

Projet TADAM

RAPPORT FINAL

Section III – RÉSULTATS

Chapitre D.

Caractéristiques des patients

*Rédigé par Isabelle Demaret et Clémence Deblire,
sur base des entretiens réalisés par Géraldine Litran,
Jérôme De Roubaix, Cécile Magoga et Isabelle
Demaret ainsi que sur base des analyses toxicologiques
de Nathalie Dubois*

Septembre 2013

Table des matières

1. Introduction	3
2. Méthode.....	4
2.1. Critères d'inclusion	4
2.2. Outils utilisés pour le recueil des données descriptives.....	5
2.3. Encodage des questionnaires	7
2.4. Comparaison des deux groupes de patients	8
2.5. Comparaison avec d'autres populations.....	9
➤ Avec la population générale.....	9
➤ Avec d'autres populations en traitement.....	9
➤ Avec la population des études étrangères sur le traitement par héroïne	10
3. Résultats	12
3.1. Description des patients du projet TADAM	12
➤ Caractéristiques socio-démographiques (EuropASI).....	12
➤ Relations familiales et sociales (EuropASI)	13
➤ Antécédents.....	14
➤ Santé physique.....	15
➤ Santé mentale	17
➤ Aspects criminologiques.....	18
➤ Consommation de substances psychoactives.....	19
➤ Vérification de la consommation d'héroïne de rue et de cocaïne.....	21
➤ Overdoses et traitements	22
➤ Modes de consommations.....	22
➤ Commentaires sur la passation des questionnaires.....	22
3.2. Comparaison des deux groupes avant l'inclusion	23
3.3. Comparaison avec d'autres populations.....	24
➤ Avec la population générale.....	25
➤ Avec d'autres populations en traitement en Belgique	28
➤ Avec la population des études étrangères	30
4. Discussion.....	37
➤ Caractéristiques socio-démographiques	37
➤ Santé physique.....	38
➤ Santé mentale	39
➤ Aspects criminologiques.....	39
➤ Consommation de substances psychoactives.....	40
➤ Overdoses et traitement.....	40
➤ Modes de consommation	41
➤ Vérification de la consommation d'héroïne de rue et de cocaïne.....	41
5. Conclusion.....	42
Références	43
Liste des tableaux	47
Annexe : Statistiques descriptives complètes.....	- 1 -

Section III. Résultats

Chapitre D. Caractéristiques des patients

1. Introduction

Dans ce chapitre, nous nous sommes intéressées aux données récoltées auprès des patients du projet TADAM lors de leur inclusion, c'est-à-dire avant leur randomisation dans un des deux groupes (expérimental ou de contrôle).

Dans un premier temps, nous avons présenté les caractéristiques des patients inclus. Nous avons comparé ensuite les deux groupes de patients afin de vérifier si les hasards de la randomisation n'ont pas constitué des groupes aux caractéristiques différentes. Dans un troisième temps, nous avons comparé nos patients à plusieurs autres populations : la population générale, les personnes qui ont fait une demande de traitement en Belgique et les patients inclus dans les études à l'étranger sur le traitement par héroïne. Dans ce dernier point, nous avons détaillé plus particulièrement l'implication des patients dans un mode de vie délinquant. Ces résultats ont ensuite été analysés dans les points Discussion et Conclusion.

Dans ce document, certains points ont été illustrés par des tableaux reprenant les données principales. Un tableau en annexe reprend toutes les données résultant des questionnaires. Cependant, certaines données ont été calculées et ne se retrouvent ni dans les tableaux de ce document, ni dans le tableau annexé.

2. Méthode

2.1. Critères d'inclusion

Les données descriptives ont été récoltées pendant la période d'inclusion qui s'est déroulée du 17 janvier 2011 au 16 janvier 2012¹. Dans ce chapitre, nous avons analysé les données des 74 patients répondant aux critères d'inclusion (Figure 1), selon le protocole. Après une discussion au sein de l'équipe de recherche, deux patients ont cependant été acceptés alors qu'ils n'avaient pas reçu 60 mg de méthadone quotidiennement pendant un mois mais seulement 50 mg. Ces patients remplissaient sans conteste le reste des critères d'inclusion et ils inhalaient habituellement l'héroïne. Ils ont été acceptés car le protocole des Pays-Bas (qui était un des modèles de notre protocole) acceptait des patients qui avaient reçu un maximum de 50 mg de méthadone s'ils inhalaient l'héroïne de manière habituelle ; les personnes injectant habituellement l'héroïne ne pouvaient être incluses que si elles avaient reçu au moins 60 mg de méthadone.

Figure 1 : Les critères de sélection ont été choisis pour permettre d'inclure une population comparable à celle des études étrangères.

Afin d'être inclus dans l'étude, le sujet doit répondre aux critères d'inclusion ci-dessous :

- 1) Présenter une dépendance à l'héroïne résistant aux traitements actuels c'est-à-dire :
 - i) Etre dépendant de l'héroïne depuis au moins 5 ans ;
 - ii) La dépendance à l'héroïne étant l'assuétude principale au moment de l'inclusion ;
 - iii) Présenter un usage quotidien (ou pratiquement quotidien) de l'héroïne pendant le mois précédent ou une consommation d'au moins 3 fois par semaine durant le mois précédent alors que le patient suivait un traitement par méthadone ;
 - iv) Avoir fait au moins une tentative de traitement par méthadone avec une dose d'au moins 60 mg pendant un mois ;
 - v) Présenter une santé déficiente au niveau physique indiquée par un score d'au moins 8 sur l'échelle MAP-HSS, et/ou une santé déficiente au niveau mental indiquée par un score d'au moins 41 (pour les hommes) ou 60 (pour les femmes) sur le Global Severity Index de l'échelle SCL-90-R, et/ou une insertion dans un milieu délinquant indiquée par au moins 6 actes délinquants commis ou subis sur les 30 derniers jours (d'après les questionnaires d'auto-délinquance et de victimisation).
- 2) Utiliser l'héroïne soit en injection, soit en inhalation.
- 3) Etre citoyen belge ou résident légal en Belgique.
- 4) Résider dans l'arrondissement judiciaire de Liège depuis au moins 12 mois.
- 5) Etre âgé de 20 ans au moins.
- 6) Accepter et être capable de se déplacer vers le site de délivrance au moins 2 fois par jour.
- 7) Donner par écrit son consentement éclairé aux conditions de l'expérience.
- 8) S'engager à ne pas conduire de véhicule à moteur en étant sous l'influence de substances psychoactives.
- 9) Si le sujet n'est pas en traitement dans un *centre partenaire*, accepter un suivi psychosocial dans un de ces centres et accepter de suivre un traitement par méthadone dans ce centre si la randomisation désigne le sujet pour le groupe contrôle.

¹ La procédure d'inclusion est détaillée dans le chapitre B. *Déroulement de l'inclusion*.

2.2. Outils utilisés pour le recueil des données descriptives

Les questionnaires standardisés utilisés pour récolter ces données ont été décrits dans le protocole du projet : EuropASI (indiqué par "ASI" dans le tableau annexé), TDI, EQ-5D, SCL-90-R, MAP-HSS, questionnaires de délinquance et de victimisation. Ces questionnaires ont été choisis entre autres parce qu'étant standardisés et fréquemment utilisés, ils permettaient la comparaison de notre population avec celle d'autres études. D'autres questions ont été rajoutées principalement pour avoir des informations nécessaires à l'évaluation économique.

Dans ce chapitre, nous n'avons pas repris les scores composites et les index de sévérité de l'EuropASI². D'une part, ces scores et index sont davantage utilisés pour calculer l'évolution d'un patient ou d'un groupe de patients que dans une démarche purement descriptive. Le score composite permet en effet de mesurer l'évolution des patients en se basant sur des items susceptibles de changer sur une période de 30 jours ou plus. L'index de sévérité, quant à lui, est défini par l'interviewer, qui estime l'importance d'une aide supplémentaire pour chaque domaine étudié. D'autre part, ces scores composites et index de sévérité ont été critiqués, notamment par Mäkelä (2004). Parmi ces critiques, retenons le manque de standardisation des scores qui complique l'interprétation et la comparaison, la difficulté d'interpréter un changement dans le score composite ou encore la question de la validité objective de ces scores (Melberg, 2004).

Cependant, cette prudence recommandée quant à l'interprétation des scores ne remet pas en question l'ensemble de l'EuropASI. Celui-ci permet en effet une description fine des caractéristiques des patients et des changements qui peuvent intervenir pendant le traitement, en mettant l'accent sur l'aspect multidimensionnel des troubles présents chez les consommateurs problématiques de substances. Il aborde (dans l'ordre) la santé physique, la consommation de substances, l'emploi et les ressources, les relations familiales et sociales, la situation judiciaire et la santé mentale. En outre, son utilisation fréquente tant en Belgique qu'en Europe et en Amérique du Nord nous permet de comparer notre population à celle d'autres études. De nombreuses caractéristiques des patients reprises dans ce chapitre provenaient du questionnaire EuropASI.

Le MAP-HSS (Maudsley Addiction Profile – Health Symptoms Scale) est constitué de 10 questions précises sur l'état physique d'une personne.

L'objectif de l'European Quality of Life (EQ-5D) est de mesurer l'état de santé et la qualité de vie d'une personne sur la dernière semaine dans 5 domaines.

Le SCL-90-R (la Syndrom Check-List 90-R) évalue les symptômes psychiatriques sur les sept derniers jours. A l'exception des troubles du sommeil, chaque domaine a été constitué par les

² Ils sont présentés à titre indicatif pour chaque domaine de l'EuropASI dans le tableau annexé qui reprend l'ensemble des statistiques descriptives.

créateurs du SCL-90-R par une suite d'items selon ce que préconise le manuel du SCL-90-R. Le domaine "troubles du sommeil" a été créé pour permettre la comparaison (voir ci-dessous) avec l'Enquête de santé par interview en population générale (Gisle, 2008a). Il faut toutefois rester prudent car cette question n'est investiguée qu'à l'aide de trois items relatifs aux problèmes d'endormissement, au réveil prématuré et à la qualité du sommeil. Ces 3 items sont repris dans la dimension « items additionnels » du SCL-90-R. Pour déterminer si un patient présentait ou non des troubles dans un domaine, nous avons utilisé le calcul de l'Enquête de santé par interview (Gisle, 2008a) : des troubles dans un domaine ont été indiqués par une moyenne des items égale ou supérieure à 2 (les scores allant de 0 à 4 : "pas du tout", "un peu", "moyennement", "beaucoup", "extrêmement").

Les données avaient aussi pour origine l'examen médical réalisé par le médecin généraliste de l'équipe de recherche. Cet entretien durait une heure au minimum. Au début de cet examen, le médecin interrogeait le patient sur sa consommation d'héroïne de rue, ses antécédents en matière de consommation de substances psychoactives et son environnement familial. Ces informations permettaient, notamment, au médecin de déterminer la sévérité de l'assuétude à l'héroïne. Même si cette partie de l'entretien se déroulait sous forme de discussion libre, nous avons repris dans les résultats certains éléments qui se retrouvaient chez de nombreux patients. La suite de l'examen médical avait pour base un questionnaire précis sur l'état physique du patient. Ce questionnaire a été inspiré par les questions de l'examen médical réalisé³ dans l'étude contrôlée randomisée des Pays-Bas (van den Brink et al., 2003). Les réponses étaient notées directement par le médecin dans la base de données MS Access.

Au moment de l'inclusion, le patient devait également se soumettre à des prélèvements de sang et d'urine⁴. Ces prélèvements ont été réalisés par l'équipe infirmière du service de prélèvement de la Polyclinique Universitaire Lucien Brull (qui fait partie du CHU de Liège). Ces analyses avaient deux objectifs : d'une part, vérifier l'état de santé des patients et, d'autre part, vérifier leur consommation d'héroïne de rue et de cocaïne. Ces dernières informations ont été comparées avec la consommation de substances reprises dans la partie "Drogues et Alcool" de l'EuropASI. Les hypothèses à la base de cette comparaison étaient que les patients risquaient d'exagérer leur consommation d'héroïne de rue⁵ et de minimiser leur consommation de cocaïne. La déclaration de consommation d'héroïne a été comparée avec les traces d'héroïne de rue dans les urines. Les analyses du service de toxicologie permettaient de détecter si une personne avait consommé de l'héroïne de rue lors des 5 ou 6 jours précédents. Une contradiction était indiquée si une personne avait dit avoir consommé de l'héroïne pendant au minimum 25 jours sur les 30 derniers jours alors que les analyses d'urine étaient négatives. Concernant la consommation de cocaïne, les analyses réalisées par le service de

³ Le détail des questionnaires de l'étude contrôlée randomisée des Pays-Bas nous a été transmis par e-mail le 22 août 2007 par Peter Blanken.

⁴ Le détail des analyses a été décrit dans le protocole.

⁵ Ils pouvaient avoir appris que le critère d'inclusion pour rentrer dans le projet était de consommer de l'héroïne de façon quotidienne ou presque.

toxicologie de l'Université de Liège permettaient de déceler une consommation de cocaïne qui aurait eu lieu sur une période de 2 jours (dans le cas d'une consommation occasionnelle) et jusqu'à 5 jours (dans le cas d'une consommation régulière et intensive). Une contradiction entre les données auto-rapportées et les analyses était notée si un patient avait dit ne pas avoir consommé de cocaïne sur les 30 derniers jours alors que des traces de cocaïne avaient été découvertes dans les urines.

En ce qui concerne les faits de délinquance et de victimisation, seules les données des questionnaires de délinquance auto-reportée et de victimisation ont été reprises dans ce document. Les données du parquet de l'arrondissement judiciaire de Liège ont été traitées dans les chapitres Efficacité et Aspects criminologique.

2.3. Encodage des questionnaires

Les trois chercheuses qui ont réalisé les entretiens pour l'inclusion ont été formées ensemble sur ces questionnaires. Ces questionnaires ont été informatisés sur Microsoft Access, ce qui permettait à chaque chercheuse d'encoder directement les réponses des patients via un ordinateur portable. Cette partie de l'entretien durait entre une heure et trois heures. Après l'entretien, le questionnaire était envoyé via e-mail à la coordinatrice de l'équipe de recherche qui le fusionnait avec la base de données principale. Le questionnaire utilisé pour l'examen médical a également été informatisé sur Microsoft Access. Il pouvait dès lors être directement encodé pendant l'examen médical. Après avoir été envoyé par e-mail à la coordinatrice, il était ensuite fusionné avec la base de données centrale.

Pour le premier entretien avec un chercheur, 4 questions étaient incomplètes (6 patients étaient concernés) :

- 1 patient n'a pas su répondre à la question "Avez-vous des dettes ?" de l'EuropASI.
- 4 patients n'ont pas pu (ou voulu) donner le montant de leur endettement pour l'EuropASI (dont celui qui n'avait pas répondu à la question précédente).
- 1 patient a refusé de répondre à la question sur les abus et agressions sexuels dans le questionnaire de victimisation.
- 1 patient a refusé de répondre à l'item "Je me sens coupable" du SCL-90-R.

Les examens médicaux étaient complets pour tous les patients en ce qui concerne les données nécessaires pour l'inclusion. Les résultats de l'examen du foie et de la mesure du pouls n'étaient pas indiqués pour 2 patients.

L'équipe de recherche a récolté 70 échantillons de sang complets ainsi que 70 échantillons d'urine :

- 3 patients ont quitté l'équipe de recherche après la randomisation sans passer par le service de prélèvement de sang et d'urine. Un de ces patients, déçu d'être dans le groupe méthadone, a expressément refusé les analyses de sang et d'urine et n'est jamais revenu.
- 1 patient a eu une prise de sang après la randomisation mais est parti sans donner d'échantillon d'urine.
- 1 patient a pu être prélevé pour l'urine et le sang mais l'échantillon de sang a coagulé en partie.

Pour le HIV, 2 données ont pu être complétées car 2 patients étaient séronégatifs au 6^e mois et ont été considérés comme négatifs également à l'inclusion. Concernant le HCV, un patient, qui ne présentait pas d'anticorps au 6^e mois, a été considéré comme négatif lors de l'inclusion. Au total, des données étaient disponibles pour 73 patients pour le HIV et pour 72 patients pour l'hépatite C.

Pour éviter de nouvelles données manquantes, à partir du mois de mai 2011, les prélèvements ont été réalisés avant l'examen médical et la randomisation.

2.4. Comparaison des deux groupes de patients

Pour vérifier si les deux groupes ont été composés de patients ayant les mêmes caractéristiques et si le hasard de la randomisation n'a pas eu pour effet de créer deux groupes différents, nous avons comparé les patients des deux groupes. Les caractéristiques analysées étaient basées sur les variables utilisées pour l'évaluation de l'évolution des patients sur les 12 mois de traitement. Parmi ces variables, se trouvent les indicateurs sur lesquels sont basés nos critères d'efficacité : la consommation d'héroïne de rue et de cocaïne, la santé physique et mentale ainsi que l'implication dans un mode de vie délinquant. Ces variables ont été détaillées dans le protocole. Elles ont également été utilisées dans les critères d'inclusion.

Les variables ci-dessous ont été traitées comme des variables nominales auxquelles nous avons appliqué le test exact de Fisher avec un niveau de significativité p de 0.05.

- « Cocaïne injectée ou inhalée dern. mois - % »,
- « Cocaïne injectée dern. mois - % »,
- « Cocaïne inhalée dern. mois - % »,
- « Alcool (≥ 6 v/j) dern. mois - % »,
- « Activités illégales dern. mois - % »,
- « Victimisation dern. mois - % »,
- « Pas de logement propre dern. mois - % »,
- « EQ-5D - % ».

Pour évaluer l'éventuelle différence entre les deux groupes, nous avons comparé ces différentes variables nominales avec la variable nominale "Groupe d'appartenance (DAM ou méthadone)". Pour chacune de ces variables, nous avons testé l'hypothèse d'indépendance

pour vérifier si un lien existait avec le groupe d'appartenance. Un lien éventuel indiquerait qu'une caractéristique est significativement plus souvent présente dans un des deux groupes.

Pour les autres variables, traitées comme des variables métriques, l'analyse consistait à vérifier s'il y avait une différence significative entre les deux groupes. Nous avons utilisé le test T de Student ou le test U de Mann-Withney lorsque la variable mettait en défaut l'applicabilité du modèle linéaire normal.

2.5. Comparaison avec d'autres populations

Pour mieux appréhender la spécificité de notre population, nous l'avons comparée à d'autres populations : population générale, autres patients en traitement en Belgique et les patients des études réalisées à l'étranger.

➤ Avec la population générale

Par définition, la population de notre projet, dépendant de l'héroïne depuis de nombreuses années, est différente de la population générale. Nous avons cependant évalué dans quelle mesure et à quels niveaux s'opèrent ces différences. Les données en population générale belge provenaient de deux sites Internet du Gouvernement fédéral : de la Direction générale Statistiques et Information économique ainsi que de l'Institut Scientifique de Santé Publique. Lorsque nous n'avions pas de données sur la population belge, nous avons repris des données de pays voisins.

➤ Avec d'autres populations en traitement

Nous avons comparé ensuite les caractéristiques de nos patients avec celles d'autres patients en traitement en Belgique sur base des variables du questionnaire européen TDI (Treatment Demand Indicator). « *L'indicateur de demande de traitement (TDI) consiste à enregistrer, chaque année civile, les demandes de traitement relatives à un problème d'abus ou de dépendance à une drogue illégale. Il permet ainsi d'avoir une estimation du nombre et du profil des personnes ayant fait une telle demande auprès d'un centre spécialisé et ce, grâce à un système de récolte de données spécifiques composé d'une vingtaine de variables* » (Casero et al., 2010, p. 71)⁶. Plus précisément, cet enregistrement reprenait les données de la dernière demande de traitement introduite par une personne au cours de l'année civile. Dès lors, ces données ne concernaient pas l'ensemble des personnes en cours de traitement sur une année civile. Ces données ont été récoltées dans différents types de centres : « *les centres de santé mentale spécialisés (ambulatoires) dépendant des entités fédérées, les structures spécialisées de prise en charge des problèmes liés aux drogues avec ou sans convention INAMI*

⁶ Chaque année, l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT ou EMCDDA en anglais) récolte ces données auprès de chaque pays de l'Union Européenne. Le site de l'OEDT reprend les données de chaque pays ainsi qu'une explication sur les méthodes utilisées (<http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/tdi>)

(structures résidentielles et ambulatoires) et enfin certains hôpitaux, habitations protégées et maisons de soins psychiatriques » (Casero et al., 2010, p. 72). A l'époque, cet enregistrement n'était complété ni par les médecins généralistes, ni par les centres non spécialisés. Nous avons ajouté deux variables sur la situation judiciaire du patient qui étaient disponibles en Communauté française.

Nous avons utilisé plusieurs sources du TDI en Belgique :

- Les données de l'année 2010 récoltées au niveau national (neuf MASS / MSOC⁷, vingt-huit centres pour patients hospitalisés et cinquante-trois centres ambulatoires). Ces données nous ont été fournies par l'Institut scientifique de Santé publique (ISP) le 16 avril 2012. L'ISP est en effet chargé de rassembler chaque année ces données en Belgique et de les envoyer à l'OEDE⁸. Les autres sources du TDI mentionnées ci-dessous font partie de ces données rassemblées annuellement par l'ISP.
- Les données récoltées au niveau national en 2010 mais uniquement pour les neuf MASS/MSOC (de la même source).
- Les données de l'année 2009 récoltées en Communauté française.
- Les centres ambulatoires et résidentiels de De Sleutel⁹ (Lombaert, s.d.) : ces centres sont ouverts aux personnes ayant un problème de drogues. Ils offrent un service de prévention, un accueil de crise, un traitement ambulatoire et résidentiel ainsi qu'une aide pour la recherche d'emploi. Leur objectif est que la personne puisse avoir une vie sans drogues et d'être réintégrée dans la société. Ces données font également partie des données TDI recueillies au niveau national.

➤ **Avec la population des études étrangères sur le traitement par héroïne**

Rappelons que les critères de sélection de nos patients ont été choisis sur base des protocoles des études à l'étranger, particulièrement ceux des études néerlandaise (van den Brink et al., 2003) et allemande (Haasen et al., 2007 ; Löbmann & Verthein, 2009). En ce qui concerne les caractéristiques socio-démographiques, médico-psychologiques et la consommation de substances psychoactives, nous avons sélectionné six études contrôlées randomisées sur le traitement par héroïne : en Suisse (Perneger, Giner, Rio & Mino, 1998), aux Pays-Bas (van den Brink et al., 2003), en Espagne (March, Oviedo-Joekes, Perea-Milla, Carrasco & the PEPSA team, 2006), en Allemagne (Haasen et al., 2007), en Angleterre (Strang et al., 2010) et au Canada (Oviedo-Joekes et al., 2008).

⁷ Maisons d'Accueil Socio-Sanitaires / Medisch Sociaal Opvang Centrum.

⁸ Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (www.emcdda.europa.eu).

⁹ www.desleutel.be

La sélection de ces études s'est basée sur la méthode utilisée (étude contrôlée randomisée) ainsi que sur les critères d'inclusion des patients (personnes sévèrement dépendantes de l'héroïne résistant aux traitements existants).

Aspect criminologiques

Pour comparer le profil des patients au niveau criminologique, nous avons d'abord sélectionné quatre études étrangères : Perneger et al. (1998) en Suisse, van den Brinck et al. (2003) aux Pays-Bas, Haasen et al. (2007) en Allemagne ainsi que Oviedo-Joekes et al (2009) au Canada. Les critères de sélection de ces études se basaient sur la méthode utilisée (étude contrôlée randomisée) et sur la présence d'une évaluation criminologique des bénéficiaires du programme.

En plus, nous avons introduit dans cette comparaison l'étude suisse de Killias, Aebi, Ribeaud et Rabasa (2002). Il ne s'agissait pas d'une étude contrôlée randomisée mais d'un « *rapport final sur les effets de la prescription de stupéfiants sur la délinquance des toxicomanes* » (Killias et al., 2002, p. 1). Nous l'avons incluse étant donné l'importance de la population en traitement par héroïne qui a été étudiée.

L'implication des patients dans un mode de vie délinquant a plus ou moins été investiguée selon ces études. Elles se basaient toutes sur des données auto-rapportées : l'EuropASI, des questionnaires de délinquance et/ou de victimisation. L'étude de Killias et al. (2002) ainsi que les études allemande et néerlandaise consultaient également des données de la police pour vérifier la validité des questionnaires auto-rapportés. L'étude de Killias et al. (2002) vérifiait en plus les condamnations judiciaires. Dans ces trois études, les données policières ou judiciaires ont validé les données auto-rapportées. Notre comparaison portait uniquement sur les données auto-rapportées.

3. Résultats

3.1. Description des patients du projet TADAM

Un tableau en annexe reprend l'ensemble des données descriptives, dans le détail et dans l'ordre des questions posées aux patients. Cet ordre de présentation des différents domaines investigués correspond à celui de l'EuropASI. Les autres questionnaires utilisés ont été intercalés dans l'EuropASI selon le domaine sur lequel ils portaient. Les caractéristiques principales des patients de l'étude sont présentées ci-dessous. Les faits délinquants et de victimisation sont discutés plus en détails dans le chapitre Aspect criminologiques.

➤ **Caractéristiques socio-démographiques (EuropASI)**

Au terme de la phase d'inclusion, 74 patients ont été inclus. Selon l'EuropASI, les patients étaient âgés de 43 ans en moyenne (Tableau 1). Ils avaient entre 29 et 60 ans. Notre population était composée surtout d'hommes (88% ; n=65), de nationalité belge (84% ; n=62) et célibataires¹⁰ (74% ; n=55).

Parmi nos patients, 18% (n=13) n'avaient pas de diplôme et 23% (n=17) ont obtenu au moins un diplôme secondaire supérieur. 39% (n=29) avaient un permis de conduire valide.

3% des patients (n=2) occupaient un emploi sur les 30 derniers jours et 8% (n=6) avaient eu un emploi de façon habituelle sur les 3 dernières années. 78% (n=58) des patients avaient comme principale source de revenus une allocation sociale ou de la mutuelle. 11% (n=8) tiraient leurs revenus principaux de sources illégales, 4% (n=3) de la mendicité et 3% (n=2) de la prostitution. 69% des patients (n=51) avaient des dettes, pour un montant moyen de 2.900 euros.

¹⁰ Ceci renvoie uniquement à l'état civil des patients.

Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques des patients

Age, sexe et nationalité		
Age – moy. [s.d.]	43	[7]
Hommes – nb. (%)	65	(88%)
Belges – nb. (%)	62	(84%)
Union européenne – nb. (%)	6	(8%)
Autres nationalités – nb. (%)	6	(8%)
Etat civil – nb. (%)		
Célibataire	55	(74%)
Marié	4	(5%)
Séparé	1	(1%)
Divorcé	14	(19%)
Diplôme - nb (%)		
Aucun diplôme	13	(18%)
Diplôme primaire ou secondaire inférieur	44	(59%)
Au moins diplôme secondaire supérieur	17	(23%)
Permis de conduire valide - nb. (%)	29	(39%)
Situation d'emploi habituelle sur les 30 derniers jours - nb. (%)		
Travail à temps plein	2	(3%)
Invalidité	15	(20%)
Chômage	57	(77%)
Jours de travail sur les 30 derniers jours - moy. [s.d.]	3	[8]
Durée de l'emploi régulier le plus long en années - moy. [s.d.]	3,6	[3,8]
Période d'inactivité la plus longue en années - moy. [s.d.]	10,6	[7,8]
Principale source de revenus sur les 30 derniers jours - nb. (%)		
Emploi ou formation professionnelle avec emploi à la clé	2	(3%)
Allocations de chômage	17	(23%)
Aide sociale (CPAS, etc.)	13	(18%)
Invalidité, retraite	28	(38%)
Conjoint, famille, amis (pour dépenses personnelles)	1	(1%)
Sources illégales	8	(11%)
Prostitution	2	(3%)
Autres sources (boursier, job étudiant, jeux légaux, mendicité)	3	(4%)
Dettes (prêts hypothécaires exclus) - nb. (%) avec n=73		
Oui	51	(69%)
- Montant en euros - moy. [s.d.] pour ceux qui ont des dettes (n=51)	2917	[2871]

➤ Relations familiales et sociales (EuropASI)

Selon l'EuropASI, 28% (n=21) des patients ne possédaient pas de logement propre¹¹. Parmi ceux-ci, 8 patients vivaient chez des amis de manière provisoire, 7 dormaient dehors (parmi eux, certains dormaient sous tente), 5 logeaient en centre d'accueil, et 1 avait trouvé un abri dans un lieu de culte (Tableau 2).

59% des patients vivaient seuls (n=44). 32% des patients (n=24) vivaient avec quelqu'un qui avait des problèmes avec une substance psychoactive (drogue ou alcool). 47% passaient leurs

¹¹ Un document annexé, "La question du logement dans le cadre du projet TADAM", explique cette notion de "sans logement propre".

temps libres seuls ; 43% avec une personne dépendante d'une drogue ou de l'alcool (n=32) et 9% (n=7) avec une personne non dépendante d'une substance. 65% (n=48) des patients n'étaient pas satisfaits de cette manière de passer leur temps libre.

Tableau 2 : Logement et situation de vie habituelle

Logement durant les 30 derniers jours - nb. (%)		
Propre maison ou chambre (louée ou achetée)	53	(72%)
Maison ou chambre appartenant à des amis (provisoire)	8	(11%)
Dehors (rue ou lieu ouvert)	7	(9%)
Centre d'accueil de nuit	5	(7%)
Autre	1	(1%)
Pas de logement stable dern. mois - nb. (%)		
	21	(28%)
Situation de vie habituelle ces 30 derniers jours - nb. (%)		
Seul(e)	44	(59%)
Seul(e) avec le(s) enfant(s)	1	(1%)
Avec le (la) conjointe seulement	8	(11%)
Avec le (la) conjointe et les enfants	3	(4%)
Avec la famille	6	(8%)
Avec le(s) parent(s)	5	(7%)
Avec des amis	5	(7%)
Pas de conditions de vie stables	2	(3%)
En environnement contrôlé	0	(0%)
Vit avec quelqu'un qui - nb. (%)		
Utilise des substances psycho-actives	19	(26%)
A actuellement des problèmes d'alcool	5	(7%)
Essentiel du temps libre avec - nb. (%)		
Seul(e)	35	(47%)
Amis actuellement avec des problèmes d'alcool / drogue	21	(28%)
Famille actuellement avec des problèmes d'alcool / drogue	11	(15%)
Famille actuellement sans problèmes d'alcool / drogue	6	(8%)
Amis actuellement sans problèmes d'alcool / drogue	1	(1%)
Satisfaction liée à cette façon de passer le temps libre - nb. (%)		
Non	48	(65%)
Oui	18	(24%)
Indifférent	8	(11%)

➤ Antécédents

Au début de l'examen médical, lors d'une discussion libre, le médecin interrogeait les patients sur leur consommation d'héroïne de rue, sur leurs antécédents en matière de consommation de substances psychoactives et sur leur environnement familial. A cette occasion, 43% (n=32) des patients ont mentionné avoir eu des problèmes graves avec leurs parents dans leur enfance : abandon, rejet par le compagnon de la mère, parents décédés, placement, suicide d'un des deux parents, violences physiques importantes. 46% des patients (n=34) ont mentionné avoir un membre de leur famille proche dépendant d'une substance (alcool, benzodiazépines, barbituriques ou héroïne). Chez 27% (n=20), il s'agissait du père et/ou de la mère et, pour 28% (n=21), il s'agissait d'un ou de plusieurs frères ou sœurs. 8% des patients

(n=6) avaient à la fois des parents et des frères ou sœurs dépendant d'une des substances mentionnées ci-dessus. 12% (n=9) avaient d'ailleurs un frère inclus dans le projet (trois paires et un trio de frères étaient inclus). Ces chiffres ne sont pas repris dans un tableau.

➤ Santé physique

Le score moyen des patients au MAP-HSS était de 18 sur un score maximum de 40 (un score élevé indiquant un mauvais état de santé). Le Tableau 3 reprend par ordre décroissant d'importance les plaintes physiques des patients selon le MAP-HSS.

Selon l'EQ-5D, pour l'item "Anxiété/dépression", 81% (n=60) ont répondu positivement avec un taux égal pour les degrés « léger problème » (41% ; n=30) et « grave problème » (41% ; n=30). 57% (n=42) ont dit ressentir des douleurs ou des gênes : 35% légèrement (n=26) et 22% extrêmement (n=16).

A l'EuropASI, 60% (n=44) des patients ont dit souffrir d'un problème chronique de santé physique. 35% (n=26) prenaient un médicament sur une base régulière.

Tableau 3 : Les patients présentaient de nombreuses plaintes au niveau physique.

MAP-HSS^a - moy. [s.d.]	18	[8]
Patients mentionnant un problème fréquent ("souvent" ou "toujours") dans un domaine du MAP-HSS - nb (%)		
Fatigue / Manque d'énergie	51	(69%)
Manque d'appétit	47	(64%)
Essoufflement / Difficulté à respirer	34	(46%)
Mal aux articulations	24	(32%)
Engourdissement / Fourmillement dans les bras / jambes	24	(32%)
Mal à l'estomac	23	(31%)
Mal aux muscles	22	(30%)
Nausée	17	(23%)
Tremblements	17	(23%)
Mal au thorax	12	(16%)
Patients mentionnant un problème dans un domaine du EQ-5D – nb. (%)^b		
Anxiété/Dépression	60	(81%)
Douleurs/Gênes	42	(57%)
Activités courantes	16	(22%)
Mobilité	10	(14%)
Autonomie	7	(9%)
EQ-VAS – Echelle de santé - moy. [s.d.]^c	54	[21]
^a Maudsley Addiction Profile Health Symptoms Scale - Score sur 40		
^b European Quality of Life - Pourcentage de patients ayant déclaré avoir de "légers" (2) ou "graves" (3) problèmes		
^c European Quality Visual Analogue Scale - Sur une échelle de 0 à 100, 0 étant la pire santé que le patient estime pouvoir avoir et 100 la meilleure		

D'après les analyses sanguines et urinaires (Tableau 4), 7% (n=5) des personnes ont été infectées par le virus HIV et 61% (n=44) avaient des anticorps pour le virus de l'hépatite C.

Les patients présentaient également de nombreux problèmes hépatiques et rénaux. De 29% (n=20) à 40% (n=28) des patients (selon le type d'analyse) présentaient une toxicité hépatique. Chez 20% (n=14) une insuffisance rénale a été décelée et chez 17% (n=12) un taux anormalement bas d'hémoglobine.

Selon l'examen médical (Tableau 4), 86% (n=64) des patients présentaient des problèmes dentaires, 37% des problèmes pulmonaires et 14% (n=10) avaient une hygiène médiocre ou mauvaise lors de l'examen.

Tableau 4 : Les analyses de sang et d'urine ainsi que l'examen médical confirmaient la présence de nombreux problèmes physiques.

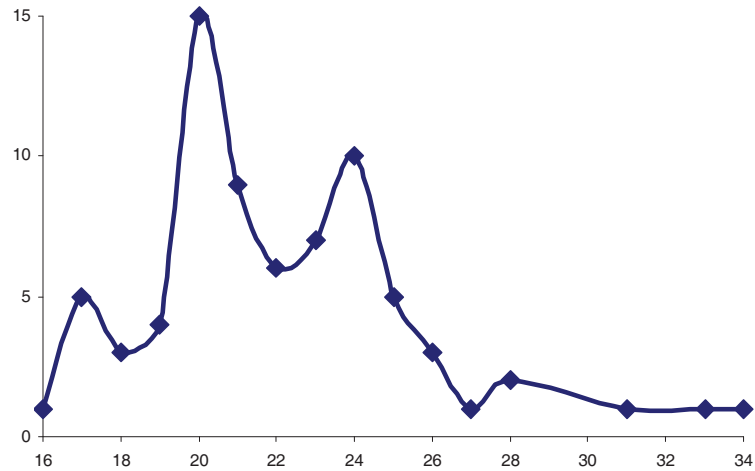
Données sang et urine (n=70, sauf indication contraire)		Nb	(%)
HIV (n=73)		5	(7%)
HCV anticorps (n=72)		44	(61%)
Fonction hépatite Gamma GT>50		28	(40%)
Hépatotoxicité TGO		24	(34%)
Fonction hépatique toxicité (TGO sur TGP)		20	(29%)
Insuffisance rénale (clairance glomérulaire à la créatinine)		14	(20%)
Taux hémoglobine trop bas		12	(17%)
Examen médical (n=74, sauf indication contraire)			
Problème dentaire		64	(86%)
Problème pulmonaire		26	(37%)
Problème foie (n=72)		13	(19%)
Hygiène médiocre ou mauvaise		10	(14%)

Le BMI moyen était de 22 (minimum 16 et maximum 34), la médiane étant de 21,5. Selon les normes de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé, 2006), 69% (n=51) de nos patients avaient un poids normal (Figure 2 et Tableau 5). Un patient présentait une dénutrition sévère avec un BMI de 16.

Tableau 5 : Selon les critères de l'OMS, 69% de nos patients avaient un poids normal.

Body Mass Index (BMI) - nb (%)		
Moins de 18,5 (Maigre ou dénutrition)	9	(12%)
De 18,5 à 24,9 (Normal)	51	(69%)
De 25,0 à 29,9 (Surpoids)	11	(15%)
De 30,0 à 34,9 (Obésité modérée)	3	(4%)

Figure 2 : Les patients dénutris (n=9) étaient moins nombreux que les patients en surpoids (n=14).



➤ Santé mentale

Selon le SCL-90-R, 51% des patients (n=38) souffraient de troubles du sommeil ; 41% (n=30) présentaient des troubles dépressifs ; 26% (n=19) des troubles obsessionnels ou compulsifs et 19% (n=14) des idéations paranoïdes (Tableau 6). Les troubles psychotiques par contre n'étaient présents que chez un patient (1,4%)¹². 78% (n=58) patients avaient un score global d'au moins 60 au SCL-90-R.

¹² Dans ces troubles psychotiques, un item nous semblait moins adapté à notre population "Je pense que mon corps est atteint de quelque chose de grave" puisque nos patients étaient nombreux à avoir une maladie chronique grave (HIV pour 5 patients, hépatite C, problèmes pulmonaires, cardiaque ou encore diabète). Mais, même en retirant cet item des troubles psychotiques, il n'y a pas moins de patients psychotiques, au contraire.

Tableau 6 : Le SCL-90-R révèle de nombreux troubles chez les patients.

SCL-90-R ^a – Score total - moy. [s.d.]	106	[53]
SCL-90-R - GSI (Score de gravité globale) - moy. [s.d.]	1	[1]
SCL-90-R^b - Patients présentant des troubles dans un domaine - nb. (%)		
Troubles du sommeil	38	(51%)
Dépression	30	(41%)
Obsession-compulsion	19	(26%)
Items additionnels	18	(24%)
Idéation paranoïde	14	(19%)
Somatisation	10	(14%)
Sensibilité interpersonnelle	10	(14%)
Hostilité	9	(12%)
Anxiété	9	(12%)
Anxiété phobique	4	(5%)
Psychotisme	1	(1%)

^a Syndrom Check-List-90-R

^b Pourcentage de personnes ayant en moyenne un score d'au moins 2 dans le domaine considéré (sur une échelle de 0 à 4 : "pas du tout", "un peu", "moyennement", "beaucoup", "extrêmement")

Certains items avaient des scores particulièrement élevés. Ainsi, les quatre items auxquels au moins 70% des patients avaient répondu par "moyennement", "beaucoup" ou "énormément" étaient les suivants :

- "Des choses me tracassent ou me tourmentent trop"
- "J'ai un sentiment de solitude"
- "Je me sens nerveux et/ou je sens comme un tremblement intérieur"
- "Je pense que les gens profiteraient de moi si je les laissais faire"

Selon les réponses à l'EuropASI, 45% des patients ont déjà tenté de se suicider au cours de leur vie (n=33). 14% (n=10) des patients avaient consulté pour un problème psychologique au cours des 30 derniers jours. 19% (n=14) avaient consulté les derniers 6 mois.

➤ Aspects criminologiques

Selon l'EuropASI, en ce qui concerne la situation judiciaire des patients, 93% (n=69) ont été poursuivis pénalement au cours de leur vie et 64% (n=47) avaient déjà effectué un séjour en prison.

Selon le questionnaire de délinquance auto-rapportée, 97% des patients (n=72) ont dit avoir commis, sur leur vie, au moins un des 13 faits délinquants de la liste. 62% (n=46) ont commis un fait sur les 6 derniers mois. 47% (n=35) des personnes se sont adonnées à une de ces activités illégales au cours du mois précédent, avec une moyenne de 8 faits par personne.

L'insertion dans un milieu délinquant des patients est également indiquée par leur taux de victimisation : 97% des patients (n=72) ont été victimes d'au moins un des faits cités au cours de leur vie : 96% (n=71) ont été trompé lors de l'achat de substances psychoactives, 70% (n=52) ont été victime d'un vol et 61% (n=45) d'une agression physique. 57% (n=42) ont été victimes d'un des faits cités au cours des 6 derniers mois et 30% (n=22) au cours des 30 derniers jours.

➤ **Consommation de substances psychoactives**

Nous reprenons ci-dessous les données de l'EuropASI. Le point suivant compare certaines de ces données avec l'analyse des prélèvements d'urine. Les patients avaient consommé de l'héroïne régulièrement pendant 20 ans en moyenne (Tableau 7). 93% (n=66) des patients avaient consommé de l'héroïne régulièrement sans avoir arrêté plus d'un an depuis le début de leur consommation régulière. 7% (n=5) avaient arrêté de consommer de l'héroïne en moyenne pendant 3,4 ans depuis le début de leur consommation.

Sur les 30 derniers jours, ils ont consommé de l'héroïne pendant 27 jours. Parmi les autres substances consommées sur les 30 derniers jours, 28% (n=21) ont consommé 6 verres d'alcool (ou plus) le même jour au moins une fois durant le mois précédant l'interview ; 42% (n=31) ont consommé des benzodiazépines et 28% (n=21) ont rapporté avoir consommé de la cocaïne durant le mois précédant l'inclusion (18% (n=13) sous sa forme inhalée¹³ et 18% (n=13) sous sa forme injectée¹⁴).

¹³ Nos patients ne considéraient pas la cocaïne inhalée comme du crack, alors qu'il s'agit du même produit.

¹⁴ Certains patients avaient consommé la cocaïne sous les deux formes.

Tableau 7 : Sur base de l'EuropASI, les patients ont consommé de nombreuses substances de façon régulière au cours de leur vie mais, hormis le tabac, jamais autant que l'héroïne.

Années d'usage régulier sur toute la vie - moy. [s.d.]		
Héroïne	20	[7]
Méthadone	14	[7]
Alcool (min. 6 verres/jr)	11	[10]
Benzodiazépines	15	[10]
Cocaïne injectée	11	[9]
Cocaïne inhalée	9	[7]
Cannabis	19	[11]
Tabac	28	[7]
Personnes ayant consommé une substance sur les 30 derniers jours - nb (%)		
Héroïne	74	(100%)
Méthadone	67	(91%)
Alcool (min. 6 verres/jr)	21	(28%)
Benzodiazépines	31	(42%)
Cocaïne (injectée ou inhalée)	21	(28%)
Cocaïne injectée	13	(18%)
Cocaïne inhalée	13	(18%)
Cannabis	34	(46%)
Tabac	72	(97%)
Jours de consommation sur le dernier mois - moy. [s.d.]		
Héroïne	27	[5]
Méthadone	21	[12]
Alcool (min. 6 verres/jr)	7	[12]
Benzodiazépines	11	[14]
Cocaïne injectée	2	[6]
Cocaïne inhalée	1	[4]
Cannabis	8	[12]
Tabac	29	[-]

Tous les patients avaient consommé de façon quotidienne un opioïde (soit de l'héroïne de rue, soit de la méthadone ou de la buprénorphine) sur le dernier mois. En plus, 78% des patients avaient consommé quotidiennement sur les 30 derniers jours une de ces autres substances : de l'alcool (au moins 6 verres en un jour), des benzodiazépines, de la cocaïne (inhalée ou injectée) ou du cannabis. Le Tableau 8 reprend la fréquence de la poly-consommation de ces substances sur le dernier mois.

Tableau 8 : Sur les 30 derniers jours, de nombreux patients avaient consommé d'autres substances en plus des opioïdes : alcool (au moins 6 verres), benzodiazépines, cocaïne ou cannabis. Certains patients ont consommé plusieurs de ces substances de façon quotidienne.

Nb de substances en plus de l'héroïne	≥ 1 jr		≥ 15 jrs		30 jrs	
	nb	(%)	nb	(%)	nb	(%)
1 autre substance	58	(78%)	49	(66%)	40	(54%)
2 autres substances	36	(49%)	17	(23%)	14	(19%)
3 autres substances	11	(15%)	5	(7%)	3	(4%)
4 autres substances	3	(4%)	3	(4%)	1	(1%)

Le Tableau 9 reprend le nombre de patients qui ont consommé une substance de manière quotidienne (en dehors d'un traitement de substitution). Aucun patient n'avait consommé de la cocaïne par inhalation quotidiennement et un seul patient avait consommé d'autres opioïdes que la méthadone ou la buprénorphine pendant 30 jours.

Tableau 9 : Hors traitement de substitution, les patients ont consommé différentes substances quotidiennement.

Patients ayant consommé quotidiennement une substance sur les 30 dern. jours - nb (%)		
Héroïne	53	(72%)
Alcool (toute utilisation)	28	(38%)
Alcool (6 verres ou plus)	14	(19%)
Benzodiazépines	26	(35%)
Cocaïne injectée	2	(3%)
Cocaïne inhalée	0	(0%)
Cannabis	17	(23%)
Tabac	70	(95%)

Par contre, sur les 30 derniers jours, 12 patients n'avaient consommé aucune substance illégale, ni benzodiazépines, ni opioïdes, ni alcool (à raison de 6 verres ou plus par jour). Aucun de ces 12 patients n'avait d'ailleurs consommé de l'alcool (toute utilisation) plus de 5 jours sur le mois. Au cours de leur vie, ces 12 patients avaient cependant consommé de manière régulière d'autres substances : 9 avaient consommé de la cocaïne régulièrement dans le passé pendant 2 ans au moins et les 3 autres avaient consommé régulièrement du cannabis pendant 8 ans au moins.

➤ Vérification de la consommation d'héroïne de rue et de cocaïne

Tous les patients inclus ont dit avoir consommé de l'héroïne de rue puisqu'il s'agissait d'un critère d'inclusion. Dans 97% des cas, le questionnaire sur la consommation d'héroïne de rue a été validé par les analyses d'urine (Tableau 10). Deux patients (3%) ont dit avoir consommé quotidiennement de l'héroïne alors qu'aucune trace de consommation d'héroïne de rue n'était décelée¹⁵. De la méthadone avait cependant été décelée dans leurs urines. Tous les autres patients présentaient des traces d'opiacés dans leurs urines.

Dans 81% (n=57) des cas, les analyses d'urine ont confirmé les réponses au questionnaire sur la consommation (ou non) de cocaïne. 19% (n=13 sur 70 analyses) des patients ont dit ne pas avoir consommé de cocaïne sur le mois passé alors que celle-ci avait été détectée dans leurs urines. Au total, 46% (n=34) au moins des 74 patients ont consommé de la cocaïne (sur base des données auto-rapportées et/ou des données toxicologiques). Le Tableau 10 reprend les 70 patients pour lesquels l'analyse toxicologique était disponible.

¹⁵ Pour rappel, une absence de concordance était indiquée lorsqu'un patient disait avoir consommé de l'héroïne pendant plus de 25 jours sur le dernier mois alors qu'aucune trace d'héroïne de rue n'était décelée dans les urines.

Tableau 10 : Les prélèvements d'urine valident à plus de 80% les déclarations faites par les patients sur leur consommation d'héroïne et de cocaïne (n=70).

Analyse héroïne de rue	Nb	(%)
<i>Patients pour lesquels il y a concordance entre l'analyse et les dires</i>	68	(97%)
<i>Patients qui disent avoir consommé durant plus de 25 jours sur les 30 derniers jours alors que l'analyse est négative</i>	2	(3%)
Analyse cocaïne	Nb	(%)
<i>Patients ayant dit avoir consommé</i>	20	(29%)
<i>Patients ayant dit ne pas avoir consommé</i>	50	(71%)
<i>Patients qui disent ne pas avoir consommé durant les 30 derniers jours alors que l'analyse est positive</i>	13	(19%)

➤ **Overdoses et traitements**

Au cours de leur vie, 27% des patients (n=20) ont connu une overdose nécessitant une intervention médicale.

Tous les patients avaient déjà essayé un traitement par méthadone puisqu'il s'agissait d'une condition pour l'inclusion. Ils avaient eu un traitement par méthadone pendant 14 ans en moyenne. Au moment de l'inclusion, 93% des patients (n=69) étaient en traitement par méthadone et 3% (n=2) en traitement par buprénorphine. Parmi les 3 autres patients, 2 avaient reçu un traitement par méthadone dans les 6 mois précédents et 1 patient avait eu un traitement plus longtemps auparavant.

Les patients avaient expérimenté en moyenne 9 traitements pour un problème de drogues avant de rentrer dans le projet TADAM. La moyenne reste de 9 traitements par patient, même en ajoutant les traitements reçus pour un problème d'alcool.

➤ **Modes de consommations**

Si 93% (n=69) des patients ont choisi d'inhaler la diacétylmorphine (DAM) dans le centre DAM, la plupart des patients connaissaient les deux modes de consommation que ce soit pour l'héroïne de rue ou la cocaïne. En effet, au cours de leur vie, 81% (n=60) avaient déjà injecté au moins une fois et 64% avaient injecté de manière habituelle pendant au moins un an.

Toutefois, seuls 28% des patients (n=21) avaient réalisé une injection sur le mois précédent. 16% (n=12) ont injecté 15 jours ou plus sur le dernier mois et 7% (n=5) ont injecté tous les jours. Sur les 9 femmes incluses, 1 seule avait injecté le mois passé (une fois) et 4 n'avaient jamais injecté au cours de leur vie.

➤ **Commentaires sur la passation des questionnaires**

A la fin de l'évaluation, un dernier écran demandait au chercheur d'encoder ses impressions sur l'attitude du patient pendant l'entretien. La majorité des entretiens (95% ; n=70) n'ont pas

engendré de difficultés particulières pour les chercheurs. Seuls 4 patients (5%) étaient notés comme nerveux. Parmi eux, 2 se sont montrés particulièrement agacés par les questions et la longueur de l'entretien.

3.2. Comparaison des deux groupes avant l'inclusion

Intéressons-nous maintenant à la comparaison des caractéristiques des deux groupes. Sur les 74 personnes incluses dans notre étude, 36 ont été randomisées dans le groupe expérimental (traitement par diacétylmorphine) et 38 dans le groupe contrôle (traitement par méthadone).

Comme le montre le Tableau 11, nous ne pouvons rejeter pour aucune des variables nominales l'hypothèse d'indépendance, c'est-à-dire que l'appartenance à une de ces modalités n'a pas d'influence sur l'appartenance du patient à l'un ou l'autre groupe. Pour les autres critères considérés, il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes¹⁶.

¹⁶ Niveau de significativité p de 0.05

Tableau 11 : La comparaison du groupe expérimental et du groupe contrôle sur base des données de l'EuropASI ne montre pas de différence entre les deux groupes

	Groupe expérimental	Groupe contrôle	<i>p</i>
Nombre de patients inclus	36	38	
Caractéristiques socio-démographiques			
Age - moy.	43	42	0,54
Pas de logement propre dern. mois - %	28%	29%	1
Suivi psychosocial ^a - nb.	3	7	0,22
Caractéristiques médico-psychologiques			
MAP-HSS – moy.	18	18	0,67
EQ-5D ^b - %			
<i>Se déplacer</i>	14%	13%	1
<i>S'habiller et se laver seul</i>	11%	8%	0,71
<i>Activités courantes</i>	19%	24%	0,78
<i>Douleurs/Gênes</i>	58%	55%	0,82
<i>Anxiété/Dépression</i>	81%	82%	1
EQ - VAS - Echelle de santé ^c - moy.	55	52	0,43
SCL-90-R – Score total - moy.	105	107	0,88
SCL-90-R - Score de gravité globale - moy.	1	1	0,88
Evaluation criminologique			
Activités illégales dern. mois - % de patients	42%	53%	0,36
Activités illégales dern. mois – moy.	7	8	0,59
Victimisation dem. mois - % de patients	31%	29%	1
Victimisation dem. mois - moy.	1	1	0,79
Consommation de substances psychoactives et traitement			
Années d'usage régulier sur toute la vie - moy.			
Héroïne	21	20	0,82
Méthadone	15	13	0,24
Nombre de personnes ayant consommé une substance sur les 30 derniers jours - %			
Alcool (min. 6 verres/jr)	25%	32%	0,61
Cocaïne (injectée ou inhalée)	22%	34%	0,31
Cocaïne injectée	14%	21%	0,54
Cocaïne inhalée	14%	21%	0,54
Jours de consommation sur le dernier mois - moy.			
Héroïne	27	28	0,69
Méthadone	21	20	0,52
Alcool (min. 6 verres/jr)	5	8	0,53
Cocaïne injectée	2	3	0,57
Cocaïne inhalée	1	1	0,73
Nombre de traitements antérieurs - moy.			
Nombre de traitements pour drogues ou alcool	11	8	0,73

^a Nombre de consultations dans un centre (hors hôpital) sur les 6 derniers mois, y compris pour un problème physique

^b Pourcentage de patients ayant déclaré avoir de "légers" (2) ou "graves" (3) problèmes

^c European Quality Visual Analogue Scale - Sur une échelle de 0 à 100, 0 étant la pire santé que le patient estime pouvoir avoir et 100 la meilleure.

3.3. Comparaison avec d'autres populations

Les données sur la population générale et les autres populations en traitement en Belgique ont été récoltées au début de l'année 2012. Nous avons repris les données disponibles les plus récentes.

➤ Avec la population générale

Dans cette section, nous avons mesuré les différences entre les caractéristiques de notre population et la population générale (voir Tableau 12).

Caractéristiques socio-démographiques

En ce qui concerne les caractéristiques socio-démographiques :

- La population générale comprend 49% d'hommes et 51% de femmes¹⁷ (Direction générale Statistiques et Information économique, 2011a).
- La proportion de personnes de nationalité belge ou européenne est similaire dans les deux populations. Le projet TADAM comptait toutefois 8% de personnes hors Union européenne contre 3% en population générale¹⁸ (Direction générale Statistiques et Information économique, 2011b).
- En matière d'emploi, seuls 3% (n=2) des personnes inscrites dans le projet ont occupé un emploi au cours du mois précédant leur entrée dans le programme alors que 62% de la population générale occupait un emploi en 2010¹⁹ (Direction générale Statistiques et Information économique, 2011d).
- En matière d'éducation, 69% de la population belge a obtenu au moins le diplôme secondaire supérieur²⁰ (Direction générale Statistiques et Information économique, 2011c) contre 23% dans la population de notre projet.
- Enfin, en ce qui concerne l'état civil, 74% de nos patients sont célibataires contre 37% en population générale. Seul un faible pourcentage des patients étaient mariés (5% contre 50% en population générale) et 19% étaient divorcés contre 11% en population générale²¹. (Direction générale Statistiques et Information économique, 2011e).

¹⁷ Sur une population de 10.839.905 au 1er janvier 2010

¹⁸ Idem

¹⁹ Population active occupée sur une population totale de 7.176.834 (15-64 ans ; population active (travailleurs et chômeurs) et inactive en 2010)

²⁰ Sur une population active (travailleurs et chômeurs) et inactive de 7.176.834 (15-64 ans) à l'année 2010

²¹ Sur une population de 6.765.590 (18-64 ans) au 1^{er} janvier 2010

Tableau 12 : Comparaison des patients du projet TADAM avec la population générale

	TADAM	Population générale
Caractéristiques socio-démographiques		
Hommes	88%	49% (5.312.221)
Femmes	12%	51% (5.527.684)
Belges	84%	90%
Union européenne	8%	7%
Autres nationalités	8%	3%
Etat civil		
Célibataire :	74%	37%
Marié :	5%	50%
Divorcé :	19%	11%
Au moins un diplôme secondaire supérieur	23%	69%
Emploi derniers mois	3%	62%
Caractéristiques médico-psychologiques		
HIV	7%	0,1%
HCV	61%	1%
MAP-HSS score - moy. [s.d.]	18 [8]	5 [5] ^a
EQ-5D ^c		
Anxiété/Dépression :	81%	21%
Douleurs/Gênes :	57%	41%
Activités courantes :	22%	13%
Mobilité :	14%	9%
Autonomie :	9%	2%
EQ VAS - Echelle de santé - moy. [s.d.] ^d	54 [21]	82 [14]
SCL-90-R - Score total - moy. [s.d.]	106 [53]	33 [32] ^b
SCL-90-R		
Troubles du sommeil :	51%	21%
Troubles dépressifs :	41%	9%
Troubles somatiques :	14%	8%
Troubles anxieux :	12%	6%
Au moins une tentative de suicide	45%	5%

^a Population générale des Pays-Bas, n=808

^b Population générale des Pays-Bas

^c % de personnes ayant déclaré avoir en moyenne de "légers" ou "graves" problèmes dans un domaine

^d European Quality Visual Analogue Scale, sur une échelle de 0 à 100, 0 étant la pire santé que le patient estime pouvoir avoir et 100 la meilleure

Santé physique

Le pourcentage de personnes infectées par le virus HIV ou par le virus de l'hépatite C est difficilement estimable en population générale :

- Concernant le HIV, si l'on se réfère au nombre de personnes infectées par le virus et suivies médicalement au moins une fois au cours de l'année 2010²² (Sasse, Verbrugge & Van Beckhoven, 2011), le pourcentage est de 0.1%²³. Celui-ci reste néanmoins sous-évalué puisqu'il ne comprend pas les personnes n'ayant pas consulté un médecin ainsi que celles n'ayant pas encore été dépistées.

²² En 2010, 11.984 patients VIH-positif ont consulté au moins une fois au cours de l'année

²³ Sur une population de 10.839.905 au 1^{er} janvier 2010

- 1% de la population générale aurait été infectée par le virus de l'hépatite C (Renard, Autier & Doumont, 2005).

Nous n'avons pas de données en population générale belge pour le MAP-HSS mais une étude mentionnait un score moyen de 5 dans la population générale des Pays-Bas (van den Brink et al, 2003). La différence avec notre moyenne de 18 est significative²⁴.

Qualité de vie (EQ-5D)

Sur l'échelle de qualité de vie (EQ-5D), les patients du projet éprouvaient plus de difficultés que la population générale²⁵ quel que soit le domaine considéré. Des différences importantes se marquaient pour l'anxiété et la dépression ainsi que dans le domaine des douleurs et gênes. Dans le Tableau 12, la comparaison porte sur la mention d'anxiété/dépression ou de douleurs/gênes quel que soit le degré de souffrance mais, en ne tenant compte que des plaintes pour un problème important, la différence est encore plus marquée : 22% de nos patients contre 2% de la population générale se plaignent de douleurs ou gênes extrêmes et 41% de nos patients se disent extrêmement anxieux ou déprimés contre 1% en population générale (Szende et Williams, 2004).

Sur base de l'estimation de l'état de santé sur une échelle de 0 à 100, la population générale se disait en meilleure santé que la population du projet (82 contre 54).

Santé mentale

Nous avons des informations sur plusieurs domaines du SCL-90-R dans la population générale belge : pour les échelles de somatisation, de dépression et d'anxiété ainsi que pour les troubles du sommeil²⁶ (Gisle, 2008a). Dans tous ces cas, nous observons une différence entre les deux populations, particulièrement pour l'échelle de dépression et pour celle des troubles du sommeil :

- concernant les troubles du sommeil²⁷, ce chiffre s'élevait à 51% contre 21% en population générale ;
- 41% souffraient de troubles dépressifs contre 9% en population générale ;
- 14% de notre population souffraient de troubles de somatisation contre 8% en population générale ;
- 12% souffraient de troubles anxieux contre 6% en population générale.

²⁴ $p = 0.000$

²⁵ Calculé sur une population de 773 personnes provenant de la région flamande, de 30 à 59 ans

²⁶ L'enquête de santé par interview réalisée par l'ISP en 2008 n'a évalué que ces domaines.

²⁷ Les troubles du sommeil ont été évalués à partir de trois items portant sur les problèmes d'endormissement, le réveil prématuré et la qualité du sommeil. Il faut donc être prudent quant à l'interprétation des résultats.

Dans la population générale des Pays-Bas, le score total moyen au SCL-90-R était de 27,2 pour les hommes et de 38,9 pour les femmes (Central Committee on the Treatment of Heroin Addicts, 2002). Avec un score moyen de 106, la population de notre projet présentait significativement plus de symptômes psychiatriques²⁸.

Le pourcentage de personnes ayant commis au moins une tentative de suicide dans leur vie (45%) dépassait nettement le taux (5%) en population générale (Gisle, 2008a).

Consommation de substances psychoactives

Comme nos patients se caractérisaient d'abord par une dépendance sévère à l'héroïne, ils avaient nécessairement un profil de consommation de substances psychoactives assez différent de celui de la population générale. Les données en population générale belge ont été récoltées en 2007 sur une population de 15 à 64 ans :

- 0,2% avaient consommé de l'héroïne et/ou d'autres opiacés au cours de l'année (Gisle, 2008c).
- 0,9% avaient consommé au moins une fois de la cocaïne au cours de l'année (Gisle, 2008c).
- 6% de la population générale a consommé des benzodiazépines dans les 24 heures précédant l'interview (Van den Heyden, 2008).
- 3% ont dit avoir consommé du cannabis au cours du mois précédent (Gisle, 2008c).
- 25% fumaient du tabac ; 21% quotidiennement (Gisle, 2008b).
- Enfin, sur le mois passé, 10% avaient consommé 6 verres d'alcool ou plus pendant un jour au moins ; 7% toutes les semaines et 1% quotidiennement ou presque (Gisle, 2008d).

➤ **Avec d'autres populations en traitement en Belgique**

Les données sur les autres populations en traitement ont été récoltées via le questionnaire TDI (Treatment Demand Indicator). Les chiffres indiqués dans le Tableau 13 sont les pourcentages actifs, c'est-à-dire ceux relatifs aux personnes ayant donné une réponse à la variable considérée.

Caractéristiques socio-démographiques

- Les patients du projet TADAM avaient une moyenne d'âge élevée (43 ans) par rapport aux autres populations (27 à 34 ans).
- Nos patients auraient un niveau d'éducation moins important. Toutefois, les pourcentages relatifs au TDI pour l'année 2010 (74% et 71%) reprenaient les personnes ayant atteint le niveau d'éducation secondaire sans distinction du niveau inférieur ou supérieur. Si nous

²⁸ $P = 0.000$

considérons les données pour 2009 en Communauté française où la distinction des niveaux inférieur et supérieur a été faite, le pourcentage de personnes avec un diplôme de secondaire supérieur (34%) se rapproche davantage de celui de nos patients (23%).

- La différence en matière d'emploi se marquait nettement avec 3% des patients TADAM ayant occupé un emploi durant le mois précédant l'inclusion contre 42% pour les patients de De Sleutel. En ce qui concerne le TDI en 2010, les chiffres variaient entre 37% et 45% sans précision de la période considérée.
- Nos patients vivaient de manière plus précaire (28% de personnes sans logement propre) en comparaison avec les données du TDI pour l'année 2010 (21% et 19%). Toutefois, ce pourcentage reste faible au regard des chiffres de la Communauté française pour l'année 2009 (44%).

Situation judiciaire

Nos patients ont davantage été poursuivis pénalement (93%) et incarcérés (64%) que les patients en demande de traitement pour l'ensemble de la Communauté française (48% et 40%).

Tableau 13 : Comparaison avec d'autres populations en traitement sur base des données du Treatment Demand Indicator

	TADAM	ISP National 2010 ^a	ISP MASS-MSOC 2010 ^b	Eurotox 2009 ^c	De Sleutel ^d 2005-2007
Caractéristiques socio-démographiques					
Age – années	43	30	32	34	27
Hommes	88%	81%	80%	80%	85%
Belges	84%			74%	91%
Union européenne	8%			11%	3%
Autres nationalités	8%			15%	6%
Au moins diplôme secondaire sup.	23%	74% ^e	71% ^e	34%	66%
Emploi (dern. mois)	3%	37%	45%		42%
Pas de logement stable (dern. mois)	28%	21% ^f	19% ^f	44% ^f	
Situation judiciaire					
Déjà poursuivi pénalement	93%			48% ^g	
Déjà incarcéré	64%			40%	
Consommation					
Héroïne comme produit posant le plus de problème	100%	36% ^h	52%	52% ^h	24%
Age de la première utilisation héroïne - moy.	22			21 ^h	20
A déjà injecté	81%	23%	41%	23%	28%
Injection dern. mois	28%	9%	19%	7%	6%
Antécédents de traitements pour drogue et/ou alcool	100%	77%	59%	74%	

^a Entre 5441 et 8505 répondants

^b Entre 906 et 1555 répondants

^c Entre 2466 et 3335 répondants, à l'exception de la variable "âge de la première utilisation héroïne" qui ne porte que sur les consommateurs d'héroïne

^d Les données portent sur les années 2005 à 2007, sauf pour les variables "Age" et "Emploi" qui ne portent que sur 2007. Le nombre de répondants par année est d'environ 700 patients

^e Ne distingue pas le niveau d'étude secondaire inférieur et supérieur

^f Regroupe les "sans logement", "Institution", "Prison" et "Autres"

^g "A déjà été entendu par un juge ou par le parquet"

^h Opiacés

Consommation de substances psychoactives

Les patients du projet TADAM étaient composés uniquement de patients dépendant de l'héroïne, contrairement aux autres populations en traitement. A l'exception des MASS/MSOC et des statistiques d'Eurotox pour la Communauté française où ces patients constituaient également une majorité (52% dans les deux cas), l'héroïne comme produit posant le plus de problème n'était rapportée que par 24% et 36% des autres personnes en traitement. Les pratiques d'injection étaient également plus répandues dans la population du projet TADAM.

➤ Avec la population des études étrangères

Dans cette section, le profil des patients inclus dans le projet TADAM a été comparé au profil des patients d'études européennes et canadienne sur le traitement assisté par héroïne (Tableau 14).

Dans un premier temps, nous abordons les caractéristiques générales des patients telles que développées au début de ce document. Ensuite, nous nous focalisons plus précisément sur le volet criminologique en comparant l'implication des patients dans un milieu délinquant.

Caractéristiques socio-démographiques

Comme nous le voyons au Tableau 14 :

- Les patients du projet TADAM étaient plus âgés qu'à l'étranger où les moyennes d'âge variaient entre 32 et 40 ans.
- Si les hommes représentaient dans toutes les études une majorité importante des patients en traitement, le projet TADAM comportait cependant, avec l'étude espagnole, la plus grande proportion de sujets masculins.
- Le pourcentage de patients ayant travaillé au cours du dernier mois était un des plus bas dans le projet TADAM (3%).
- Notre population présentait un pourcentage élevé de personnes sans logement stable (28%). L'étude canadienne rapportait un taux de personnes sans domicile fixe (73%) très différent des études européennes. Toutefois, ce taux élevé serait dû aux caractéristiques d'une des deux zones de l'étude : la zone de Vancouver où 76% des patients ont été recrutés. Le pourcentage de personnes sans logement à Montréal était quant à lui de 22%.

Caractéristiques médico-psychologiques

Concernant les caractéristiques médico-psychologiques :

- Les pourcentages de patients du projet TADAM atteints du virus HIV et HCV sont parmi les plus faibles.
- La population du projet TADAM avait plus de plaintes au niveau physique²⁹ au MAP-HSS que les patients de l'étude néerlandaise.
- Il n'existe pas de différence significative au niveau du score total au SCL-90-R³⁰ entre le projet TADAM et l'étude espagnole³¹. Par contre, la population de notre projet présente plus de symptômes psychiatriques que celle de l'étude des Pays-Bas³².
- Enfin, le pourcentage de personnes ayant déjà commis une tentative de suicide se situe dans la moyenne des autres études.

²⁹ $P = 0.000$

³⁰ Un test de comparaison de deux moyennes indépendantes a été réalisé, en supposant que les données des études étrangères sont distribuées normalement

³¹ TADAM vs. Espagne : $p = 0.4351$

³² $P = 0.000$

Consommation de substances psychoactives

- Les patients du projet TADAM étaient moins nombreux à avoir consommé de la cocaïne qu'aux Pays-Bas et en Allemagne.
- En termes de surconsommation d'alcool, 1 patient sur 4 avait consommé au moins une fois sur le dernier mois 6 verres ou plus sur un jour, dans la moyenne des études étrangères.
- En matière de consommation de benzodiazépines, les patients du projet se situaient dans les moyennes les plus basses.

Tableau 14 : Comparaison avec la population des études étrangères sur le traitement assisté par héroïne

	TADAM	Suisse (Perneger et al., 1998)	Pays-Bas (Van den Brink et al., 2003)	Espagne (March et al., 2006)	Allemagne (Haasen et al., 2007)	Canada (Oviedo et al., 2009)	Angleterre (Strang et al., 2010)
Nombre de patients	74	51	549	62	1015	251	127
Caractéristiques socio-démographiques							
Age - Moy.	43	32	39	37	36	40	37
Hommes	88%	75%	80%	90%	80%	61%	73%
Emploi	3%	-	8%	5%	-	16%	2%
Pas de logement stable	28%	-	13% ^a	21% ^b	31% ^c	73% ^d	-
Allocations sociales	78%	46%	58%	-	49%	36%	-
Caractéristiques médico-psychologiques							
HIV	7%	14%	9%	40%	9%	10%	-
HCV anticorps	61%	57% ^e	-	94%	81%	63%	-
MAP-HSS score - moy. [s.d.]	18 [8]	-	11 [7]	-	-	-	-
SCL-90-R – Score total - moy. [s.d.]	106 [53]	-	74 [63]	99 [52]	-	-	-
Au moins une tentative de suicide	45%	53%	28%	-	42%	-	-
Consommation de substances psychoactives et traitement							
Consommation sur toute la vie en années (moy.)							
Héroïne	20	-	16	20	14	14	16
Méthadone	14	-	12	-	-	-	-
Consommation sur le dernier mois (% de consommateurs)							
Méthadone	91%	-	100%	69%	-	-	-
Alcool (min. 6 verres/jr)	28%	-	39%	-	13% ^f	-	-
Cocaïne (injectée ou inhalée)	46%	-	86% ^g	-	73% ^h	-	43% ⁱ
Benzodiazépines	42%	-	63%	-	57%	-	35%
Tabac	97%	-	-	-	-	-	-
Consommation sur le dernier mois en jours (moy.)							
Héroïne	27	-	26	-	22	27	28
Méthadone	21	-	29	-	-	-	-
Alcool (min. 6 verres/jr)	7	-	19	-	13	-	-
Overdose et traitements							
A déjà connu une overdose	27%	-	36%	-	70%	-	-
Nb traitements pour drogue/alcool - moy.	9	3 ^j	-	3	-	11	4

^a « Stable housing » = 87%

^b « Homeless »

^c «Stable housing situation» = 70%

^d « Homeless or living in shelter or hotel room »

^e « Any hepatitis »

^f « Alcohol use (harmful) »

^g Pas de précision quant au mode de consommation

^h Inclus cocaïne, crack et speedball

ⁱ Crack et cocaïne

^j Nombre de traitements par méthadone seulement

Au niveau criminologique

Dans un premier temps, nous avons comparé notre population avec celle des quatre études contrôlées randomisées. Ensuite, nous abordons le rapport final de Killias et al. (2002). Pour plus de lisibilité, la comparaison a été inversée dans le Tableau 15 ci-dessous.

Nous avons établi le profil délinquant de notre population au moment de l'inclusion. Nous discutons ce profil à la lumière des études étrangères réalisées sur le traitement assisté par héroïne.

Tout d'abord, en ce qui concerne les études contrôlées randomisées, nous constatons au Tableau 15 que :

- Sur le plan judiciaire, le pourcentage de patients ayant déjà été poursuivis pénalement était au même niveau que dans les études étrangères.
- Les patients (11%) du projet TADAM étaient moins nombreux qu'à l'étranger à dire que leur principale source de revenus du mois précédent était illégale (de 23% à 27%).
- Les patients inscrits dans le projet TADAM ont été relativement moins impliqués dans des activités illégales au cours du mois précédent (7 jours contre 20 en Allemagne).
- Le nombre moyen de poursuites par personne sur les 6 derniers mois était de 0 par personne contre 1 en Suisse.

Peu de chiffres concernant les délits et les faits de victimisation ont été mentionnés dans les études contrôlées randomisées :

- Dans l'étude allemande, 22% de patients ont commis au moins une fraude sur les douze mois précédant leur entrée en traitement avec une moyenne de trois délits par personne. Dans notre étude, aucun patient n'a déclaré avoir commis ce type de fait durant les six mois précédant l'inclusion.
- 15% des patients se sont prostitués au moins une fois dans le courant de leur vie contre 24% en Suisse. 3% de nos patients se sont prostitués au moins une fois au cours des six mois précédant l'inclusion et 13% en Suisse.

Dans l'étude allemande, 75% des patients ont été victimes au moins une fois au cours des douze mois précédant l'inclusion³³. Dans notre étude, 57% de patients ont été victimes d'au moins un fait d'extorsion, de vol, d'agression physique, d'agression sexuelle ou d'arnaque lors d'un achat de drogue sur les six mois précédant l'inclusion.

D'après cette comparaison avec les études contrôlées randomisées uniquement, notre population a été moins engagée dans un mode de vie délinquant qu'à l'étranger.

³³ Les faits de victimisation portent sur le vol, la fraude et l'arnaque, l'extorsion, la menace avec arme, les lésions corporelles avec ou sans arme, l'agression sexuelle et la mise à la prostitution en cas de refus de paiement.

Si nous comparons notre étude avec celle de Killias et al. (2002), notre population avait un taux de délinquance et de victimisation comparable, hormis que :

- 31% de nos patients ont commis au moins un vol dans un magasin au cours des six mois précédant l'entrée dans le projet avec une moyenne de 10 délits par personne. L'étude suisse rapporte 35% de personnes avec une moyenne de 6 délits.
- Pour les coups et blessures volontaires, la différence était davantage marquée puisque nous rapportons une prévalence de 5% avec une incidence de 0 contre 0.7% et 0 pour l'étude suisse.
- 9% des patients ont commis au moins un fait au cours des six mois précédant l'entrée en traitement avec une moyenne de 3 délits par personne, contre 13% et 1 pour Killias et al. (2002).
- Les patients suisses s'étaient davantage engagés dans la vente de drogues. Ainsi, pour le haschisch, 26 % en Suisse en avaient revendu (avec une moyenne de 9 délits par personne) contre 5% (avec une moyenne de 3 délits chez nos patients). 47% des patients Suisses avaient revendu des drogues dures (avec une moyenne de 25 délits par personne) contre 32% de nos patients (avec une incidence similaire).
- Au niveau de l'arnaque lors de la vente de drogue, aucun de nos patients ne s'est engagé dans ce type de délit durant les six mois précédents, contre 7% avec une incidence de 1 dans l'étude suisse (Killias et al., 2002).

Les délits dans lesquels notre population s'est le plus illustrée au cours des six mois précédant l'inclusion sont la vente de drogues dures (32%), les vols en magasin (31%) et les vols par effraction dans un véhicule (12%).

En ce qui concerne les faits de victimisation :

- Nos patients ont été moins souvent victimes d'extorsion (9% contre 12% en Suisse), d'arnaque lors d'achat de drogue (38% contre 55% en Suisse) et d'agression sexuelle (0% contre 2% en Suisse) au cours des six mois précédant leur entrée en traitement. Les faits d'arnaque étaient cependant le type de victimisation le plus fréquent au sein de la population du projet TADAM.
- Par contre, nos patients ont été plus souvent victimes de vols (27% contre 23%³⁴ et 14%³⁵ en Suisse) et surtout d'agressions physiques (8% contre 4% en Suisse).

Ainsi, par comparaison, notre population n'était pas plus délinquante. En effet, si l'on considère sur une période de six mois les sources de revenus illégales, l'implication dans les activités délinquantes ainsi que le nombre moyen de poursuites pénales, notre population affichait des chiffres inférieurs à ceux des études étrangères. Si l'on examine la délinquance

³⁴ « Vol d'argent et d'effets personnels »

³⁵ « Vol de cycle »

générale, 62% de nos patients se sont engagés au moins une fois dans un comportement délinquant au cours des six mois précédent avec une incidence de 45 délits. Dans l'étude suisse de Killias et al. (2002) par contre, la prévalence était de 68% avec une incidence de 41 délits.

Nous avons moins de personnes délinquantes commettant en moyenne plus de délits, notamment pour les vols en magasin, les vols par effraction dans un immeuble et le recel. Le rapport ne s'inverse que pour les coups et blessures volontaires. Il faut cependant être prudent dans cette interprétation car, sur une petite population, le fait que quelques patients rapportent un nombre important de délits tend à augmenter de manière significative l'incidence de ceux-ci.

Enfin, si l'on considère la victimisation, nos patients étaient moins souvent victimes (57% avec une incidence de 4 faits contre 69% avec une moyenne de 6 faits). Toutefois, les chiffres restent assez élevés puisque la majorité des patients a été victime au moins une fois au cours des six mois précédant l'entrée en traitement. Notons également que, comme pour les faits de délinquance, les patients ont surtout été victimes de faits liés à la drogue ou aux biens et à la propriété.

Tableau 15 : Comparaison au niveau criminologique avec les études étrangères sur le traitement assisté par héroïne

	TADAM		Suisse (Killias et al., 2002)		Suisse (Perneger et al., 1998)		Pays-Bas (van den Brinck et al., 2003)		Allemagne (Haasen et al., 2007)		Canada (Oviedo-Joekes et al., 2009)	
Patients avec des revenus illégaux comme source principale de revenus (dern. mois)	11%						27%		23%			
Activités illégales sur le dern. mois (moy. en jrs)	7						11		21		15 (médiane)	
Situation judiciaire	<i>Incidence</i>	%	<i>Incidence</i>	%	<i>Incidence</i>	%	<i>Incidence</i>	%	<i>Incidence</i>	%	<i>Incidence</i>	%
Nb poursuites sur 6 dern. mois - Moy. [s.d.]	0,12 [0,37]				1,25 [1,45]							
Déjà poursuivi pénalement	93%										94%	
Déjà condamné pénalement	76%								96%		82%	
Déjà incarcéré	64%						82%		75%			
Activités illégales dern. mois	47%								73%		74% ^a	
Délinquance auto-rapportée 6 mois avant l'inclusion^b	<i>Incidence</i>	%	<i>Incidence</i>	%	<i>Incidence</i>	%	<i>Incidence</i>	%	<i>Incidence</i>	%	<i>Incidence</i>	%
<i>Vol dans un magasin</i>	9,66	31%	5,64	35%								
<i>Pickpocket</i>	0,10	4%	0,10	4%								
<i>Vol par effraction dans un véhicule</i>	0,70	12%										
<i>Vol par effraction dans un immeuble</i>	0,66	5%	0,23 ^c	7%								
<i>Vol à l'arraché</i>	0,00	0%	0,03	1%								
<i>Vol avec violence ou menaces</i>	0,00	0%	0,02 ^d	1%								
<i>Falsification</i>	0,00	0%							2,89 ^e	22%		
<i>Coups et blessures volontaires</i>	0,24	5%	0,01 ^f / 0,003 ^g	0,7% / 0,3%								
<i>Recel</i>	3,00	10%	0,93	13%								
<i>Prostitution</i>	3,41	3%				13%						
<i>Vente de cannabis</i>	3,30	5%	8,96 ^h	26%								
<i>Vente d'héroïne, cocaïne, LSD, ecstasy</i>	23,89	32%	25,30 ⁱ	47%								
<i>Arnaque drogue</i>	0,00	0%	0,65	7%								
Total	44,96	62%	41,44^j	68%		56%^k						
Victimisation 6 mois avant l'inclusion	<i>Incidence</i>	%	<i>Incidence</i>	%	<i>Incidence</i>	%	<i>Incidence</i>	%	<i>Incidence</i>	%	<i>Incidence</i>	%
<i>Extorsion</i>	0,16	10%	0,27 ^d	12%								
<i>Vol</i>	1,92	27%	0,79 ^l / 0,20 ^m	23% / 14%								
<i>Agression physique</i>	0,15	8%	0,04	4%								
<i>Agression sexuelle</i>	0,00	0%	0,09	2%								
<i>Arnaque drogue</i>	1,65	38%	4,47	55%								
Total	3,88	57%	5,91	69%					75%ⁿ			

^a "Other than illicit drug use"

^b Sur une période de 6 mois avant l'entrée en traitement sauf indication contraire

^c « Cambriolage »

^d « Brigandage »

^e « Fraud » sans précision. Données auto-révéloées sur une période de 12 mois avant l'entrée en traitement

^f « Lésions corporelles »

^g « Lésions avec arme »

^h « Vente de drogues douces »

ⁱ « Vente de drogues dures »

^j Les auteurs incluent également le délit « vol dans un automate »

^k « Any charge »

^l Vol d'argent et d'effets personnels

^m Vol de cycle

ⁿ « Toutes les victimisations » sur une période de 12 mois (vol, fraude et arnaque, extorsion, menace avec arme, lésions corporelles, lésions corporelles avec une arme, agression sexuelle, mise à la prostitution en cas de refus de paiement)

4. Discussion

Nous reprenons et discutons ci-dessous les caractéristiques les plus marquantes des patients inclus dans notre projet. Nous pouvons discuter de l'ensemble des patients sans faire de distinction entre les deux groupes puisque ceux-ci ne sont pas significativement différents, du moins en ce qui concerne les caractéristiques analysées. Pour cette même raison, nous pourrions également comparer l'évolution des deux groupes de patients au 12^e mois de traitement.

➤ **Caractéristiques socio-démographiques**

Les patients du projet étaient plus âgés que les autres populations en traitement pour un problème de dépendance en Belgique. Cet écart peut s'expliquer simplement par les critères d'inclusion du projet TADAM (être dépendant de l'héroïne depuis 5 ans au moins et avoir eu un traitement par méthadone d'au moins 60 mg) ainsi que par l'âge moyen de début de la consommation régulière d'héroïne qui était de 22 ans dans notre public. Le plus jeune patient vu par l'équipe de recherche avait 28 ans. Nos patients étaient cependant également plus âgés que les patients des études à l'étranger, alors que les critères d'inclusion étaient similaires. Cet écart pourrait s'expliquer quant à lui par le vieillissement général des consommateurs de substances psychoactives (Gossop, 2008). En effet, notre étude était la plus récente de celles qui sont présentées. La première étude contrôlée randomisée (parmi celles qui ont servi de point de comparaison) a débuté 15 ans auparavant en Suisse (Perneger et al, 1998) avec une moyenne d'âge de 32 ans. Ce vieillissement des consommateurs de substances est caractérisé notamment par un nombre croissant de personnes de plus de 40 ans. Ce phénomène serait dû notamment à une meilleure prise en charge des problèmes de consommation de substances mais il s'accompagne d'un taux plus élevé de pathologies physiques et mentales (Gossop, 2008).

La proportion de femmes dans notre étude était plus basse que dans les autres populations en traitement pour un problème de substances en Belgique. Dans les études à l'étranger sur le traitement par héroïne, seule l'Espagne avait une proportion moins élevée de femmes. Selon l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA], 2005), les femmes sont moins représentées que les hommes parmi les consommateurs de substances psychoactives sauf en ce qui concerne les consommateurs de médicaments de type tranquillisant ou sédatif. Selon ce même Observatoire, la proportion de femmes est d'autant plus basse que la population est âgée. Le faible taux de femmes ne serait donc pas lié aux conditions du traitement par diacétylmorphine mais plutôt aux caractéristiques de la population des usagers d'héroïne de rue.

Dans notre étude, la proportion (78%) de patients vivant principalement d'une allocation sociale était nettement plus importante qu'à l'étranger. Le taux d'emploi à l'étranger n'était pourtant pas beaucoup plus élevé. Cette différence dans la proportion d'allocataires sociaux pourrait s'expliquer par une couverture sociale plus accessible en Belgique ainsi que par le recours aux soins particulièrement important chez nos patients : ils avaient eu en moyenne 9 traitements pour un problème de drogues ou d'alcool. Or, les intervenants des institutions de soins aident les patients à se remettre en ordre au niveau administratif et à trouver des sources légales de revenus.

Le taux de personnes sans logement stable (28%) n'était pas plus élevé qu'à l'étranger mais plus important que dans les autres populations en traitement en Belgique. La question du logement a été analysée dans un document en annexe. Retenons que le terme "sans abri" n'est pas toujours approprié : les personnes sans logement de notre projet trouvaient un abri soit dans un centre d'accueil, soit chez des amis, soit encore sous une tente. Il est plus adéquat de parler d'absence de logement stable que de sans abri. Aucun patient n'a mentionné dormir dans un squat.

Le nombre de patients passant leur temps libre seuls (47%) ou avec des personnes dépendantes de drogues ou d'alcool (43%) est interpellant. Une étude Suisse (Guttinger, Gschwend, Schulte, Rehm & Uchtenhagen, 2003) - réalisée sur des patients 6 ans après leur entrée dans le traitement par héroïne - a montré que, même lorsque les personnes devenaient abstinentes et n'avaient plus de contacts avec des personnes dépendantes de drogues illégales, elles remplaçaient difficilement ces contacts et avaient tendance à rester seules. Ce problème est d'autant plus important que nos patients sont sans emploi (97%), ce qui aurait pu favoriser des contacts avec d'autres personnes non consommatrices de drogues. En outre, selon cette même étude suisse, le taux d'emploi n'augmente pas dans les années qui suivent l'entrée en traitement. Cependant, selon une autre étude (Verthein et al., 2008), les patients de l'étude allemande ont eux développé deux fois plus de contacts avec des "drug-free users" deux ans après leur entrée en traitement (passant de 15% à 30%) et le taux d'emploi a également augmenté après 2 ans (passant de 15% à 26%).

➤ **Santé physique**

Les problèmes pulmonaires de nos patients peuvent s'expliquer par la durée de leur consommation de différentes substances par inhalation et par la fréquence actuelle de ces consommations. Ces patients consommaient en effet du tabac depuis l'âge de 14 ans : ils fumaient ainsi depuis 28 ans en moyenne au moment de l'interview. Sur les dernières 48 heures, ils étaient 72 à avoir consommé du tabac, 57 de l'héroïne en inhalation, 28 du cannabis et 5 avaient inhalé de la cocaïne (que certains patients disaient préparer avec de l'ammoniac). Une étude aux Pays-Bas a montré que l'inhalation de diacétylmorphine n'aggravait pas l'état pulmonaire des patients (Buster, van den Brink, van Brussel, & van Ree, 2011). Ajoutons que la diacétylmorphine remplace un produit potentiellement plus nocif puisque l'héroïne de rue

est coupée par différentes substances. Néanmoins, par prudence, ce traitement par diacétylmorphine ne devrait être réservé qu'à des personnes qui consomment quotidiennement (ou presque) de l'héroïne de rue, comme dans les critères d'inclusion du protocole.

86% de nos patients avaient des problèmes de dentition. Courant chez les consommateurs de substances psychoactives, les problèmes dentaires peuvent avoir des causes multiples (Laslett, Dietze & Dwyer, 2008 ; Reece, 2007). Ainsi, les opioïdes, l'alcool et les amphétamines diminuent la salivation. Or, celle-ci a un effet protecteur : elle prévient les problèmes de gencives et de caries. Si la salivation diminue, les risques de déchaussement augmentent. Le tabac (fumé par 97% de nos patients) peut également augmenter les problèmes de gencives (et donc les déchaussements). Les problèmes dentaires sont encore aggravés par une mauvaise alimentation et par l'irrégularité de celle-ci. Ajoutons que la diminution des douleurs dentaires par la consommation d'opioïdes peut également retarder le recours aux soins. Une mauvaise hygiène est évidemment un facteur aggravant mais, même avec une bonne hygiène, les problèmes dentaires se manifestent chez les personnes dépendantes de l'héroïne (Madinier, Harrosch, Dugourd, Giraud-Morin & Fosse, 2003).

➤ **Santé mentale**

Selon Maremmani (Maremmani et al., 2007), les symptômes anxieux et dépressifs - si répandus dans notre population - seraient des symptômes caractéristiques de l'addiction à l'héroïne et plutôt une conséquence de l'addiction qu'une cause ou qu'une co-morbidité.

Certains symptômes psychotiques (en dehors de toute pathologie psychiatrique) pourraient également être causés par la consommation de substances psychoactives, non seulement comme conséquence directe d'une consommation ponctuelle élevée mais également comme conséquence d'une consommation dans le passé. Selon une étude longitudinale réalisée en population générale en Suisse, la consommation de substances psychoactives (alcool et cannabis) à l'adolescence serait une cause de la survenue de symptômes psychotiques à l'âge adulte via une sensibilisation du système dopaminergique. Ce lien serait renforcé en cas de consommation de plusieurs substances (Rössler, Hengartner, Angst & Ajdacic-Gross, 2012).

➤ **Aspects criminologiques**

Selon l'EuropASI, 35 personnes ont consacré au moins un jour à une activité illégale sur les 30 derniers jours mais selon le questionnaire de délinquance auto-rapportée, 37 patients ont dit avoir commis un fait délinquant au cours des 30 derniers jours. 2 patients se sont donc rappelés avoir commis un fait grâce à la précision du questionnaire auto-rapporté. Les questions précises sur les faits commis permettent en effet aux patients de se souvenir mieux de ce qu'ils ont fait qu'une question générale entraînant plus d'erreurs de mémoire (Anseau et al., 2005).

Nos patients paraissaient moins délinquants au moment de l'entretien (le mois précédent ou les 6 derniers mois) que les patients à l'étranger mais ils avaient un passé tout aussi délinquant. Le taux de délinquance plus bas de nos patients au moment de l'entretien pourrait être lié à l'âge plus élevé de nos patients. En effet, la délinquance étudiée tend à diminuer avec l'âge (Born, 2005). Une autre explication (qui n'exclut pas la première) serait que nos patients ont un moins grand besoin de revenus car ils ont en général une allocation sociale (78%). Une troisième hypothèse est que l'accessibilité des traitements par méthadone et des cures contribuerait à diminuer la délinquance des patients en favorisant leur distanciation d'un milieu délinquant.

Cependant, le haut taux d'incidence de certains faits indiquerait une professionnalisation de la délinquance chez certains patients dans notre groupe, plus importante qu'à l'étranger.

Le taux de prostitution était nettement plus important dans l'étude suisse de Perneger et al. (1998) que dans notre étude. Cette différence dans le taux de prostitution pourrait être due au fait que notre projet comportait moins de femmes et des patients plus âgés.

➤ **Consommation de substances psychoactives**

Nos patients ont montré une grande stabilité dans leur consommation d'héroïne de rue puisque seuls 7% d'entre eux avaient arrêté l'héroïne plus d'un an au cours de leur vie. Cette régularité se retrouve dans la consommation de tabac où 97% des patients n'ont jamais arrêté plus d'un an depuis le début de leur consommation (sur les 73 patients qui ont fumé).

Les patients étaient souvent dépendants d'autres substances mais ils avaient réduit leur consommation au moment de l'entretien par rapport à ce qu'ils consommaient plusieurs années auparavant. 16% des patients ne consommaient que de l'héroïne de rue et du tabac. Un patient ne prenait que de l'héroïne de rue à l'exclusion de toute autre substance psychoactive, y compris le tabac.

➤ **Overdoses et traitement**

Enfin, si les patients du projet TADAM ont connu moins d'overdoses que, dans les études étrangères, ils ont eu recours à un nombre plus élevé de traitements. Ce nombre élevé de traitements reçus pourrait indiquer une bonne accessibilité des traitements dans la région liégeoise.

Le nombre relativement peu élevé d'overdoses pourrait s'expliquer par l'habitude fréquente d'inhaler l'héroïne, au lieu de l'injecter, mais également par le recours important aux soins et au traitement par méthadone.

➤ **Modes de consommation**

93% des patients ont donc choisi d'inhaler la diacétylmorphine. Pour expliquer le choix de l'inhalation, certains patients expliquaient lors des questionnaires qu'ils n'avaient plus de veines disponibles pour l'injection. Les infirmières chargées des prélèvements ont pu vérifier cette difficulté et les prises de sang ont été parfois très fastidieuses. Le vieillissement des consommateurs d'héroïne, ou plutôt le nombre d'années de consommation, contribuerait ainsi à expliquer le recours accru à l'inhalation. Celui-ci pourrait être également une spécificité locale provenant de l'influence des Pays-Bas. D'après leurs dires lors des entretiens, nos patients vont en effet souvent aux Pays-Bas pour se fournir en substances illicites. Or, aux Pays-Bas, la proportion d'inhalateurs d'héroïne varie de 75% à 90% (Central Committee on the Treatment of Heroin Addicts, 2002). Cette proportion se retrouvait dans les centres de traitement que nous avons visité dans ce pays (Demaret, Lemaitre, & Anseau, 2011). L'influence des campagnes de réduction des risques ou la peur des infections pourrait encore renforcer cette tendance à l'inhalation. De manière générale en Europe, les personnes injectant régulièrement sont en régression dans les centres de traitement (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA], 2011).

Cependant, le choix de nos patients pour l'inhalation de la diacétylmorphine révèle uniquement une préférence pour un mode d'administration : les patients étaient rarement des inhaleurs ou injecteurs stricts. En effet, sur ces 93% de patients, certains avaient un passé d'injecteurs et injectaient encore. Seuls 19% des patients n'avaient jamais injecté. Ces derniers étaient les seuls inhaleurs stricts du projet. Tous les autres ont essayé l'injection. Certains passaient d'un mode de consommation à l'autre. Ainsi, parmi ceux qui inhalaient l'héroïne, certains injectaient la cocaïne et certains consommaient le même produit (héroïne ou cocaïne) aussi bien par injection que par inhalation. Il est dès lors erroné de parler d'injecteurs ou d'inhalateurs comme s'il s'agissait de personnes différentes : la plupart de nos patients utilisaient ou ont utilisé les deux modes d'administration. Le choix entre ces deux modes d'administration varie selon les personnes, selon le produit (cocaïne ou héroïne), le contexte (héroïne de rue ou DAM dans le cadre de l'expérience), l'âge, peut-être le sexe et l'état physique.

➤ **Vérification de la consommation d'héroïne de rue et de cocaïne**

Deux patients (3%) avaient exagéré leur consommation d'héroïne. Ces deux patients avaient par contre consommé de la méthadone. Ils restaient dans nos critères d'inclusion car ceux-ci n'exigeaient pas une consommation quotidienne en cas de traitement par méthadone. 18% des 74 patients ont consommé de la cocaïne alors qu'ils avaient dit ne pas en avoir consommé depuis 30 jours. Les patients craignaient peut-être que leur consommation de cocaïne ne soit un frein à leur entrée en traitement.

5. Conclusion

Les personnes incluses dans le projet TADAM constituent une population très spécifique, différente de la population faisant une demande de traitement pour un problème de drogues en Belgique. Notre population correspond au groupe cible visé par le projet, c'est-à-dire des personnes sévèrement dépendantes de l'héroïne pour lesquelles la dépendance à l'héroïne est devenue une maladie chronique : des consommateurs réguliers depuis 20 ans en moyenne, consommateurs (quasi) quotidien d'héroïne de rue, malgré de nombreux essais de traitements (9 en moyenne), présentant des problèmes de santé physique ou mentale ainsi qu'une insertion dans un milieu délinquant.

Même si notre population s'éloigne statistiquement beaucoup de la population générale, elle n'est pas constituée de personnes différentes en soi. En effet, nos 74 patients n'ont qu'une caractéristique en commun : la dépendance à l'héroïne. Pour le reste, notre population, derrière des statistiques qui ont tendance à l'uniformiser, montre une très grande diversité : un universitaire ayant travaillé plus de 10 ans, une personne avec un emploi fixe, des personnes de 28 à 60 ans, hommes et femmes, vivant seules sans contact avec leur famille ou au contraire soutenues au quotidien par un parent ou un conjoint ; certains couples sont ensemble depuis plus de 15 ans. Si la plupart ont un passé délinquant, certaines n'ont jamais commis d'acte délictueux (selon nos questionnaires) et de nombreuses autres n'en commettent plus actuellement.

Références

- Ansseau, M., Gustin, F., Hodiaumont, F., Lemaître, A., Lo Bue, S., Lorant, V., Portet, M. I., Reggers, J., Tyberghein, M., & Van Deun, P. (2005). *DHCo Délivrance d'héroïne sous contrôle médical : Etude de faisabilité et de suivi*. Gand, Belgique: Academia press.
- Born, M. (2005). *Psychologie de la délinquance*. Bruxelles: De Boeck.
- Buster, M. C., van den Brink, W., van Brussel, G. H., & van Ree, J. M. (2011). Influence of Treatment with Inhalable Heroin on Pulmonary Function. *Eur Addict Res*, 17(3), 136-138.
- Casero, L., Hogge, M., Rwubu, M., Bastin, P., Dal, M., & Vanhuyck, C. (2010). *L'usage de drogues en Communauté française*. Eurotox : Bruxelles.
- Central Committee on the Treatment of Heroin Addicts. (2002). *Medical co-prescription of heroin: Two randomized controlled trials*. Utrecht, the Netherlands. Retrieved June 22, 2007, from <http://www.ccbh.nl/NL/index.htm>
- Demaret, I., Lemaitre, A., & Ansseau, M. (2011). Staff concerns in heroin-assisted treatment centres. *J Psychiatr Ment Health Nurs*.
- Direction générale Statistiques et Information économique. (2011a). *Structure de la population selon l'âge et le sexe : Belgique*. SPF Economie: Bruxelles. Retrieved March 8, 2012, from <http://statbel.fgov.be/fr/statistiques/chiffres/population/structure/agesexe/popbel/>
- Direction générale Statistiques et Information économique. (2011b). *Structure de la population selon la nationalité actuelle*. SPF Economie: Bruxelles. Retrieved March 8, 2012, from <http://statbel.fgov.be/fr/statistiques/chiffres/population/structure/natact/>
- Direction générale Statistiques et Information économique. (2011c). *Niveau d'instruction*. SPF Economie: Bruxelles. Retrieved March 8, 2012, from <http://statbel.fgov.be/fr/statistiques/chiffres/travailvie/formation/instruction/>
- Direction générale Statistiques et Information économique. (2011d). *Emploi, chômage, structure du marché du travail*. SPF Economie: Bruxelles. Retrieved March 8, 2012, from <http://statbel.fgov.be/fr/statistiques/chiffres/travailvie/emploi/>
- Direction générale Statistiques et Information économique. (2011e). *Structure de la population selon l'état civil*. SPF Economie: Bruxelles. Retrieved March 8, 2012, from <http://statbel.fgov.be/fr/statistiques/chiffres/population/structure/etatcivil/>

- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA]. (2005). *Differences in patterns of drug use between women and men*. Retrieved June 6, 2012, from URL:<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index34278EN.html>. (Archived by WebCite® at <http://www.webcitation.org/68O2mdLOs>)
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA]. (2011). *Rapport annuel 2011: Etat du phénomène de la drogue en Europe*: EMCDDA. Retrieved June 18, 2012, from <http://www.emcdda.europa.eu/publications>
- Gisle, L. (2008a). *Enquête de santé par interview : Santé mentale*. Institut Scientifique de Santé Publique : Bruxelles. Retrieved March 8, 2012, from https://www.wiv-isp.be/epidemie/EPIFR/CROSPFR/HISFR/his08fr/7_sante_mentale.pdf
- Gisle, L. (2008b). *Enquête de santé par interview : Consommation de tabac*. Institut Scientifique de Santé Publique : Bruxelles. Retrieved March 8, 2012, from https://www.wiv-isp.be/epidemie/EPIFR/CROSPFR/HISFR/his08fr/r2/5.la%20consommation%20de%20tabac_r2.pdf
- Gisle, L. (2008c). *Enquête de santé par interview : L'usage de drogues illicites*. Institut Scientifique de Santé Publique : Bruxelles. Retrieved March 8, 2012, from https://www.wiv-isp.be/epidemie/EPIFR/CROSPFR/HISFR/his08fr/r2/6.la%20usage%20de%20drogues%20illicites_r2.pdf
- Gisle, L. (2008d). *Enquête de santé par interview : La consommation d'alcool*. Institut Scientifique de Santé Publique : Bruxelles. Retrieved March 8, 2012, from https://www.wiv-isp.be/epidemie/EPIFR/CROSPFR/HISFR/his08fr/r2/7.la%20consommation%20d%27alcool_r2.pdf
- Gossop, M. (2008). Substance use among older adults: a neglected problem. *Drugs in focus*, (18). Retrieved June 12, 2012, from URL:<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index50563EN.html>. (Archived by WebCite® at <http://www.webcitation.org/68MZY5B96>)
- Guttinger, F., Gschwend, P., Schulte, B., Rehm, J., & Uchtenhagen, A. (2003). Evaluating long-term effects of heroin-assisted treatment: the results of a 6-year follow-up. *Eur Addict Res*, 9(2), 73-79.
- Haasen, C., Verthein, U., Degkwitz, P., Berger, J., Krausz, M., & Naber, D. (2007). Heroin-assisted treatment for opioid dependence: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 191, 55-62
- Killias, M., Aebi, M. F., Ribeaud, D., & Rabasa, J. (2002). Rapport final sur les effets de la prescription de stupéfiants sur la délinquance des toxicomanes. Université de Lausanne : Lausanne
- Laslett, A. M., Dietze, P., & Dwyer, R. (2008). The oral health of street-recruited injecting drug users: prevalence and correlates of problems. *Addiction*, 103(11), 1821-1825.

- Löbmann, R., & Verthein, U. (2009). Explaining the effectiveness of heroin-assisted treatment on crime reductions. *American Psychology-Law Society*, 33, 13.
- Lombaert, G. (s.d.). *Een foto van de cliënt in De Sleutel: Verschuivingen in het profiel tussen 2005 en 2007.* . Retrieved April 4, 2012, from <http://www.desleutel.be>
- Madinier, I., Harrosch, J., Dugourd, M., Giraud-Morin, C., & Fosse, T. (2003). [The buccal-dental health of drug addicts treated in the University hospital centre in Nice]. *Presse Med*, 32(20), 919-923.
- Mäkelä, K. (2004). Studies of the reliability and validity of the Addiction Severity Index. *Addiction*, 99(4), 398-410.
- March, J. C., Oviedo-Joekes, E., Perea-Milla, E., Carrasco, F., & the PEPSA team. (2006). Controlled trial of prescribed heroin in the treatment of opioid addiction. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31, 203-211.
- Maremmani, I., Pacini, M., Pani, P. P., Perugi, G., Deltito, J., & Akiskal, H. (2007). The mental status of 1090 heroin addicts at entry into treatment: should depression be considered a 'dual diagnosis'? *Ann Gen Psychiatry*, 6, 31.
- Melberg, H. O. (2004). Three problems with the ASI composite scores. *Journal of Substance Use*, 9(3-4), 120-126.
- Organisation Mondiale de la Santé (2006). *BMI classification*. OMS : Genève. Retrieved May 11, 2012, from http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html
- Oviedo-Joekes, E., Nosyk, B., Brissette, S., Chettiar, J., Schneeberger, P., Marsh, D. C., Krausz, M., Anis, A., & Schechter, M. T. (2008). The North American Opiate Medication Initiative (NAOMI): profile of participants in North America's first trial of heroin-assisted treatment. *J Urban Health*, 85(6), 812-825.
- Perneger, T. V., Giner, F., del Rio, M., & Mino, A. (1998). Randomised trial of heroin maintenance programme for addicts who fail in conventional drug treatments. *BMJ*, 317(7150), 13-18.
- Renard, F., Autier, M., & Doumont, D. (2005). *L'hépatite C en Belgique : Comment améliorer le dépistage et la prévention ?* Unité d'Education pour la Santé : Louvain-la-Neuve. Retrieved March 8, 2012, from <http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/Dos34.pdf>
- Reece, A. S. (2007). Dentition of addiction in Queensland: poor dental status and major contributing drugs. *Aust Dent J*, 52(2), 144-149.

- Rössler, W., Hengartner, M. P., Angst, J., & Ajdacic-Gross, V. (2012). Linking substance use with symptoms of subclinical psychosis in a community cohort over 30 years. *Addiction*, *107*(6), 1174-1184.
- Sasse, A., Verbrugge, R., & Van Beckhoven, D. (2011). *Epidémiologie du sida et de l'infection à VIH en Belgique : Situation au 31 décembre 2010*. Institut Scientifique de Santé Publique : Bruxelles. Retrieved March 8, 2012, from <https://www.wiv-isp.be/Documents/RapportAnnuelVIHSIDA2010SiteInternet.pdf>
- Strang, J., Metrebian, N., Lintzeris, N., Potts, L., Carnwath, T., Mayet, S., Williams, H., Zador, D., Evers, R., Groshkova, T., Charles, V., Martin, A., & Forzisi, L. (2010). Supervised injectable heroin or injectable methadone versus optimised oral methadone as treatment for chronic heroin addicts in England after persistent failure in orthodox treatment (RIOTT): a randomised trial. *The Lancet*, *375*, 1885-1895.
- Szende, A., & Williams, A. (2004). Measuring self-reported population health: An international perspective based on EQ-5D. EuroQol Group : Rotterdam.
- van den Brink, W., Hendriks, V. M., Blanken, P., Koeter, M. W., van Zwieten, B. J., & van Ree, J. M. (2003). Medical prescription of heroin to treatment resistant heroin addicts: two randomised controlled trials. *BMJ*, *327*(7410), 310.
- van den Heyden, J. (2008). *Enquête de santé par interview : Consommation de médicaments*. Institut Scientifique de Santé Publique : Bruxelles. Retrieved March 8, 2012, from https://www.wiv-isp.be/epidemiologie/EPFR/CROSPFR/HISFR/his08fr/r2/7.la%20consommation%20d%27alcool_r2.pdf
- Verthein, U., Bonorden-Kleij, K., Degkwitz, P., Dilg, C., Kohler, W. K., Passie, T., Soyka, M., Tanger, S., Vogel, M., & Haasen, C. (2008). Long-term effects of heroin-assisted treatment in Germany. *Addiction*, *103*(6), 960-966; discussion 967-968.

Liste des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques des patients.....	13
Tableau 2 : Logement et situation de vie habituelle	14
Tableau 3 : Les patients présentaient de nombreuses plaintes au niveau physique.....	15
Tableau 4 : Les analyses de sang et d'urine ainsi que l'examen médical confirmaient la présence de nombreux problèmes physiques.	16
Tableau 5 : Selon les critères de l'OMS, 69% de nos patients avaient un poids normal.	16
Tableau 6 : Le SCL-90-R révèle de nombreux troubles chez les patients.....	18
Tableau 7 : Sur base de l'EuropASI, les patients ont consommé de nombreuses substances de façon régulière au cours de leur vie mais, hormis le tabac, jamais autant que l'héroïne.	20
Tableau 8 : Sur les 30 derniers jours, de nombreux patients avaient consommé d'autres substances en plus des opioïdes : alcool (au moins 6 verres), benzodiazépines, cocaïne ou cannabis. Certains patients ont consommé plusieurs de ces substances de façon quotidienne.	20
Tableau 9 : Hors traitement de substitution, les patients ont consommé différentes substances quotidiennement.	21
Tableau 10 : Les prélèvements d'urine valident à plus de 80% les déclarations faites par les patients sur leur consommation d'héroïne et de cocaïne (n=70).	22
Tableau 11 : La comparaison du groupe expérimental et du groupe contrôle sur base des données de l'EuropASI ne montre pas de différence entre les deux groupes	24
Tableau 12 : Comparaison des patients du projet TADAM avec la population générale	26
Tableau 13 : Comparaison avec d'autres populations en traitement sur base des données du Treatment Demand Indicator	30
Tableau 14 : Comparaison avec la population des études étrangères sur le traitement assisté par héroïne	32
Tableau 15 : Comparaison au niveau criminologique avec les études étrangères sur le traitement assisté par héroïne.....	36

Annexe : Statistiques descriptives complètes

Statistiques descriptives complètes : Introduction				
N°	Variable	Quest.	Nb patients ou moy.	(%) ou [s.d]
Epoque des interviews : entre le 17/01/2011 et le 16/01/2012				
	Age en 2011 - moy. [s.d.]		43	[7]
Nationalité		ASI		
1	<i>Belge - nb. (%)</i>		62	(84%)
2	<i>Union européenne - nb. (%)</i>		6	(8%)
3	<i>Autre nationalité - nb. (%)</i>		6	(8%)
Sexe		ASI		
4	<i>Hommes - nb. (%)</i>		65	(88%)
5	<i>Femmes - nb. (%)</i>		9	(12%)
Traitement de substitution actuellement - nb. patients (%)		Hors ASI		
6	<i>Oui par buprénorphine ou autre</i>		2	(3%)
7	<i>Oui par méthadone</i>		69	(93%)
8	<i>Non</i>		3	(4%)
Si pas de traitement de substitution actuellement, avez-vous suivi un traitement durant les 6 dern. mois ? - nb. patients (%) (n=3)		Hors ASI		
9	<i>Oui</i>		2	(3%)
10	<i>Non</i>		1	(1%)
Domicile - nb. patients (%)		ASI		
11	<i>Grande ville</i>		54	(73%)
12	<i>Commune de la périphérie de 10,000 à 100,000 habitants</i>		18	(24%)
13	<i>Commune de moins de 10,000 habitants</i>		2	(3%)
Nombre de consultations dans un centre sur les 6 dern. mois (hors hôpital/médecins) - moy. [s.d.]		Hors ASI	5,1	[8,7]
- motifs de ces consultations - nb. patients (%)				
15	<i>Remise en ordre de documents</i>		20	(27%)
16	<i>Recherche ou problème de logement</i>		16	(22%)
17	<i>Recherche de formation/emploi</i>		13	(18%)
18	<i>Recherche de revenu</i>		11	(15%)
19	<i>Problèmes financiers/de dette</i>		8	(11%)
20	<i>Problèmes familiaux</i>		8	(11%)
21	<i>Problèmes psychologiques</i>		14	(19%)
22	<i>Problèmes judiciaires</i>		8	(11%)
23	<i>Autre</i>		5	(7%)

Statistiques descriptives complètes : Etat de santé physique

N°	Variable	Quest.	Nb. ou moy.	(%) ou [s.d.]
Nb. d'hospitalisations pour des problèmes de santé physique - moy. [s.d.]		ASI		
24	<i>Sur la vie</i>		5,2	[12]
25	<i>Sur les 30 dern. jours</i>		0,0	[0]
Problème chronique de santé physique - nb. patients (%)		ASI		
26	<i>Oui</i>		44	(59%)
27	<i>Non</i>		30	(41%)
Prise régulière d'un médicament prescrit pour un problème de santé physique - nb. patients (%)		ASI		
28	<i>Oui</i>		26	(35%)
29	<i>Non</i>		48	(65%)
Pension pour incapacité médicale - nb. patients (%)		ASI		
30	<i>Oui</i>		14	(19%)
31	<i>Non</i>		60	(81%)
Soigné par un médecin pour un problème de santé physique sur les 6 dern. mois - nb. patients (%)		ASI		
32	<i>Oui</i>		33	(45%)
33	<i>Non</i>		41	(55%)
34	Nb. jours où ressenti d'un problème physique sur les 30 dern. jrs - moy. [s.d.]	ASI	14	[13]
34	Patients ayant ressenti un problème au moins 1 jr sur les 30 dern. jrs (%)	ASI	53	72%
Nb. visites chez un médecin pour un problème de santé physique sur les 30 dern. jrs - moy. [s.d.]		Hors ASI ECO		
35	<i>En cabinet privé - généraliste</i>		0,1	[0,5]
36	<i>En cabinet privé - spécialiste</i>		0,1	[0,3]
37	<i>En maison médicale - généraliste</i>		0,1	[0,6]
38	<i>En maison médicale - spécialiste</i>		0,0	[0,1]
39	<i>Dans une clinique ou un hôpital - généraliste</i>		0,1	[0,3]
40	<i>Dans une clinique ou un hôpital - spécialiste</i>		0,1	[0,4]
Patients ayant été chez un médecin pour un problème de santé physique sur les 30 dern. jrs - nb. (%)		Hors ASI ECO		
35	<i>En cabinet privé - généraliste</i>		6	(8,1%)
36	<i>En cabinet privé - spécialiste</i>		3	(4,1%)
37	<i>En maison médicale - généraliste</i>		6	(8,1%)
38	<i>En maison médicale - spécialiste</i>		1	(1,4%)
39	<i>Dans une clinique ou un hôpital - généraliste</i>		5	(6,8%)
40	<i>Dans une clinique ou un hôpital - spécialiste</i>		6	(8,1%)
Perturbé par des problèmes de santé physique sur les 30 dern. jrs - nb. patients (%)		ASI		
41	<i>Pas du tout</i>		14	(19%)
42	<i>Un peu</i>		10	(14%)
43	<i>Moyennement</i>		19	(26%)
44	<i>Beaucoup</i>		27	(36%)
45	<i>Extrêmement</i>		4	(5%)
Estimation par le patient de l'importance de recevoir un traitement pour ces problèmes de santé physique - nb. patients (%)		ASI		
46	<i>Pas du tout</i>		19	(26%)
47	<i>Un peu</i>		4	(5%)
48	<i>Moyennement</i>		15	(20%)
49	<i>Beaucoup</i>		23	(31%)
50	<i>Extrêmement</i>		13	(18%)
Estimation par l'interviewer du besoin de traitement médical pour le patient - nb. patients (%)		ASI		
51	<i>Pas de problème, traitement non nécessaire (0-1)</i>		9	(12%)
52	<i>Léger problème, traitement probablement non nécessaire (2-3)</i>		23	(31%)
53	<i>Problème modéré, traitement probablement nécessaire (4-5)</i>		28	(38%)
54	<i>Problème considérable, traitement nécessaire (6-7)</i>		12	(16%)
55	<i>Problème extrêmement grave, traitement absolument nécessaire (8-9)</i>		2	(3%)
56	Indice final de sévérité (de 0 à 9)	ASI	5	

Statistiques descriptives complètes : MAP-HSS				Fréquent
N°	Variable	Nb patients	%	(souvent ou toujours)
Manque d'appétit				
57	<i>Jamais</i>	9	(12%)	47 (64%)
58	<i>Rarement</i>	9	(12%)	
59	<i>Quelques fois</i>	9	(12%)	
60	<i>Souvent</i>	35	(47%)	
61	<i>Toujours</i>	12	(16%)	
Fatigue / Manque d'énergie				
62	<i>Jamais</i>	3	(4%)	51 (69%)
63	<i>Rarement</i>	7	(9%)	
64	<i>Quelques fois</i>	13	(18%)	
65	<i>Souvent</i>	36	(49%)	
66	<i>Toujours</i>	15	(20%)	
Nausée				
67	<i>Jamais</i>	21	(28%)	17 (23%)
68	<i>Rarement</i>	22	(30%)	
69	<i>Quelques fois</i>	14	(19%)	
70	<i>Souvent</i>	14	(19%)	
71	<i>Toujours</i>	3	(4%)	
Mal à l'estomac				
72	<i>Jamais</i>	19	(26%)	23 (31%)
73	<i>Rarement</i>	14	(19%)	
74	<i>Quelques fois</i>	18	(24%)	
75	<i>Souvent</i>	20	(27%)	
76	<i>Toujours</i>	3	(4%)	
Essoufflement / Difficulté à respirer				
77	<i>Jamais</i>	14	(19%)	34 (46%)
78	<i>Rarement</i>	8	(11%)	
79	<i>Quelques fois</i>	18	(24%)	
80	<i>Souvent</i>	25	(34%)	
81	<i>Toujours</i>	9	(12%)	
Mal au thorax				
82	<i>Jamais</i>	33	(45%)	12 (16%)
83	<i>Rarement</i>	17	(23%)	
84	<i>Quelques fois</i>	12	(16%)	
85	<i>Souvent</i>	9	(12%)	
86	<i>Toujours</i>	3	(4%)	
Mal aux articulations				
87	<i>Jamais</i>	19	(26%)	24 (32%)
88	<i>Rarement</i>	11	(15%)	
89	<i>Quelques fois</i>	20	(27%)	
90	<i>Souvent</i>	13	(18%)	
91	<i>Toujours</i>	11	(15%)	
Mal aux muscles				
92	<i>Jamais</i>	21	(28%)	22 (30%)
93	<i>Rarement</i>	9	(12%)	
94	<i>Quelques fois</i>	22	(30%)	
95	<i>Souvent</i>	15	(20%)	
96	<i>Toujours</i>	7	(9%)	
Engourdissement / Fourmillement dans les bras / jambes				
97	<i>Jamais</i>	21	(28%)	24 (32%)
98	<i>Rarement</i>	10	(14%)	
99	<i>Quelques fois</i>	19	(26%)	
100	<i>Souvent</i>	20	(27%)	
101	<i>Toujours</i>	4	(5%)	
Tremblements				
102	<i>Jamais</i>	25	(34%)	17 (23%)
103	<i>Rarement</i>	15	(20%)	
104	<i>Quelques fois</i>	17	(23%)	
105	<i>Souvent</i>	12	(16%)	
106	<i>Toujours</i>	5	(7%)	

Statistiques descriptives complètes : EQ-5D

N°	Variable	Moy. ou nb	Nb ou moy.
Mobilité - nb. patients (%)			
107	"Je n'ai aucun problème pour me déplacer à pied"	64	(86%)
108	"J'ai des problèmes pour me déplacer à pied"	10	(14%)
109	"Je suis obligé de rester alité"	0	(0%)
Autonomie - nb. patients (%)			
110	"Je n'ai aucun problème pour me laver ou m'habiller seul"	67	(91%)
111	"J'ai des problèmes pour me laver ou m'habiller seul"	7	(9%)
112	"Je suis incapable de me laver ou de m'habiller seul"	0	(0%)
Activités courantes - nb. patients (%)			
113	"Je n'ai aucun problème pour accomplir mes activités courantes"	58	(78%)
114	"J'ai des problèmes pour accomplir mes activités courantes"	14	(19%)
115	"Je suis incapable d'accomplir mes activités courantes"	2	(3%)
Douleurs/Gênes - nb. patients (%)			
116	"Je n'ai ni douleur, ni gêne"	32	(43%)
117	"J'ai des douleurs ou une gêne modérée(s)"	26	(35%)
118	"J'ai des douleurs ou une gêne extrême(s)"	16	(22%)
Anxiété/Dépression - nb. patients (%)			
119	"Je ne suis ni anxieux, ni déprimé"	14	(19%)
120	"Je suis un peu anxieux ou déprimé"	30	(41%)
121	"Je suis extrêmement anxieux ou déprimé"	30	(41%)
122	Etat de santé actuel sur une échelle de 0 à 100 - moy. [s.d.]	54	[21]

Statistiques descriptives complètes : Emploi et ressources

N°	Variable	Quest.	Nb ou moy.	(%) ou [s.d.]
Années complètes d'enseignement de jour - moy. [s.d.]		ASI		
123	<i>Enseignement primaire ou secondaire</i>		9,2	[2,3]
124	<i>Enseignement supérieur (univ. / hautes écoles)</i>		0,3	[1,0]
Formation la plus élevée avec diplôme - nb. patients (%)		ASI		
125	<i>Aucun. N'est jamais allé à l'école ou n'a pas terminé le cycle primaire</i>		13	(18%)
126	<i>Enseignement spécial primaire</i>		0	(0%)
127	<i>Enseignement primaire fondamental</i>		16	(22%)
128	<i>Enseignement spécial : secondaire</i>		1	(1%)
129	<i>Enseignement professionnel secondaire inférieur ou secondaire inférieur général (ancien système)</i>		19	(26%)
130	<i>Enseignement professionnel secondaire supérieur (éventuellement 3° ou 4° + apprentissage)</i>		5	(7%)
131	<i>Enseignement secondaire technique ou enseignement artistique</i>		3	(4%)
132	<i>Enseignement secondaire général inférieur</i>		9	(12%)
133	<i>Enseignement secondaire général supérieur</i>		4	(5%)
134	<i>Enseignement supérieur non-universitaire</i>		2	(3%)
135	<i>Enseignement supérieur universitaire</i>		2	(3%)
Permis de conduire valide - nb. patients (%)		ASI		
136	<i>Oui</i>		29	(39%)
137	<i>Non</i>		45	(61%)
138	Durée de l'emploi régulier le plus long en mois - moy. [s.d.]	ASI	43	[45]
139	Durée de la période d'inactivité la plus longue en mois - moy. [s.d.]	ASI	128	[94]
Profession actuelle ou dernier emploi occupé - nb. patients (%)		ASI		
140	<i>N'a jamais travaillé</i>		4	(5%)
141	<i>Travail non qualifié</i>		54	(73%)
142	<i>Travail qualifié</i>		14	(19%)
143	<i>Employé non universitaire</i>		0	(0%)
144	<i>Petit indépendant</i>		1	(1%)
145	<i>Universitaire, sans poste à responsabilités</i>		1	(1%)
146	<i>Cadre supérieur, poste à responsabilités</i>		0	(0%)
Type d'emploi habituel sur les trois dernières années - nb. patients (%)		ASI		
147	<i>Travail à temps plein</i>		5	(7%)
148	<i>Travail à temps partiel (horaire régulier)</i>		0	(0%)
149	<i>Travail à temps partiel (horaire irrégulier ou travail à la journée)</i>		1	(1%)
150	<i>Etudiant</i>		0	(0%)
151	<i>Retraité</i>		0	(0%)
152	<i>Invalidité</i>		11	(15%)
153	<i>Chômage</i>		57	(77%)
154	<i>Femme/Homme au foyer</i>		0	(0%)
155	<i>Séjour en environnement contrôlé</i>		0	(0%)
Type d'emploi habituel sur les 30 dern. jrs - nb. patients (%)		ASI		
1456	<i>Travail à temps plein</i>		2	(3%)
157	<i>Travail à temps partiel (horaire régulier)</i>		0	(0%)
158	<i>Travail à temps partiel (horaire irrégulier ou travail à la journée)</i>		0	(0%)
159	<i>Etudiant</i>		0	(0%)
160	<i>Retraité</i>		0	(0%)
161	<i>Invalidité</i>		15	(20%)
162	<i>Chômage</i>		57	(77%)
163	<i>Femme/Homme au foyer</i>		0	(0%)
164	<i>Séjour en environnement contrôlé</i>		0	(0%)

165	Jours de travail sur les 30 dern. jrs - moy. [s.d.]	ASI	3	[8]
	Argent reçu sur les 30 dern. jrs par le biais de - nb. patients (%)	ASI		
166	<i>Emploi ou formation professionnelle avec emploi à la clé</i>		3	(4%)
167	<i>Allocations de chômage</i>		20	(27%)
168	<i>Aide sociale (CPAS, etc.)</i>		24	(32%)
169	<i>Invalidité, retraite</i>		32	(43%)
170	<i>Conjoint, famille, amis (pour dépenses personnelles)</i>		12	(16%)
171	<i>Sources illégales</i>		20	(27%)
172	<i>Prostitution</i>		3	(4%)
173	<i>Autres sources (boursier, job étudiant, jeux légaux)</i>		15	(20%)
	Principale source de revenus sur les 30 dern. jrs - nb. patients (%)	ASI		
174	<i>Emploi ou formation professionnelle avec emploi à la clé</i>		2	(3%)
175	<i>Allocations de chômage</i>		17	(23%)
176	<i>Aide sociale (CPAS, etc.)</i>		13	(18%)
177	<i>Invalidité, retraite</i>		28	(38%)
178	<i>Conjoint, famille, amis (pour dépenses personnelles)</i>		1	(1%)
179	<i>Sources illégales</i>		8	(11%)
180	<i>Prostitution</i>		2	(3%)
181	<i>Autres sources (boursier, job étudiant, jeux légaux)</i>		3	(4%)
	Dettes (prêts hypothécaires exclus) - nb. patients (%) avec n=73	ASI		
182	<i>Oui</i>		51	(69%)
183	<i>Non</i>		22	(30%)
184	<i>- Montant de ceux qui ont des dettes en euros - moy. [s.d.] avec n=51</i>		2917	[2871]
185	Nb. de personnes dépendantes du patient pour la plus grande partie de leurs besoins essentiels - moy. [s.d.]	ASI	0,3	[1]
186	Jours consacrés à une recherche d'emploi sur les 30 dern. jrs - moy. [s.d.]	ASI	1,2	[4]
186a	Au moins un jour consacré à une recherche d'emploi sur les 30 dern. jrs - nb. de patients (%)	ASI	14	(19%)
	Nb. consultations pour une aide à l'emploi sur les 30 dern. jours - moy. [s.d.]	Hors ASI		
187	<i>Dans une ASBL ou un centre de soins</i>		0,0	[1]
188	<i>Au FOREM, dans un CPAS ou un autre organisme public</i>		0,3	[1]
	Perturbé par des problèmes d'emploi sur les 30 dern. jrs - nb. patients (%)	ASI		
189	<i>Pas du tout</i>		27	(36%)
190	<i>Un peu</i>		9	(12%)
191	<i>Moyennement</i>		13	(18%)
192	<i>Beaucoup</i>		22	(30%)
193	<i>Extrêmement</i>		3	(4%)
	Estimation par le patient de l'importance de recevoir de l'aide pour ces problèmes d'emploi - nb. patients (%)	ASI		
194	<i>Pas du tout</i>		32	(43%)
195	<i>Un peu</i>		3	(4%)
196	<i>Moyennement</i>		10	(14%)
197	<i>Beaucoup</i>		21	(28%)
198	<i>Extrêmement</i>		8	(11%)
	Estimation par l'interviewer du besoin en matière d'emploi pour le patient - nb. patients (%)	ASI		
199	<i>Pas de problème, traitement non nécessaire (0-1)</i>		1	(1%)
200	<i>Léger problème, traitement probablement non nécessaire (2-3)</i>		2	(3%)
201	<i>Problème modéré, traitement probablement nécessaire (4-5)</i>		14	(19%)
202	<i>Problème considérable, traitement nécessaire (6-7)</i>		38	(51%)
203	<i>Problème extrêmement grave, traitement absolument nécessaire (8-9)</i>		19	(26%)
204	Indice final de sévérité (de 0 à 9)	ASI	8	

Statistiques descriptives complètes : Usage drogues et alcool

Sur tous les patients

N°	Variable	Quest.	Nb. ou moy.	(%) ou [s.d.]
Années d'utilisation - moy. [s.d.] (Sur le total des patients, n=74) ASI				
224a	Alcool (toute utilisation)		20	[13]
225a	Alcool (6 verres ou plus)		7	[10]
226a	Héroïne		20	[7]
227a	Méthadone / LAAM		14	[7]
228a	Buprénorphine		1	[3]
229a	Autre opiacés analgésiques		1	[5]
230a	Benzodiazépines		7	[10]
231a	Autres hypnotiques - antidouleurs		0	[3]
232a	Anti-dépresseurs		2	[5]
233a	Cocaïne injectée		5	[8]
234a	Cocaïne inhalée		4	[7]
235a	Amphétamines		2	[5]
236a	Cannabis		16	[13]
237a	Hallucinogènes		1	[5]
238a	Inhalants		0	[1]
239a	Ecstasy		2	[5]
240a	Tabac		27	[8]
241a	Autre		0	[0]
242a	Plus d'une substance par jour		13	[11]
Jours de consommation sur les 30 dern. jrs - moy. [s.d.] (Sur le total des patients, n=74) ASI				
262	Alcool (toute utilisation)		14	[14]
263	Alcool (6 verres ou plus)		7	[12]
264	Héroïne		27	[5]
265	Méthadone / LAAM		21	[12]
266	Buprénorphine		0	[2]
267	Autre opiacés analgésiques		1	[4]
268	Benzodiazépines		11	[14]
269	Autres hypnotiques - antidouleurs		1	[4]
270	Anti-dépresseurs		3	[9]
271	Cocaïne injectée		2	[6]
272	Cocaïne inhalée		1	[4]
273	Amphétamines		0	[0]
274	Cannabis		8	[12]
275	Hallucinogènes		0	[0]
276	Inhalants		0	[0]
277	Ecstasy		0	[0]
278	Tabac		29	[5]
279	Autre		0	[0]
280	Plus d'une substance par jour		14	[14]

Sur le nombre de patients ayant consommé

N°	Variable	Quest.	Nb. ou moy.	(%) ou [s.d.]
Age de l'usage régulier - moy. [s.d.] (Sur le nombre de patients ayant déjà consommé) ASI				
205	Alcool (toute utilisation) (n=66)		15	[5]
206	Alcool (6 verres ou plus) (n=50)		22	[9]
207	Héroïne (n=74)		22	[6]
208	Méthadone / LAAM (n=74)		28	[7]
209	Buprénorphine (n=17)		31	[9]
210	Autre opiacés analgésiques (n=19)		23	[5]
211	Benzodiazépines (n=40)		26	[8]
212	Autres hypnotiques - antidouleurs (n=3)		33	[3]
213	Anti-dépresseurs (n=15)		29	[7]
214	Cocaïne injectée (n=38)		25	[9]
215	Cocaïne inhalée (n=39)		25	[9]
216	Amphétamines (n=25)		19	[4]
217	Cannabis (n=61)		15	[3]
218	Hallucinogènes (n=12)		17	[2]
219	Inhalants (n=9)		17	[5]
220	Ecstasy (n=18)		20	[7]
221	Tabac (n=73)		14	[3]
222	Autre (n=0)		0	[0]
223	Plus d'une substance par jour (n=57)		23	[7]
Années d'utilisation - moy. [s.d.] (Sur le nombre de patients ayant déjà consommé) ASI				
224b	Alcool (toute utilisation) (n=66)		23	[11]
225b	Alcool (6 verres ou plus) (n=50)		11	[10]
226b	Héroïne (n=74)		20	[7]
227b	Méthadone / LAAM (n=74)		14	[7]
228b	Buprénorphine (n=17)		2	[6]
229b	Autre opiacés analgésiques (n=19)		6	[8]
230b	Benzodiazépines (n=40)		13	[11]
231b	Autres hypnotiques - antidouleurs (n=3)		12	[7]
232b	Anti-dépresseurs (n=15)		10	[8]
233b	Cocaïne injectée (n=38)		10	[9]
234b	Cocaïne inhalée (n=39)		8	[7]
235b	Amphétamines (n=25)		6	[6]
236b	Cannabis (n=61)		19	[11]
237b	Hallucinogènes (n=12)		7	[11]
238b	Inhalants (n=9)		2	[2]
239b	Ecstasy (n=18)		7	[7]
240b	Tabac (n=73)		28	[7]
241b	Autre (n=0)		0	[0]
242b	Plus d'une substance par jour (n=57)		16	[9]
Jours de consommation sur les 30 dern. jrs - moy. [s.d.] (Sur le nb de patients ayant consommé sur le mois) ASI				
243	Alcool (toute utilisation) (n=50)		20	[12]
244	Alcool (6 verres ou plus) (n=21)		23	[11]
245	Héroïne (n=74)		27	[5]
246	Méthadone / LAAM (n=67)		23	[10]
247	Buprénorphine (n=4)		7	[6]
248	Autre opiacés analgésiques (n=3)		21	[9]
249	Benzodiazépines (n=31)		27	[7]
250	Autres hypnotiques - antidouleurs (n=3)		22	[8]
251	Anti-dépresseurs (n=9)		27	[8]
252	Cocaïne injectée (n=13)		13	[9]
253	Cocaïne inhalée (n=13)		7	[6]
254	Amphétamines (n=0)		0	[0]
255	Cannabis (n=34)		18	[12]
256	Hallucinogènes (n=0)		0	[0]
257	Inhalants (n=0)		0	[0]
258	Ecstasy (n=1)		4	[0]
259	Tabac (n=72)		30	[1]
260	Autre (n=0)		0	[0]
261	Plus d'une substance par jour (n=45)		23	[10]

Patients ayant consommé 15 jours au moins sur les 30 dern. jrs - nb (%)		ASI	
262b	Alcool (toute utilisation)	34	46%
263b	Alcool (6 verres ou plus)	16	22%
264b	Héroïne	72	97%
268b	Benzodiazépines	29	39%
271b	Cocaïne injectée	6	8%
272b	Cocaïne inhalée	3	4%
274b	Cannabis	21	28%
278b	Tabac	72	97%

Patients ayant consommé quotidiennement sur les 30 dern. jours - nb (%)		ASI	
262a	Alcool (toute utilisation)	28	38%
263a	Alcool (6 verres ou plus)	14	19%
264a	Héroïne	53	72%
268a	Benzodiazépines	26	35%
271a	Cocaïne injectée	2	3%
272a	Cocaïne inhalée	0	0%
274a	Cannabis	17	23%
278a	Tabac	70	95%

Patients ayant consommé sur les dernières 48 heures - nb. (%) (Sur le nb. total de patients, n=74)		ASI	
319	Alcool (toute utilisation)	40	(54%)
320	Alcool (6 verres ou plus)	18	(24%)
321	Héroïne	70	(95%)
322	Méthadone / LAAM	57	(77%)
323	Buprénorphine	4	(5%)
324	Autre opiacés analgésiques	2	(3%)
325	Benzodiazépines	30	(41%)
326	Autres hypnotiques - antidouleurs	3	(4%)
327	Anti-dépresseurs	9	(12%)
328	Cocaïne injectée	8	(11%)
329	Cocaïne inhalée	5	(7%)
330	Amphétamines	0	(0%)
331	Cannabis	28	(38%)
332	Hallucinogènes	0	(0%)
333	Inhalants	0	(0%)
334	Ecstasy	0	(0%)
335	Tabac	72	(97%)
336	Autre	0	(0%)

Patients ayant consommé sur les dernières 48 heures - nb. (%) (Sur le nb. de patients ayant consommé sur le mois)		ASI	
300	Alcool (toute utilisation) (n=50)	40	(80%)
301	Alcool (6 verres ou plus) (n=21)	18	(86%)
302	Héroïne (n=74)	70	(95%)
303	Méthadone / LAAM (n=67)	57	(85%)
304	Buprénorphine (n=4)	4	(100%)
305	Autre opiacés analgésiques (n=3)	2	(67%)
306	Benzodiazépines (n=31)	30	(97%)
307	Autres hypnotiques - antidouleurs (n=3)	3	(100%)
308	Anti-dépresseurs (n=9)	9	(100%)
309	Cocaïne injectée (n=13)	8	(62%)
310	Cocaïne inhalée (n=13)	5	(38%)
311	Amphétamines (n=0)	0	(0%)
312	Cannabis (n=34)	28	(82%)
313	Hallucinogènes (n=0)	0	(0%)
314	Inhalants (n=0)	0	(0%)
315	Ecstasy (n=1)	0	(0%)
316	Tabac (n=72)	72	(100%)
317	Autre (n=0)	0	(0%)

Patients par mode d'utilisation habituel - nb. (%) (Sur le nombre total de patients, n=74)		ASI	
Alcool (toute utilisation)			
338	<i>Jamais consommé</i>	8	(11%)
339	<i>Oral (bu, avalé ou mangé)</i>	66	(89%)
Alcool (6 verres ou plus)			
340	<i>Jamais consommé</i>	24	(32%)
341	<i>Oral (bu, avalé ou mangé)</i>	50	(68%)
Héroïne			
342	<i>Fumé (ou inhalé, chasing)</i>	61	(82%)
343	<i>Injecté intraveineux</i>	12	(16%)
344	<i>Nasal (sniffé)</i>	1	(1%)
Méthadone / LAAM			
345	<i>Oral (bu, avalé ou mangé)</i>	72	(97%)
346	<i>Fumé (ou inhalé, chasing)</i>	2	(3%)
Buprénorphine			
347	<i>Jamais consommé</i>	57	(77%)
348	<i>Oral (bu, avalé ou mangé)</i>	17	(23%)
Autre opiacés analgésiques			
349	<i>Jamais consommé</i>	55	(74%)
350	<i>Oral (bu, avalé ou mangé)</i>	12	(16%)
351	<i>Fumé (ou inhalé, chasing)</i>	3	(4%)
352	<i>Injecté intraveineux</i>	4	(5%)
Benzodiazépines			
353	<i>Jamais consommé</i>	34	(46%)
354	<i>Oral (bu, avalé ou mangé)</i>	40	(54%)
Autres hypnotiques - antidouleurs			
355	<i>Jamais consommé</i>	71	(96%)
356	<i>Oral (bu, avalé ou mangé)</i>	3	(4%)
Anti-dépresseurs			
357	<i>Jamais consommé</i>	59	(80%)
358	<i>Oral (bu, avalé ou mangé)</i>	15	(20%)
Cocaïne injectée			
359	<i>Jamais consommé</i>	36	(49%)
360	<i>Injecté intraveineux</i>	33	(45%)
361	<i>Nasal (sniffé)</i>	5	(7%)
Cocaïne inhalée			
362	<i>Jamais consommé</i>	35	(47%)
363	<i>Fumé (ou inhalé, chasing)</i>	39	(53%)
Amphétamines			
364	<i>Jamais consommé</i>	49	(66%)
365	<i>Oral (bu, avalé ou mangé)</i>	4	(5%)
366	<i>Fumé (ou inhalé, chasing)</i>	1	(1%)
367	<i>Injecté intraveineux</i>	9	(12%)
368	<i>Nasal (sniffé)</i>	11	(15%)
Cannabis			
369	<i>Jamais consommé</i>	13	(18%)
370	<i>Oral (bu, avalé ou mangé)</i>	1	(1%)
371	<i>Fumé (ou inhalé, chasing)</i>	60	(81%)
Hallucinogènes			
372	<i>Jamais consommé</i>	62	(84%)
373	<i>Oral (bu, avalé ou mangé)</i>	12	(16%)
Inhalants			
374	<i>Jamais consommé</i>	65	(88%)
375	<i>Fumé (ou inhalé, chasing)</i>	2	(3%)
376	<i>Nasal (sniffé)</i>	7	(9%)
Ecstasy			
377	<i>Jamais consommé</i>	57	(77%)
378	<i>Oral (bu, avalé ou mangé)</i>	17	(23%)
Tabac			
379	<i>Jamais consommé</i>	1	(1%)
380	<i>Fumé (ou inhalé, chasing)</i>	73	(99%)
Autre			
381	<i>Jamais consommé</i>	74	(100%)
Plus d'une substance par jour			
382	<i>Jamais consommé</i>	17	(23%)
383	<i>Oral (bu, avalé ou mangé)</i>	1	(1%)
384	<i>Fumé (ou inhalé, chasing)</i>	40	(54%)
385	<i>Injecté intraveineux</i>	16	(22%)

Patients ayant consommé sous prescription - nb. (%) (Sur le nombre total de patients, n=74)		ASI	
386	Méthadone / LAAM	72	(97%)
387	Buprénorphine	15	(20%)
388	Autre opiacés analgésiques	5	(7%)
389	Benzodiazépines	33	(45%)
390	Autres hypnotiques - antidouleurs	3	(4%)
391	Anti-dépresseurs	14	(19%)
Comportements d'injection			
Patients ayant déjà injecté au moins une fois sur toute la vie - nb. (%)		ASI	
392	Oui	60	(81%)
393	Non	14	(19%)
Années d'utilisation de l'injection - moy. [s.d.] (Sur le nombre total de patients, n=74)		ASI 8 [10]	
398			
Nb. mois d'injection sur les 6 dern. mois - moy. [s.d.] (Sur le nombre total de patients, n=74)		ASI 1 [2]	
399			
Jours d'injection sur les 30 dern. jrs - moy. [s.d.] (Sur le nombre total de patients, n=74)		ASI 4 [9]	
400			
Patients par comportement d'injection au cours des 6 dern. mois - nb. (%)		ASI	
401	Pas de partage	21	(28%)
402	Partage occasionnel avec d'autres personnes	2	(3%)
403	Partage fréquent avec d'autres personnes	1	(1%)
404	Pas d'injection	50	(68%)
Nb. déliriums tremens pour alcool sur la vie - moy. [s.d.]		ASI 2,3 [12,8]	
405			
Nb. d'overdoses sur la vie - moy. [s.d.]		ASI 2,0 [11,5]	
406			
Nb. patients par prises en charge pour problèmes d'alcool et/ou de drogues - Nb. (%)		ASI	
Traitement pour l'alcool			
407b	Sevrage ambulatoire		
408b	Autre type de sevrage ambulatoire	0	(0%)
409b	Sevrage résidentiel		
409b	Autre type de sevrage résidentiel	2	(3%)
410b	Traitement ambulatoire		
410b	Autre type de traitement ambulatoire	6	(8%)
411b	Traitement résidentiel		
411b	Trait. résidentiel hors hôpital (Communauté thérapeutique, etc.)	0	(0%)
412b	Hôpital psychiatrique ou service psy. d'un hôpital général	3	(4%)
413b	Hôpital général	0	(0%)
414b	Autre	0	(0%)
Traitement pour drogues			
415b	Sevrage ambulatoire		
415b	Avec méthadone	7	(9%)
416b	Avec buprénorphine	1	(1%)
417b	Autre type de sevrage ambulatoire	1	(1%)
418b	Sevrage résidentiel		
418b	Avec méthadone	25	(34%)
419b	Avec buprénorphine	4	(5%)
420b	Autre type de sevrage résidentiel	2	(3%)
421b	Traitement ambulatoire		
421b	Avec méthadone	71	(96%)
422b	Avec buprénorphine	7	(9%)
423b	Autre type de traitement ambulatoire	1	(1%)
424b	Traitement résidentiel		
424b	Trait. résidentiel hors hôpital (Communauté thérapeutique, etc.)	18	(24%)
425b	Hôpital psychiatrique ou service psy. d'un hôpital général	43	(58%)
426b	Hôpital général	3	(4%)
427b	Autre	0	(0%)

394	Age de la première injection - moy. [s.d.] (Sur le nombre de patients ayant déjà injecté, n=60)	ASI 23 [7]
395	Années d'utilisation de l'injection - moy. [s.d.] (Sur le nombre de patient ayant déjà injecté, n=60)	ASI 10 [10]
396	Nb. mois d'injection sur les 6 dern. mois - moy. [s.d.] (Sur le nombre de patient ayant déjà injecté, n=60)	ASI 2 [3]
397	Jours d'injection sur les 30 dern. jrs - moy. [s.d.] (Sur le nombre de patients ayant déjà injecté, n=60)	ASI 5 [10]

Nb. prises en charge pour problèmes d'alcool et/ou de drogues - moy. [s.d.]		ASI	
Traitement pour l'alcool			
407a	Sevrage ambulatoire		
408a	Autre type de sevrage ambulatoire	0,0	[0,0]
	Sevrage résidentiel		
409a	Autre type de sevrage résidentiel	0,1	[0,7]
	Traitement ambulatoire		
410a	Autre type de traitement ambulatoire	0,1	[0,5]
	Traitement résidentiel		
411a	Trait. résidentiel hors hôpital (Communauté thérapeutique, etc.)	0,0	[0,0]
412a	Hôpital psychiatrique ou service psy. d'un hôpital général	0,1	[0,7]
413a	Hôpital général	0,0	[0,0]
414a	Autre	0,0	[0,0]
Traitement pour drogues			
	Sevrage ambulatoire		
415a	Avec méthadone	0,2	[0,8]
416a	Avec buprénorphine	0,0	[0,1]
417a	Autre type de sevrage ambulatoire	0,0	[0,2]
	Sevrage résidentiel		
418a	Avec méthadone	1,4	[3,3]
419a	Avec buprénorphine	0,1	[0,2]
420a	Autre type de sevrage résidentiel	0,0	[0,2]
	Traitement ambulatoire		
421a	Avec méthadone	2,6	[2,6]
422a	Avec buprénorphine	0,1	[0,3]
423a	Autre type de traitement ambulatoire	0,0	[0,1]
	Traitement résidentiel		
424a	Trait. résidentiel hors hôpital (Communauté thérapeutique, etc.)	0,8	[3,1]
425a	Hôpital psychiatrique ou service psy. d'un hôpital général	3,7	[11,8]
426a	Hôpital général	0,1	[0,4]
427a	Autre	0	[0,0]
Plus longue période d'abstinence en mois, résultat de ces traitements - moy. [s.d.]		ASI	
428	Alcool	5	[27]
429	Drogue	4	[8]
Produit qui cause le plus de problèmes - nb. (%)		ASI	
430	Héroïne de rue	74	(100%)
431	Age de la première consommation du produit principal - moy. [s.d.]	ASI	21 [6]
Argent dépensé en euros sur les 30 dern. jrs - moy. [s.d.] (Sur le nombre total de patients, n=74)		ASI	
434	Alcool	53	[82]
435	Drogue	822	[574]
436	Jours d'hospitalisation sur les 30 dern. jrs pour un problème de drogues ou d'alcool - moy. [s.d.]	ASI	0,2 [1,7]
Jours de traitement en externe sur les 30 dern. jrs pour un problème de drogues ou d'alcool (inclus NA, AA) - moy. [s.d.]		ASI	
		ASI	0,0 [0,0]
437	Nb. consultations chez un médecin pour traitement méthadone/DAM sur les 30 dern. jrs - moy. [s.d.]	ASI	1,8 [1,0]
Nb. prises de méthadone, sur les 30 dern. jrs - moy. [s.d.]		ASI	
438	En pharmacie	2,2	[1,7]
439	Dans un centre	2,5	[7,7]
440	Dose quotidienne de méthadone en mg, sur les 30 dern. jrs - moy. [s.d.]	ASI	66 [28]
Nb. jours de ressenti d'un problème d'alcool ou de drogues sur les 30 dern. jrs - moy. [s.d.]		ASI	
441	Problèmes d'alcool	4	[9]
442	Problèmes de drogue	21	[12]
Nb. patients perturbé par des problèmes d'alcool sur les 30 dern. jrs - nb. (%)		ASI	
443	Pas du tout	49	(66%)
444	Un peu	9	(12%)
445	Moyennement	8	(11%)
446	Beaucoup	6	(8%)
447	Extrêmement	2	(3%)

Argent dépensé en euros sur les 30 dern. jrs - moy. [s.d.] (Sur le nombre de patients ayant dépensé plus de 0 euros)		ASI	
432	Alcool (n=46)	85	[90]
433	Drogue (n=73)	833	[569]

Nb. patients perturbés par des problèmes de drogues sur les 30 dern. jrs - nb. (%)		ASI	
448	<i>Pas du tout</i>	2	(3%)
449	<i>Un peu</i>	7	(9%)
450	<i>Moyennement</i>	4	(5%)
451	<i>Beaucoup</i>	28	(38%)
452	<i>Extrêmement</i>	33	(45%)
Estimation par le patient de l'importance de recevoir un traitement pour ces problèmes d'alcool - nb. patients (%)		ASI	
453	<i>Pas du tout</i>	56	(76%)
454	<i>Un peu</i>	5	(7%)
455	<i>Moyennement</i>	7	(9%)
456	<i>Beaucoup</i>	4	(5%)
457	<i>Extrêmement</i>	2	(3%)
Estimation par le patient de l'importance de recevoir un traitement pour ces problèmes de drogues - nb. patients (%)		ASI	
458	<i>Pas du tout</i>	2	(3%)
459	<i>Un peu</i>	0	(0%)
460	<i>Moyennement</i>	7	(9%)
461	<i>Beaucoup</i>	34	(46%)
462	<i>Extrêmement</i>	31	(42%)
Estimation par l'interviewer du besoin de traitement pour problème d'alcool - nb. patients (%)		ASI	
463	<i>Pas de problème, traitement non nécessaire (0-1)</i>	38	(51%)
464	<i>Léger problème, traitement probablement non nécessaire (2-3)</i>	15	(20%)
465	<i>Problème modéré, traitement probablement nécessaire (4-5)</i>	10	(14%)
466	<i>Problème considérable, traitement nécessaire (6-7)</i>	10	(14%)
467	<i>Problème extrêmement grave, traitement absolument nécessaire (8-9)</i>	1	(1%)
468	Indice final de sévérité pour les problèmes d'alcool (de 0 à 9)	ASI	2
Estimation par l'interviewer du besoin de traitement pour problème de drogues - nb. patients (%)		ASI	
469	<i>Pas de problème, traitement non nécessaire (0-1)</i>	0	(0%)
470	<i>Léger problème, traitement probablement non nécessaire (2-3)</i>	0	(0%)
471	<i>Problème modéré, traitement probablement nécessaire (4-5)</i>	23	(31%)
472	<i>Problème considérable, traitement nécessaire (6-7)</i>	47	(64%)
473	<i>Problème extrêmement grave, traitement absolument nécessaire (8-9)</i>	4	(5%)
474	Indice final de sévérité pour les problèmes de drogues (de 0 à 9)	ASI	7

Statistiques descriptives complètes : Situation judiciaire

N°	Variable	Quest.	Nb ou moy.	(%) ou [s.d.]
Nb. patients selon présence imposée ou suggérée par le système judiciaire - nb. (%)				
		ASI		
475	Oui		5	(7%)
476	Non		69	(93%)
Nb. patients selon situation judiciaire - nb. (%)				
		ASI		
477	Libre, sans passé judiciaire		14	(19%)
478	Libre, avec passé judiciaire		45	(61%)
479	Libre, affaire en cours		3	(4%)
480	Libre, en attente du prononcé de la peine		0	(0%)
481	Libre, sous conditions		2	(3%)
482	Probation prétorienne		1	(1%)
483	Probation : Remise à plus tard du prononcé de la peine		0	(0%)
484	Probation : Remise à plus tard de l'exécution de la peine		7	(9%)
485	Mise en liberté conditionnelle		2	(3%)
486	Mise en liberté : Procédure en cours		0	(0%)
487	Privation de liberté : Collocation (défense sociale)		0	(0%)
488	Privation de liberté : Emprisonnement		0	(0%)
489	Service de médiation (via magistrat médiateur)		0	(0%)
490	A la disposition de la justice		0	(0%)
491	Peine alternative		0	(0%)
492	Bracelet électronique		0	(0%)
493	Autre situation de pression judiciaire		0	(0%)
Nb. poursuites pénales sur la vie pour :				
		ASI		
494a	Détention et revente de produits stupéfiants - moy. [s.d.]		3,2	[4,3]
495a	Crime contre les biens - moy. [s.d.]		6,1	[12,9]
496a	Crime avec violence - moy. [s.d.]		0,6	[1,9]
497a	Autre crime - moy. [s.d.]		0,0	[0,2]
Nb. condamnations sur la vie pour :				
		ASI		
498a	Détention et revente de produits stupéfiants - moy. [s.d.]		1,6	[2,1]
499a	Crime contre les biens - moy. [s.d.]		1,9	[3,5]
500a	Crime avec violence - moy. [s.d.]		0,3	[0,6]
501a	Autre crime - moy. [s.d.]		0,0	[0,2]
Nb. poursuites pénales sur la vie pour :				
		ASI		
502a	Désordre, vagabondage, ivresse publique - moy. [s.d.]		0,7	[1,8]
503a	Prostitution - moy. [s.d.]		1,5	[11,6]
504a	Conduite en état d'ivresse - moy. [s.d.]		0,0	[0,7]
505a	Infraction majeure au code de la route - moy. [s.d.]		0,9	[1,9]
Nb. poursuites pénales - moy. [s.d.]				
		Hors ASI		
506a	Sur les 6 dern. mois		0,1	[0,4]
507a	Sur les 30 dern. jrs		0,0	[0,2]
508	Nb. mois passés en prison sur la vie - moy. [s.d.]	ASI	29,7	[44,0]
- motifs? (Patients sur nb. total ; n=74)				
		Hors ASI		
509a	Détention et revente de stupéfiants - nb. (%)		36	(49%)
510a	Crime contre les biens - nb. (%)		30	(41%)
511a	Autre motif - nb. (%)		9	(12%)

N°	Variable	Quest.	Nb ou moy.	(%) ou [s.d.]
Nb. patients ayant été poursuivi pénalement sur la vie pour :				
		ASI		
494b	Détention et revente de produits stupéfiants - nb. (%)		57	(77%)
495b	Crime contre les biens - nb. (%)		48	(65%)
496b	Crime avec violence - nb. (%)		20	(27%)
497b	Autre crime - nb. (%)		2	(3%)
Nb. patients ayant été condamnés pénalement sur la vie pour :				
		ASI		
498b	Détention et revente de produits stupéfiants - nb. (%)		43	(58%)
499b	Crime contre les biens - nb. (%)		37	(50%)
500b	Crime avec violence - nb. (%)		16	(22%)
501b	Autre crime - nb. (%)		2	(3%)
Nb. patients ayant été poursuivi pénalement sur la vie pour :				
		ASI		
502b	Désordre, vagabondage, ivresse publique - nb. (%)		17	(23%)
503b	Prostitution - nb. (%)		2	(3%)
504b	Conduite en état d'ivresse - nb. (%)		12	(16%)
505b	Infraction majeure au code de la route - nb. (%)		25	(34%)
Nb. patients ayant été poursuivi pénalement :				
		Hors ASI		
506b	Sur les 6 dern. mois		8	(11%)
507b	Sur les 30 dern. jrs		2	(3%)
508b	Nb. patients ayant été en prison sur la vie - nb. (%)	ASI	47,0	(64%)
- motifs? (Patients sur ceux ayant fait de la prison ; n=47)				
		Hors ASI		
509b	Détention et revente de stupéfiants - nb. (%)		36	(77%)
510b	Crime contre les biens - nb. (%)		30	(64%)
511b	Autre motif - nb. (%)		9	(19%)

512a				512b			
Durée en mois de la dernière détention - moy. [s.d.] (Sur nb. total de patients)				Durée en mois de la dernière détention - moy. [s.d.] (Sur nb. patients concernés)			
	ASI	5,1	[7,9]	ASI	8,0	[8,6]	
- motifs (nb. de patients par motifs) ?							
ASI							
513	Détention et revente de stupéfiants - nb. (%)	26	(35%)				
514	Crime contre les biens - nb. (%)	14	(19%)				
515	Crime avec violence - nb. (%)	4	(5%)				
516	Autre crime - nb. (%)	0	(0%)				
517	Désordre, vagabondage, ivresse publique - nb. (%)	1	(1%)				
518	Prostitution - nb. (%)	0	(0%)				
519	Conduite en état d'ivresse - nb. (%)	0	(0%)				
520	Infraction majeure au code de la route - nb. (%)	2	(3%)				
521	Ne s'applique pas - nb. (%)	27	(36%)				
Nb. patients actuellement poursuivi pénalement ou en instance de procès ou de sentence - nb. (%)							
ASI							
522	Oui	8	(11%)				
523	Non	66	(89%)				
- motifs (nb. patients par motifs) ?							
ASI							
524	Détention et revente de stupéfiants - nb. (%)	2	(3%)				
525	Crime contre les biens - nb. (%)	4	(5%)				
526	Crime avec violence - nb. (%)	2	(3%)				
527	Autre crime - nb. (%)	0	(0%)				
528	Désordre, vagabondage, ivresse publique - nb. (%)	0	(0%)				
529	Prostitution - nb. (%)	0	(0%)				
530	Conduite en état d'ivresse - nb. (%)	0	(0%)				
531	Infraction majeure au code de la route - nb. (%)	0	(0%)				
532	Ne s'applique pas - nb. (%)	66	(89%)				
533	Jours de détention sur les 30 dern. jrs - moy. [s.d.]	ASI	0 (0%)				
534	Jours d'activités illégales en vue d'en tirer profit sur les 30 dern. jrs - moy. [s.d.]	ASI	7 [11]				
534	Nb. d'activités illégales en vue d'en tirer profit sur les 30 dern. jrs - nb. de patients concernés (%)	ASI	35 (47%)				
Estimation par le patient de la gravité des problèmes judiciaires actuels (non civils) - nb. patients (%)							
ASI							
535	Pas du tout	49	(66%)				
536	Un peu	13	(18%)				
537	Moyennement	8	(11%)				
538	Beaucoup	2	(3%)				
539	Extrêmement	2	(3%)				
Estimation par le patient de l'importance de recevoir de l'aide pour ces problèmes - nb. patients (%)							
ASI							
540	Pas du tout	55	(74%)				
541	Un peu	5	(7%)				
542	Moyennement	5	(7%)				
543	Beaucoup	7	(9%)				
544	Extrêmement	2	(3%)				
Estimation par l'interviewer du besoin de services juridiques - nb. patients (%)							
ASI							
545	Pas de problème, traitement non nécessaire (0-1)	25	(34%)				
546	Léger problème, traitement probablement non nécessaire (2-3)	32	(43%)				
547	Problème modéré, traitement probablement nécessaire (4-5)	15	(20%)				
548	Problème considérable, traitement nécessaire (6-7)	2	(3%)				
549	Problème extrêmement grave, traitement absolument nécessaire (8-9)	0	(0%)				
550	Indice final de sévérité (de 0 à 9)	ASI	2				

Statistiques descriptives complètes : Evaluation criminologique

N°	Variable	Sur la vie nb. patients (%)		Faits par patient sur les 6 dern. mois - moy. [s.d.]		Faits par patient sur les 30 dern. jours - moy. [s.d.]		Montant en euros sur les 30 dern. jrs - moy. [s.d.]	
Faits délinquants commis - Hors ASI									
551	Vol dans un magasin	68	(92%)	9,7	[31]	2,2	[6]	75	[364]
552	Pickpocket	21	(28%)	0,1	[1]	0,0	[0]	0	[0]
553	Vol par effraction dans un véhicule	35	(47%)	0,7	[3]	0,1	[0]	1	[10]
554	Vol par effraction dans un immeuble	37	(50%)	0,7	[5]	0,1	[1]	149	[957]
555	Vol à l'arraché	12	(16%)	0,0	[0]	0,0	[0]	0	[0]
556	Vol avec violence ou menace	21	(28%)	0,0	[0]	0,0	[0]	0	[0]
557	Falsification de chèques, certificats, ordonnances	28	(38%)	0,0	[0]	0,0	[0]	0	[0]
558	Recel	43	(58%)	3,0	[14]	0,4	[2]	159	[1166]
559	Coups et blessures volontaires	29	(39%)	0,2	[1]	0,1	[1]	0	[0]
560	Prostitution	11	(15%)	3,4	[22]	0,6	[4]	27	[163]
561	Vente de cannabis ou marijuana	36	(49%)	3,3	[21]	0,6	[3]	21	[125]
562	Vente d'héroïne, de cocaïne, d'ecstasy ou autre	52	(70%)	23,9	[53]	3,9	[8]	241	[664]
563	Tromperie lors d'une vente de drogue	17	(23%)	0,0	[0]	0,0	[0]	0	[0]
		Sur la vie nb. patients (%)		Sur les 6 dern. mois nb. patients (%)		Sur les 30 dern. jours nb. patients (%)			
564b	Personnes ayant commis au moins un des faits cités	72	97%	46	62%	37	50%		
		Types de faits commis sur la vie par patients moy. [s.d.]		Faits par patient sur les 6 dern. mois moy. [s.d.]		Faits par patient sur les 30 dern. jours moy. [s.d.]		Montant en euros sur les 30 dern. jours moy. [s.d.]	
564	Total toutes catégories confondues:	6	[3]	45	[72]	8	[12]	673	[1852]
Victimisation - Hors ASI									
		Sur la vie nb. patients (%)		Faits par patient sur les 6 dern. mois - moy. [s.d.]		Faits par patient sur les 30 dern. jours - moy. [s.d.]		Montant en euros sur les 30 dern. jours - moy. [s.d.]	
565	Extorsion	35	(47%)	0,2	[1]	0,1	[0]	41	[349]
566	Vol	52	(70%)	1,9	[12]	0,3	[1]	45	[213]
567	Agression physique	45	(61%)	0,1	[1]	0,0	[0]	0	[0]
568	Tromperie lors d'un achat de drogue	71	(96%)	1,6	[4]	0,4	[1]	12	[33]
569	Agression sexuelle (n=73)	14	(19%)	0	[0]	0	[0]	0	[0]
		Sur la vie nb. patients (%)		Sur les 6 dern. mois nb. patients (%)		Sur les 30 dern. jours nb. patients (%)			
564b	Personnes victimes d'au moins un des faits cités	72	97%	42	57%	22	30%		
		Types de victimisation par patient sur la vie - moy. [s.d.]		Faits par patient sur les 6 dern. mois toutes catégories - moy. [s.d.]		Faits par patient sur les 30 dern. jours toutes catégories - moy. [s.d.]		Montant en euros sur les 30 dern. jours toutes catégories - moy. [s.d.]	
570	Total toutes catégories confondues:	2,9	[1]	3,9	[12]	0,7	[2]	98	[405]

Statistiques descriptives complètes : Relations familiales et sociales

N°	Variable	Quest.	Nb ou moy.	(%) ou [s.d.]
Etat civil - nb. de patients (%)		ASI		
571	<i>Marié</i>		4	(5%)
572	<i>Remarié</i>		0	(0%)
573	<i>Veuf</i>		0	(0%)
574	<i>Séparé</i>		1	(1%)
575	<i>Divorcé</i>		14	(19%)
576	<i>Célibataire</i>		55	(74%)
577	Durée de cette situation d'état civil en années (depuis l'âge de 18 ans si jamais marié) - moy. [s.d.]	ASI	20	[9]
Satisfaction liée à cette situation d'état civil - nb. de patients (%)		ASI		
578	<i>Oui</i>		21	(28%)
579	<i>Non</i>		43	(58%)
580	<i>Indifférent</i>		10	(14%)
Logement habituel - nb. de patients (%)		Hors ASI		
581	<i>Propre maison ou chambre (louée ou achetée)</i>		54	(73%)
582	<i>Maison ou chambre appartenant à des amis (provisoire)</i>		8	(11%)
583	<i>Environnement contrôlé</i>		0	(0%)
584	<i>Centre d'accueil de nuit</i>		5	(7%)
585	<i>Squat</i>		0	(0%)
586	<i>Dehors (rue ou lieu ouvert)</i>		6	(8%)
587	<i>Autre</i>		1	(1%)
Logement durant les 30 dern. jrs - nb. de patients (%)		Hors ASI		
588	<i>Propre maison ou chambre (louée ou achetée)</i>		53	(72%)
589	<i>Maison ou chambre appartenant à des amis (provisoire)</i>		8	(11%)
590	<i>Environnement contrôlé</i>		0	(0%)
591	<i>Centre d'accueil de nuit</i>		5	(7%)
592	<i>Squat</i>		0	(0%)
593	<i>Dehors (rue ou lieu ouvert)</i>		7	(9%)
594	<i>Autre</i>		1	(1%)
Situation de vie habituelle ces 3 dernières années - nb. de patients (%)		ASI		
595	<i>Avec le (la) conjointe et les enfants</i>		2	(3%)
596	<i>Avec le (la) conjointe seulement</i>		9	(12%)
597	<i>Avec le(s) enfant(s) seulement</i>		2	(3%)
598	<i>Avec le(s) parent(s)</i>		3	(4%)
599	<i>Avec la famille</i>		3	(4%)
600	<i>Avec des amis</i>		9	(12%)
601	<i>Seul(e)</i>		43	(58%)
602	<i>En environnement contrôlé</i>		0	(0%)
603	<i>Pas de conditions de vie stables</i>		3	(4%)
Situation de vie habituelle ces 30 dern. jrs - nb. de patients (%)		ASI		
604	<i>Avec le (la) conjointe et les enfants</i>		3	(4%)
605	<i>Avec le (la) conjointe seulement</i>		8	(11%)
606	<i>Avec le(s) enfant(s) seulement</i>		1	(1%)
607	<i>Avec le(s) parent(s)</i>		5	(7%)
608	<i>Avec la famille</i>		6	(8%)
609	<i>Avec des amis</i>		5	(7%)
610	<i>Seul(e)</i>		44	(59%)
611	<i>En environnement contrôlé</i>		0	(0%)
612	<i>Pas de conditions de vie stables</i>		2	(3%)
Durée de cet environnement de vie en mois - moy. [s.d.]		ASI	102	[108]

Satisfaction liée à cet environnement de vie - nb. de patients (%)		ASI	
613	<i>Oui</i>	19	(26%)
614	<i>Non</i>	49	(66%)
615	<i>Indifférent</i>	6	(8%)
Vit avec quelqu'un qui - nb. de patients (%)		ASI	
616	<i>A actuellement des problèmes d'alcool</i>	5	(7%)
617	<i>Utilise des substitution psycho-actives</i>	19	(26%)
Essentiel du temps libre avec - nb. de patients (%)		ASI	
618	<i>Famille actuellement sans problèmes d'alcool / drogue</i>	6	(8%)
619	<i>Famille actuellement avec des problèmes d'alcool / drogue</i>	11	(15%)
620	<i>Amis actuellement sans problèmes d'alcool / drogue</i>	1	(1%)
621	<i>Amis actuellement avec des problèmes d'alcool / drogue</i>	21	(28%)
622	<i>Seul(e)</i>	35	(47%)
Satisfaction liée à cette façon de passer le temps libre - nb. de patients (%)		ASI	
623	<i>Oui</i>	18	(24%)
624	<i>Non</i>	48	(65%)
625	<i>Indifférent</i>	8	(11%)
626	Nombre d'amis proches - moy. [s.d.]	ASI	1 [1]
Relation étroite et durable au cours de la vie avec - nb. de patients (%)		ASI	
Mère			
627	<i>Oui</i>	50	(68%)
628	<i>Non</i>	24	(32%)
Père			
629	<i>Oui</i>	26	(35%)
630	<i>Non</i>	46	(62%)
631	<i>Ne s'applique pas</i>	2	(3%)
Frères et sœurs			
632	<i>Oui</i>	39	(53%)
633	<i>Non</i>	25	(34%)
634	<i>Ne s'applique pas</i>	10	(14%)
Conjoint			
635	<i>Oui</i>	24	(32%)
636	<i>Non</i>	6	(8%)
637	<i>Ne s'applique pas</i>	43	(58%)
638	<i>Ne sait pas</i>	1	(1%)
Enfants			
639	<i>Oui</i>	25	(34%)
640	<i>Non</i>	8	(11%)
641	<i>Ne s'applique pas</i>	41	(55%)
Amis			
642	<i>Oui</i>	42	(57%)
643	<i>Non</i>	6	(8%)
644	<i>Ne s'applique pas</i>	26	(35%)

Graves problèmes relationnels sur la vie pendant des périodes de temps significatives - nb. de patients (%)		ASI	
Mère			
645	<i>Oui</i>	40	(54%)
646	<i>Non</i>	34	(46%)
Père			
647	<i>Oui</i>	40	(54%)
648	<i>Non</i>	31	(42%)
649	<i>Ne s'applique pas</i>	3	(4%)
Frères et sœurs			
650	<i>Oui</i>	29	(39%)
651	<i>Non</i>	35	(47%)
652	<i>Ne s'applique pas</i>	10	(14%)
Conjoint			
653	<i>Oui</i>	20	(27%)
654	<i>Non</i>	11	(15%)
655	<i>Ne s'applique pas</i>	43	(58%)
Enfants			
657	<i>Oui</i>	7	(9%)
658	<i>Non</i>	26	(35%)
659	<i>Ne s'applique pas</i>	41	(55%)
Autres parents proches			
660	<i>Oui</i>	21	(28%)
661	<i>Non</i>	48	(65%)
662	<i>Ne s'applique pas</i>	5	(7%)
Amis			
663	<i>Oui</i>	10	(14%)
664	<i>Non</i>	37	(50%)
665	<i>Ne s'applique pas</i>	27	(36%)
Voisins			
666	<i>Oui</i>	20	(27%)
667	<i>Non</i>	42	(57%)
668	<i>Ne s'applique pas</i>	12	(16%)
Collègues de travail			
669	<i>Oui</i>	16	(22%)
670	<i>Non</i>	41	(55%)
671	<i>Ne s'applique pas</i>	7	(9%)

Graves problèmes relationnels sur les 30 dern. jrs pendant des périodes de temps significatives - nb. de patients (%)		ASI	
Mère			
672	<i>Oui</i>	7	(9%)
673	<i>Non</i>	60	(81%)
	<i>Ne s'applique pas</i>	7	(9%)
Père			
674	<i>Oui</i>	4	(5%)
675	<i>Non</i>	56	(76%)
676	<i>Ne s'applique pas</i>	14	(19%)
Frères et sœurs			
677	<i>Oui</i>	3	(4%)
678	<i>Non</i>	60	(81%)
679	<i>Ne s'applique pas</i>	11	(15%)
Conjoint			
680	<i>Oui</i>	3	(4%)
681	<i>Non</i>	19	(26%)
682	<i>Ne s'applique pas</i>	52	(70%)
Enfants			
684	<i>Oui</i>	3	(4%)
685	<i>Non</i>	30	(41%)
686	<i>Ne s'applique pas</i>	41	(55%)
Autres parents proches			
687	<i>Oui</i>	3	(4%)
688	<i>Non</i>	65	(88%)
689	<i>Ne s'applique pas</i>	6	(8%)
Amis			
690	<i>Oui</i>	1	(1%)
691	<i>Non</i>	45	(61%)
692	<i>Ne s'applique pas</i>	28	(38%)
Voisins			
693	<i>Oui</i>	6	(8%)
694	<i>Non</i>	54	(73%)
	<i>Ne s'applique pas</i>	14	(19%)
Collègues de travail			
695	<i>Oui</i>	1	(1%)
696	<i>Non</i>	13	(18%)
697	<i>Ne s'applique pas</i>	60	(81%)

Nombre de jours de conflit grave sur les 30 dern. jrs - moy. [s.d.]		ASI	
699	<i>Avec la famille</i>	1,9	[7]
670	<i>Avec d'autres personnes</i>	0,6	[4]
671	Nombre de consultations dans un centre ambulatoire pour un problème familial sur les 30 dern. jrs - moy. [s.d.]	Hors ASI	0,1 [0,5]
Perturbé par des problèmes familiaux sur les 30 dern. jrs - nb. patients (%)		ASI	
672	<i>Pas du tout</i>	23	(31%)
673	<i>Un peu</i>	16	(22%)
674	<i>Moyennement</i>	17	(23%)
675	<i>Beaucoup</i>	13	(18%)
676	<i>Extrêmement</i>	5	(7%)
Perturbé par des problèmes relationnels hors famille sur les 30 dern. jrs - nb. patients (%)		ASI	
677	<i>Pas du tout</i>	35	(47%)
678	<i>Un peu</i>	8	(11%)
679	<i>Moyennement</i>	13	(18%)
680	<i>Beaucoup</i>	14	(19%)
681	<i>Extrêmement</i>	4	(5%)
Estimation par le patient de l'importance de recevoir de l'aide pour ces problèmes familiaux - nb. patients (%)		ASI	
682	<i>Pas du tout</i>	41	(55%)
683	<i>Un peu</i>	12	(16%)
684	<i>Moyennement</i>	9	(12%)
685	<i>Beaucoup</i>	9	(12%)
686	<i>Extrêmement</i>	3	(4%)
Estimation par le patient de l'importance de recevoir de l'aide pour ces problèmes sociaux - nb. patients (%)		ASI	
687	<i>Pas du tout</i>	42	(57%)
688	<i>Un peu</i>	8	(11%)
689	<i>Moyennement</i>	8	(11%)
690	<i>Beaucoup</i>	14	(19%)
691	<i>Extrêmement</i>	2	(3%)
Estimation par l'interviewer du besoin de conseil familial et/ou social pour le patient - nb. patients (%)		ASI	
692	<i>Pas de problème, traitement non nécessaire (0-1)</i>	10	(14%)
693	<i>Léger problème, traitement probablement non nécessaire (2-3)</i>	20	(27%)
694	<i>Problème modéré, traitement probablement nécessaire (4-5)</i>	34	(46%)
695	<i>Problème considérable, traitement nécessaire (6-7)</i>	10	(14%)
696	<i>Problème extrêmement grave, traitement absolument nécessaire (8-9)</i>	0	(0%)
697	Indice final de sévérité (de 0 à 9)	ASI	4

Statistiques descriptives complètes : SCL-90-R

N° Variable

		Nombre de patients par dimensions et items - nb. (%)				
Somatisation						
<i>Reflette l'éprouvé provenant de la perception du dysfonctionnement corporel</i>		Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Extrêmement
698	"J'ai des maux de tête"	29 (39%)	23 (31%)	13 (18%)	6 (8%)	3 (4%)
699	"J'ai des tendances à m'évanouir ou des vertiges"	53 (72%)	12 (16%)	4 (5%)	5 (7%)	0 (0%)
700	"J'ai des douleurs au cœur ou dans la poitrine"	39 (53%)	14 (19%)	8 (11%)	12 (16%)	1 (1%)
701	"J'ai des douleurs à la partie inférieure du dos"	28 (38%)	11 (15%)	13 (18%)	15 (20%)	7 (9%)
702	"J'ai l'impression que mes muscles sont endoloris"	34 (46%)	13 (18%)	13 (18%)	10 (14%)	4 (5%)
703	"J'ai des difficultés à respirer"	31 (42%)	19 (26%)	17 (23%)	5 (7%)	2 (3%)
704	"J'ai comme des bouffées de chaleur ou de froid"	8 (11%)	20 (27%)	19 (26%)	24 (32%)	3 (4%)
705	"J'ai une impression d'engourdissement ou de fourmillement dans certaines parties de mon corps"	30 (41%)	19 (26%)	11 (15%)	13 (18%)	1 (1%)
706	"J'ai l'impression d'avoir une boule dans la gorge"	42 (57%)	13 (18%)	4 (5%)	12 (16%)	3 (4%)
707	"J'ai une sensation de faiblesse dans certaines parties de mon corps"	27 (36%)	12 (16%)	18 (24%)	15 (20%)	2 (3%)
708	"J'ai une impression de pesanteur dans les bras ou dans les jambes"	28 (38%)	17 (23%)	12 (16%)	13 (18%)	4 (5%)
709	"J'ai des nausées ou envie de vomir"	40 (54%)	15 (20%)	10 (14%)	8 (11%)	1 (1%)
Dépression		Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Extrêmement
<i>Syndrome dépressif</i>						
710	"J'ai perdu le goût et le plaisir que j'éprouvais pour les choses sexuelles"	21 (28%)	11 (15%)	8 (11%)	21 (28%)	13 (18%)
711	"Je me sens sans énergie ou ralenti"	10 (14%)	19 (26%)	18 (24%)	19 (26%)	8 (11%)
712	"Je pense en finir avec la vie"	35 (47%)	14 (19%)	9 (12%)	7 (9%)	9 (12%)
713	"Je pleure facilement"	29 (39%)	15 (20%)	13 (18%)	13 (18%)	4 (5%)
714	"J'ai l'impression d'être coincé ou pris au piège"	23 (31%)	14 (19%)	13 (18%)	18 (24%)	6 (8%)
715	"Je me reproche des choses"	26 (35%)	20 (27%)	10 (14%)	13 (18%)	5 (7%)
716	"J'ai un sentiment de solitude"	9 (12%)	12 (16%)	12 (16%)	30 (41%)	11 (15%)
717	"J'ai le cafard"	13 (18%)	11 (15%)	17 (23%)	21 (28%)	12 (16%)
718	"Des choses me tracassent ou me tourmentent trop"	8 (11%)	10 (14%)	14 (19%)	31 (42%)	11 (15%)
719	"Je ne m'intéresse à rien"	31 (42%)	9 (12%)	10 (14%)	14 (19%)	10 (14%)
720	"J'ai l'impression que l'avenir est sans espoir"	16 (22%)	16 (22%)	14 (19%)	12 (16%)	16 (22%)
721	"Tout représente un effort pour moi"	21 (28%)	22 (30%)	12 (16%)	15 (20%)	4 (5%)
722	"Je me sens bon à rien"	25 (34%)	17 (23%)	11 (15%)	14 (19%)	7 (9%)
Obsession-compulsion		Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Extrêmement
<i>Syndrome obsessionnel-compulsif</i>						
723	"J'ai des difficultés à me rappeler des choses"	15 (20%)	19 (26%)	17 (23%)	18 (24%)	5 (7%)
724	"Je suis ennuyé par ma négligence et mon manque de soin"	22 (30%)	20 (27%)	14 (19%)	15 (20%)	3 (4%)
725	"Je me sens bloqué devant la moindre chose à faire"	27 (36%)	16 (22%)	14 (19%)	11 (15%)	6 (8%)
726	"Je suis obligé de faire les choses très lentement pour être certain de bien les faire"	37 (50%)	13 (18%)	13 (18%)	9 (12%)	2 (3%)
727	"J'ai des pensées, des mots ou des idées que je ne voudrais pas avoir et qui ne veulent pas quitter mon esprit"	14 (19%)	17 (23%)	14 (19%)	23 (31%)	6 (8%)
728	"Je suis obligé de vérifier et de revérifier ce que je fais"	27 (36%)	9 (12%)	15 (20%)	22 (30%)	1 (1%)
729	"J'ai des difficultés à prendre des décisions"	18 (24%)	20 (27%)	15 (20%)	15 (20%)	6 (8%)
730	"J'ai l'impression que mon esprit se vide"	38 (51%)	16 (22%)	9 (12%)	8 (11%)	3 (4%)
731	"J'ai des difficultés de concentration"	14 (19%)	25 (34%)	18 (24%)	13 (18%)	4 (5%)
732	"Je dois recommencer certains actes tels que toucher, compter, nettoyer"	48 (65%)	12 (16%)	6 (8%)	6 (8%)	2 (3%)

Sensibilité interpersonnelle						
Sentiment d'infériorité et d'inadéquation par rapport aux autres; anticipation dans les relations interpersonnelles		Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Extrêmement
733	"J'ai l'impression d'être critique à l'égard des autres"	21 (28%)	17 (23%)	15 (20%)	19 (26%)	2 (3%)
734	"Je me sens timide et mal à l'aise avec une personne du sexe opposé"	44 (59%)	12 (16%)	9 (12%)	6 (8%)	3 (4%)
735	"Je suis facilement blessé ou offensé"	19 (26%)	23 (31%)	16 (22%)	13 (18%)	3 (4%)
736	"J'ai l'impression que les autres ne me comprennent pas ou qu'ils ne me montrent pas de sympathie"	24 (32%)	17 (23%)	11 (15%)	15 (20%)	7 (9%)
737	"J'ai l'impression que les gens sont inamicaux envers moi ou ne m'aiment pas"	34 (46%)	14 (19%)	13 (18%)	9 (12%)	4 (5%)
738	"Je me sens inférieur aux autres"	36 (49%)	18 (24%)	10 (14%)	8 (11%)	2 (3%)
739	"Je me sens mal à l'aise quand on me regarde ou qu'on parle de moi"	28 (38%)	20 (27%)	9 (12%)	13 (18%)	4 (5%)
740	"Je me sens très gêné vis-à-vis des autres"	37 (50%)	17 (23%)	11 (15%)	7 (9%)	2 (3%)
741	"Je suis mal à l'aise si je dois manger ou boire en public"	56 (76%)	8 (11%)	4 (5%)	6 (8%)	0 (0%)
Hostilité		Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Extrêmement
Agressivité - tendance au passage à l'acte						
742	"Je suis facilement contrarié ou irrité"	14 (19%)	21 (28%)	14 (19%)	20 (27%)	5 (7%)
743	"J'ai des explosions de colère que je ne peux pas contrôler"	33 (45%)	17 (23%)	11 (15%)	11 (15%)	2 (3%)
744	"J'ai envie de battre, de blesser ou de faire mal aux gens"	54 (73%)	10 (14%)	3 (4%)	3 (4%)	4 (5%)
745	"J'ai des envies de mettre en pièces ou de casser des objets"	40 (54%)	15 (20%)	10 (14%)	8 (11%)	1 (1%)
746	"Je me dispute fréquemment"	39 (53%)	21 (28%)	9 (12%)	5 (7%)	0 (0%)
747	"Je crie ou je lance des objets"	54 (73%)	11 (15%)	4 (5%)	5 (7%)	0 (0%)
Anxiété phobique		Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Extrêmement
Phobies sociales et agoraphobie						
748	"Je suis pris de peur dans les espaces découverts ou dans les rues"	61 (82%)	5 (7%)	3 (4%)	5 (7%)	0 (0%)
749	"J'ai peur de sortir seul de chez moi"	52 (70%)	11 (15%)	9 (12%)	1 (1%)	1 (1%)
750	"J'ai peur de voyager en autobus, en train ou en métro"	66 (89%)	4 (5%)	3 (4%)	0 (0%)	1 (1%)
751	"Je me sens mal à l'aise dans la foule, par exemple dans les magasins ou au cinéma"	43 (58%)	8 (11%)	8 (11%)	10 (14%)	5 (7%)
752	"Je me sens nerveux quand on me laisse seul"	43 (58%)	11 (15%)	7 (9%)	10 (14%)	3 (4%)
753	"J'ai peur de m'évanouir en public"	61 (82%)	5 (7%)	4 (5%)	3 (4%)	1 (1%)
754	"Je suis obligé d'éviter certaines choses, certains endroits ou certaines activités car ils m'effrayent"	50 (68%)	10 (14%)	7 (9%)	5 (7%)	2 (3%)
Idéation paranoïde		Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Extrêmement
Hostilité, méfiance, égocentrisme, perte d'autonomie, hallucinations, idées de grandeur						
755	"J'ai le sentiment que les autres sont responsables de la plupart de mes troubles"	53 (72%)	11 (15%)	4 (5%)	5 (7%)	1 (1%)
756	"J'ai l'impression qu'on ne peut pas avoir confiance dans la plupart des gens"	11 (15%)	15 (20%)	16 (22%)	24 (32%)	8 (11%)
757	"J'ai l'impression d'être observé par les autres et qu'on parle de moi"	39 (53%)	15 (20%)	8 (11%)	9 (12%)	3 (4%)
758	"J'ai des idées ou des croyances que les autres ne partagent pas"	43 (58%)	13 (18%)	7 (9%)	9 (12%)	2 (3%)
759	"J'ai l'impression que les autres n'apprécient pas à sa juste valeur ce que je fais"	28 (38%)	18 (24%)	12 (16%)	13 (18%)	3 (4%)
760	"Je pense que les gens profiteraient de moi si je les laissais faire"	13 (18%)	9 (12%)	14 (19%)	30 (41%)	8 (11%)

Psychotisme		Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Extrêmement
Symptômes de schizophrénie et comportement schizoïde						
761	"J'ai l'idée que quelqu'un peut contrôler mes pensées"	59 (80%)	7 (9%)	5 (7%)	2 (3%)	1 (1%)
762	"J'entends des voix que les autres n'entendent pas"	64 (86%)	7 (9%)	3 (4%)	0 (0%)	0 (0%)
763	"J'ai le sentiment que les autres savent quelles sont mes pensées intimes"	54 (73%)	13 (18%)	3 (4%)	3 (4%)	1 (1%)
764	"Il me vient des pensées qui ne sont pas les miennes"	55 (74%)	10 (14%)	7 (9%)	1 (1%)	1 (1%)
765	"Je me sens seul, même quand je suis avec d'autres gens"	30 (41%)	20 (27%)	10 (14%)	10 (14%)	4 (5%)
766	"J'ai des pensées liées au sexe qui me préoccupent beaucoup"	46 (62%)	11 (15%)	9 (12%)	7 (9%)	1 (1%)
767	"Je pense que je devrais être puni pour mes péchés"	45 (61%)	13 (18%)	10 (14%)	6 (8%)	0 (0%)
768	"Je pense que mon corps est atteint de quelque chose de grave"	34 (46%)	9 (12%)	11 (15%)	12 (16%)	8 (11%)
769	"Je pense que quelque chose va mal dans mon esprit"	27 (36%)	17 (23%)	9 (12%)	16 (22%)	5 (7%)
770	"Je ne me sens jamais proche de quelqu'un"	41 (55%)	15 (20%)	7 (9%)	9 (12%)	2 (3%)
Anxiété		Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Extrêmement
Anxiété - tension						
771	"Je me sens nerveux et/ou je sens comme un tremblement intérieur"	4 (5%)	17 (23%)	16 (22%)	31 (42%)	6 (8%)
772	"J'ai des tremblements"	34 (46%)	21 (28%)	11 (15%)	8 (11%)	0 (0%)
773	"Je suis subitement effrayé sans aucune raison"	50 (68%)	12 (16%)	7 (9%)	4 (5%)	1 (1%)
774	"Je suis rempli d'un sentiment de peur"	44 (59%)	11 (15%)	8 (11%)	8 (11%)	3 (4%)
775	"J'ai l'impression que mon cœur bat très fort ou qu'il s'emballe"	31 (42%)	15 (20%)	13 (18%)	11 (15%)	4 (5%)
776	"J'ai l'impression d'être tendu"	16 (22%)	17 (23%)	19 (26%)	19 (26%)	3 (4%)
777	"J'ai des bouffées de terreur ou de panique"	49 (66%)	10 (14%)	9 (12%)	4 (5%)	2 (3%)
778	"Je me sens si énervé que je ne peux pas rester assis"	20 (27%)	20 (27%)	14 (19%)	16 (22%)	4 (5%)
779	"J'ai l'impression que des choses familières sont étranges ou n'ont pas l'air réelles"	46 (62%)	8 (11%)	12 (16%)	5 (7%)	3 (4%)
780	"J'ai le sentiment d'être contraint à faire des choses"	41 (55%)	18 (24%)	9 (12%)	4 (5%)	2 (3%)
Items additionnels		Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Extrêmement
Symptômes aspécifiques, importants sur le plan psychopathologique						
781	"J'ai un mauvais appétit"	16 (22%)	13 (18%)	13 (18%)	25 (34%)	7 (9%)
782	"J'ai du mal à m'endormir"	18 (24%)	11 (15%)	10 (14%)	24 (32%)	11 (15%)
783	"J'ai des idées de mort ou l'idée de mourir"	30 (41%)	14 (19%)	13 (18%)	11 (15%)	6 (8%)
784	"Je mange trop"	67 (91%)	3 (4%)	4 (5%)	0 (0%)	0 (0%)
785	"Je me réveille tôt le matin"	36 (49%)	6 (8%)	10 (14%)	14 (19%)	8 (11%)
786	"Mon sommeil est agité ou troublé"	14 (19%)	13 (18%)	9 (12%)	28 (38%)	10 (14%)
787	"Je me sens coupable" (n=73)	23 (31%)	20 (27%)	11 (15%)	15 (20%)	4 (5%)

Scores aux échelles - moy. [s.d.]			
Les scores aux échelles sont la moyenne des scores totaux divisés par le nombre d'items dans chaque dimension			
788	<i>Somatisation</i>	1,1	[0,8]
789	<i>Dépression</i>	1,7	[0,8]
790	<i>Obsession-compulsion</i>	1,3	[0,7]
791	<i>Sensibilité interpersonnelle</i>	1,1	[0,8]
792	<i>Hostilité</i>	0,9	[0,7]
793	<i>Anxiété phobique</i>	0,6	[0,6]
794	<i>Idéation paranoïde</i>	1,3	[0,7]
795	<i>Psychotisme</i>	0,8	[0,6]
796	<i>Anxiété</i>	1,1	[0,7]
797	<i>Items additionnels</i>	1,5	[0,7]
Patients ayant répondu "Moyennement", "Beaucoup" ou Extrêmement" aux items associés à la dimension considérée - nb. (%)			
798	<i>Somatisation</i>	10	(14%)
799	<i>Dépression</i>	30	(41%)
800	<i>Obsession-compulsion</i>	19	(26%)
801	<i>Sensibilité interpersonnelle</i>	10	(14%)
802	<i>Hostilité</i>	9	(12%)
803	<i>Anxiété phobique</i>	4	(5%)
804	<i>Idéation paranoïde</i>	14	(19%)
805	<i>Psychotisme</i>	1	(1%)
806	<i>Anxiété</i>	9	(12%)
807	<i>Items additionnels</i>	18	(24%)
808	Gravité globale - moy. [s.d.] Moyenne des scores totaux divisés par 90	1,2	[0,6]
809	Diversité des symptômes - moy. [s.d.] Moyenne du nombre de réponses autres que 0	49,4	18,3
810	Degré de malaise - moy. [s.d.] Moy. des scores totaux divisés par le score de diversité	2,1	[0,5]

Statistiques descriptives complètes : Etat psychologique

N°	Variable	Quest.		
	Nb. traitements pour des problèmes psychologiques ou émotionnels sur la vie - Moy. [s.d.]	ASI		
811a	<i>En résidentiel</i>		2	[12]
812a	<i>En ambulatoire</i>		1	[3]
	Nb. patients ayant reçu un traitement pour des problèmes psychologiques ou émotionnels sur la vie - nb. (%)	ASI		
811b	<i>En résidentiel</i>		18	(24%)
812b	<i>En ambulatoire</i>		33	(45%)
813	Jours d'hospitalisation sur les 30 dern. jrs - moy. [s.d.]	Hors ASI	0,0	[0]
814	Nb. patients ayant consulté pour un problème psychologique sur les 6 dern. mois - nb (%)	Hors ASI	14	(19%)
814	Nb. patients ayant consulté pour un problème psychologique sur les 30 dern. jrs - nb (%)	Hors ASI	10	(14%)
	Nb. consultations sur les 30 dem. jrs pour un problème psychologique - nb (%)	Hors ASI		
814a	<i>Chez un médecin ou psychiatre</i>		3	4%
815a	<i>Chez un non-médecin (psychologue, assistant social, etc.)</i>		6	8%
816a	<i>Dans un hôpital</i>		0	0%
817a	<i>Dans un centre de santé mentale</i>		3	4%
	Nb. consultations sur les 30 dem. jrs pour un problème psychologique - moy. [s.d.]	Hors ASI		
814b	<i>Chez un médecin ou psychiatre</i>		0,0	[0,2]
815b	<i>Chez un non-médecin (psychologue, assistant social, etc.)</i>		0,1	[0,4]
816b	<i>Dans un hôpital</i>		0,0	[0,0]
817b	<i>Dans un centre de santé mentale?</i>		0,0	[0,2]
	Nb. patients avec une pension pour incapacité psychiatrique - nb (%)	ASI		
818	<i>Oui</i>		15	(20%)
819	<i>Non</i>		59	(80%)
	Nb. patients ayant eu une dépression grave pendant une période prolongée sur la vie - nb (%)	ASI		
820	<i>Oui</i>		33	(45%)
821	<i>Non</i>		41	(55%)
	Nb. patients ayant eu des tensions ou anxiété graves pendant une période prolongée sur la vie - nb (%)	ASI		
822	<i>Oui</i>		23	(31%)
823	<i>Non</i>		51	(69%)
	Nb. patients ayant eu des troubles graves de compréhension, concentration ou mémorisation pendant une période prolongée sur la vie - nb (%)	ASI		
824	<i>Oui</i>		16	(22%)
825	<i>Non</i>		58	(78%)
	Nb. patients ayant eu des hallucinations pendant une période prolongée sur la vie - nb (%)	ASI		
826	<i>Oui</i>		30	(41%)
827	<i>Non</i>		44	(59%)
	Nb. patients ayant eu des difficultés à réprimer un comportement violent pendant une période prolongée sur la vie - nb (%)	ASI		
828	<i>Oui</i>		43	(58%)
829	<i>Non</i>		31	(42%)
	Nb. patients ayant pris un médicament prescrit pour un problème psychologique ou émotionnel pendant une période prolongée sur la vie - nb (%)	ASI		
830	<i>Oui</i>		48	(65%)
831	<i>Non</i>		26	(35%)
	Nb. patients ayant eu de fortes pensées suicidaires pendant une période prolongée sur la vie - nb (%)	ASI		
832	<i>Oui</i>		54	(73%)
833	<i>Non</i>		20	(27%)

	Nb. patients ayant commis une tentative de suicide sur la vie - nb (%)	ASI		
834	<i>Oui</i>		33	(45%)
835	<i>Non</i>		41	(55%)
836	Nb. tentatives de suicide sur la vie - moy. [s.d.]	ASI	2	[11]
836	Nb. tentatives de suicide sur la vie - moy. sur nb de patients ayant tenté de se suicider (n=33) [s.d.]	ASI	5	[17]
	Nb. patients ayant eu une dépression grave pendant une période prolongée sur les 30 dern. jours - nb (%)	ASI		
837	<i>Oui</i>		13	(18%)
838	<i>Non</i>		61	(82%)
	Nb. patients ayant eu des tensions ou anxiété graves pendant une période prolongée sur les 30 dern. jrs - nb (%)	ASI		
839	<i>Oui</i>		7	(9%)
840	<i>Non</i>		67	(91%)
	Nb. patients ayant eu des troubles graves de compréhension, concentration ou mémorisation pendant une période prolongée sur les 30 dern. jrs - nb (%)	ASI		
841	<i>Oui</i>		12	(16%)
842	<i>Non</i>		62	(84%)
	Nb. patients ayant eu des hallucinations pendant une période prolongée sur les 30 dern. jrs - nb (%)	ASI		
843	<i>Oui</i>		5	(7%)
844	<i>Non</i>		69	(93%)
	Nb. patients ayant eu des difficultés à réprimer un comportement violent pendant une période prolongée sur les 30 dern. jrs - nb (%)	ASI		
845	<i>Oui</i>		15	(20%)
846	<i>Non</i>		39	(53%)
	Nb. patients ayant pris un médicament prescrit pour un problème psychologique ou émotionnel pendant une période prolongée sur les 30 dern. jrs - nb (%)	ASI		
847	<i>Oui</i>		23	(31%)
848	<i>Non</i>		51	(69%)
	Nb. patients ayant eu de fortes pensées suicidaires pendant une période prolongée sur les 30 dern. jrs - nb (%)	ASI		
849	<i>Oui</i>		25	(34%)
850	<i>Non</i>		49	(66%)
	Nb. patients ayant commis une tentative de suicide sur les 30 dern. jrs - nb (%)	ASI		
851	<i>Oui</i>		3	(4%)
852	<i>Non</i>		71	(96%)
853	Nb. de jours de ressenti d'un problème psychologique ou émotionnel sur les 30 dern. jrs - moy. [s.d.]	ASI	11	[12]
	Nb. patients perturbés par des problèmes psychologiques ou émotionnels sur les 30 dern. jrs - nb (%)	ASI		
854	<i>Pas du tout</i>		14	(19%)
855	<i>Un peu</i>		18	(24%)
856	<i>Moyennement</i>		17	(23%)
857	<i>Beaucoup</i>		15	(20%)
859	<i>Extrêmement</i>		10	(14%)
	Estimation par le patient de l'importance de recevoir un traitement pour ces problèmes psychologiques ou émotionnels - nb (%)	ASI		
860	<i>Pas du tout</i>		24	(32%)
861	<i>Un peu</i>		5	(7%)
862	<i>Moyennement</i>		14	(19%)
863	<i>Beaucoup</i>		18	(24%)
864	<i>Extrêmement</i>		13	(18%)
	Nb. patients qui, au moment de l'entretien, était...- nb (%)	ASI		
865	<i>Visiblement déprimé ou en retrait</i>		7	(9%)
866	<i>Hostile</i>		0	(0%)
867	<i>Visiblement nerveux ou anxieux</i>		8	(11%)
	Nb. patients qui, au moment de l'entretien, avait...- nb (%)	ASI		
868	<i>Des difficultés à percevoir la réalité, a des troubles de la pensée, a des pensées paranoïdes</i>		0	(0%)
869	<i>Des difficultés à comprendre, à se concentrer et à se souvenir</i>		1	(1%)
870	<i>Des pensées suicidaires</i>		3	(4%)
	Estimation par l'interviewer du besoin de traitement médical pour le patient - nb (%)	ASI		
871	<i>Pas de problème, traitement non nécessaire (0-1)</i>		5	(7%)
872	<i>Léger problème, traitement probablement non nécessaire (2-3)</i>		17	(23%)
873	<i>Problème modéré, traitement probablement nécessaire (4-5)</i>		30	(41%)
874	<i>Problème considérable, traitement nécessaire (6-7)</i>		21	(28%)
875	<i>Problème extrêmement grave, traitement absolument nécessaire (8-9)</i>		1	(1%)
876	Indice final de sévérité (de 0 à 9)	ASI	4	

Statistiques descriptives complètes : Données sang et urine et examen médical

1. Données sang et urine (n=70 ; N/A = 4)

Analyse cocaïne - nb. patients (%)			
877	Positif	44	63%
878	Négatif	26	37%
879	Nb. patients pour lesquels il y a concordance entre l'analyse et les dires	57	81%
880	Nb. patients qui disent ne pas avoir consommé durant les 30 dern. jrs alors que l'analyse sanguine est positive	13	19%
Analyse héroïne de rue - nb. patients (%)			
881	Positif	68	97%
882	Négatif	2	3%
883	Nb. patients pour lesquels il y a concordance entre l'analyse et les dires	68	97%
884	Nb. patients qui disent avoir consommé durant + de 25 jours sur les 30 dern. jrs alors que l'analyse est négative	2	3%
885	Hépatite C - nb. patients (%)	44	61% (n=72)
886	HIV - nb. patients (%)	5	7% (n=73)
Fonction hépatite TGO sur TGP			
887	Indication d'une toxicité dans le foie - nb. patients (%)	20	29%
	- Parmi ceux-ci :		
		Le premier % est calculé sur le nombre de patients positifs et le second sur 70	
888	Faible ou régénération	11	55% 16%
889	Importante ou destruction	9	45% 13%
Fonction hépatite Gamma GT>50			
890	Nb. patients ayant GT >50 - nb. (%)	28	40%
891	- Moyenne GT pour ces patients - moy. [s.d.]	134	[97]
Hépatotoxicité TGO			
892	Nb. patients ayant hépatotoxicité TGO - nb. (%)	24	34%
893	- Moyenne TGO pour ces patients - moy. [s.d.]	3	[2]
- Type hépatite - nb. patients (%)			
		Le premier % est calculé sur le nombre de patients positifs et le second sur 70	
894	- Cholestatique	10	42% 14%
895	- Cytolytique	3	13% 4%
896	- Mixte	11	46% 16%
Biliburine totale > 10			
897	Nb. patients ayant biliburine > 10 - nb. (%)	0	0%
Biliburine conjuguée > 3,8			
898	Nb. patients ayant biliburine > 3,8 - nb. (%)	1	1%
Phosphates alcaline (PAL) > 1			
899	Nb. patients ayant PAL > 1 - nb. (%)	8	11%
Clairance glomérulaire à la créatinine (insuffisance rénale)			
900	Nb. patients (%)	14	20%
901	- Moyenne de clairance glomérulaire à la créatinine pour ces patients - moy. [s.d.]	82	[17]
Hémoglobine - nb. patients (%)			
902	Trop bas	12	17%
Globules blancs - nb. patients (%)			
903	Bas	3	4%
904	Elevés	11	16%

2. Données de l'examen médical (n=74, sauf indication contraire)

Trace de piqûres - nb. patients (%)				
905	<i>Oui</i>	36	49%	
906	<i>Non</i>	38	51%	
Problème dentaire - nb. patients (%)				
907	<i>Oui</i>	64	86%	
908	<i>Non</i>	10	14%	
Problème poumon - nb. patients (%)				
912	<i>Oui</i>	26	35%	
913	<i>Non</i>	48	65%	
Problème foie - nb. patients (%)				
Le premier % est calculé pour le total des patients et le second en enlevant les patients manquants				
914	<i>Oui</i>	13	18%	18%
915	<i>Non</i>	59	80%	82%
916	<i>Donnée manquante</i>	2	3%	
918	BMI (poids/m²) - moy. [s.d.]	22	[4]	
	Taille (cm) - moy. [s.d.]	175	[7]	
	Poids (kg) - moy. [s.d.]	68	[13]	
919	Mesure du pouls - moy. [s.d.] (n=72)	74	[13]	
920	Pression artérielle mmHg Systol. - moy. [s.d.]	119	[22]	
921	Pression artérielle mmHg Diastol. - moy. [s.d.]	77	[17]	
Etat de la peau (blessures, abcès, état des veines) - nb. patients (%)				
922	<i>Bon</i>	27	36%	
923	<i>Raisnable</i>	29	39%	
924	<i>Mauvais</i>	3	4%	
925	<i>Médiocre</i>	15	20%	
Etat des poumons - nb. patients (%)				
926	<i>Bon</i>	31	42%	
927	<i>Raisnable</i>	24	32%	
928	<i>Mauvais</i>	9	12%	
929	<i>Médiocre</i>	10	14%	
Etat hygiène - nb. patients (%)				
930	<i>Bon</i>	25	34%	
931	<i>Raisnable</i>	39	53%	
932	<i>Mauvais</i>	1	1%	
933	<i>Médiocre</i>	9	12%	
Etat bouche, gorge, mâchoire - nb. patients (%)				
934	<i>Bon</i>	4	5%	
935	<i>Raisnable</i>	30	41%	
936	<i>Mauvais</i>	5	7%	
937	<i>Médiocre</i>	35	47%	
Etat impression clinique globale - nb. patients (%)				
938	<i>Bon</i>	10	14%	
939	<i>Raisnable</i>	46	62%	
940	<i>Mauvais</i>	3	4%	
941	<i>Médiocre</i>	15	20%	

Le 09 janvier 2012

La question du logement

Par Clémence Deblire

1. Introduction

La question du logement et par extension, celle du sans-abrisme est abordée à différents moments de notre évaluation. Premièrement, à l'inclusion, elle permet de mettre en évidence une situation problématique passée ou actuelle liée au logement. Plus tard, aux temps 6 et 12, nous évaluons s'il existe une évolution quant l'environnement de vie de la personne.

Grâce à cette investigation, nous pourrions approcher la question de savoir dans quelle mesure les sans-abri ou plus largement les personnes connaissant des difficultés liées au logement constituent notre échantillon. Ceci nous donnerait dès lors des indications sur les caractéristiques des personnes étant susceptibles de bénéficier d'un traitement par diacétylmorphine.

Dans ce document, nous tenterons de définir le concept de sans-abrisme par une revue des recherches et documents publiés sur le thème. De plus, nous exposerons quelques chiffres afin de donner un aperçu de l'ampleur du phénomène au niveau de la Belgique et des régions. Ensuite, à partir des résultats aux questions posées au moment de l'inclusion, nous présenterons les tendances qui se dessinent au sein de notre population. Cela nous permettra notamment de définir plus précisément ce que nous considérons lorsque nous parlons de « sans-abrisme » et in fine, de déterminer la terminologie adéquate.

2. De qui et de quoi parle-t-on ?

Lorsque l'on examine l'arrêté royal du 21 septembre 2004 visant l'octroi d'une prime d'installation par le centre public d'action sociale à certaines personnes qui perdent leur qualité de sans abri, le sans-abri *qualifie* « *la personne qui ne dispose pas de son logement, qui n'est pas en mesure de l'obtenir par ses propres moyens et qui n'a dès lors pas de lieu de résidence, ou qui réside temporairement dans une maison d'accueil en attendant qu'un logement soit mis à sa*

*disposition*¹». Selon cette définition, le désigné comme tel peut être une personne qui vit temporairement chez des amis, qui a été expulsée de son logement par son partenaire, qui quitte une institution ou une prison et qui n'a nulle part où aller ou encore une personne qui dort dans la rue, dans un bâtiment public ou dans une maison d'accueil (De Boyser, Linchet & Van Dijk, 2010; Service Public Fédéral de Programmation Intégration sociale, 2010). Ainsi, nous observons que les personnes dites « sans-abri » constituent en fait un groupe très hétérogène, ce qui rend particulièrement complexe la mise en place de politiques adéquates relatives à cette question.

En raison de cette hétérogénéité, la vision des causes possibles au sans-abrisme s'est élargie au fil du temps. Le monde a commencé à envisager l'implication de causes structurelles. Le sans-abrisme n'est dès lors plus considéré comme « *un processus d'aliénation de la société, touchant surtout les hommes et causé par les tares personnelles des intéressés, souvent les dépendances et les pathologies personnelles* », comme on le pensait dans les années 60-70 (De Boyser et al., 2010). Particulièrement dans les années 80, la problématique des sans-abri est devenue un thème d'étude important dans les sciences sociales. Les connaissances acquises ont notamment amenés les décideurs politiques à prendre conscience de l'importance d'une approche structurée pour aborder cette question (De Boyser et al., 2010).

L'avènement de ce thème d'étude au sein du monde scientifique a permis de développer en aval l'aide sociale apportée à ces personnes. La multiplication des offres a permis de mettre en évidence de nouvelles formes d'apparition du sans-abrisme et des groupes dits à risque, comme les femmes isolées avec enfant. En lien avec ces nouveaux constats, les structures d'aide en Flandre particulièrement ont de plus en plus utilisé le terme de « personne sans domicile », plutôt que de « personne sans-abri ». En effet, ce dernier renvoie davantage à l'absence d'un toit sur la tête et est dès lors réducteur. La réalité reflète des problématiques individuelles bien plus complexes et bien plus larges. Dans cette optique, l'utilisation du terme de « personne sans domicile » renvoie aux « *personnes pour lesquelles les attaches avec la société ont été rompues à la suite d'un processus de désaffiliation* (De Boyser, 2010, p.06) ».

Malgré tout, les experts belges sur la question restent divisés quant à la terminologie adéquate à utiliser, entre personne sans-abri ou personne sans domicile. Le dénominateur commun au fait

¹ Les personnes sans-abri, en acceptant de s'installer dans un logement, bénéficient du droit à l'intégration sociale ainsi que d'une intervention du CPAS pour leur installation.

d'être sans domicile est l'absence d'attache dans la société, l'absence d'un réseau de soutien et d'un chez soi. Il s'agit donc là d'un concept bien plus étendu. Autrement dit, « *chaque personne sans-abri est sans domicile, mais chaque personne sans domicile n'est pas sans-abri !* (De Boyser et al., 2010, p. 10) ». Il semblerait toutefois qu'un accord existe quant à l'importance d'utiliser une définition en termes d'approche sociale des droits fondamentaux. La privation du droit au logement est ici visée. Néanmoins, il faut être prudent quant à l'emploi d'une définition. En effet, il ne faudrait pas mener à un cloisonnement lié à l'utilisation d'une définition délimitée qui pourrait ainsi empêcher le recours à une approche intégrale dans la gestion du problème (De Boyser et al., 2010).

Au niveau européen, le FEANTSA² a développé en 2005 une typologie de l'exclusion liée au logement dans laquelle elle tente de regrouper les idées majeures des décideurs politique, du monde scientifique et du secteur de l'aide sociale. Cette typologie, appelée ETHOS (European Typology on Homelessness and housing exclusion), a pour objectif d'améliorer la connaissance et l'évaluation du phénomène en Europe. De manière résumée, ETHOS part de la notion de "home" qui serait composée de trois domaines. « *Il s'agit (1) d'avoir un domicile adéquat répondant aux besoins de la personne et de son ménage (le domaine physique), (2) d'être capable d'entretenir des relations sociales et privées (le domaine social), et (3) d'avoir la propriété exclusive ou la sécurité de résidence et de disposer d'un titre légal (le domaine légal)* (De Boyser et al., 2010, p.7) ». L'absence ou non de l'un ou de plusieurs de ces éléments permet de classer les personnes sans domicile fixe en fonction de leur situation de vie (Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans Abri, 2007) :

- *être sans-abri* (dormant à la rue)
- *être sans logement* (avec un abri mais provisoire dans des institutions ou foyers d'hébergement)
- *en logement précaire* (menacé d'exclusion sévère en raison de baux précaires, expulsions, violences domestiques)
- *en logement inadéquat* (dans des caravanes sur des sites illégaux, en logement indigne, dans des conditions de surpeuplement sévère).

Au sein de ces quatre degrés d'exclusion lié au logement, cette typologie délimite 13 catégories opérationnelles sur base des conditions de vie des groupes concernés.

² Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri

Cette approche confirme que l'exclusion liée au logement est un processus (et non un phénomène statique) qui concerne beaucoup de ménages à différents moments de leur vie (Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans Abri, 2007). En effet, le fait d'être sans-abri n'est pas un état figé mais bien une étape extrême dans un parcours de vie (Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, 2010a).

Tableau 1 : European Typology on Homelessness and housing exclusion

Catégorie opérationnelle		Catégorie conceptuelle / Situation de vie	Situation de vie	Définition	
SANS-ABRI					
1	Personne vivant dans la rue	1.1	Espace public ou externe	Qui vit dans la rue ou dans les espaces publics, sans hébergement qui puisse être défini comme local d'habitation	
2	Personne en hébergement d'urgence	2.1	Hébergement d'urgence	Personnes sans lieu de résidence habituel qui fait usage des hébergements d'urgence, hébergements à bas prix	
3	Personne en foyer d'hébergement pour personnes sans domicile	3.1	Foyer d'hébergement d'insertion	Quand l'intention est que la durée soit courte	
		3.2	Logement provisoire		
		3.3	Hébergement de transition avec accompagnement		
4	Personne en foyer d'hébergement pour femmes	4.1	Hébergement pour femmes	Femmes hébergées du fait de violences domestiques et quand l'intention est que la durée du séjour soit courte	
5	Personne en foyer d'hébergement pour personnes immigrées	5.1	Logement provisoire / centre d'accueil	Immigrants en hébergement d'accueil ou à court terme du fait de leur statut d'immigrants	
		5.2	Hébergement pour travailleurs migrants		
6	Personne sortant d'institution	6.1	Institutions pénales	Pas de logement disponible avant la libération	
		6.2	Institutions médicales (centres de désintoxication, hôpitaux psychiatriques, etc.)		Reste plus longtemps que prévu par manque de logement
		6.3	Institutions pour la jeunesse		
7	Bénéficiaire d'un accompagnement à plus long terme	7.1	Foyer d'hébergement médicalisé destiné aux personnes sans domicile plus âgées	Hébergement de longue durée avec accompagnement pour ex sans-abri (normalement plus d'un an)	
		7.2	Logement accompagné pour ex sans-abri		
8	Personne en habitat précaire	8.1	Provisoirement hébergé dans la famille/chez des amis	Qui vit dans un logement conventionnel, mais pas le lieu de résidence habituel du fait d'une absence de logement	

SANS LOGEMENT

LOGEMENT PRECAIRE		
8.2	Sans bail de (sous-)location	Occupation d'une habitation sans bail légal, occupation illégale d'un logement
8.3	Occupation illégale d'un terrain	Occupation d'un terrain sans droit légal
9	Personnes menacées d'expulsion	Quand les avis d'expulsion sont opérationnels
10	Personnes menacées de violences domestiques	Quand le prêteur possède un avis légal de saisie Quand une action de police est prise pour s'assurer d'un lieu sûr pour les victimes de violence domestique
11	Personnes vivant dans des structures provisoires / non conventionnelles	Pas conçu pour être un lieu de résidence habituel Abri, baraquement ou cabane de fortune
12	Personne en logement indigne	Baraque ou cabane de structure semi permanente
13	Personnes vivant dans des conditions de Surpeuplement Sévère	Défini comme impropre à être habité par la législation nationale ou par les règlements de construction Défini comme excédant les normes nationales de densité en termes d'espace au sol ou de pièces utilisables

Source : Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans Abri, 2007

3. Données quantitatives

Il n'existe pas de recensement officiel du nombre de personnes sans-abri ou sans logement en Belgique. Les chiffres disponibles proviennent de diverses institutions et points de vue, ce qui implique une prudence quant à l'interprétation et l'utilisation de ces données. Celles-ci sont en effet souvent incomplètes et incomparables. L'absence de consensus quant à une définition des personnes sans logement n'y est d'ailleurs pas étrangère (De Boyser et al., 2010). Les chiffres sont en général des estimations ou ne concernent uniquement que des personnes connues par le biais de structure d'accueil ou de service d'aide quelconque. Dès lors, nous pouvons raisonnablement penser qu'il existe une sous-estimation du nombre de personnes sans logement.

La Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri a toutefois estimé en 2008 le nombre de personnes sans-abri en Belgique aux environ de 17.000 (De Boyser et al., 2010 ; Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, 2010b).

Peu de chiffres ont été publiés en ce qui concerne la Wallonie³. En 2004, De Decker rapporte le nombre de 5000⁴ personnes « homeless » ainsi qu'entre 8500 et 12.000 personnes vivant de façon permanente sur des sites de camping et/ou dans des mobiles homes. L'IWEPS (Institut Wallon de l'Evaluation, de la Prospection et de la Statistique) fait quant à elle référence au recensement annuel des personnes sans-abri ayant demandé de l'aide ou une adresse de référence au CPAS (tableau 2 et 3). Le terme « ménage » est utilisé autant pour les personnes isolées que pour les couples et les familles avec ou sans enfants. Dans le tableau 3, nous observons que la province du Hainaut et la province de Liège ont les pourcentages les plus élevés quant au nombre de ménages sans-abri aidés par un CPAS (respectivement 51 et 20%). De nouveau, nous pouvons nous interroger sur la pertinence de ces chiffres en raison du risque de sous-estimation puisque l'ensemble des personnes sans logement n'entrent pas en contact avec le CPAS. Toutefois, ceci nous donne un aperçu de la problématique du sans-abrisme en Wallonie.

En ce qui concerne la Flandre, un système d'enregistrement (TELLUS) permet de collecter des données sur les personnes sans-abri accueillies par les centres autonomes d'aide sociale générale (CAW). Ce système donne un aperçu systématique des usagers, de leurs problèmes et de

³ Contrairement à la région flamande, la centralisation des données issues des maisons d'accueil n'est pas financée en région wallonne

⁴ Voir également le Plan d'action national belge sur l'inclusion sociale, 2003-2005

l'accompagnement dont ils bénéficient. En 2007, 10.316 usagers étaient accompagnés par un/des centre(s). Toutefois, il faut noter que ces centres doivent refuser fréquemment des personnes, faute de place. Ainsi, ce chiffre aurait plutôt tendance à refléter leur capacité d'accueil. De plus, cette base de données ne concernerait ni les personnes dormant dans la rue ni les personnes faisant appel aux centres d'hébergement d'urgence (Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, 2010a).

Une recherche menée en Flandres sur les sans-abri ayant demandé une aide spécifique a permis de dresser l'évolution des caractéristiques de cette population entre 1982 et 2002. Parmi les résultats, nous observons que le sans-abrisme se féminise (18% en 1982 contre environ 1/3 en 2002), que les problèmes relationnels et de violences familiales semblent jouer un rôle important, que les personnes sans-abri de nationalité étrangère sont de plus en plus nombreux (15% en 2002 contre 9 % en 1982) et que de nombreux sans-abri sont très jeunes (Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, 2005).

Enfin en ce qui concerne la région de Bruxelles capitale, De Decker (2004) évoque le nombre de 1200 personnes sans-abri, en précisant toutefois que les personnes sans papiers n'auraient pas été reprises. De plus, un recensement a été organisé dans la nuit du 19 novembre 2008 par la Strada, le Centre d'appui au secteur bruxellois d'aide aux sans-abri. Entre 23h et 24h, une équipe de 185 assistants sociaux a permis de recenser 1771 personnes qui allaient passer la nuit dans la rue ou qui étaient présentes dans des institutions d'accueil et d'hébergement. Cette enquête a également démontré que les 1771 personnes représentent un groupe très hétérogène. En effet, « 262 personnes ont effectivement passé la nuit en rue, 60 personnes ont trouvé refuge dans un squat, 216 personnes ont logé dans des immeubles occupés après négociation avec les propriétaires. 839 personnes ont logé en maison d'accueil agréée, et au moins 165 personnes ont passé la nuit dans des homes d'accueil qui ne sont pas agréés (tel quels) par les autorités publiques. 173 personnes ont trouvé un toit dans un asile de nuit et 49 en accueil d'urgence. Outre ces 1.771 personnes sans-abri, 995 personnes ont trouvé une solution dans un logement de transit ou dans un service d'habitat accompagné (Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, 2010b) ». Pour effectuer ce recensement, l'équipe s'est appuyée sur la typologie ETHOS développée plus haut.

En 2010, la Strada a de nouveau organisé un dénombrement en s'appuyant cette fois sur une version simplifiée de la typologie ETHOS. Ils reprennent en effet les « Personne vivant dans la rue » et les « Personne en hébergement d'urgence » pour la catégorie des personnes sans-abri, les

« Personne en foyer d’hébergement pour personne sans domicile » et les « Personne en foyer d’hébergement pour femmes » pour la catégorie des personnes sans logement et enfin les « Personne vivant dans des structures provisoires, non conventionnelles » et les « Personnes en logement indignes (squats) » pour la catégorie des personnes en logement inadéquat⁵. Durant la nuit du 08 novembre 2010, 1944 personnes ont été recensées. Selon les trois catégories utilisées, 32% étaient considérées comme sans-abri, 39% sans logement et 29% en logement inadéquat.

⁵ Pour plus d’informations sur la méthodologie utilisée, voir « Deuxième dénombrement des personnes sans-abri, sans logement et en logement inadéquat en région de Bruxelles capitale, 08 novembre 2010 », disponible sur <http://www.lstb.be/pdf/DENOMBREMENT%20VERSION%200505.pdf>

Tableau 2 : Les ménages sans-abri accompagnés par le CPAS, Wallonie, chiffres absolus, 2005

	Ménages sans-abri aidés par le CPAS	Ménages placés en maison d'accueil	Ménages placés en maison de transit	Résidents en permanence dans un camping	Expulsion ayant entraîné l'interventio n du CPAS	Bénéficiaire s de la prime d'installatio n	Logements solicités par le CPAS	Logements obtenus par le CPAS
Nivelles	71	28	61	130	203	80	79	5
Brabant wallon	71	28	61	130	203	80	79	5
Ath	63	18	23	81	55	30	18	6
Charleroi	193	79	20	2	175	277	2	0
Mons	104	66	30	26	56	124	4	0
Mouscron	4	42	6	0	38	12	3	0
Soignies	77	12	24	10	98	349	40	0
Thuin	56	50	30	33	22	44	27	2
Tournai	38	151	15	1	31	34	1	1
Hainaut	535	418	148	153	475	870	95	9
Huy	26	16	39	3	20	127	0	1
Liège	108	36	42	169	204	81	25	22
Verviers	76	16	29	23	28	59	1	1
Waremmes	0	0	20	22	27	3	8	8
Liège	210	68	130	217	279	270	34	32
Arlon	3	1	6	3	10	16	0	0
Bastogne	5	6	4	3	11	4	0	0
Marche-en- Famenne	13	7	25	29	9	11	3	3
Neufchâteau	48	21	11	7	9	34	4	1
Virton	18	14	3	1	3	2	4	3

Luxembourg	87	49	49	43	42	67	11	7
Dinant	26	17	10	365	38	19	5	1
Namur	104	54	24	65	31	66	36	13
Philippeville	17	22	18	47	39	43	4	3
Namur	147	93	52	477	108	128	45	17
Wallonie	1050	656	440	1020	1107	1415	70	70

Source : IWEPS (2007), Rapport sur la cohésion sociale en région wallonne, p. 123

Tableau 3 : Les ménages sans-abri accompagnés par le CPAS, Wallonie, en %, 2005

	Ménages sans-abri aidés par le CPAS	Ménages en places en maison d'accueil	Ménages en places en maison de transit	Résidents en permanence dans un camping	Expulsion ayant entraîné l'intervention du CPAS	Bénéficiaires de la prime d'installation	Logements sollicités par le CPAS	Logements obtenus par le CPAS
Nivelles	6.8	4.3	13.9	12.7	18.3	5.7	29.9	7.1
Brabant wallon	6.8	4.3	13.9	12.7	18.3	5.7	29.9	7.1
Ath	6.0	2.7	5.2	7.9	5.0	2.1	6.8	8.6
Charleroi	18.4	12.0	4.5	0.2	15.8	19.6	0.8	0
Mons	9.9	10.1	6.8	2.5	5.1	8.8	1.5	0
Mouseron	0.4	6.4	1.4	0	3.4	0.8	1.1	0
Soignies	7.3	1.8	5.5	1.0	8.9	24.7	15.2	0
Thuin	5.3	7.6	6.8	3.2	2.0	3.1	10.2	2.9
Tournai	3.6	23.0	3.4	0.1	2.8	2.4	0.4	1.4
Hainaut	51.0	63.7	33.6	15.0	42.9	61.5	36.0	12.9
Huy	2.5	2.4	8.9	0.3	1.8	9.0	0	1.4
Liège	10.3	5.5	9.5	16.6	18.4	5.7	9.5	31.4
Verviers	7.2	2.4	6.6	2.3	2.5	4.2	0.4	1.4

Wareme	0.0	0	4.5	2.2	2.4	0.2	3.0	11.4
Liège	20.0	10.4	29.5	21.3	25.2	19.1	12.9	45.7
Arlon	0.3	0.2	1.4	0.3	0.9	1.1	0	0
Bastogne	0.5	0.9	0.9	0.3	1.0	0.3	0	0
Marche-en-Famenne	1.2	1.1	5.7	2.8	0.8	0.8	1.1	4.3
Neufchâteau	4.6	3.2	2.5	0.7	0.8	2.4	1.5	1.4
Virton	1.7	2.1	0.7	0.1	0.3	0.1	1.5	4.3
Luxembourg	8.3	7.5	11.1	4.2	3.8	4.7	4.2	10.0
Dinant	2.5	2.6	2.3	35.8	3.4	1.3	1.9	1.4
Namur	9.9	8.2	5.5	6.4	2.8	4.7	13.6	18.6
Philippeville	1.6	3.4	4.1	4.6	3.5	3.0	1.5	4.3
Namur	14.0	14.2	11.8	46.8	9.8	9.0	17.0	24.3
Wallonie	100.0	100.0	100.00	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Source : IWEPS (2007), Rapport sur la cohésion sociale en région wallonne, p. 123

4. Qu'en est-il de notre population ?

Au moment de l'inclusion, nous investiguons le domaine des relations familiales et sociales avec notamment des questions relatives à l'état civil, au logement et à la situation de vie habituelle :

- Etat civil
- Depuis quand êtes vous dans cette situation d'état civil ?
- Etes-vous satisfait de cette situation ?
- Où avez-vous dormi ces 30 derniers jours ?
- Où dormez-vous le plus souvent ?
- Situation de vie habituelle sur les 3 dernières années et sur les 30 derniers jours
- Depuis combien de temps vivez-vous dans ces conditions ?
- Etes-vous satisfait de cet environnement de vie ?

Notre population totale au 06 janvier 2012 est de 68 patients⁶. En reprenant l'ensemble des réponses aux questions posées ci-dessus, nous pouvons dresser un premier profil en ce qui concerne la situation de vie des patients et plus particulièrement la nature de leur logement.

En ce qui concerne l'état civil, nous observons que la majorité d'entre eux sont célibataires (76.47%), suivi des divorcés (16.18%), des mariés (5.88%) et d'un séparé (1.47%). Nous n'avons aucun personne remariée ou veuve. A la question « Depuis quand êtes-vous dans cette situation d'état civil », une moyenne de 20 ans et 5 mois est observée, avec un maximum de 480 mois (40 ans) et un minimum de 24 mois (2 ans). La plupart des patients ne se disent pas satisfaits de cette situation (57,35%), contre 30.88% qui s'en disent satisfaits et 11.76% qui se disent indifférents.

Tableau 4 : Etat civil en chiffres absolus et relatifs, 68 patients		
Célibataire	52	76.47 %
Marié	4	5.88 %
Divorcé	11	16.18 %
Séparé	1	1.47 %
Veuf	0	0 %
Remarié	0	0 %

⁶ Nous reprenons uniquement les patients retenus dans le projet. Ceux n'ayant pas dépassé le stade de l'inclusion n'ont pas été pris en compte, même si les informations étaient disponibles

En ce qui concerne le logement occupé les trente derniers jours, nous observons que la majorité des patients (69.12%) ont leur propre maison ou chambre. Ensuite, 11.76% des patients vivent dans un logement appartenant à des amis. Notons que dans approximativement les mêmes proportions (10.29%), ceux-ci logent dans la rue ou dans un milieu ouvert. Enfin, nous observons que 7.35% des patients passent la nuit dans un centre d'accueil et qu'un patient séjourne dans une mosquée (Autre – 1.47%). Aucune personne n'a séjourné en environnement contrôlé ou dans un squat.

Tableau 5 : Logement en chiffres absolus et relatifs, 68 patients		
Propre maison ou chambre (loué ou acheté)	47	69.12 %
Maison ou chambre appartenant à des amis	8	11.76 %
Environnement contrôlé	0	0 %
Centre d'accueil de nuit	5	7.35 %
Squat	0	0 %
Dehors (rue ou lieu ouvert)	7	10.29 %
Autre	1	1.47 %

A la question « Où dormez-vous le plus souvent ? », nous observons les mêmes chiffres que pour le logement sur les trente derniers jours, si ce n'est que la proportion des patients ayant leur propre maison ou chambre est passée de 69.12% à 70.59% et que les patients séjournant dans la rue ou dans un milieu ouvert ne sont plus que 8.82% (contre 10.29% au tableau précédent).

Tableau 6 : Logement en chiffres absolus et relatifs, 68 patients		
Propre maison ou chambre (loué ou acheté)	48	70.59 %
Maison ou chambre appartenant à des amis	8	11.76 %
Environnement contrôlé	0	0 %
Centre d'accueil de nuit	5	7.35 %
Squat	0	0 %
Dehors (rue ou lieu ouvert)	6	8.82 %
Autre	1	1.47 %

Enfin, en ce qui concerne la situation de vie habituelle des patients au cours des trois dernières années, la question porte sur l'environnement de vie dans lequel le patient s'est retrouvé la plupart du temps. En effet, la personne peut avoir vécu plusieurs situations de vie différentes. Nous observons que la majorité d'entre eux (57.35%) ont vécu seul. Ensuite, ils ont vécu avec le conjoint ou des amis dans approximativement les mêmes proportions (respectivement 13.23 % et 11.76%).

La distribution se fait ensuite de manière quasi identique entre le reste des variables, si ce n'est que nous n'observons aucun patient ayant été en environnement contrôlé⁷ ces dernières années.

Tableau 7 : Situation de vie habituelle au cours des trois dernières années en chiffres absolus et relatifs, 68 patients		
Avec le (la) conjoint(e) et les enfants	2	2.94 %
Avec le (la) conjoint(e) seulement	9	13.23 %
Avec les enfants seulement	2	2.94 %
Avec les parents	2	2.94 %
Avec la famille	3	4.41 %
Avec des amis	8	11.76 %
Seul(e)	39	57.35 %
En environnement contrôlé	0	0 %
Pas de conditions de vie stables	3	4.41 %

Au cours des 30 derniers jours, nous observons la même tendance majeure, à savoir une situation de vie solitaire (60.29%). Ensuite, c'est l'environnement de vie avec le conjoint seul qui prédomine (11.76%), suivi de la famille et des amis dans les mêmes proportions (7.35%), puis des parents et du conjoint avec les enfants également dans les mêmes proportions (4.41%). Finalement, nous avons 2.94% des patients ayant des conditions de vie instables et 1.47% vivant avec ses enfants seuls. De nouveau, nous n'observons aucun patient ayant été en environnement contrôlé au cours de ces trente derniers jours.

Tableau 8 : Situation de vie habituelle au cours de trente derniers jours en chiffres absolus et relatifs, 68 patients		
Avec le (la) conjoint(e) et les enfants	3	4.41%
Avec le (la) conjoint(e) seulement	8	11.76%
Avec les enfants seulement	1	1.47%
Avec les parents	3	4.41%
Avec la famille	5	7.35%
Avec des amis	5	7.35%
Seul(e)	41	60.29%
Prison	0	0 %
Autre environnement contrôlé	0	0 %
Pas de conditions de vie stables	2	2.94%

⁷ Nous entendons par environnement contrôlé la prison, une structure de traitement pour usage de drogue et/ou d'alcool, une structure de traitement pour problèmes de santé physique ou de traitement psychiatrique ainsi qu'une structure de désintoxication seulement.

A la question « Depuis combien de temps vivez-vous dans ces conditions », une moyenne de 8 ans et 3 mois est observée, avec un maximum de 372 mois (31 ans) et un minimum de 1 mois. La plupart des patients ne se disent pas satisfaits de cette situation (63.23%), contre 27.94% qui s'en disent satisfaits et 8.82% qui se disent indifférents.

5. Conclusion

L'exploration de la sphère des relations familiales et sociales au moment de l'inclusion nous a permis de savoir dans quelle mesure les personnes ayant des problèmes de logement constituent notre population au 06 janvier 2012.

Si nous reprenons la typologie européenne ETHOS, nous voyons que notre questionnaire fait référence à toutes les grandes catégories, à savoir les sans-abri, les personnes sans logement, en logement précaire et en logement inadéquat. Dès lors, nous considérons que le terme « sans-abri » pour désigner l'ensemble des personnes ayant des problèmes liés au logement est réducteur. Ainsi, dans notre recherche, nous prôtons l'utilisation du terme « sans logement propre » pour faire référence autant à des personnes vivant dans des structures d'accueil, des structures provisoires quelconques qu'à des personnes vivant dans la rue ou dans un squat.

Si dans notre questionnaire, nos choix de réponse ne sont pas aussi précis et diversifiés que pour distinguer toutes les situations de vie considérées dans la typologie européenne, ils permettent toutefois de mettre en évidence que notre population est hétérogène en ce qui concerne la question du logement particulièrement. De plus, elles montrent que celle-ci est constituée à 30.88%⁸ de personnes « sans logement propre ». Ainsi, nous pourrions considérer que la population susceptible de bénéficier d'un traitement par diacétylmorphine présente des difficultés liées au logement en relativement grande proportion, en comparaison à la population générale.

⁸ Somme des catégories « Maison ou chambre appartenant à des amis », « Environnement contrôlé », « Centre d'accueil de nuit », « Squat », « Dehors (rue ou milieu ouvert) », et « Autre »

6. Bibliographie

Arrêté royal du 21 septembre 2004 visant l'octroi d'une prime d'installation par le centre public d'action sociale à certaines personnes qui perdent leur qualité de sans abri.

Centre d'appui au secteur bruxellois d'aide aux sans-abri. (2011). *Deuxième dénombrement des personnes sans abri, sans logement et en logement inadéquat en région de Bruxelles Capitale, le 08 novembre 2010*. Bruxelles : Auteur.

De Boyser, K., Linchet, S., & Van Dijk, L. (2010). *Enquête portant sur l'aide des CPAS aux personnes sans-abri*. Bruxelles : Service Public Fédéral Intégration Sociale.

De Decker, P. (2004). *Belgium national report 2004 for the European observatory on homeless: Statistical update*. Bruxelles : Fédérations Européennes d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri.

Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri. (2007). *ETHOS : Typologie européenne de l'exclusion liée au logement*. Retrieved January 6, 2012, from <http://feantsa.horus.be/code/FR/pg.asp?Page=546>

Institut Wallon de l'Evaluation, de la Prospective et de la Statistique. (2007). *Rapport sur la cohésion sociale en région wallonne : Volet statistique 2007*. Bruxelles : Auteur.

Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale. (2005). *Rapport sur la mise en oeuvre du Plan d'Action National Inclusion 2003-2005 et ses perspectives pour 2005-2006*. Bruxelles : Auteur.

Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale. (2010a). *Lutte contre la pauvreté - rapport 2008-2009, partie 2 : Pour une approche cohérente de la lutte contre le sans-abrisme et la pauvreté*. Bruxelles : Auteur.

Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale. (2010b). *Des faits et des chiffres : Combien la Belgique compte-t-elle de personnes sans abri ?* Retrieved January 6, 2012, from http://www.luttepauvrete.be/chiffres_sans_abri.htm

Service Public Fédéral de Programmation Intégration Sociale. (2010.) *Guide pour les sans-abri*. Bruxelles : Auteur.