

Les premières demandes de traitement pour toxicomanie: Un indicateur des tendances évolutives du phénomène

Joëlle Reith¹, Michel Bourquin², Christophe Zimmermann¹, Luc Raymond¹, Olivier Jeanneret¹

¹ Institut de médecine sociale et préventive, Université de Genève

² Médecin-directeur adjoint de la Fondation Phénix, Genève

Les études épidémiologiques visant à mesurer la toxicomanie se heurtent à de nombreux écueils, liés principalement au caractère illicite du phénomène – source de biais systématiques dans le dénombrement des cas –, ainsi qu'à la différence de définition de la toxicomanie^{1,2}, obérant la comparaison de résultats.

Afin d'améliorer les stratégies de lutte contre l'abus de drogues, le Conseil de l'Europe a chargé un groupe d'experts en épidémiologie (sous l'égide du Groupe Pompidou) de mettre sur pied une étude dite «multi-villes»³ permettant d'évaluer et de comparer les situations en matière de toxicomanie dans plusieurs grandes villes, ainsi que leur évolution. Dans ce cadre, le groupe d'experts a élaboré une série d'indicateurs, qui devraient être progressivement mis en place de manière uniforme dans les villes participantes.

Il s'agit de quatre indicateurs de nature médicale (No 1 à 4) et de trois indicateurs relevant principalement de la police et de la justice (No 5 à 7):

1. les demandes de traitement pour toxicomanie et en particulier les premières demandes (1er indicateur à être mis en place, faisant l'objet du présent article);
2. les admissions en urgence à l'hôpital (exclues du 1er indicateur);
3. les hépatites virales (indicateur de la consommation intraveineuse de drogues);
4. les décès liés à la toxicomanie;
5. les incarcérations et arrestations liées à la drogue;
6. les saisies de drogues illicites;
7. le prix et la pureté des produits saisis.

Ces deux derniers indicateurs sont également des indicateurs de marché, qui reflètent tant l'activité des services de police que des facteurs d'ordre économique et notamment l'équilibre entre l'offre et la demande des produits concernés.

Genève a participé à la phase pilote de mise en place du premier de ces indicateurs. Celle-ci a débuté en janvier 1991 et sera suivie d'une récolte en routine durant plusieurs années, de manière à pouvoir suivre l'évolution du phénomène. Le financement est assuré par l'Office fédéral de la santé publique d'une part et le Département de la santé publique du canton de Genève d'autre part.

Cet article présente essentiellement les objectifs visés par la mise en place de cet indicateur, la méthodologie utilisée et les principales difficultés rencontrées durant la phase pilote.

Objectifs

L'indicateur vise à mesurer la fréquence des *demandes* de traitement pour toxicomanie à Genève, et en particulier celle des *premières demandes*, ainsi que leur évolution au cours du temps. Il devrait également permettre de mesurer indirectement et de manière partielle *l'incidence* de la toxicomanie et son évolution, compte-tenu des délais s'écoulant entre la première prise de drogue et la première demande de traitement (Cf Figure 1) et celle de la part inconnue des toxicomanes non demandeurs de soins.

Les profils socio-démographiques des individus sollicitant un traitement, les principales caractéristiques de leur comportement toxicomaniaque et en particulier la prise de risque de transmission infectieuse liée au mode d'administration du produit devraient également pouvoir être déterminés; enfin, l'indicateur devrait apporter des informations sur les trajectoires de recherche de soins les plus fréquentes.

Méthodologie

L'étude consiste en un enregistrement systématique et continu – sur la base des dossiers de pré-admission – de toutes les demandes de traitement pour toxicomanie adressées aux centres participants.

Sources

La majorité des centres thérapeutiques du Canton de Genève offrant des soins aux toxicomanes sont inclus dans l'étude, qu'ils soient résidentiels ou ambulatoires. Il s'agit d'une part des centres *spécialisés* en toxicomanie, à savoir:

- une unité hospitalière,
- quatre communautés thérapeutiques, dont un centre d'exécution de peine,

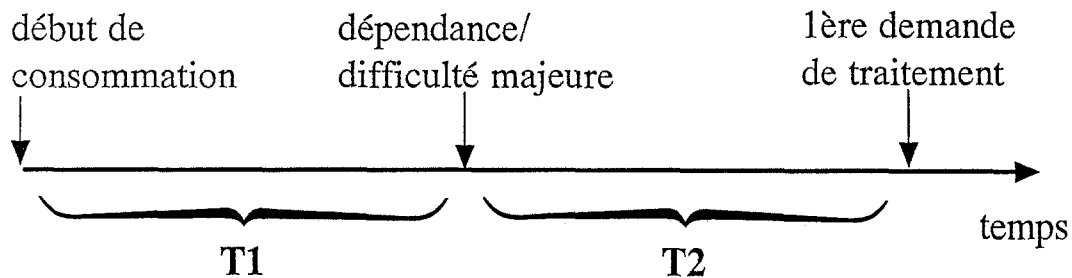


Fig. 1. Les deux principales composantes du délai entre le début de la consommation et la première demande de traitement.

- deux centres de consultation médico-psycho-sociale ambulatoires,
- et d'autre part des centres *non spécialisés* offrant des traitements spécifiques à des toxicomanes, soit:
 - les médecins privés qui prescrivent des cures de méthadone,
 - deux unités de consultation ambulatoire de l'Hôpital cantonal universitaire (l'une psychiatrique, l'autre médicale);
 - enfin, le service médical de la prison qui notifie toutes les demandes de sevrage qui lui sont adressées.

Ne font pas partie de l'étude les centres spécialisés en toxicomanie dits «de rue», non plus que les pharmaciens qui fournissent des seringues aux toxicomanes, en raison de l'absence de dossier écrit permettant la récolte des renseignements minima nécessaires.

Demande de traitement

D'après les définitions retenues pour l'étude⁴, est considérée comme *demande de traitement* toute demande de «...soin ou d'assistance destinée directement à des personnes qui ont des problèmes avec l'usage de drogues, dont le but est d'améliorer l'état médical ou psychologique de ces individus (...). Sont également considérées comme traitement les mesures prises pour améliorer l'état social de ces personnes, à la condition qu'elles soient fournies par des centres spécialisés dans la toxicomanie.» La demande doit être adressée par le toxicomane en personne à un centre de traitement participant à l'étude.

D'autre part, sont exclus⁴ «les contacts «involontaires» (emprisonnements, hospitalisations d'urgence – pour overdose notamment –), à moins que la personne ne demande spécifiquement de l'aide concernant un problème lié à l'abus de drogues (...); les demandes concernant exclusivement une atteinte organique; les demandes concernant principalement un problème d'alcoolisme; les demandes de renseignements, les contacts téléphoniques ou écrits; les contacts établis par des amis ou de la parenté (sans le patient), enfin les expertises médico-légales.»

Première demande de traitement

La première demande de traitement correspond à celle d'un patient qui dit n'avoir *jamais été traité*, ni n'avoir *jamais demandé* de traitement auparavant pour toxicomanie, où que ce soit.

Drogues

Les substances incluses dans l'étude comprennent les opiacés, les stimulants, les sédatifs et hypnotiques, les hallucinogènes, les produits volatiles, le cannabis et l'alcool (lorsqu'il s'agit d'un problème secondaire).

Délimitation géographique

La zone étudiée comprend l'ensemble du bassin genevois, défini par les zones d'habitat des personnes actives sur le territoire cantonal, qui inclut les régions limitrophes de la Haute-Savoie et du Pays de Gex (France), ainsi que le district de Nyon (canton de Vaud, CH). Les résidents du canton de Genève font cependant l'objet d'une analyse particulière.

Notification des cas

L'enregistrement se fait sur ordinateur, à l'Institut de médecine sociale et préventive (IMSP), à partir des questionnaires anonymes remplis par les soignants des centres de traitement sur la base de l'entretien de demande de prise en soins.

Un questionnaire est rempli pour toutes les demandes. En cas de nouvelle demande dans un même centre, la demande n'est enregistrée que si elle survient après un délai de 30 jours. Un code basé sur l'identité des patients permet de fusionner les questionnaires provenant d'un même individu.

Le questionnaire consiste en une feuille recto-verso. Les informations réunies sur chaque cas figurent au tableau 1.

Unités d'analyse

L'analyse portera tantôt sur les *demandes*, tantôt sur les *individus* ayant présenté une ou plusieurs demandes durant une période donnée. Les *trajectoires*

Tab. 1. Informations réunies sur chaque cas.

1. Code du patient	
2. Codes du centre et du soignant notificateurs	
<i>Caractéristiques de la demande:</i>	<i>Toxicomanie:</i>
3. Institution référant le patient	15. Substance faisant l'objet de la demande (et caractéristiques de consommation)
4. Date de la demande de traitement	16. Autres substances (deux au plus)
5. Traitements antérieurs	17. Prise de méthadone
6. Demandes de traitement antérieures	18. Première substance toxique consommée et âge de début (alcool, tabac exclus)
<i>Données socio-démographiques:</i>	<i>Prise de risque infectieux:</i>
7. Sexe	19. Injection et âge de début
8. Année de naissance	20. Partage de matériel (et modalités)
9. Entourage vivant en commun (et dépendance de drogue éventuelle)	<i>Suite de la demande:</i>
10. Lieu de résidence	21. Suite thérapeutique envisagée
11. Nationalité et lieu de naissance	
12. Situation professionnelle	
13. Profession du père (ou mère)	
14. Scolarité terminée (et âge d'arrêt)	

individuelles des patients faisant plus d'une demande seront également étudiées.

Code d'anonymisation

L'identification des demandes aux fins de fusion repose sur un code alphanumérique, selon un système accepté par la commission d'éthique consultée. Le code choisi est peu spécifique, de manière à empêcher toute possibilité d'identification d'un cas. Cette faible spécificité entraîne inévitablement de nombreux faux doublets (individus différents avec un même code). La différenciation des faux doublets des vrais s'opère sur la base des variables socio-démographiques.

Discussion

La mise en place de cette étude s'accompagne d'un certain nombre de difficultés.

Premièrement, l'étude d'un sujet aussi «chaud» que la toxicomanie oblige à prendre des précautions visant à garantir la confidentialité des données récoltées, qui sont parfois contre-productives sur le plan de la précision des résultats (le code insuffisamment spécifique en est un exemple), bien qu'indispensables pour obtenir la confiance des centres de traitement et leur participation active.

Deuxièmement, le caractère prolongé de l'étude nécessite une stimulation régulière des soignants, souvent chargés en travail administratif, afin qu'ils procèdent régulièrement à la collecte et à la transmission des données.

Troisièmement, la notification des demandes de traitement successives d'un même individu entraîne un travail de fusion important, dont la qualité dépend des données socio-démographiques obtenues, pour les raisons déjà évoquées.

Enfin, la mise au point d'un indicateur commun à plusieurs villes s'avère plus difficile que prévu: les situations locales étant différentes, la méthodologie utilisée n'est jamais totalement identique, malgré les efforts de coordination déployés.

L'intérêt de cette étude est double: elle vise à élaborer un indicateur mesurant directement les demandes adressées aux centres de soins inclus dans l'étude et indirectement les tendances évolutives de l'incidence «visible» de la toxicomanie dans la population.

Grâce aux informations collectées dans chaque cas, l'indicateur doit permettre d'étudier le profil socio-démographique des patients, le/les produit(s) qui leur pose(nt) le principal problème – notamment le mode et la durée de consommation, l'âge de la première prise, etc. – et enfin le comportement à risque d'infection, lié à l'injection et au partage éventuel du matériel. L'indicateur doit permettre en particulier de mettre en évidence le profil des patients qui consultent pour la première fois et les caractéristiques qui les différencient des «habitues» des centres de traitement. Enfin, l'étude des filières ou trajectoires de recherche de soins les plus fréquentes devrait permettre de se faire une meilleure idée de l'utilisation des services existants.

L'incidence de la toxicomanie mesurée par cet indicateur correspond en fait à celle de la toxicomanie «visible», c'est-à-dire celle des individus demandant une aide professionnelle. Compte tenu de cette réserve, l'aptitude de l'indicateur à mesurer l'incidence de la toxicomanie dépend aussi d'autres facteurs intervenant sur l'incidence des demandes de traitement, en particulier de l'offre en matière de soins (disponibilité et nombre de places de traitement). Enfin, l'indicateur ne reflète l'incidence de la toxicomanie qu'avec retard, car il existe un délai plus ou moins long (de plusieurs années en général) entre la première consommation de drogues et la première demande de traitement^{5,6}. Ce délai peut

être considéré en termes de deux variables indépendantes⁷ (figure 1): la durée de consommation sans problème (T1), qui varie selon les individus, voire même ne se termine jamais (auquel cas ces individus n'apparaîtront pas dans l'étude); le laps de temps (T2) s'écoulant entre la survenue de ces problèmes et/ou la prise de conscience du lien avec la toxicomanie, et la première demande de traitement. T2 varie évidemment selon les individus, mais aussi selon l'accessibilité à la drogue, l'offre en matière de traitement ou la survenue de changements majeurs au cours du temps, tel que l'apparition du SIDA, qui pourrait l'abrèger (les individus recourant peut-être plus précocement aux traitements offerts par crainte de cette infection). La variation de ce délai pourrait donc modifier la représentativité de l'indicateur en ce qui concerne l'incidence de la toxicomanie.

Conclusion

Malgré les limites décrites ci-avant, cet indicateur devrait permettre d'obtenir des informations indispensables à une évaluation de la demande en matière de soins pour toxicomanie et de son évolution; il représente d'autre part le premier élément d'un instrument destiné à mesurer le phénomène de la toxicomanie et son évolution dans le temps, d'autres indicateurs devant progressivement être mis en place, de manière à compléter l'appréhension de ce phénomène.

Rappelons également que ce travail s'effectue en collaboration avec les autres villes européennes participantes. Malgré les difficultés de coordination évoquées plus haut, une comparaison grossière des résultats et des situations devrait cependant pouvoir être réalisée et stimuler la réflexion générale autour de cet important phénomène.

Résumé

Genève participe à une étude multi-villes internationale émanant du Conseil de l'Europe, dont l'objectif final est de pouvoir évaluer et comparer, grâce à des indicateurs communs, les situations dans les villes ou régions participantes ainsi que leur évolution, afin de constituer une base pour l'amélioration des stratégies de lutte contre l'abus de drogues. Le premier indicateur développé est celui des «premières demandes de traitement». Ses objectifs sont d'estimer la demande de soins, ainsi que l'évolution de la toxicomanie en fonction des caractéristiques des patients, de manière à optimiser les politiques de prévention et de prise en charge des toxicomanes. Toutes les demandes de traitement pour toxicomanie répondant aux critères de l'étude font l'objet d'un enregistrement permanent et centralisé, au moyen d'un questionnaire anonyme codé, établi par

les centres de traitement au moment de la demande. Les demandes subséquentes d'un même cas sont fusionnées. L'analyse peut ainsi porter sur l'ensemble de toutes les demandes, ou sur le sous-ensemble des *premières* demandes, et fournir des informations sur les trajectoires individuelles. La mise en place de cet indicateur rencontre un certain nombre de difficultés liées essentiellement au caractère illicite de la toxicomanie: des garanties de confidentialité strictes sont difficilement compatibles avec l'obtention de données parfaitement fiables, notamment en ce qui concerne la fusion des demandes d'un même cas. Le rapport porte essentiellement sur la mise en place de cet indicateur dans le Canton de Genève et sur l'interprétation attendue de ses résultats.

Summary

First treatment demand: An indicator of drug misuse trends

The county of Geneva, Switzerland, is part of an international multi-city survey under the auspices of the Council of Europe. This survey is designed to use common indicators for assessing and comparing drug misuse and its evolution in participating cities and regions. Its aim is to improve the strategies for controlling drug misuse. The first indicator under study is the "first treatment demand". Its objectives are to evaluate the treatment demand as well as the evolution of drug misuse in terms of patient characteristics, so as to optimise prevention and treatment policies. All treatment demands for drug misuse that meet the study's entry criteria are recorded in a permanent and centralized data bank, through an anonymous encoded form filled in by the treatment centers at the time of the demand. Later demands by the same patient are merged with the precedent ones. In this way, both the totality of treatment demands and the subset of first demands can be analyzed and information about individual trajectories can be collected. The introduction of this indicator is subjected to various problems due first of all to the illicit character of drug misuse. In particular, the necessary measures to guarantee strict confidentiality make it more difficult to obtain reliable data, especially for the merging of different treatment demands by the same patient. This paper reports on the introduction of the indicator in Geneva and its anticipated results.

Zusammenfassung

Erste Behandlungsanfragen von Drogenabhängigen: Ein Indikator von Entwicklungen und Trends

Genf nimmt an einer internationalen Untersuchung (Etude Multi-Villes der Groupe Pompidou des Europarates) teil, dessen Ziel die Situation und

deren Entwicklung in den verschiedenen beteiligten Städten und Gebieten dank gemeinsamer Indikatoren zu vergleichen und somit eine Grundlage für die Verbesserung der Drogenbekämpfungsstrategien zu schaffen. Der erste bearbeitete Indikator ist „die ersten Behandlungsanfragen“. Das Ziel dieser Bearbeitung ist, erstens die weiteren Behandlungsanfragen einzuschätzen und, zweitens die Entwicklung der Drogenabhängigkeit im Zusammenhang mit den Eigenschaften der Patienten einzuschätzen und somit die Vorbeugungsmassnahmen und die Drogenabhängigerbehandlung zu optimieren. Alle Behandlungsanfragen für Drogenabhängigkeit, die den Kriterien der Untersuchung entsprechen, werden durch die Behandlungsstellen zur Zeit der ersten Anfrage fortlaufend aufgenommen, anhand eines anonymen, codierten Fragebogens, und dann zentralisiert. Die nachfolgenden Anfragen desselben Patienten werden vereinigt. Die Untersuchung kann so entweder auf alle Anfragen durchgeführt werden oder nur auf einen Teil derselben, dass heisst auf die ersten Anfragen. Der Verlauf der einzelnen Laufbahnen kann auch ermittelt werden. Die Durchführung dieses Indikators stösst vor allem auf Schwierigkeiten, die im Zusammenhang mit der Illegalität des Drogenkonsums stehen: der vertrauliche Charakter kann schlecht mit der absoluten Zuverlässigkeit der Daten vereinbart werden, insbesondere wenn es um die Vereinigung der Anfragen desselben Patienten geht. Im Bericht wird die Durchführung dieses Indikators in Genf dargestellt sowie dessen zukünftige Interpretation.

References

- 1 Facy F, Laurent F, Verron M. L'apport épidémiologique dans l'étude des phénomènes d'accoutumance aux drogues. *Psychiatr Fr* 1990; 3:43–49.
- 2 Hartnoll R, Daviaud E, Lewis R, Mitcheson M. Drug problems: assessing local needs. [A practical manual]. Drug Indicators Project. London: Birbeck College, University of London, 1985:224 pp.
- 3 Conseil de l'Europe. Etude multi-villes sur l'abus de drogues. Rapport final (sur le projet). Strasbourg, 1987.
- 4 Protocole: étude de l'indicateur «premières demandes de traitement pour toxicomanie». Institut de Médecine Sociale et Préventive, Genève, 1991.
- 5 Meystre-Agostoni G, Martin J, Haller-Maslov E, Calanca A, Cereghetti A. Le devenir des toxicomanes pris en charge à l'aide de méthadone dans le canton de Vaud (1976–1986). *Rev Méd Suisse Romande*, 1988; 108:231–256.
- 6 Hartnoll R, Avico U, Ingold FR et al. A multi-city study of drug misuse in Europe. *Bulletin on Narcotics*, 1989; 41:3–27.
- 7 Hunt LG, Chambers CD. The effect of pre-addition interval on onset-to-treatment entry lag. In: *The heroin epidemics, a study of heroin use in the United States, 1965–1975*. New York: Spectrum Publications, Inc., 1976:137–142.

Remerciements

Les auteurs remercient les collaborateurs des centres collecteurs pour leur participation active à l'étude, ainsi que les membres du Groupe de travail chargé de l'étude de la toxicomanie à Genève pour leurs précieux conseils.

Communication présentée lors des Journées Scientifiques de la Société Suisse de Médecine Sociale et Préventive à Berne, le 25 juin 1992.

Adresse pour correspondance:

Dr. Joëlle Reith
Institut de Médecine Sociale et Préventive
CMU
Rue Michel Servet 1
CH-1211 Genève 4/Suisse