patients du bas seuil ont mentionné un opiacé en produit principal. Le secteur ambulatoire est quant à lui majoritairement représenté par des patients ayant un problème de consommation d'alcool.
- Les comportements d'injection (actuels ou passés) sont plus fréquents chez les patients en traitement bas seuil et, dans une moindre mesure, en traitement résidentiel, que parmi les patients en traitement ambulatoire.

TABLEAU 4 : PROFIL DES PATIENTS SELON LE SECTEUR DE PRISE EN CHARGE, RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE, 2011-2014

	Bas seuil	Ambulatoire	Résidentiel
N	1098	1302	1390
% des demandes	29,0	34,3	36,7
Âge (année)			
Moyenne	36,9	42,6	38,5
non-réponses (n)	10	615	243
Traitement antérieur (%)			
Non	26,7	20,9	13,2
Oui	73,3	79,1	86,8
non-réponses (n)	398	113	615
Origine de la demande (%)			
Propre initiative	54,3	57,9	72,7
Famille/amis	16,2	10,1	3,6
Réorientation	17,4	21,5	15,5
Justice	1,4	6,8	1,1
Autre	10,7	3,7	7,1
non-réponses (n)	63	69	46
Sexe (%)			
Homme	85,2	74,0	85,0
Femme	14,8	26,0	15,0
non-réponses (n)	0	0	0

	Bas seuil	Ambulatoire	Résidentiel
Nationalité (%)			
Belge	50,6	85,4	62,5
EU	19,1	9,0	9,5
Hors EU	30,3	5,6	28,0
non-réponses (n)	16	643	259
Logement (%)			
Stable	40,5	84,2	44,6
Instable	50,7	5,7	40,5
Institution/Prison	8,8	10,1	14,9
non-réponses (n)	61	29	89
Scolarité (%)			
Non scolarisé	2,9	2,1	1,6
Primaire	56,3	26,8	56,4
Secondaire	31,2	46,2	32,7
Supérieur	9,6	24,9	9,3
non-réponses (n)	110	320	190
Statut professionnel (%)			
Emploi régulier	10,3	16,8	3,8
Étudiant	0,8	2,5	0,2
Économiquement non-actif	38,9	43,0	57,8

	Bas seuil	Ambulatoire	Résidentiel
Chômeur	17,4	12,5	14,1
Autre	32,6	25,2	24,1
non-réponses (n)	675	170	333
Âge de la 1ère consommation (année)			
Moyenne	21,6	20,7	20,7
non-réponses (n)	78	571	219
Type de produit principal (%)			
Opiacé	74,0	16,7	40,5
Cocaïne	9,1	10,4	15,3
Alcool	11,1	53,7	29,1
Cannabis	2,9	9,9	8,7
Autre	2,9	9,3	6,4
Comportement d'injection (%)			
Oui, par le passé	19,6	7,7	17,6
Oui, actuellement	16,5	1,6	10,6
Jamais	63,9	90,7	71,8
non-réponses (n)	57	428	183

4.6. PROFIL DES PATIENTS USAGERS DE DROGUES PAR INJECTION

Le tableau 5 présente une description des profils contrastés des patients ayant eu recours à l'injection (UDI) au cours des 30 derniers jours précédant l'introduction de la demande de traitement et des personnes n'ayant jamais eu recours à l'injection (non UDI). Les patients ayant eu recours à l'injection par le passé n'y sont donc pas représentés (n=484 ; 12,8 %). Les deux dernières colonnes présentent également les profils des patients UDI en fonction du secteur de prise en charge¹².

Les principaux constats :

- Les patients UDI sont un peu plus jeunes que les patients non UDI. On dénombre davantage d'hommes et de non-belges parmi les UDI qu'au sein des non UDI.
- Les patients UDI vivent beaucoup plus fréquemment dans un logement instable

que les autres patients. Ils ont aussi un niveau de scolarisation moins élevé et ont moins fréquemment un emploi régulier que les non UDI.

- Près de 7 patients UDI sur 10 ont mentionné un opiacé en produit principal, alors que les non-UDI ont mentionné ce type de produit environ 4 fois sur 10 (au même titre que l'alcool).
- Plus de 8 patients UDI en traitement résidentiel sur 10 ont entamé leur traitement sur base d'une initiative personnelle, ce qui est moins souvent le cas pour les patients UDI en traitement bas seuil. En revanche, ces derniers sont proportionnellement plus nombreux à suivre leur traitement suite à une réorientation ou suite à une demande de l'entourage (famille/amis).
- La quasi-totalité des patients injecteurs en traitement résidentiel (96 %) ont eu un traitement antérieur, contre trois-

quarts des patient UDI en traitement bas seuil ainsi que des patients non UDI.

- Les patients injecteurs en traitement résidentiel ont un niveau de scolarisation moins élevé que ceux en traitement bas seuil. Ils sont aussi économiquement moins actifs que ces derniers.
- Les patients injecteurs en traitement résidentiel ont moins fréquemment cité un opiacé en produit principal que ceux en traitement bas seuil. En revanche, ils sont proportionnellement plus nombreux à avoir cité la cocaïne ou l'alcool en produit principal.

12 Nous avons volontairement omis de décrire le profil des patients injecteurs ayant introduit une demande de traitement dans un centre ambulatoire en raison de leur petit nombre (n=14).

TABLEAU 5 : PROFILS DIFFÉRENCIÉS DES PATIENTS UDI ET NON UDI, RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE, 2011-2014

	Non UDI	UDI	UDI bas seuil	UDI résidentiel
N	2324	314	172	128
% des demandes (non-réponses : 668)	61,3	8,3	4,5	3,4
Âge (année)				
Moyenne	38,9	36,5	35,4	37,5
non-réponses (n)	510	6	6	0
Traitement antérieur (%)				
Non	24,7	21,1	24,5	4,0
Oui	75,3	78,9	75,5	96,0
non-réponses (n)	755	181	78	103
Type de traitement (%)				
Bas seuil	28,6	54,8	100	0,0
Ambulatoire	34,1	4,4	0,0	0,0
Résidentiel	37,3	40,8	0,0	100
Origine de la demande (%)				
Propre initiative	64,5	66,1	53,8	82,2
Famille/amis	10,0	9,3	14,6	1,6
Réorientation	15,2	15,7	21,9	7,3
Justice	2,5	0,6	0,6	0,8
Autre	7,8	8,3	9,1	8,1
non-réponses (n)	92	13	8	5

	Non UDI	UDI	UDI bas seuil	UDI résidentiel
Sexe (%)				
Homme	80,0	85,7	86,0	85,9
Femme	20,0	14,3	14,0	14,1
non-réponses (n)	0	0	0	0
Nationalité (%)				
Belge	63,2	53,4	52,7	51,6
EU	10,7	21,7	24,9	18,7
Hors EU	26,1	24,9	22,4	29,7
non-réponses (n)	532	5	3	0
Logement (%)				
Stable	57,9	28,7	25,8	28,2
Instable	32,2	63,5	64,4	65,8
Institution/Prison	9,9	7,8	9,8	6,0
non-réponses (n)	79	21	9	11
Scolarité (%)				
Non scolarisé	2,0	2,1	2,0	2,5
Primaire	44,4	64,0	57,9	71,5
Secondaire	37,7	27,9	34,9	19,3
Supérieur	15,9	6,0	5,2	6,7
non-réponses (n)	270	31	20	9

[...]	Non UDI	UDI	UDI bas seuil	UDI résidentiel
Statut professionnel (%)				
Emploi régulier	11,2	4,4	5,0	1,3
Étudiant	1,6	0,0	0,0	0,0
Économiquement non-actif	45,3	46,7	32,4	73,1
Chômeur	15,8	15,7	16,5	12,8
Autre	26,1	33,2	46,1	12,8
non-réponses (n)	361	85	33	50
Âge de la 1ère consommation (année)				
Moyenne	21,7	18,4	18,6	17,4
non-réponses (n)	417	31	9	18
Type de produit principal (%)				
Opiacé	36,4	67,8	78,5	54,7
Cocaïne	12,1	15,0	10,5	19,5
Alcool	36,9	11,5	7,0	17,2
Autre	14,6	5,7	4,0	8,6

LIMITES DU TDI ET PERSPECTIVES

Il convient d'être prudent lors de l'extrapolation des résultats présentés ci-dessus, pour les raisons suivantes. Premièrement, la couverture externe (nombre d'unités de traitement participant au recueil / nombre total d'unités de traitement sur le territoire) de la collecte du TDI n'est pas très élevée actuellement. Deuxièmement, il n'est pas possible d'obtenir systématiquement des réponses pour toutes les variables investiguées, notamment en raison du caractère sensible de certaines d'entre elles, ou parce que le patient ne sait pas ou ne désire pas y répondre. Troisièmement, la participation des patients se fait sur base volontaire : ils sont informés que ces questions leurs sont posées dans le cadre d'un monitoring épidémiologique, et ils ont le droit de refuser d'y collaborer. Nous ne connaissons toutefois pas le nombre de patients qui refusent effectivement d'y participer. Pour

ces raisons, le TDI ne couvre actuellement qu'une partie des traitements effectivement dispensés en région de Bruxelles-Capitale et *a fortiori* en Belgique, de sorte que les données que nous rapportons ici ne sont probablement pas représentatives de l'ensemble des personnes en demande de soin pour une consommation problématique d'alcool ou de drogues, *a fortiori* parce que les traitements dispensés en hôpitaux et en cabinet privé n'y sont pas inclus ou comptabilisés actuellement. Ces données représentent donc les patients pris en charge dans les structures spécialisées qui participent actuellement à cet enregistrement. Une conséquence de ce défaut de couverture est la surreprésentation des demandeurs économiquement non-actifs ou au chômage, car les personnes en situation d'abus ou de dépendance qui ont de meilleurs revenus ont probablement davantage tendance à consulter et suivre

un traitement ambulatoire dans un cabinet privé.

Et plus globalement, si le TDI est un outil pertinent pour décrire le profil des personnes en demande de traitement, utile pour estimer l'*incidence* annuelle des demandes (le nombre de patients en traitement pour la première fois de leur vie), et adapté à la quantification de la charge des demandes annuelles, il ne permet malheureusement pas d'estimer la *prévalence* des demandes de traitement, c'est-à-dire l'ensemble des patients en demande de traitement sur une année civile, car le protocole TDI ne prévoit que l'enregistrement des nouvelles demandes de traitement introduites sur une année civile (et non de l'ensemble des traitements en cours). En outre, il ne fournit aucune indication sur l'issue de la demande de traitement (prise en charge

effective, réorientation, patient ne s'est plus représenté, etc.) ni sur les trajectoires de soin des patients.

Enfin, il convient d'insister sur la complémentarité des 5 indicateurs épidémiologiques clés de l'OEDT, chacun étant un éclairage particulier sur les phénomènes de l'usage de drogues et des assuétudes. Ils permettent ensemble d'appréhender globalement les différents types d'usages de drogues et certaines de leurs conséquences sanitaires, et de caractériser les publics spécifiques qui y sont associés. Ils doivent donc idéalement être analysés et pondérés les uns par rapport aux autres.

Dans ce contexte, et au-delà des 5 indicateurs épidémiologiques clés de l'OEDT, il serait pertinent de mieux connaître le profil des personnes en contact avec les

services du secteur de la prévention et de la réduction des risques en développant une enquête spécifique qui nous permettrait d'aussi connaître le profil et les pratiques de consommation des usagers de drogues avant qu'ils ne soient éventuellement en contact avec les structures d'aide et de soin.

Concrètement, il s'agirait de créer une collecte de données permanente englobant le soin, la prévention, la réduction des risques et d'autres domaines d'intervention liés aux drogues et aux addictions, en identifiant au préalable les besoins et la pertinence des variables. Il conviendrait ensuite de fournir à intervalles réguliers aux institutions et aux pouvoirs subsidiants le résultat d'analyses épidémiologiques centrées sur l'usage des drogues et sur les addictions en Région de Bruxelles-Capitale, de manière à éclairer au mieux le travail de chacun.

POUR EN SAVOIR PLUS

BIBLIOGRAPHIE

- Anthony J.C., & Petronis, K.R. (1995). Early-onset drug use and risk of later drug problems. *Drug and Alcohol Dependence*, 40, 9-15.
- EMCDDA (2000). *Study on the incidence of problem drug use and latency time to treatment in the European Union*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: Lisbon.
- EMCDDA (2002). *Time trends and incidence of problem drug use*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: Lisbon.
- Prochaska, J.O. & Diclemente, C.C. (1982): Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy*, 19, 276-287.
- Rehm, J., Room, R., van den Brink, W., & Kraus, L. (2005). Problematic

drug use and drug use disorders in EU countries and Norway: An overview of the epidemiology, *European Neuro-psychopharmacology*, 15, 389-397.

- UNODC (2011). *World drug report 2011*. Vienna : United Nations Office on Drugs and Crime.
- Zinberg, N. E. (1984). *Drug, Set and Setting: The Basis for Controlled Intoxicant Use*, Yale University Press, New Haven.

LE TDI AU NIVEAU EUROPÉEN

- Description : <http://www.emcdda.europa.eu/activities/tdi>
- Données comparatives : <http://www.emcdda.europa.eu/data/stats2015>

LE TDI AU NIVEAU BELGE

- <https://workspaces.wiv-isp.be/tdi/default.aspx>

RAPPORTS ET PUBLICATIONS

- Antoine, J., Raes, V., Lombaert, G. et al. (2014). *L'enregistrement TDI dans les centres de rééducation fonctionnelle liés à l'INAMI. Rapport annuel pour l'année d'enregistrement 2013*. WIV-ISP, Bruxelles.
- EMCDDA (2015). *Rapport européen sur les drogues. Tendances et évolutions*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- Hogge, M. (2014). *L'usage de drogues en Fédération Wallonie-Bruxelles*. Rapport 2013-2014. Eurotox, Bruxelles.
- Plettingckx, E., Antoine, J., Blanckaert, P., De Ridder, K., Vander Laenen, F., Laudens, F., Casero, L. & Gremeaux, L. (2014). *Rapport national sur les drogues 2014. Tendances et évolutions*. WIV-ISP, Bruxelles.



OBSERVATOIRE SOCIO-ÉPIDÉMIOLOGIQUE ALCOOL-DROGUES

151 rue Jourdan - 1060 Bruxelles

Tél : + 32 2 539 48 29

Email : info@eurotox.org

Ce document est disponible en version pdf sur le site :

www.eurotox.org

REMERCIEMENTS

Comité de relecture : Jérôme Antoine, Eléonore Caraël, Damien Favresse,
Dominique Lamy, Cécile Béduwé

Graphisme : Nathalie da Costa Maya, CDCS asbl

Avec le soutien de :



COCOF