



Observatoire européen des
drogues et des toxicomanies



Indicateur de demande de traitement (TDI, *Treatment demand indicator*)

Protocole standard 3.0

Directives pour la déclaration des données concernant les usagers de drogue en traitement dans les pays européens

Crédits

EMCDDA

Linda Montanari, Bruno Guarita, André Noor, Lucas Wiessing, Filomena Gomes, Dagmar Hedrich, Alessandro Pirona, Roland Simon, Julian Vicente.

Consultants externes

Michael Donmall, Royaume-Uni
David Best, Royaume-Uni
Colin Taylor, Royaume-Uni

Expert externe

Etienne Maffli, Suisse

Experts du TDI ayant contribué au développement du présent protocole par leur participation en 2008, 2009 et 2010 aux groupes de travail consacrés à la révision du protocole TDI

Elena Alvarez, Espagne
Sharon Arpa, Malte
Martin Busch, Autriche
Erik Iversen, Norvège
Johann Kerschbaum, Autriche
Suzi Lyons, Irlande
Viktor Mravcik, République tchèque
Lubomir Okrulica, Slovaquie
Anton W. Ouwehand, Pays-Bas
Christophe Palle, France,
Tim Pfeiffer, Allemagne
Janusz Sieroslowski, Pologne
Marcis Trapencieris, Lettonie
Momtchil Vassilev, Bulgarie

Experts nationaux du TDI (ayant participé à la réunion TDI 2010)

Johan Van Bussel, Belgique	Roberta Gellel, Malte
Momtchil Vassilev, Bulgarie	Chirstine Marchand-Agius, Malte
Vlastimil Necas, République tchèque	Martin Busch, Autriche
Bela Studnickova, République tchèque	Anton W. Ouwehand, Pays-Bas
Claudia Ranneries, Danemark	Wil Kuijpers, Pays-Bas
Tim Pfeiffer, Allemagne	Janusz Sieroslowski, Pologne
Ingo Kipke, Allemagne	Marta Struzik, Pologne
Elena Alvarez, Espagne	José Padua, Portugal
Kaire Vals, Estonie	Aurora Lefter, Roumanie
Delphine Bellerose, Irlande	Ana Maria Teodorescu, Roumanie
Anastasios Fotiou, Grèce	Lubomir Okrulica, Slovaquie
Christophe Palle, France	Romana Stokelj, Slovénie
Tanja Bastianic, France	Tuulma Väänänen, Finlande
Bruno Genetti, Italie	Roger Holmberg, Suède
Ioanna Yasemi, Chypre	Bert Green, Suède
Marcis Trapencieris, Lettonie	Michael Donmall, Royaume-Uni
Ernestas Jasaitis, Lituanie	Grethe Lauritzen, Norvège
Sofia Lopes Costa, Luxembourg	Dragica Katalinic, Croatie
Anna Peterfi, Hongrie	Mehmet Akgun, Turquie
Tamás Koós, Hongrie	

Abréviations

ASI	Addiction Severity Index
CICAD	Inter-American Drug Abuse Control Commission
CIM-10	Classification internationale des maladies, dixième révision
CITE	Classification internationale type de l'éducation
DRD	Drug Related Death (<i>Décès liés à l'usage de drogue</i>)
DRID	Drug-related Infectious Diseases (<i>Maladies infectieuses liées à l'usage de drogue</i>)
DSM-IV	Manuel de diagnostic et statistique des troubles mentaux, quatrième édition
EMCDDA	Observatoire européen des drogues et des toxicomanies
GBL	Gamma-butyrolactone
GHB	Acide gamma-hydroxybutyrique
GP	Groupe Pompidou du Conseil de l'Europe
HCl	Chlorhydrate
MDMA	Méthylènedioxyméthamphétamine
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONUDC	Office des Nations Unies contre la drogue et le crime
PDU	Problem Drug User (<i>Usager problématique de drogues</i>)
PFN	Point focal national, établissements et services nationaux constituant le réseau Reitox
Reitox	Réseau européen d'information sur les drogues et les toxicomanies
SAMHSA	Substance Abuse and Mental Health Service Administration
TDI	Treatment Demand Indicator (<i>Indicateur de demande de traitement</i>)
TSO	Traitement de substitution aux opiacés
UDVI	Usager de drogue par voie intraveineuse
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

SOMMAIRE

PRÉFACE	4
1. INTRODUCTION	5
1.1 HISTORIQUE.....	5
1.2 OBJECTIF, BUT ET IMPLICATIONS MÉTHODOLOGIQUES	5
Pourquoi le TDI : quel est son objectif ?	5
À quelles fins les informations sont-elles recueillies ?.....	6
Comment l'objectif du TDI est-il atteint ?	6
Quels sont les défis supplémentaires auxquels le TDI a été confronté ces dernières années ?	7
1.3 MISE EN ŒUVRE DU TDI	8
1.4 PRINCIPES GÉNÉRAUX DU PROTOCOLE TDI 3.0	9
(a) Surveillance versus recherche/études ad-hoc	9
(b) Hiérarchie des besoins de données : des données cliniques aux informations pertinentes pour la politique européenne	9
(c) Déclaration des données versus recueil des données.....	9
(d) Individus versus épisode de traitement.....	10
(e) Incidence du traitement versus prévalence du traitement	10
(f) Modifications de la définition et conséquences sur les données antérieures	10
2. DIRECTIVES	11
2.1 DÉFINITIONS.....	11
2.1.1 Personnes à inclure	11
2.1.2 Traitement pour addiction	12
2.1.3 Début du traitement	13
2.1.4 Fin du traitement.....	13
2.1.5 Épisode de traitement.....	14
2.1.6 Centre/programme de soins	15
2.1.7 Drogue posant le plus de problèmes à l'utilisateur (drogue principale)	17
2.1.8 Autres drogues ou drogue dite « secondaire ».....	17
2.1.9 Problème de la polyconsommation	18
2.1.10 L'intérêt des tests de dépistage du VIH ou du VHC	19
2.1.11 Partage de seringues.....	19
2.1.12 Traitement de substitution aux opiacés (TSO)	20
2.2 LISTE DES ITEMS.....	21
3. ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES ET ÉTHIQUES	32
3.1 PÉRIODE DE RÉFÉRENCE.....	32
3.2 PROFILS D'USAGE DE DROGUES : DROGUE DE RÉFÉRENCE	32
3.3 COUVERTURE.....	32
3.4 QUALITÉ DES DONNÉES.....	33
3.5 DOUBLE RECENSEMENT	33
3.6 ASPECTS ÉTHIQUES ET PROTECTION DES DONNÉES.....	34
4. DÉFINITION DE CAS : DESCRIPTION GRAPHIQUE	35
5. REFERENCES	38
6. ANNEXES	39
6.1 TABLEAU RÉSUMÉ DE COMPARAISON : ITEMS DU TDI VER 2.0 ET DU TDI VER. 3.0.....	39

Préface

L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (EMCDDA) a été fondé en 1993 dans le but de fournir à l'Union européenne et à ses États membres des informations factuelles, objectives, fiables et comparables sur les drogues et les addictions et sur leurs conséquences, à l'échelle européenne (European Union, 2003).

Parmi les principaux instruments dont dispose l'EMCDDA se trouvent les cinq indicateurs épidémiologiques clés, qui fournissent des informations sur l'épidémiologie de l'usage de drogues et ses conséquences en Europe. Les indicateurs couvrent la consommation de drogues dans la population générale et dans la population scolaire/étudiante, le niveau d'usage problématique de drogues, les conséquences de l'usage de drogues sur la santé, incluant les maladies infectieuses et les décès liés à la drogue, ainsi que la demande de traitement pour addiction.

L'indicateur de demande de traitement, ou TDI (*Treatment Demand Indicator*), a été établi en 2000 à partir des travaux du groupe de coopération du Conseil de l'Europe pour la lutte contre l'abus et le trafic de drogues (Groupe Pompidou), dans le but de rassembler des informations comparables et fiables sur le nombre et les caractéristiques des usagers de drogues souhaitant débuter un traitement dans les États membres de l'UE. Le TDI fournit une mesure de la demande de traitement et constitue un indicateur des tendances de l'usage problématique de drogues ; il identifie en outre les modalités d'utilisation et de recours aux structures de soins.

Cette publication présente une version révisée du protocole TDI 2.0. Après 10 ans de recueil de données au niveau européen, il est devenu nécessaire d'apporter diverses modifications au protocole TDI 2.0, afin de mieux refléter l'évolution de la situation de l'usage de drogues, mais aussi du système de soins et des systèmes d'information nationaux et internationaux.

Le protocole se divise en sept rubriques :

1. Introduction (historique, objectifs, mise en œuvre, principes généraux)
2. Directives (définitions et items)
3. Aspects méthodologiques (remarques générales, qualité des données, couverture, double recensement, aspects éthiques)
4. Définition de cas : description graphique
5. Références bibliographiques
6. Modèle Fonte
7. Annexes :
 - 7.1 Tableau résumé de comparaison entre les anciens et les nouveaux items
 - 7.2 Module sur la « prévalence du traitement »

Wolfgang Götz
Directeur de l'EMCDDA

1. Introduction

1.1 Historique

L'histoire de l'indicateur de demande de traitement (TDI) remonte à près de 20 ans, avec la définition du premier formulaire harmonisé de recueil de données. Le but du protocole était de fournir aux professionnels et aux chercheurs une méthodologie européenne commune pour le recueil et la mise à disposition des données clés concernant le profil des usagers de drogues en contact avec les services de soins.

Cet ensemble de données fondamentales sélectionné à partir des expériences nationales de recueil de données dans les systèmes de soins en addictologie, existait souvent déjà avant la création du TDI. Dans les pays où il n'existait pas de système national de recueil des données, le TDI a souvent été adopté en tant qu'ensemble de données minimal pour un système national de surveillance étendu des usagers de drogues en traitement (European Addiction Research, 1999).

Le premier acteur ayant défini un protocole commun pour le recueil de données sur les usagers débutant un traitement pour addiction est le Groupe Pompidou (GP). Ce groupe a coordonné des études au niveau de certaines villes (Dublin et Londres en 1991) et un projet de développement dans 11 villes, ainsi que la création d'un groupe européen d'experts qui s'est réuni à plusieurs occasions pour discuter et convenir de directives méthodologiques. Le protocole du GP a été publié en 1994 (Hartnoll, 1994; Stauffacher and Kokkevi, 1999) et mis en œuvre tout d'abord au niveau des villes, puis des pays, en Europe occidentale ; dans une deuxième phase, il a été mis en place dans les pays d'Europe centrale et orientale.

En 1994, l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (EMCDDA) a été créé, et s'est vu confier la responsabilité du recueil de données relatives à la demande de traitement en Europe.

Le protocole sur l'indicateur de demande de traitement de l'EMCDDA/Groupe Pompidou TDI version 2.0 (Simon et al., 2000) a été publié sur la base d'une révision du premier protocole du Groupe Pompidou. Il a été précédé d'une étude de faisabilité concernant la méthodologie et le recueil des données (Origer, 1996) et d'une évaluation des expériences nationales en matière de déclaration de données au moyen du TDI (Simon and Pfeiffer, 1999).

Depuis 2000, l'EMCDDA a mis en place le système d'enregistrement des données des États membres de l'UE et a passé des accords formalisés avec les États membres pour stimuler et faciliter le recueil et la transmission des données du niveau national vers le niveau européen.

Les cinq indicateurs épidémiologiques clés de l'EMCDDA, incluant le TDI, ont été adoptés formellement par le Conseil d'administration de l'EMCDDA (EMCDDA Management Board, 2001) et par le Conseil de l'Union européenne en 2001 (CORDROGUE 67 Council of the European Union, 2001). Dans ces documents, « les États membres de l'UE (...) sont encouragés à garantir la disponibilité des informations sur les cinq indicateurs épidémiologiques clés et à identifier et traiter les problèmes possibles de production et de diffusion de ces informations ; le Conseil demande instamment aux États membres de donner la priorité à la production et à la diffusion des informations sur les cinq indicateurs épidémiologiques clés dans une forme comparable ; (...) de fournir à l'EMCDDA des informations sur les cinq indicateurs épidémiologiques clés conformément aux directives de l'EMCDDA (...) ; enfin, le Conseil invite les États membres et la Commission, en étroite coopération avec l'EMCDDA, à examiner les meilleures manières et les meilleurs moyens, en particulier sur le plan financier, de soutenir la mise en œuvre des cinq indicateurs épidémiologiques (...) ».

Depuis 2001, le recueil et la déclaration des données ont été mis en œuvre et améliorés dans la plupart des États membres de l'UE et les données TDI sont aujourd'hui utilisées couramment dans les analyses de l'EMCDDA sur la situation des drogues en Europe (<http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/tdi>, 2011).

1.2 Objectif, but et implications méthodologiques

Pourquoi le TDI : quel est son objectif ?

L'objectif de l'indicateur de demande de traitement et de soins est de recueillir des informations de manière harmonisée et comparable à travers tous les États membres, concernant le nombre et le profil des personnes débutant un traitement en raison d'un problème d'usage de substances durant chaque année calendaire.

Bien qu'il soit désigné par « indicateur de demande de traitement », l'indicateur TDI recueille des

informations sur les usagers débutant un traitement. Cette désignation sera conservée, car le TDI est largement reconnu comme l'instrument de recueil et de déclaration de données sur les usagers débutant un traitement pour addiction à une drogue en Europe et au-delà, comme un *indicateur indirect* du niveau non observé des usagers potentiellement en demande de traitement pour un problème d'addiction.

Le protocole TDI définit quels usagers doivent être inclus au niveau européen, ainsi que l'ensemble commun minimal d'items qui doivent pouvoir être enregistrés dans chaque système national de surveillance pour chaque usager concerné et déclarés à l'EMCDDA.

Chaque système national de surveillance des traitements des addictions peut inclure un plus grand nombre d'items que ceux définis dans le protocole TDI de l'EMCDDA, en fonction des besoins locaux et nationaux en matière d'information. En outre, les catégories d'items recueillis au niveau national peuvent être différentes de celles demandées dans le protocole TDI, à condition qu'il soit possible d'effectuer une conversion fiable dans les catégories TDI (voir ci-dessous « Hiérarchie des besoins de données : des données cliniques aux informations pertinentes pour la politique européenne ».)

À quelles fins les informations sont-elles recueillies ?

Le but essentiel du recueil d'informations au moyen de l'indicateur TDI est de mieux connaître les caractéristiques, les comportements à risque et le profil d'usage de drogues des usagers ayant des problèmes de drogue au sein de la collectivité, et d'aider à estimer les tendances de l'usage problématique de drogues, en termes d'ampleur (prévalence et incidence) et de profil, idéalement en association avec d'autres indicateurs relatifs aux addictions. Ce but est fondamental, car il détermine les critères d'inclusion/de non-inclusion pour la définition des cas du TDI : les cas (usagers, ou personnes débutant un traitement) devant être déclarés à l'EMCDDA doivent refléter le mieux possible les caractéristiques des usagers problématiques de drogues au sein de la collectivité.

Le meilleur moyen d'atteindre ces objectifs est d'enregistrer les informations peu après la prise de contact de l'utilisateur avec les services, généralement au moment de l'admission/du début du traitement, après l'évaluation par un professionnel des caractéristiques de l'utilisateur. Pour les besoins de l'indicateur, les informations recueillies sur l'utilisateur doivent refléter le mieux possible son profil d'usage de drogues avant l'entrée dans un traitement pour addiction ; les interventions thérapeutiques menées sur l'utilisateur avant son admission ne doivent pas avoir d'influence ou ne doivent avoir qu'une influence limitée sur les informations enregistrées (par exemple, une personne débutant un traitement en raison d'un usage d'héroïne par injection pourrait être enregistrée comme ne consommant pas d'héroïne et ne pratiquant pas d'injections si le recueil et la déclaration des données ont lieu alors qu'il bénéficie déjà d'une intervention thérapeutique). Déclarer la première admission en traitement dans l'année permettra généralement de mieux répondre aux objectifs de l'indicateur. En outre, les informations recueillies par l'indicateur TDI peuvent aider (conjointement avec d'autres indicateurs et sources d'information) à évaluer certains paramètres du traitement lui-même (fourniture, recours au traitement, couverture). Ces aspects sont actuellement développés dans le cadre d'une stratégie de surveillance des traitements des addictions.

Comment l'objectif du TDI est-il atteint ?

Les centres de soins traitant les addictions recueillent généralement une quantité considérable d'informations sur les usagers pris en charge. Ces informations sont collectées par les professionnels, essentiellement dans le but de faciliter le processus thérapeutique, mais également pour des raisons d'administration ou de gestion locale, ainsi qu'à des fins épidémiologiques au niveau local, national ou international. Certaines de ces informations ne seront pas divulguées en dehors du centre de soins, certaines seront transmises à des organismes régionaux ou nationaux et, enfin, une part limitée des informations sera rassemblée au niveau européen, conformément aux procédures et aux définitions figurant dans le protocole TDI de l'EMCDDA.

Les centres de soins traitant les addictions constituent une source fondamentale d'information sur l'usage et l'usage problématique de drogues, car ce dernier est difficile à quantifier et à décrire. La prévalence de l'usage problématique de drogues est relativement faible dans la majorité des États membres de l'UE. Souvent stigmatisé par la société, il est difficile à appréhender.

Toutefois, tous les usagers problématiques de drogues ne sont pas en contact avec des centres de soins. Certains usagers ne sont en contact avec aucun service (par exemple, certains consommateurs de cocaïne ou de cannabis socialement intégrés, certains usagers d'héroïne très marginalisés) ou sont en contact avec des services qui, pour différentes raisons, ne recueillent pas d'informations sur

les usagers dont ils s'occupent ou ne transmettent pas ces informations aux services nationaux de surveillance (par exemple, les psychiatres exerçant en libéral, les programmes par Internet ou, dans certains pays, les médecins généralistes et les structures à bas seuil).

De ce fait, il convient de faire preuve de prudence au moment de tirer des conclusions sur l'usage problématique de drogues au sein de la collectivité sur la base des données recueillies par le TDI, en particulier lorsque les chiffres ne varient que faiblement et/ou lorsque les effectifs sont peu importants. En outre, la disponibilité des services, les modifications de l'offre de services et de la couverture du système d'enregistrement, sont autant d'éléments à prendre en compte. Par ailleurs, l'interprétation des informations du TDI bénéficiera grandement d'une validation croisée avec d'autres indicateurs (par exemple, décès liés à la drogue, indicateurs des services répressifs) et des études *ad-hoc* (par exemple, études qualitatives sur des échantillons de rue, études et rapports concernant d'autres services de soins de la dépendance non couverts par le TDI).

Malgré toutes ces réserves, dans de nombreux pays de l'UE, le TDI a permis de recueillir des informations portant sur un nombre considérable d'usagers problématiques de drogues (dans certains cas, plus de 50 % du nombre estimé global de PDU). L'indicateur constitue donc une source importante, souvent la source principale, d'informations sur la population d'usagers problématiques de drogues. Dans les pays où une part importante de la population d'usagers de drogues à problèmes est recensée par la déclaration TDI et où les profils d'usage et de risque ne diffèrent pas fondamentalement entre usagers déclarés et usagers non déclarés, les résultats de base de l'indicateur peuvent être considérés comme robustes, en particulier si les observations sont constantes dans le temps. Là où l'on sait qu'il existe des sous-groupes d'usagers problématiques de drogues dont les profils d'usage et de risque diffèrent considérablement de ceux observés dans l'indicateur TDI, des études locales et ciblées peuvent s'avérer nécessaires pour décrire leur comportement. En outre, si la disponibilité des services et les politiques en matière de traitement n'évoluent pas de manière significative sur une période donnée, les tendances observées pour le TDI peuvent traduire d'importants changements en matière d'usage problématique de drogues (par exemple, modifications du comportement d'injection, extension de la consommation de crack, etc.).

Enfin, les données obtenues via l'indicateur TDI sont une composante essentielle des différentes méthodologies utilisées pour estimer la prévalence de l'usage problématique de drogues, généralement basées sur la combinaison des bases de données générées par différents services, en utilisant des méthodes de calcul différentes.

Quels sont les défis supplémentaires auxquels le TDI a été confronté ces dernières années ?

Au cours des 10 à 15 dernières années, le traitement de substitution aux opiacés s'est considérablement développé dans de nombreux pays de l'UE, mais pas tous. La population traitée dans ces pays inclut une proportion croissante d'usagers ayant débuté un traitement en raison de problèmes d'héroïne et en traitement de substitution aux opiacés (TSO) pendant une période prolongée. Par conséquent, il existe un nombre considérable d'usagers en traitement de substitution continu depuis longtemps, qui ne débute donc pas de nouveau traitement. Les consommateurs de cocaïne, d'amphétamines ou de cannabis sont moins concernés par cette situation, mais certains d'entre eux reçoivent également d'autres formes de traitement pendant une longue période.

Il est donc de plus en plus nécessaire d'estimer le nombre de ces usagers ; le module sur la « prévalence du traitement » a été conçu et testé dans le passé pour évaluer le nombre et les caractéristiques de base de ce groupe d'usagers. Ces informations seront recueillies sur la base du volontariat dans un module distinct, toujours en phase de développement dans le cadre d'une nouvelle stratégie de recueil des données sur le traitement, qui inclura la disponibilité, l'organisation et la qualité du traitement (la stratégie de surveillance des traitements de l'EMCDDA sera finalisée d'ici fin 2012). Actuellement, plusieurs pays ne sont pas en mesure de calculer les informations qui seront incluses dans ce module, car cela nécessite un système de suivi permettant de déterminer le statut de chaque usager comme étant « en traitement ou non », tandis que le TDI lui-même n'est conçu que pour compter les usagers qui débute un traitement. Parallèlement, les usagers en traitement continu (dont la plupart sont des consommateurs d'opiacés) se trouvent dans une situation particulière, car beaucoup d'entre eux ne consomment plus d'opiacés illicites, même s'ils consomment parfois d'autres drogues. L'interprétation de ces informations concernant l'estimation de la prévalence et des profils d'usage problématique de drogues est particulièrement complexe. Mais même si l'on tient compte de l'importance de ce nouveau défi, les objectifs fondamentaux du TDI restent les mêmes et concernent essentiellement l'évaluation du nombre et des caractéristiques des personnes ayant des problèmes liés à leur usage de drogues entamant un traitement pour addiction au cours de l'année calendaire.

1.3 Mise en œuvre du TDI

Les données du TDI sont recueillies au niveau national, souvent après un long processus les menant du centre de soins au niveau régional, et du niveau régional au niveau national. Ensuite, les données sont transmises aux points focaux nationaux (PFN), qui sont les agences nationales nommées par chaque gouvernement comme organisations responsables de la fourniture des informations disponibles les plus à jour sur les drogues et les addictions. Les données nationales du TDI sont alors adressées sous forme agrégée à l'EMCDDA, conformément aux formulaires de déclaration des données convenus par les PFN et l'EMCDDA.

Entre la fin des années 1990 et 2011, la fourniture des données sur la demande de traitement à l'EMCDDA a été mise en place dans la plupart des pays européens. En 2000, les 15 pays qui étaient Membres de l'Union européenne communiquaient le TDI à l'EMCDDA, mais le caractère complet des données et leur qualité étaient variables. Depuis, la déclaration des données a été étendue progressivement et la qualité des données s'est considérablement améliorée.

En 2010, l'EMCDDA recevait les données de 29 pays (les 27 États membres de l'UE, la Turquie et la Croatie) et depuis 2011, la Norvège transmet également ses données à l'EMCDDA. Les données sont recueillies sur la base du protocole TDI 2.0 et transmises en utilisant l'outil en ligne « Fonte »¹.

Les données déclarées jusqu'en 2011 couvrent essentiellement les centres de soins avec et sans hébergement. Au cours des 10 ans écoulés depuis sa mise en œuvre, il s'est révélé difficile, dans la plupart des pays, de recueillir des informations en provenance d'autres types de centres de soins.

La plupart des pays transmettent pratiquement toutes les données requises par l'EMCDDA, mais certaines limites demeurent en ce qui concerne des variables spécifiques, qui peuvent changer selon le pays. Les données sont toujours recueillies à partir d'autres types de centres de soins et des efforts sont déployés pour étendre le recueil des données, dans la mesure du possible, aux autres services dans lesquels les usagers de drogues constituent un groupe important de patients.

Le niveau d'harmonisation est suffisamment bon pour permettre une comparabilité entre pays, même s'il convient de faire preuve de prudence au moment de l'interprétation des données, en raison des différences de systèmes de traitement des addictions entre pays et de la variabilité de mise en œuvre de certaines définitions du TDI.

En 2009, un système spécifique d'évaluation de la qualité des données des indicateurs clés de l'EMCDDA, incluant le TDI, a été autorisé par les États membres de l'Union européenne et appliqué sur la base des données déclarées pour l'année 2006. Le système a mis en évidence d'importants progrès dans la mise en œuvre du TDI et la comparabilité des données, même si des améliorations restent nécessaires dans certains secteurs.

En 2006, un module séparé du TDI a été testé sur le terrain pour la déclaration des données concernant les usagers « en traitement continu ». Le recueil des données a été maintenu en tant que recueil pilote pendant plusieurs années. Il est maintenant inclus dans la version actuelle du protocole TDI sous la forme d'un module distinct qui doit encore être perfectionné et finalisé.

Le TDI a également été de plus en plus utilisé au cours des 10 dernières années en tant qu'exemple et référence pour des pays et organisations internationales situées en dehors de l'Europe, grâce à des présentations et des activités de formation ; dans certains cas, les instruments ont été adoptés comme outil principal pour le recueil de données sur le traitement des addictions. Cela concerne en particulier les pays en passe d'entrer dans l'Union européenne, les pays situés en bordure de l'UE et d'autres organisations internationales (par exemple, la CICAD).

Une collaboration régulière a été entretenue avec des organisations mondiales travaillant dans des domaines en rapport avec les drogues (ONUDD et OMS). Une publication conjointe sur le recueil des données concernant la demande de traitement pour addiction a été lancée en 2006 dans le cadre de la série d'outils de l'ONUDD (ONUDD, 2006).

Bien que des progrès considérables aient été accomplis, certaines limites demeurent en ce qui concerne la qualité des données, et des améliorations doivent être apportées au recueil et à la déclaration des données relatives aux demandes de traitement pour un problème d'addiction, en particulier selon une perspective européenne.

⁽¹⁾ FONTE est le nom de l'outil en ligne utilisé par l'EMCDDA pour recueillir les données dans les pays européens

1.4 Principes généraux du protocole TDI 3.0

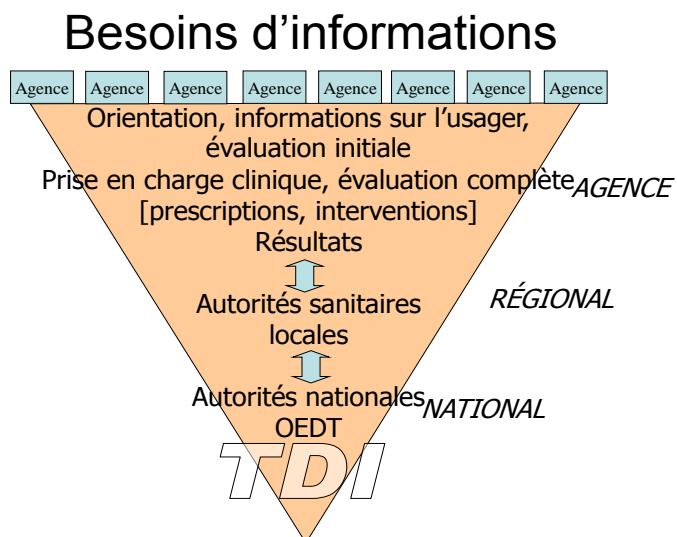
Le protocole TDI 3.0 repose sur un certain nombre de principes généraux, qui doivent servir de guide à la transmission des données depuis les pays vers l'EMCDDA et à l'analyse des données au niveau européen. L'EMCDDA et les experts européens ont convenu des principes suivants comme base de mise en œuvre du protocole TDI 3.0.

(a) Surveillance versus recherche/études ad-hoc

La surveillance des données diffère de la recherche et des études *ad-hoc*. La surveillance implique un recueil de données régulier et systématique portant sur un ensemble limité d'informations, permettant l'identification des modifications dans le temps. Les projets *ad-hoc* et la recherche répondent mieux au besoin d'informations plus spécifiques. Le TDI ne peut qu'explorer des informations de base et guider l'exploration d'autres investigations basées sur des résultats généraux (par exemple, exclusion sociale, profils d'usage de drogues, évaluation des résultats). Les projets de recherche peuvent être basés sur des questions émergeant du TDI, mais ils seront conduits dans des lieux et selon des formats différents, et uniquement par les experts intéressés par une analyse plus approfondie.

(b) Hiérarchie des besoins de données : des données cliniques aux informations pertinentes pour la politique européenne

Il est toujours important de distinguer clairement les besoins des différents niveaux (local, régional, national et européen) en matière de recueil de données. Les besoins d'informations diffèrent dans la mesure où le niveau de détail requis varie selon le niveau. Cela va des informations détaillées recueillies à des fins cliniques, aux informations utiles pour planifier et évaluer les interventions au niveau du centre de soins, aux données destinées à la planification des centres de soins au niveau local, ou encore aux informations plus générales destinées à des plans régionaux, nationaux et européens de lutte contre les addictions et à l'évaluation des résultats à long terme (Donmall, 2008; Donmall, 2012).



Les besoins d'informations de l'EMCDDA représentent le plus petit dénominateur commun en termes de d'enregistrement pour tous les pays. Les données recueillies et/ou l'analyse qui en faite peuvent différer aux différents niveaux, en fonction des différents besoins.

(c) Déclaration des données versus recueil des données

Le recueil et l'analyse des données sont deux actions distinctes, survenant à des niveaux différents et à des fins différentes.

Les informations issues des analyses menées dans chaque pays au niveau européen constituent un ensemble prédéfini d'informations extraites des bases de données de traitement nationales du TDI. Ces informations peuvent souvent être obtenues en modifiant les programmes de recueil des

données, sans modifier le protocole TDI lui-même ni les bases de données nationales, régionales, locales sous-jacentes, généralement à travers une modification des programmes d'extraction des données. Les adaptations du formulaire de déclaration peuvent toutefois nécessiter du temps et des modifications du logiciel, en accord avec les partenaires impliqués. La transmission de données à l'EMCDDA suivant le type de centre de soins est abandonnée dans le protocole TDI 3.0 ; cela ne devrait pas, en principe, avoir de conséquences sur le recueil des données au niveau national.

(d) Individus versus épisode de traitement

Un système de déclaration des données concernant la demande de traitement peut reposer sur le nombre d'épisodes de traitement reçus par un individu sur une certaine période, ou sur le nombre d'individus débutant un traitement pour addiction sur une période donnée. Le système américain de surveillance des traitements des addictions (SAMHSA), par exemple, enregistre les épisodes de traitement initiés par un individu sur une année.

Le protocole TDI 3.0 quant à lui repose sur la déclaration d'informations concernant chaque individu débutant un traitement pour addiction durant l'année calendaire et ne recense une personne donnée qu'une seule fois au cours de la période considérée. Si une personne a suivi plus d'un épisode de traitement durant une année de déclaration, un seul cas est déclaré.

Un épisode de traitement a été défini comme la « période entre le début et la fin programmée de la prise en charge pour un problème (...) de drogues » (SAMHSA, 2009), ce qui implique également « qu'un usager peut bénéficier d'une ou plusieurs modalités/interventions (ou types) de traitement durant le même épisode de traitement. Un usager peut également avoir plus d'un épisode en une année » (Manchester University, 2010). En conséquence, le protocole TDI 3.0 définit ce qui est considéré comme un « épisode de traitement » pour les besoins de la déclaration TDI dans la rubrique relative à la « définition de cas » (voir ci-dessous).

Ce principe a une incidence à la fois au niveau national et au niveau européen. Au niveau national, des méthodes pour contrôler et éviter les doubles comptes doivent être appliquées au système d'informations sur les addictions utilisé dans le pays. Au niveau européen, cela implique que les chiffres concernant différents groupes d'usagers soient additionnés pour obtenir un nombre total unique.

(e) Incidence du traitement versus prévalence du traitement

Le TDI vise à saisir la situation des usagers au moment où ils débutent leur traitement, en tant que meilleure approximation des caractéristiques des usagers problématiques de drogues.

Au cours des vingt dernières années, le nombre d'usagers restés sous traitement de manière continue pendant plusieurs années, en particulier dans le contexte d'un traitement de maintenance au long court par opiacés, n'a cessé de croître en Europe. Depuis 2006, ce phénomène est suivi grâce au développement d'un module sur la « prévalence du traitement ».

Le module est séparé du recueil des données du TDI en routine et n'a pas d'implications pratiques sur l'enregistrement pour le TDI des usagers débutant un traitement. Le module est en cours de développement et présenté dans l'annexe. Il sera finalisé dans le contexte de, et en collaboration avec, la stratégie de surveillance du traitement de l'EMCDDA d'ici la fin de l'année 2012.

(f) Modifications de la définition et conséquences sur les données antérieures

Les modifications apportées à certaines définitions dans le protocole TDI 3.0 peuvent avoir des effets sur les données transmises. En ce qui concerne les données antérieures, il n'est pas demandé aux pays de déclarer de nouvelles données pour les années précédentes. Dans la plupart des pays, d'après l'analyse déjà effectuée, l'impact des modifications sur les résultats finaux ne semble pas très marqué ; toutefois, les effets des modifications seront soigneusement examinés.

2. Directives

2.1 Définitions

2.1.1 Personnes à inclure

Les personnes à inclure sont les consommateurs de drogues qui commencent un épisode de traitement² dans un centre de soins³ durant l'année calendaire, entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre, en raison de problèmes liés à leur usage de drogues.

Un usager ne doit être déclaré qu'une fois au cours de l'année calendaire : si, pour une quelconque raison, l'usager est enregistré plus d'une fois au niveau national, les doublons doivent être supprimés, dans la mesure où les outils techniques existant au niveau national pour la déclaration à l'EMCDDA le permettent. Seul le premier épisode de traitement au cours de l'année sera déclaré.

Objectif

Identifier de manière fiable les personnes ayant des problèmes de drogue qui débutent un traitement et évaluer leurs problèmes, leurs profils d'usage de drogues, les risques pour leur santé et les risques sur le plan social, dans le but d'utiliser les informations comme indicateur de profils et tendances d'usage problématique de drogues.

Critères d'inclusion :

1. Personne ayant démarré un traitement pour addiction (selon la définition du traitement pour addiction fournie ci-dessous) entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre.
2. Si une personne a démarré un traitement plus d'une fois au cours de l'année de déclaration, seul le premier épisode de traitement (selon la définition de l'épisode de traitement fournie ci-dessous) doit être déclaré à l'EMCDDA.

Critères de non-inclusion :

1. Personne qui contacte un centre de soins pour le compte d'un usager de drogues, mais qui n'est pas un usager de drogues.
2. Personne ayant des problèmes dus à sa relation personnelle avec un usager de drogues, mais qui n'est pas lui-même un usager de drogues.
3. Personne ayant déjà été déclarée une fois dans le même centre ou dans un autre centre, au cours de l'année calendaire.
4. Personne qui débute une action/procédure de traitement en parallèle avec un traitement en cours. Il peut s'agir d'un élément d'un traitement qui a déjà été déclaré (dans l'année ou au cours des années précédentes), par exemple une psychothérapie parallèlement à un traitement de substitution aux opiacés en cours, ou un traitement supplémentaire.
5. Personne qui initie une action/procédure de traitement dans la continuité d'un traitement en cours qui a déjà été déclaré (dans l'année ou au cours des années précédentes), par exemple un sevrage avec hospitalisation demandé après un traitement de substitution de deux ans.

Considérations méthodologiques

Il est recommandé d'éviter les doubles comptes d'un même usager chaque fois que cela est possible aux différents niveaux et selon les outils techniques existants au niveau national : entre régions ou zones géographiques/juridictions du même pays ; entre centres de soins, y compris des centres de soins de types différents et au sein du même établissement. Afin de ne pas recenser le même usager plus d'une fois au cours de l'année de déclaration, une solution techniquement idéale serait de posséder un registre national central des usagers débutant un traitement pour addiction, dans lequel chacun posséderait un identifiant unique qui permettrait de supprimer les doublons lors de la déclaration des données. Mais l'option technique idéale n'est pas applicable dans divers pays pour des raisons administratives, économiques ou légales. Dans ces pays, les procédures applicables pour réduire au maximum le double recensement des cas doivent être mises en place. L'option la plus simple est la réalisation par l'organisme de traitement d'un contrôle interne (au sein du même centre de soins) pour déterminer si le patient est déjà enregistré comme étant en traitement. Toutefois, en plus de cela, il peut être nécessaire de demander à l'usager s'il a déjà reçu un traitement auparavant, car il se peut qu'il

⁽²⁾ Se reporter ci-dessous à la définition du traitement pour addiction et de l'épisode de traitement pour les besoins de ce protocole.

⁽³⁾ Se reporter ci-dessous à la définition du centre de soins pour les besoins de ce protocole.

ait été traité dans d'autres centres au cours de la même période. Une autre option utilisée dans certains pays consiste à contrôler les doubles comptes au niveau régional. Cela peut éviter la plupart des doubles comptes, car l'organisation administrative des services de santé et sociaux de nombreux pays rend difficile le traitement simultané dans des régions différentes (voir également « Double recensement » dans la rubrique 3).

Une présentation graphique est fournie à la rubrique 4 — définition de cas — Description graphique

2.1.2 Traitement pour addiction

Le traitement pour addiction est défini comme une ou plusieurs actions ciblant directement des personnes ayant des problèmes liés à leur usage de drogues et visant à atteindre des objectifs définis en termes d'atténuation et/ou d'élimination de ces problèmes, mises en œuvre par des professionnels expérimentés ou accrédités, dans le cadre d'une pratique reconnue d'assistance médicale, psychologique ou sociale.

Cette action a souvent lieu dans des structures spécialisées pour usagers de drogues, mais elle peut également se dérouler dans des services généraux offrant une aide médicale/psychologique aux personnes ayant des problèmes de drogue (voir aussi « Centre de soins »).

Objectif

Cette définition est assez générale, afin d'inclure une large palette d'utilisateurs différents ayant des problèmes liés à leur usage de drogues. Il convient de rappeler que l'objectif du TDI est essentiellement épidémiologique, visant à recueillir des informations sur les personnes ayant des problèmes de drogue importants.

Critères d'inclusion :

- interventions dont le but principal est le sevrage
- interventions dont le but principal est l'abstinence
- traitement de substitution
- programmes spécialisés/structurés pour un traitement des addictions à long terme
- interventions visant à réduire les dommages liés aux drogues, si elles sont organisées dans le cadre de programmes planifiés
- psychothérapie/écoute
- traitement structuré avec une forte composante sociale
- traitement médicalement assisté
- interventions non médicales incluses dans des programmes planifiés
- traitement spécifique destiné aux usagers de drogues en milieu pénitentiaire

Critères de non-inclusion :

- interventions sporadiques non incluses dans un programme planifié
- prise de contacts pour lequel l'usage de drogues n'est pas le principal motif de demande d'aide
- prise de contacts avec des services généraux pour une demande d'aide sociale uniquement
- prise de contacts par téléphone ou courrier uniquement
- prise de contact uniquement avec la famille ou d'autres personnes qui ne sont pas eux-mêmes usagers de drogues
- emprisonnement en soi
- traitement par internet uniquement
- services proposant uniquement un échange de seringues

Considérations méthodologiques

Les données doivent être aussi complètes que possible ; cela signifie que toutes les données disponibles concernant des personnes ayant des problèmes de drogue débutant un traitement pour addiction selon la définition ci-dessus — Critères d'inclusion — doivent être déclarées.

2.1.3 Début du traitement

Le début du traitement est considéré comme étant le(s) premier(s) contact(s) en tête-à-tête formalisé(s) entre l'utilisateur et le centre. Durant ce(s) contact(s), il doit être possible d'identifier l'utilisateur (afin d'éviter le double recensement) et d'évaluer les caractéristiques et les besoins de l'utilisateur en relation avec le problème de drogue.

Selon le type de centre, ces exigences doivent être remplies après les premiers contacts (éventuellement de un à trois contacts) des usagers avec le thérapeute (en plus des contacts possibles avec le personnel administratif).

Le critère indicatif de trois contacts en tête-à-tête au maximum est proposé, mais les pays ont la possibilité d'appliquer une certaine souplesse, en fonction de leurs pratiques en matière de déclaration. Dans les informations méthodologiques, il est important de préciser à quel moment l'utilisateur est enregistré comme devant être déclaré dans les données à destination de l'EMCDDA.

Si un usager débute plus d'un traitement durant l'année de déclaration, seul le premier épisode de traitement doit être déclaré à l'EMCDDA, comme mentionné ci-dessus.

Objectif

Les données déclarées dans les premiers contacts entre le centre de soins et l'utilisateur visent à obtenir des informations récentes sur le profil social de l'utilisateur débutant un traitement pour toxicomanie et son profil d'usage de drogues au cours de la période précédant le traitement.

Critères d'inclusion

- Usager ayant des contacts en tête-à-tête avec le centre de soins à un stade initial de traitement (généralement entre un et trois contacts).

Critères de non-inclusion

- Contacts ayant lieu à un stade tardif du traitement (généralement après le troisième contact ou au-delà entre les centres de soins et l'utilisateur).
- Contacts autres qu'en tête-à-tête (téléphone, internet, etc.).

Considérations méthodologiques

Les procédures d'enregistrement diffèrent pour chaque pays. Cette variable devrait assurer une certaine harmonisation de la procédure d'enregistrement à travers les pays et garantir que les données de base sur l'utilisateur peuvent être enregistrées.

Le nombre de contacts avec l'utilisateur permettant au pays (centre de soins, etc.) de déclarer les données dans le protocole TDI doit être précisé dans les informations méthodologiques.

Voir également la description graphique de la définition de cas à l'Annexe 5.1

2.1.4 Fin du traitement

Le traitement est considéré comme terminé lorsqu'il est décidé de sa conclusion formelle (de manière convenue ou non) ou lorsque l'utilisateur cesse de se présenter au centre de soins ou décède.

Les causes de la fin du traitement peuvent être dues à l'abandon du traitement par l'utilisateur, une décision explicite de l'utilisateur d'arrêter le traitement, son décès ou par l'arrêt du programme thérapeutique sur décision du centre de soins (voir également le module relatif à la prévalence du traitement).

Objectif

Le protocole TDI est axé sur le « début du traitement » et n'a pas pour but de recueillir des données sur la fin du traitement. Le recueil de données sur la fin du traitement est nécessaire pour deux raisons opérationnelles :

- 1) la fin du traitement est directement liée à la définition de cas du TDI et à la décision d'enregistrement d'un traitement ultérieur. C'est au moment où débute un traitement, qu'il est déterminé si le précédent est bien terminé.

- 2) les informations sur la fin du traitement sont liées au module sur la « prévalence du traitement » ; elles permettent l'identification des usagers toujours en traitement d'une année à l'autre ou ceux pour qui le traitement est terminé quelque en soit la raison.

Les informations sur la fin du traitement ne visent donc pas à mesurer le résultat du traitement, mais uniquement à évaluer si une personne doit toujours être déclarée comme étant en traitement ou non.

Critères d'inclusion :

Le traitement est considéré comme terminé lorsque :

- un professionnel a autorisé la sortie du patient
- l'utilisateur a explicitement décidé de mettre fin au traitement
- un centre de soins ou un professionnel décide de mettre fin au traitement pour des raisons non liées à son achèvement, mais pour d'autres raisons, par exemple le non-respect du traitement, la violation d'une réglementation, etc.
- l'utilisateur décède
- l'utilisateur n'a plus de contact avec le centre de soins. Il est recommandé de considérer un traitement comme terminé après six mois sans contact entre l'utilisateur et le centre de soins ; toutefois, chaque pays applique une définition très variable de la fin du traitement. Si certains pays adoptent une période différente pour considérer un usager comme sorti du traitement (abandon), le traitement peut être considéré comme terminé conformément aux règles nationales. Les pays doivent indiquer à quel moment un traitement est considéré comme terminé dans leurs spécifications méthodologiques.

Critères de non-inclusion

Le traitement n'est pas considéré comme achevé lorsque :

- l'utilisateur évolue dans le parcours de soins et est référé d'un centre à un autre en raison d'une ré-orientation au cours du même épisode de traitement (on parle parfois de « soins partagés »)
- l'utilisateur termine une partie de son traitement et en débute une nouvelle dans le cadre du même épisode de traitement
- l'utilisateur reste en contact avec le centre de soins sur une période de six mois ou moins (selon la période définie dans les règles nationales comme caractérisant un abandon du traitement).

Considérations méthodologiques:

Chaque pays doit spécifier dans les informations méthodologiques quelle est la période définie pour considérer un usager comme ayant abandonné son traitement. La règle des six mois devant être utilisée dans la mesure du possible.

2.1.5 Épisode de traitement

Un épisode de traitement est défini comme la « période de soins entre le début du traitement pour un problème (...) de drogue et la fin des services pour le protocole de soins prescrit ».

Le traitement pour addiction est un processus complexe et il est souvent nécessaire de recourir à différentes actions/procédures thérapeutiques parallèlement ou consécutivement, parfois pendant une période prolongée (par exemple, écoute, psychothérapie, traitement de substitution, autres traitements pharmacologiques, sevrage avec ou sans hospitalisation, soins avec hébergement à plus long terme...). « Un usager peut bénéficier d'une ou plusieurs modalités/interventions (ou types) de traitement au cours du même épisode de traitement. Un usager peut également avoir plus d'un épisode de traitement en une année » (Manchester University, 2010) (SAMHSA, 2009).

Objectif

Établir quand un usager reste dans le même parcours de soins et donc déterminer si l'utilisateur doit ou non être de nouveau déclaré pour les besoins de l'indicateur TDI.

Critères d'inclusion

1. Toutes les actions/procédures faites à un usager pour traiter le problème de drogue ayant causé l'entrée en traitement, dans la mesure où elles sont effectuées de manière organisée/planifiée. Ces actions peuvent être réalisées sur une période prolongée, dans une seule structure ou dans des locaux différents. Elles peuvent suivre un plan initial établi ou être modifiées en fonction des besoins et de l'évolution de l'usager.
2. Si le processus de traitement est formellement terminé ou si l'usager abandonne le traitement⁴ puis est de nouveau admis en traitement, un nouvel épisode de traitement doit être déclaré.

Critères de non-inclusion

1. Une action unique dans le cadre d'une chaîne planifiée/organisée d'interventions n'est pas considérée comme un épisode de traitement.

2.1.6 Centre/programme de soins

Est considéré comme un centre/programme de soins toute structure offrant un traitement pour addiction selon la définition fournie ci-dessus, à des usagers ayant des problèmes de drogue. Les centres de soins peuvent être des centres spécialisés axés sur le traitement des usagers de drogues, ou inclus dans des structures plus vastes ciblant différents groupes d'usagers (par exemple, usagers ayant des troubles mentaux, consommateurs d'alcool, etc.). Il peut également être basé dans des centres médicaux ou non médicaux, gouvernementaux ou non gouvernementaux, publics ou privés.

Objectif

Identifier la large palette de structures dans lesquelles un usager peut débiter un traitement pour addiction, quel que soit le type d'interventions reçu. L'objectif de l'indicateur étant l'identification des usagers ayant des problèmes de drogue, le type de structure n'est pas un facteur déterminant.

Comme il est expliqué en détail dans les considérations méthodologiques ci-dessous, il est important de souligner que dans le précédent protocole TDI version 2.0, les données étaient déclarées par type de centre de soins. Dans la version actuelle du protocole, les données seront déclarées dans un seul modèle.

Le type de centre de soins ne sera pas l'axe privilégié de la déclaration des données. Les formulaires de déclaration comporteront peu de tableaux dans lesquels la répartition par type de centre de soins devra être utilisée.

Centres devant être inclus

Les types suivants de centres de soins sont définis dans le TDI :

- Centres/programmes de soins sans hébergement (en ambulatoire)
- Centres/programmes de soins avec hébergement
- Unités/programmes de traitement en milieu pénitentiaire
- Médecins généralistes
- Structures/programmes à bas seuil
- Autres types de centres/programmes (veuillez préciser le type de centres/programmes)

Définitions des types de centres de soins :

(a) Les centres de soins en ambulatoire sont définis comme des structures de traitement où les usagers sont soignés durant la journée (et ne restent pas pour la nuit). Ils incluent des centres/cliniques publics ou privés pouvant être ouverts le soir, mais qui sont fermés pendant la nuit.

(b) Les centres de soins avec hébergement sont définis comme des centres dans lesquels les usagers peuvent rester pendant la nuit. Ils incluent les communautés thérapeutiques, les cliniques privées, les unités au sein d'un hôpital et les centres offrant des possibilités résidentielles. Les usagers doivent être déclarés comme intégrant un centre de soins avec hébergement lorsque les premiers contacts ont lieu dans un centre avec hébergement et les données du TDI doivent être enregistrées dans ces centres.

⁽⁴⁾ Se reporter à la définition de la fin du traitement.

(c) Les unités de traitement pénitentiaires sont définies comme les services offrant des services spécifiques aux détenus en raison de leur problème de drogue. Elles peuvent inclure :

- les unités spécialisées dans le traitement des addictions avec un espace physique dédié à l'intérieur de la prison
- les professionnels (externes ou internes à la prison) assurant un ensemble d'interventions dont le but est de traiter ou de réduire les problèmes liés aux addictions des usagers de drogues en prison.

(d) Les médecins généralistes sont des praticiens qui traitent des maladies aiguës et chroniques et assurent des soins préventifs et une éducation sanitaire pour tous les âges et les deux sexes. Ils traitent parfois des usagers de drogues pour leurs problèmes d'addiction, dans certains cas en liaison avec des centres de soins avec ou sans hébergement, et certains ont suivi une formation spécifique au traitement des usagers de drogues.

(e) Les structures à bas seuil sont des centres/programmes visant à prévenir et à réduire les dommages pour la santé associés à l'addiction, en particulier l'incidence des infections virales transmises par le sang et les surdosages, et à encourager les usagers de drogues actifs à contacter les services sanitaires et sociaux.

(f) Les autres types de structures de traitement sont tous les centres de soins offrant un traitement pour toxicomanie conformément à la définition fournie ci-dessus. Si la catégorie « autres » est utilisée, le type de structure de soins effectuant la déclaration des données doit être décrit et précisé dans les spécifications méthodologiques.

Centres/programmes à exclure :

- Tout autre type de structures de traitement, lorsqu'elles ne sont pas impliquées dans le traitement pour addiction conformément à la définition ci-dessus (définition du traitement)
- Centres/programmes diffusant uniquement des informations
- Centres/programmes concernés uniquement par l'échange de seringues
- Les interventions sporadiques destinées aux usagers de drogues dans les prisons ne sont pas incluses (par exemple, information, fourniture et échange de seringues uniquement, etc.) selon la définition fournie dans les critères de non-inclusion pour le traitement pour addiction
- Urgences hospitalières
- Structures généralistes de prise en charge sociale non axées sur l'usage de drogues.

Considérations méthodologiques

Les données seront déclarées à l'EMCDDA en mettant l'accent sur les usagers eux-mêmes, leurs caractéristiques et leur profil d'usage de drogues, en particulier la drogue leur causant le plus de problèmes. Les centres/programmes de soins, qui étaient précédemment la stratification de base de la déclaration, ne seront que l'une des variables déclarées. Plusieurs raisons expliquent le fait que l'accent soit mis sur les usagers :

- L'objectif de l'indicateur est épidémiologique et cible le nombre et les caractéristiques des usagers débutant un traitement pour addiction en tant qu'indicateur indirect de l'usage problématique de drogues.
- 10 ans de recueil des données européennes montrent que 80 % des usagers déclarés à l'EMCDDA ont débuté leur traitement dans des centres en ambulatoire. Les autres types de centres (en excluant la prison) ne sont généralement pas des points d'entrée, mais sont utilisés dans les phases ultérieures du programme de traitement.
- Dans un certain nombre de pays, les médecins généralistes, les services à bas seuil et les autres types de sources de traitement ne jouent pas un rôle fondamental dans la fourniture du traitement pour toxicomanie selon la définition du protocole (bien qu'ils puissent apporter une aide très précieuse aux usagers de drogues), ou il n'est pas possible de recueillir des données de ces sources. En conséquence, les données ne sont disponibles que pour un petit nombre de pays, ce qui rend leur analyse au niveau européen difficile.
- Seul un petit nombre d'analyses spécifiques est utile par type de centre de soins. Il est difficile de réaliser une comparaison détaillée par type de centres de soins en raison des différences nationales d'organisation du système de soins.

2.1.7 Drogue posant le plus de problèmes à l'utilisateur (drogue principale)

La drogue principale est définie comme la drogue causant le plus de problèmes à l'utilisateur au début du traitement. Sa détermination repose généralement sur la demande faite par les usagers et (ou) sur le diagnostic posé par un thérapeute, généralement en utilisant les instruments standard internationaux (par exemple, CIM-10 ; DSM-IV⁵, ASI) ou l'évaluation clinique. Cet item revêt une importance fondamentale et il doit être recueilli pour chaque usager.

Objectif

Identifier la drogue posant le plus de problèmes à l'utilisateur, en évaluant ses caractéristiques et l'évolution des modes d'usage dans le temps. Cette variable permet d'enregistrer des informations sur les problèmes les plus importants pour les usagers de drogues d'un point de vue épidémiologique.

Critères d'inclusion

- La drogue principale est la drogue qui cause les problèmes les plus graves (problèmes de santé, troubles mentaux, problèmes sociaux, etc.) à l'utilisateur
- La drogue principale est la principale raison ayant motivé le démarrage d'un traitement par l'utilisateur
- La drogue principale peut être un médicament consommé de manière détournée par l'utilisateur, hors prescription médicale
- La drogue principale peut être toute drogue indiquée dans la liste des drogues posant le plus de problèmes, présentée ci-dessous.

Critères de non-inclusion

- L'alcool ne peut être enregistré que comme drogue dite « secondaire », en accompagnement d'une drogue principale (voir la rubrique relative à la drogue dite « secondaire »)
- Le tabac
- Tous les médicaments et psychotropes consommés exclusivement à des fins de traitement médical conformément à la prescription d'un médecin et à la pratique médicale

Considérations méthodologiques

La décision concernant le choix d'une drogue principale doit toujours reposer sur le diagnostic du professionnel à laquelle s'ajoute la demande faite par l'utilisateur.

Les critères applicables à la sélection de la drogue principale n'ont pas changé et sont en accord avec les critères de déclaration des données du protocole TDI 2.0. Une nouvelle variable relative à la polydconsommation est maintenant ajoutée afin de fournir des informations complémentaires, mais elle ne remplace pas la notion de drogue principale.

Si la substance exacte n'est pas connue (par exemple, « amphétamines » ou « MDMA et dérivés »), la catégorie générique (par exemple, « stimulants autres que la cocaïne ») doit être renseignée.

La catégorie « Non connu » ne doit être utilisée qu'à titre exceptionnel

2.1.8 Autres drogues ou drogue dite « secondaire »

Les drogues dite « secondaires » sont les drogues consommées en plus de la drogue principale et sont des substances qui causent des problèmes pour l'utilisateur et/ou modifient la nature du problème tel qu'il est évalué par l'utilisateur et le thérapeute.

Objectif

Identifier les autres drogues posant des problèmes aux usagers.

(⁵) Il convient de rappeler que le DSM-IV est en cours de révision et qu'une version révisée devrait être bientôt disponible.

Critères d'inclusion

- Toutes les drogues causant des problèmes de santé ou sociaux à l'utilisateur, mais non identifiées en tant que drogue causant le plus de problèmes
- L'alcool

Critères de non-inclusion

- Le tabac
- Les substances consommées par les usagers, mais ne leur causant pas de problèmes
- Les médicaments consommés à des fins médicales sur prescription d'un médecin

Considérations méthodologiques

Les autres drogues (drogues « secondaires ») doivent être des substances consommées et causant des problèmes à l'utilisateur. Jusqu'à quatre autres drogues peuvent être déclarées à l'EMCDDA. Toutefois, chaque pays applique des procédures d'enregistrement différentes et peut enregistrer un nombre différent de substances secondaires. Dans ce cas, il est nécessaire de préciser le nombre de substances enregistrées par usager dans les informations méthodologiques.

2.1.9 Problème de la polyconsommation

Les informations sur la polyconsommation sont complémentaires et viennent en supplément des informations sur la drogue causant le plus de problèmes à l'utilisateur. L'existence d'un problème de polyconsommation doit toujours être évaluée une fois que la drogue principale a été déterminée, conformément aux directives et aux procédures spécifiques employées jusqu'à présent.

Objectif :

La variable portant sur le problème de polyconsommation vise à évaluer si une personne est un usager problématique de plus d'une drogue simultanément, rendant difficile d'identifier clairement une drogue principale. Ce concept doit être utilisé dans une approche très restreinte comme dans la CIM-10, qui définit la polyconsommation comme l'usage de plusieurs drogues à utiliser « lorsque deux substances psychoactives ou plus sont connues pour être impliquées, mais il est impossible d'évaluer laquelle des substances contribue le plus au trouble ». La décision est fondamentalement clinique et l'utilisation doit être restrictive.

Critères d'inclusion

- Usagers dont le profil de consommation montre plusieurs substances causant des problèmes importants de manière simultanée et chez qui il est très difficile d'établir quelle est la drogue principale.
- Ces informations ne doivent être recueillies qu'après qu'une drogue principale ait été déterminée comme précédemment avec le protocole 2.0, même avec les difficultés que l'on connaît dans certains cas. Les règles et procédures existantes pour sélectionner une drogue principale doivent continuer d'être appliquées, comme elles l'étaient jusqu'à présent.

Critères de non-inclusion

- Usagers consommant une seule drogue
- Usagers consommant plus d'une drogue, mais chez qui une seule d'entre elle cause des problèmes
- Usagers consommant plus d'une drogue leur causant des problèmes, mais pour qui il est possible d'identifier avec une certaine fiabilité laquelle cause le plus de problèmes

Considérations méthodologiques

L'usage de plusieurs drogues ne constitue pas en lui-même un problème de polyconsommation pour les besoins du protocole TDI. Un usager est défini comme un polyusager problématique lorsque plus d'une drogue lui crée systématiquement des problèmes, de telle sorte qu'il est difficile d'établir clairement quelle drogue lui cause le plus de problèmes.

Justification de l'approche adoptée dans le protocole TDI 3.0

La polyconsommation peut être conceptualisée de différentes manières, notamment la consommation de différentes substances au cours de la même période (par exemple, au cours des 30 derniers jours) mais sans interaction pharmacologique importante, ou l'usage simultané de plusieurs substances mélangées ensemble (par exemple, héroïne et cocaïne dans la même injection) ou au cours d'une courte période. Elle peut également correspondre au remplacement régulier d'une substance par une autre en fonction de la disponibilité (par exemple, opiacés et benzodiazépines).

Le simple remplacement du concept de « drogue principale » pourrait entraîner un risque très élevé de divergences fondamentales en termes de recueil et de déclaration des données par pays, rendant les données non comparables et presque impossibles à interpréter. Il existe également un risque considérable que les séries historiques actuelles soient totalement interrompues. Certains pays ayant tenté de mettre en œuvre un recueil de données sur la « polyconsommation » ont été confrontés à des difficultés considérables. Enfin, la plupart des pays européens et non européens ont pu identifier une drogue principale pendant des années, malgré les difficultés connues. Toute modification de ce concept doit être mise en œuvre avec une extrême prudence, car elle pourrait engendrer une modification fondamentale de toute l'analyse, des tendances et des autres méthodologies basées sur les données du TDI.

Une approche dans laquelle une drogue principale n'est pas indiquée impliquerait un risque élevé de divergence entre pays en termes de déclaration des données et une perte d'information. Par conséquent, l'approche adoptée permet le recueil d'informations complémentaires sur les problèmes de polyconsommation, tout en maintenant le concept de drogue principale et la cohérence entre les données existantes et entre pays.

Cette situation n'est pas spécifique des données relatives au traitement. Des questions similaires ont été soulevées en ce qui concerne les données de mortalité. L'OMS, dans sa mise à jour 2002–2003 de la classification CIM-10 pour les décès liés à la drogue, a été confrontée au même problème et une liste de priorité a été établie afin de codifier les drogues les plus dangereuses (pour le cas où le médecin déclarant soit dans l'incapacité de tirer une conclusion).

Voir le protocole DRD 3.2 de l'EMCDDA

- <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index107404EN.html> (Annexe 7, page 64)

ou liste OMS des mises à jour de la CIM-10

- <http://www.who.int/classifications/icd/icd10updates/en/index.html>

2.1.10 L'intérêt des tests de dépistage du VIH ou du VHC

Le suivi des tests de dépistage du VIH et du VHC fournit des informations de base sur l'accès aux soins des usagers traités pour addiction (usagers de drogues par voie intraveineuse essentiellement).

Objectif

Les informations sont utiles pour croiser et compléter les données avec des informations sur le comportement des injecteurs (recueillies dans le TDI d'une part, et par le biais d'autres sources d'informations sur les maladies infectieuses - tableau standard ST 09 - d'autre part). Le but final est de dresser un tableau plus complet et plus fiable du niveau de dépistage des maladies infectieuses parmi les usagers en traitement.

Considérations méthodologiques

Il est très important de connaître le statut d'injection de l'utilisateur (utilisateur ayant déjà consommé par voie intraveineuse ou pas) et les données déclarées doivent toujours être réparties par statut d'injection et par substances.

La cohérence des informations déclarées via l'indicateur TDI et celles déclarées via l'indicateur DRID sera évaluée en détail, en coopération avec les pays.

2.1.11 Partage de seringues

Il existe différents types de partage du matériel d'injection (aiguilles, seringues, filtres, solutions injectables, prêt/emprunt du matériel d'injection, partage avec sa/son partenaire, avec des amis, etc.) qui sont d'importants comportements à risque. Le partage des seringues fait partie de ces comportements à risque.

Il n'est pas possible de d'enregistrer tous les types possibles de partage du matériel d'injection dans un système européen de surveillance. Au niveau national ou local, des informations nettement plus détaillées peuvent être recueillies, en particulier là où les maladies infectieuses sont fréquentes ou là où il existe un risque d'augmentation de leur prévalence. Pour cette raison, il est seulement demandé

de déclarer à l'EMCDDA les informations sur le partage des seringues. Des informations plus détaillées au niveau européen sont enregistrées en utilisant d'autres instruments (notamment tableau standard ST 09).

Objectif

Recueillir des informations de base sur les comportements à risque importants (partage d'aiguilles/de seringues), pouvant conduire à des maladies infectieuses.

Critères d'inclusion

- Tous les usagers ayant déjà consommé des drogues par voie intraveineuse

Critères de non-inclusion

- Tous les usagers n'ayant jamais consommé de drogues par voie intraveineuse

Considérations méthodologiques

Les informations doivent faire référence aux individus ayant déjà consommé une drogue injectable quelle qu'elle soit.

2.1.12 Traitement de substitution aux opiacés (TSO)

Le traitement de substitution aux opiacés est une intervention au long court consistant à prescrire une substance agoniste dans le but de réduire ou d'éliminer la consommation d'un opiacé illicite ou de réduire les dommages liés à un mode d'administration donné et ses dangers pour la santé.

Objectif

Mieux déterminer le niveau d'accessibilité du traitement de substitution. Savoir si un usager débutant un nouveau traitement a déjà reçu un traitement de substitution précédemment. Ces données fourniront également des informations sur la prise d'un TSO au cours de la vie de l'usager débutant un traitement pour un autre usage problématique de drogues et le temps écoulé depuis le premier TSO.

Critères d'inclusion

- Usagers ayant déjà été traités au cours des années précédant l'année de déclaration.

Critères de non-inclusion

- Usagers n'ayant jamais été traités avant l'année de déclaration.

Spécifications méthodologiques

Il est important de vérifier si l'usager reçoit un traitement avec prescription d'un médicament de substitution et s'il est également déclaré comme consommant de manière détournée ce médicament de substitution ou un autre. Cela sera utile comme information de validation et pour vérifier l'adéquation du traitement.

2.2 Liste des items

1. Type de centre de soins

1. Centres/programmes de soins sans hébergement (en ambulatoire)
2. Centres/programmes de soins avec hébergement
3. Unités/programmes de traitement en milieu pénitentiaire
4. Médecins généralistes
5. Structures/programmes à bas seuil
6. Autre (veuillez préciser le type de centre/programme de soins)
99. non connu

Spécifications méthodologiques

Les six types de centres de soins présentés ci-dessus sont les types les plus courants pour lesquels des usagers sont identifiés et des données déclarées ; ce sont aussi les plus fréquents points d'entrée dans le système de soins.

Les unités de traitement en milieu pénitentiaire constituent un point d'entrée important pour de nombreux usagers de drogues qui n'apparaîtraient pas en traitement par ailleurs. En outre, la question de l'addiction et de la prison fait aujourd'hui partie des priorités dans l'ordre du jour politique européen et mérite une attention particulière.

Pour la définition du traitement et la classification des centres de soins qui ne sont pas inclus dans les trois groupes présentés ci-dessus, se reporter à la définition du traitement pour addiction et du centre de soins.

On rappelle que dans le formulaire de déclaration des données, la répartition par type de centre de soins n'est pas centrale, et ne sera que peu utilisée.

2. Date de début du traitement

/ _____ /

Spécifications méthodologiques

La date de début de traitement est essentielle pour créer des analyses de tendance dans le temps et pour séparer les périodes (épisodes de traitement) pour la déclaration. Cela permet une analyse dynamique des données sur le traitement.

Le mois de traitement ne doit pas être communiqué à l'EMCDDA, mais il doit être enregistré au niveau national et au niveau du centre de soins, afin d'éviter le risque de recenser la même personne deux fois au cours de la même période de déclaration.

3. Déjà traité par le passé

1. Jamais traité par le passé
2. Traité par le passé
99. non connu

Spécifications méthodologiques

Se reporter également à la définition du « premier traitement » dans la rubrique relative à la définition des usagers jamais traités avant l'année de déclaration. Si un usager débute un traitement plus d'une fois au cours de la même année de déclaration, seul le premier épisode de traitement doit être enregistré. Les autres traitements précédents peuvent faire référence au traitement reçu en raison de l'usage d'une quelconque drogue, pouvant être différente de la drogue principale actuelle. Le double recensement doit, dans la mesure du possible, être évité au sein du même pays.

4. Origine de la demande de consultation

1. tribunal/obligation de soins/injonction thérapeutique
2. médecin généraliste
3. autre centre de soins pour usagers
4. autre service sanitaire, médical ou social
5. services d'éducation, services pédagogiques
6. patient lui-même, patient orienté par sa famille, ses amis, etc./ aucune autre structure/institution impliquée
7. autre (veuillez préciser)
99. non connu

Spécifications méthodologiques

L'origine de la demande de consultation fournit des indications sur la trajectoire de l'utilisateur. L'analyse européenne menée au cours des 10 dernières années a montré qu'il est important de comprendre quels sont les services autres que ceux liés aux addictions qui sont impliqués dans l'orientation vers le traitement. L'objectif de cette variable est de comprendre le niveau d'implication des autres structures, établissements et services sanitaires et sociaux dans l'orientation de l'utilisateur vers le traitement. Les données sur l'origine de la consultation sont également importantes pour estimer dans quelle mesure le traitement est dû à une obligation légale. L'« origine de la consultation » fait référence à la source ayant joué le plus grand rôle dans l'orientation de l'utilisateur vers le traitement.

5. Sexe

1. homme
2. femme
99. non connu

Spécifications méthodologiques

Information épidémiologique de base.

6. Âge au début du traitement (en années)

Âge : /___/___/

99.non connu

Spécifications méthodologiques

Information épidémiologique de base.

7. Conditions de vie (avec qui)

1. seul
2. avec sa famille d'origine (parents, etc.)
3. avec son partenaire/ses enfants
4. avec des amis ou d'autres personnes (sans relation familiale)
5. en détention
6. en institution/refuge (pas de détention)
7. autre
99. non connu

Spécifications méthodologiques

L'objectif principal de l'aspect « avec qui » des conditions de vie est d'évaluer indirectement les relations sociales de l'utilisateur. Les conditions de vie font référence à la situation prédominante de la personne, si elle vit dans plus d'un contexte au cours de la même période. Les conditions de vie font référence à la situation actuelle : *elles concernent les 30 jours précédant le début du traitement.*

8. Conditions de vie (avec enfants)

1. sans enfants
2. ayant des enfants
 - 2.1 ne vivant pas avec des enfants
 - 2.2 vivant avec des enfants
99. non connu

Spécifications méthodologiques

Cet item vise à évaluer si l'utilisateur a des enfants et à connaître les conditions de vie des usagers de drogues et de leurs enfants. Les enfants incluent toutes les classes d'âge, enfants biologiques ou non.

9. Conditions de vie (où)

1. logement stable
2. logement précaire et/ou sans abri
3. en détention
4. autre
99. non connu

Spécifications méthodologiques

L'aspect « où » des conditions de vie a pour but de mettre en avant la stabilité des conditions de vie. Les usagers en logement précaire sont ceux qui vivent dans des lieux différents (chez des amis, dans la rue, dans des refuges, etc.), allant d'un endroit à un autre au cours de la période précédant le début du traitement. Si un usager vit dans un établissement, il doit être déclaré comme appartenant à la catégorie 4 « autres » et l'établissement doit être précisé. Les conditions de vie font référence à la situation prédominante de la personne, si elle vit dans plus d'un contexte au cours de la même période. Les conditions de vie font référence à la situation actuelle : *les 30 jours précédant le début du traitement.*

10. Situation professionnelle

1. emploi occasionnel
2. emploi régulier
3. étudiant
4. sans emploi/chômeurs en proie au découragement
5. bénéficiaires de prestations sociales/retraités/au foyer/en invalidité
6. autre
99. non connu

Spécifications méthodologiques

La situation professionnelle fournit des informations essentielles sur l'insertion économique et sociale de l'utilisateur, ainsi que sur sa vie quotidienne. Dans la mesure du possible, le protocole suit les normes Eurostat afin de permettre la comparaison avec les statistiques de la population générale et d'éviter le chevauchement des catégories (par exemple, sans emploi et inactif). Les catégories définies par Eurostat dans les statistiques officielles sur la situation professionnelle sont les suivantes :

- Employé = personne ayant travaillé au moins une heure (contre rémunération, bénéfice ou gains familiaux) au cours des 30 derniers jours
 - Occasionnel = lorsque le travail est rare, irrégulier ou sporadique
 - Régulier = lorsque le travail est fréquent, régulier et/ou régi par un contrat écrit
- Étudiants = élèves scolarisés
- Sans emploi = personnes qui ne travaillent pas et cherchent activement un emploi ;
Chômeurs en proie au découragement = personnes qui ne travaillent pas et ne recherchent plus d'emploi car ils n'arrivent pas à en trouver
- Bénéficiaires de prestations sociales/retraités/au foyer/en invalidité = personnes qui reçoivent des prestations de sécurité sociale, une pension de retraite ou d'invalidité ou qui sont au foyer

Ces informations font référence aux 30 jours précédant le début du traitement

11. Niveau d'éducation le plus élevé obtenu

1. n'est jamais allé(e) à l'école/n'a jamais achevé le cycle primaire (CITE 0)
2. niveau d'enseignement primaire (CITE 1)
3. niveau d'enseignement secondaire (CITE 2 et CITE 3)
4. niveau d'enseignement supérieur (CITE 4 à 6)
99. non connu/manquant

Spécifications méthodologiques

Le niveau d'éducation constitue une catégorie socio-économique importante. Une conformité plus stricte à la classification internationale type de l'éducation (CITE⁶) est recommandée, de même que l'adoption des règles de conversion spécifiques du pays déjà mises en œuvre pour la fourniture de statistiques sur l'éducation au niveau international.

⁽⁶⁾ Il convient de rappeler que les classifications CITE sont en cours de révision ; les implications éventuelles de la version révisée seront prises en compte.

12. Drogue principale (causant le plus de problèmes à l'utilisateur)⁷

1. Opiacés (total)

- 11 héroïne
- 12 méthadone détournée
- 13 buprénorphine détournée
- 14 fentanyl illicite/détourné
- 15 autres opiacés (veuillez préciser)

2. Cocaïne (total)

- 21 cocaïne en poudre (HCl)
- 22 cocaïne sous forme de crack
- 23 autre (veuillez préciser)

3. Stimulants autres que la cocaïne (total)

- 31 amphétamines
- 32 méthamphétamines
- 33 MDMA et dérivés
- 34 cathinones synthétiques
- 35 autres stimulants (veuillez préciser)

4. Hypnotiques et sédatifs (total)

- 41 barbituriques détournés
- 42 benzodiazépines détournées
- 43 GHB/GBL
- 44 autres hypnotiques et sédatifs détournés (veuillez préciser)

5. Hallucinogènes (total)

- 51 LSD
- 52 kétamine
- 53 autres hallucinogènes (veuillez préciser)

6. Inhalants volatils

7. Cannabis (total)

8. Autres substances (total) (veuillez préciser quelle substance)

99. Non connu

Spécifications méthodologiques

La drogue principale est celle qui pose le plus de problèmes à l'utilisateur, identifiée à partir de sa demande de soins et (ou) après évaluation par le professionnel qui le reçoit.

Cet item doit toujours être complété, que l'utilisateur soit par la suite considéré comme ayant un problème de polyconsommation ou non (information supplémentaire).

Un certain nombre de drogues nouvelles sont incluses dans le protocole. Il s'agit de substances apparues récemment sur le marché de la drogue et dont l'usage problématique a conduit un nombre non négligeable d'utilisateurs à débiter un traitement. La liste ne repose pas sur une classification scientifique des substances en fonction de leurs principes chimiques ou de leurs effets psychoactifs (par exemple, la cocaïne et les autres stimulants sont séparés), de leur mode d'administration ou

(⁷) Remarque : plusieurs substances de la liste peuvent être produites de manière illicite (par exemple, fentanyl ou certaines amphétamines) ou provenir de sources légitimes détournées. Pour les besoins de ce protocole, les deux sources sont incluses.

d'autres catégorisations scientifiques. L'approche adoptée est pragmatique, afin d'aider les professionnels travaillant dans les centres de soins à enregistrer les données.

Les substances incluses sont uniquement celles qui posent des problèmes à l'usager, d'après la formulation de sa demande de soins et l'évaluation d'un professionnel.

Le regroupement des drogues n'est pas seulement basé sur des critères pharmaceutiques, mais également sur l'expérience de terrain des professionnels du secteur.

Les autres opiacés incluent tous les opiacés ne faisant pas partie des catégories précédentes (par exemple, l'héroïne polonaise). Le fentanyl cité en tant que drogue principale inclut à la fois la substance obtenue de manière illicite et le médicament détourné de son usage médical.

Toute spécification concernant la substance principale doit être incluse dans les commentaires méthodologiques.

Les substances suivantes ne peuvent pas être déclarées comme drogue principale :

- le tabac
- l'alcool (qui peut être déclaré comme autre drogue – drogue dite « secondaire »)
- les drogues consommées à des fins médicales sur prescription d'un médecin

Ces informations font référence aux 30 jours précédant le début du traitement, sauf pour les usagers ayant reçu un traitement de sevrage, abstinents ou en détention avant la prise du traitement. Dans ces cas, la période de référence couvre les 30 jours précédant le traitement de sevrage, la période d'abstinence ou la détention.

13. Voie d'administration habituelle de la drogue principale

1. injectée
2. fumée/inhalée
3. ingérée/bue
4. sniffée
5. autre
99. non connu

Spécifications méthodologiques

L'injection de drogues constitue la forme principale de comportement à risque pour un usager de drogues. Ceci est particulièrement important pour les maladies infectieuses (hépatite, VIH), de même que d'autres maladies ou lésions ; la réduction du comportement d'injection est le but de nombreux programmes de réduction des dommages. La « voie d'administration habituelle » fait référence au mode d'administration de la drogue principale.

« Fumée/inhalée » fait référence à la consommation de la substance par les voies pulmonaires (par le nez ou la trachée) ; ils concernent la substance prise sous forme de vapeur. « Sniffée » fait référence à la voie nasale et à la prise d'une substance sous forme de poudre.

Ces informations font référence aux 30 jours précédant le début du traitement, sauf pour les usagers ayant reçu un traitement de sevrage, abstinents ou en détention avant la prise du traitement. Dans ces cas, la période de référence couvre les 30 jours précédant le traitement de sevrage, la période d'abstinence ou la détention.

14. Fréquence de consommation de la drogue principale

1. quotidiennement
2. 4 à 6 jours par semaine
3. 2 à 3 jours par semaine
4. une fois par semaine ou moins
5. non consommée au cours des 30 derniers jours
99. non connu

Spécifications méthodologiques

La fréquence de consommation de la drogue principale est un indicateur de la sévérité de la toxicomanie.

Ces informations font référence aux 30 jours précédant le début du traitement, sauf pour les usagers ayant reçu un traitement de sevrage, abstinents ou en détention avant la prise du traitement. Dans ces cas, la période de référence couvre les 30 jours précédant le traitement de sevrage, la période d'abstinence ou la détention.

15. Âge lors de la première consommation de la drogue principale (en années)

Âge : / _____ /

99. non connu

Spécifications méthodologiques

Les effets négatifs de l'usage de drogues augmentent souvent avec le temps. La durée de l'usage de drogues peut être calculée à partir de l'âge de l'utilisateur lors de la première consommation et de son âge au début du traitement. Sur le plan épidémiologique, l'âge de première consommation est un indicateur de l'âge auquel le risque de commencer à consommer des drogues est le plus grand. Le suivi des tendances à long terme peut être utile pour le développement des activités de prévention.

16. Autres drogues, drogues dites « secondaires »⁸

1. Opiacés (total)

- 11 héroïne
- 12 méthadone détournée
- 13 buprénorphine détournée
- 14 fentanyl illicite/détourné
- 15 autres opiacés (veuillez préciser)

2. Cocaïne (total)

- 21 cocaïne en poudre (HCl)
- 22 cocaïne sous forme de crack
- 23 autre (veuillez préciser)

3. Stimulants autres que la cocaïne (total)

- 31 amphétamines
- 32 méthamphétamines
- 33 MDMA et dérivés
- 34 cathinones synthétiques
- 35 autres stimulants (veuillez préciser)

4. Hypnotiques et sédatifs (total)

- 41 barbituriques détournés
- 42 benzodiazépines détournées
- 43 GHB/GBL
- 44 autres hypnotiques et sédatifs détournés (veuillez préciser)

5. Hallucinogènes (total)

- 51 LSD
- 52 kétamine
- 53 autres hallucinogènes (veuillez préciser)

6. Inhalants volatils

7. Cannabis (total)

8. Autres substances (total) (veuillez préciser quelle substance)

99. Non connu

Spécifications méthodologiques

Les substances incluses sont uniquement celles qui causent des problèmes à l'utilisateur elles sont identifiées à partir de la demande de soins de l'utilisateur et après évaluation par un professionnel.

Si un utilisateur ne consomme pas d'autre drogue, cet item doit être laissé vierge.

Jusqu'à quatre autres drogues peuvent être déclarées. Dans le formulaire de déclaration des données, le nombre maximal de drogues déclarées par chaque utilisateur doit être indiqué.

Pour la déclaration à l'EMCDDA, les drogues dites « secondaires » seront indiquées dans l'ordre de leur importance clinique pour le problème de drogue de l'utilisateur. Si cela n'est pas possible, et uniquement dans ce cas, l'ordre d'indication des drogues dites « secondaires » sera le suivant (si des informations sont recueillies) : premières substances consommées par injection, puis en fonction de la

⁽⁸⁾ Mêmes critères concernant l'origine de la substance (production illicite ou détournement) que pour la drogue principale.

fréquence de consommation. Si aucun des ordres ci-dessus ne peut être appliqué, l'ordre sera celui de la liste des substances

Les critères exacts utilisés doivent être expliqués dans la section méthodologique du formulaire de déclaration.

L'alcool fait parti des drogues dites « secondaires ».

Le tabac et les drogues consommées dans un but médical et sur prescription d'un médecin sont exclus.

Les autres opiacés incluent tous les opiacés ne faisant pas partie des catégories précédentes, comme par exemple l'héroïne polonaise.

Ces informations font référence aux 30 jours précédant le début du traitement, sauf pour les usagers ayant reçu un traitement de sevrage, abstinents ou en détention avant la prise du traitement. Dans ces cas, la période de référence couvre les 30 jours précédant le traitement de sevrage, la période d'abstinence ou la détention.

17. Existence d'un problème de polyconsommation

1. oui
2. non
99. non connu

Considérations méthodologiques

Le problème de polyconsommation fait référence aux cas où deux substances ou plus sont impliquées dans le problème de drogue de l'utilisateur, simultanément, et où il est très difficile d'établir quelle est la drogue ayant principalement motivé le début du traitement. Ce concept sera utilisé dans une approche très restrictive, comme dans la CIM-10 (voir définitions).

Cet item doit toujours être complété, même si une seule drogue est consommée (ou si la drogue principale peut être établie avec une certitude raisonnable parmi plusieurs substances consommées) et l'utilisateur n'est PAS un poly-consommateur de drogues (dans ce cas, répondre NON à la question).

Toutefois, même dans le cas d'un usager pour lequel une drogue principale est très difficile à déterminer, une drogue principale doit **toujours** être choisie, conformément aux indications fournies dans les directives et les procédures de mise en œuvre concrète appliquées au niveau national jusqu'à présent (par exemple, demande de l'utilisateur, évaluation clinique, échelles standard de dépendance, fréquence de consommation, hiérarchie convenue des substances, etc.).

Ces informations font référence aux 30 jours précédant le début du traitement, sauf pour les usagers ayant reçu un traitement de sevrage, abstinents ou en détention avant la prise du traitement. Dans ces cas, la période de référence couvre les 30 jours précédant le traitement de sevrage, la période d'abstinence ou la détention.

18. Traitement de substitution aux opiacés (TSO)

1. l'utilisateur n'a jamais reçu de TSO
2. l'utilisateur a déjà reçu un TSO
99. non connu

Spécifications méthodologiques

Le TSO est fréquemment désigné par « traitement de substitution ». Un traitement de substitution est défini comme « l'administration d'agonistes des opiacés ayant fait l'objet d'une évaluation soignée, mise en œuvre par des professionnels expérimentés ou accrédités, dans le cadre d'une pratique médicale reconnue, dans le but d'atteindre des objectifs thérapeutiques définis ». Ce traitement est

souvent fourni en association avec une assistance psychosociale. Cette variable aidera à mieux déterminer le niveau d'accessibilité du traitement de substitution et fournira des informations sur les traitements de substitution aux opiacés au cours de la vie des usagers débutant un traitement pour un autre usage problématique de substance.

Seuls les usagers ayant été traités précédemment doivent être inclus.

19. Âge lors du premier traitement de substitution aux opiacés (TSO) (en années)

1. Âge lors du premier TSO : /_____/

99. Non connu

Spécifications méthodologiques

Cette variable, en association avec les données sur l'âge lors de la première consommation de la drogue principale et l'âge lors de la première injection, contribuera à fournir des informations sur les traitements de substitution aux opiacés au cours de la vie parmi les usagers débutant un traitement pour un usage problématique de substance autre que les opiacés. Cet item ne doit être complété que pour les personnes ayant reçu un TSO avant le début de traitement actuel.

20. Injection antérieure/injection actuelle d'une quelconque drogue

1. n'a jamais consommé de drogues par voie intraveineuse
 2. a déjà consommé des drogues par voie intraveineuse
 - 2.1. a déjà consommé des drogues par voie intraveineuse, mais pas au cours des 12 derniers mois
 - 2.2. a consommé des drogues par voie intraveineuse au cours des 12 derniers mois, mais pas au cours des 30 derniers jours
 - 2.3. consomme actuellement des drogues par voie intraveineuse (au cours des 30 derniers jours)
 3. ne veut pas répondre
- 99.non connu

Spécifications méthodologiques

Cette variable fait référence au comportement d'injection de toutes les drogues, pas uniquement la drogue principale. Cet item identifie l'injection de toute drogue ; il donne une bonne indication du comportement à risque. Il est particulièrement important en ce qui concerne la transmission des maladies infectieuses (hépatite, VIH), de même que d'autres maladies et lésions, ainsi que la question de la réduction des dommages. L'injection à des fins médicales n'est pas déclarée (diabète, etc.).

21. Âge lors de la première injection (en années)

Âge : /_____/

99.non connu

Considérations méthodologiques

Cette variable ne doit être remplie que pour les usagers ayant déjà consommé des drogues par voie intraveineuse. Si l'utilisateur n'a jamais pratiqué d'injection, elle doit rester vierge.

22. Test de dépistage du VIH

1. test jamais réalisé
2. test déjà réalisé
 - 2.1 réalisé, mais pas au cours des 12 derniers mois
 - 2.2 réalisé au cours des 12 derniers mois
3. ne veut pas répondre
99. non connu

Considérations méthodologiques

Cet item concerne les actions de dépistage et il peut fournir une information utile, à croiser avec les comportements en matière de consommation de drogues (injection, partage de seringues). Il est fortement recommandé de vérifier autant que possible l'historique de dépistage.

23. Test de dépistage du VHC

1. test jamais réalisé
2. test déjà réalisé
 - 2.1 réalisé, mais pas au cours des 12 derniers mois
 - 2.2 réalisé au cours des 12 derniers mois
3. ne veut pas répondre
99. non connu

Considérations méthodologiques

Cet item concerne les actions de dépistage et il peut fournir une information utile, à croiser avec les comportements en matière de consommation de drogues (injection, partage de seringues).

24. Partage de seringues

1. n'a jamais partagé de seringue
2. a déjà partagé une seringue
 - 2.1. a partagé, mais pas au cours des 12 derniers mois
 - 2.2. a partagé au cours des 12 derniers mois, mais pas au cours des 30 derniers jours
 - 2.3. partage actuellement (au cours des 30 derniers jours)
3. ne veut pas répondre
99. non connu

Considérations méthodologiques

Informations à demander uniquement si l'utilisateur a déjà consommé des drogues par voie intraveineuse. Si l'utilisateur n'a jamais pratiqué d'injection, la variable doit rester vierge.

3. Aspects méthodologiques et éthiques

Parallèlement aux principes généraux énoncés dans la première partie du protocole, il est nécessaire d'expliquer certains aspects méthodologiques spécifiques importants pour le recueil et la déclaration des données.

Afin de contextualiser les données du TDI déclarées par chaque pays, il est important d'avoir accès à des informations méthodologiques. Un espace est prévu dans le formulaire de déclaration des données de l'EMCDDA pour la fourniture de précisions sur la méthodologie employée pour recueillir et déclarer les données. Un espace dédié aux commentaires est également prévu ; il sera particulièrement important d'utiliser cet espace lorsque les données du pays s'écartent des directives de l'EMCDDA ou présentent des spécificités impossibles à comprendre à partir des données quantitatives seules.

3.1 Période de référence

La période de référence pour l'ensemble du protocole couvre les 30 derniers jours (1 mois) précédant le début du traitement. Ceci est la règle générale applicable à toutes les variables prévues dans le protocole, sauf lorsqu'elle n'est pas applicable par défaut ou en cas de mention contraire. Si cette période de référence n'est pas indiquée, cela signifie qu'elle ne s'applique pas, mais le contexte de l'item concerné permet généralement de le comprendre (par exemple, injection antérieure, âge lors du premier TSO, etc.). Pour les aspects liés à la drogue et dans le cas d'usagers ayant reçu un traitement de sevrage, abstinents ou en détention avant la prise du traitement, la période de référence est la période de 30 jours précédant ces événements (sevrage, abstinence, détention).

3.2 Profils d'usage de drogues : drogue de référence

Les données concernant les profils d'usage de drogues (âge lors de la première consommation, mode d'administration, fréquence de consommation) font référence à la drogue principale. Les items concernant l'injection antérieure et l'âge lors de la première injection portent sur n'importe quelle drogue. Cela est toutefois précisé pour chaque item.

3.3 Couverture

Des informations concernant la couverture des données sont nécessaires pour comprendre le contexte des données du TDI dans chaque pays et son niveau de représentativité.

Tout d'abord, l'estimation de la couverture du TDI doit faire référence aux centres dont la déclaration est attendue dans le cadre du système de déclaration TDI. En outre, il convient d'estimer, même approximativement, dans quelle mesure le système de déclaration TDI couvre la totalité des services de traitement du pays. Cela sera influencé par la disponibilité et l'organisation du système national de soins et du système d'orientation des usagers, ainsi que par la législation relative aux drogues.

Les résultats des analyses des données du TDI montrent qu'il existe à la fois des caractéristiques communes et des différences importantes entre pays, probablement du fait de particularités nationales dans les caractéristiques des problèmes de drogue, des systèmes de soins, des systèmes de veille et de suivi épidémiologique et de la qualité des données. Certaines différences sont liées aux différences de types de structures de traitement et/ou groupes d'usagers couverts par les systèmes nationaux. Un projet spécifique de l'EMCDDA mené en 2007–2008 (Iversen, 2009) sur la couverture des données a révélé un certain nombre d'aspects à prendre en compte lors du recueil de données sur la demande de traitement. Une enquête menée dans certains pays a montré le besoin de disposer de meilleures informations sur la disponibilité du système de soins et sa capacité, afin de comprendre le contexte des données du TDI. Ces informations sont partiellement incluses dans les informations méthodologiques et partiellement déclarées à travers d'autres outils de l'EMCDDA axés sur la disponibilité/capacité de traitement (tableau standard ST 24 et questionnaire structuré SQ 27).

Les recommandations finales du projet soulignent les besoins suivants :

- inclure l'évaluation de la couverture plus en détails dans le système d'assurance de qualité des données du TDI (...);
- encourager les pays à développer des systèmes pour la surveillance des structures et capacités de traitement ;
- encourager les pays à concevoir des systèmes imposant une déclaration par les structures (centres/unités) de soins avec et sans hébergement, y compris la déclaration des données de capacité et les données du TDI existantes.

3.4 Qualité des données

La qualité des données est extrêmement importante dans l'utilisation des données liées aux addictions, en particulier dans un ensemble de données européennes où les informations devraient être aussi comparables que possible entre pays et cohérentes au fil du temps. Toutefois, le contrôle de la qualité des données est une activité complexe, en particulier lorsqu'il porte sur des données provenant de différents pays déclarées sous forme agrégée.

Les données relatives à la demande de traitement fournies par les pays sont validées en routine au moment de leur déclaration à l'EMCDDA. Des procédures de validation basiques sont mises en œuvre régulièrement sur l'exhaustivité des données, leur cohérence, le caractère opportun de leur déclaration, les problèmes de nombres et de chiffres qui diffèrent de manière importante du paysage général de l'UE. Les informations méthodologiques sont elles aussi contrôlées régulièrement, afin de bien comprendre le système d'information et la mise en œuvre réelle des directives méthodologiques pour les données déclarées.

Outre le contrôle qualité des données effectué systématiquement chaque année, un système spécifique permettant d'évaluer la qualité des données de tous les indicateurs clés a été appliqué en 2008. Le système a été utilisé sur les données du TDI et inclut une évaluation des aspects liés à deux secteurs de déclaration des données : le processus de déclaration et la qualité des données. L'évaluation de la qualité des données a été mise en œuvre en consultation avec les PFN et les experts du TDI.

En ce qui concerne le processus, l'évaluation portait sur les aspects suivants : organisation du système de déclaration, ressources financières et humaines dédiées au recueil des données, bases légales du recueil des données, évaluation de la qualité des données, progrès en cours et principaux obstacles à la mise en œuvre du TDI. Dans le secteur de la qualité des données, l'évaluation était axée sur la disponibilité des données au niveau national et la déclaration des données au niveau européen, l'harmonisation avec les directives de l'EMCDDA, le caractère opportun de la déclaration, la couverture des données et la cohérence interne des données.

Les résultats de cette évaluation ont montré que la plupart des pays ont accompli d'importants progrès dans la mise en œuvre des directives TDI au cours de ces dernières années et que le niveau de comparabilité des données a été considérablement amélioré ; toutefois, des améliorations restent nécessaires dans certains secteurs, comme la couverture des données et l'harmonisation avec les normes européennes. En outre, la mise en œuvre de la qualité des données dans les pays pourrait être limitée par la rareté des ressources financières et humaines.

3.5 Double recensement

Dans ce contexte, le « double recensement » fait référence au fait qu'un usager peut être enregistré plus d'une fois dans une base de données de surveillance des traitements au cours d'une année donnée. Le double recensement peut avoir plusieurs causes, comme le manque de communication entre centres de soins, l'absence de système unique permettant une vérification croisée, et d'autres encore. Le double recensement peut conduire à une surestimation du nombre total de personnes traitées.

Sur la base du principe directeur selon lequel ce sont les individus qui doivent être recensés et non les épisodes, le double recensement doit autant que possible être évité, à tous les niveaux, du centre de soins au niveau local, régional, national ou international. Bien sûr, cette règle sera appliquée en tenant compte du niveau de faisabilité réelle et des limites existant au niveau national, régional et local (instruments technologiques et méthodologiques, ressources financières et humaines, cadre légal, incluant les obstacles juridiques liés aux règles en matière de protection des données).

Plusieurs techniques ont été mises en œuvre par les pays (Origer, 1996), des plus courantes comme le contrôle du double recensement dans un registre au moyen d'un identifiant unique attribué aux individus (généralement basé sur un algorithme utilisant le nom et la date de naissance), à des techniques plus sophistiquées comme l'utilisation des empreintes digitales (par exemple aux Pays-Bas).

Dans une situation idéale, le niveau maximal de contrôle du double recensement implique que les pays disposent d'un registre central où ils enregistrent chaque individu, avec une forme d'identifiant unique pour éviter les doublons. Ce registre devant satisfaire à tous les critères permettant de garantir la protection des données. La seconde option est l'existence d'une base de données régionale pouvant contrôler le double recensement à un degré considérable. S'il n'existe pas de registre central ou régional ou s'il n'est pas possible de les mettre en œuvre pour diverses raisons, y compris légales, administratives, financières, le système de soins doit essayer d'appliquer des méthodes de contrôle des données sur les précédents traitements (par exemple, outils électroniques et/ou questionnement direct de l'utilisateur afin de savoir s'il a déjà été en traitement et/ou questionnement des autres centres de soins susceptibles d'avoir déjà été en contact avec l'utilisateur).

Selon la situation actualisée en 2008, l'évitement du double recensement est assez fréquent dans les pays de l'UE, deux pays seulement n'ayant pas de système de contrôle du double recensement ou ayant un système limité. Sur les 26 pays où de tels contrôles existent, ceux-ci sont mis en œuvre au niveau régional ou au niveau du centre de soins pour neuf pays et au niveau national pour 17.

3.6 Aspects éthiques et protection des données

Lorsque des problèmes de drogue sont traités, des notes sont prises sur l'usage des drogues et les forces et difficultés des usagers concernés. Les étapes du traitement sont généralement planifiées sur la base d'un diagnostic formel et d'une vue d'ensemble des problèmes nécessitant une attention, effectuée par un professionnel ou une équipe de professionnels. Les objectifs font l'objet d'une surveillance continue durant le traitement et le résultat est évalué à la fin. Les informations sont essentiellement recueillies dans le but d'améliorer la prise en charge des usagers.

Le recueil et la déclaration des données, outre leurs objectifs cliniques, visent à obtenir des informations de base sur la situation épidémiologique, afin de soutenir les interventions de santé fondées sur des données factuelles et de soutenir des moyens efficaces et performants de traiter les problèmes de drogue.

Pour chaque niveau d'information (par exemple, clinique, régional, national, international, etc.), des règles nationales et internationales de confidentialité et de protection des données doivent être envisagées et les droits des usagers, du personnel et des centres de soins doivent être pris en compte. Cela est vrai en particulier dans les situations de traitement spécifiques, comme le traitement en milieu pénitentiaire où l'attention portée aux questions éthiques (protection des données, respect de la vie privée, droits de l'homme) doit être particulièrement élevée lors du recueil et de la déclaration des données.

Ces directives doivent adhérer aux codes adoptés qui régissent la protection des données, le respect de la vie privée et la recherche dans les divers pays. L'accès aux données brutes doit être limité aux professionnels autorisés uniquement. L'utilisation des données et les procédures régissant la publication des résultats doivent être discutées et convenues par les parties prenantes (prestataires de service, responsables, décideurs, chercheurs, etc.).










L'EMCDDA (avec le protocole TDI 3.0, comme cela était le cas avec le protocole TDI 2.0) ne souhaite pas développer une base de données centrale des individus débutant un traitement ou en cours de traitement pour addiction au niveau européen. Toutes les données sont recueillies, rassemblées et conservées par le pays, en respectant rigoureusement les normes éthiques acceptées, et seules des données agrégées sont regroupées et analysées à des fins de comparaison au niveau européen. Toutefois, des ensembles de données relative aux individus, peuvent parfois être nécessaires à l'EMCDDA, comme dans d'autres secteurs de recherche, pour des études spécifiques, mais uniquement en accord avec les pays.

4. Définition de cas : description graphique

Cas à inclure et à exclure de la déclaration des données de l'EMCDDA et NON nécessairement du recueil des données au niveau national et local

À inclure : 

À exclure : 

Usager	Épisode de traitement/ Action	Centre de soins	Année précédente	Année en cours	Année suivante	Spécifications	À déclarer à l'EMCDDA
A	A1	1				L'utilisateur A est en traitement continu, ayant débuté l'année précédente et se poursuivant tout au long de l'année en cours puis l'année suivante. Il n'y a aucun traitement supplémentaire. Aucun traitement n'est déclaré pour l'année en cours.	
B	B1	1				L'utilisateur B est en traitement continu, ayant débuté l'année précédente et se poursuivant tout au long de l'année en cours puis l'année suivante. Un second traitement survient durant l'année en cours, dans le même centre de soins. Aucun traitement n'est déclaré pour l'année en cours. (Remarque : souvent, B2 sera une action de traitement (par exemple, écoute à court terme), complémentaire au traitement B1 (par exemple, TSO à long terme), mise en œuvre de manière planifiée pour le même problème de drogue que celui ayant motivé le début du traitement.)	
B	B2	1					
C	C1	1				L'utilisateur C est en traitement continu, ayant débuté l'année précédente et se poursuivant tout au long de l'année en cours puis l'année suivante. Trois autres traitements surviennent durant l'année en cours, dans le même centre de soins et dans deux centres différents. Aucun traitement n'est déclaré pour l'année en cours.	
C	C2	1					
C	C3	2					
C	C4	3					
D	D1	1				L'utilisateur D est en traitement depuis l'année précédente, n'a débuté aucun traitement durant l'année en cours, a débuté un traitement l'année suivante, dans le même centre de soins ou un centre différent. Aucun traitement n'est déclaré pour l'année en cours.	
D	D2	N'importe lequel					

Usager	Épisode de traitement/ Action	Centre de soins	Année précédente	Année en cours	Année suivante	Spécifications	À déclarer à l'EMCDDA
E	E1	1		←————→		L'utilisateur E débute un traitement pour la première fois de sa vie durant l'année en cours. Le traitement est déclaré pour l'année en cours en tant que premier traitement jamais reçu.	X
F	F1	1		←————→	←————→	L'utilisateur F débute un traitement pour la première fois de sa vie durant l'année en cours. Le traitement se poursuit dans l'année suivante. Le traitement est déclaré pour l'année en cours en tant que premier traitement jamais reçu.	X
G	G1	2		←————→		L'utilisateur G débute un traitement pour la première fois de sa vie durant l'année en cours, reçoit par la suite d'autres traitements durant l'année en cours, dans le même centre de soins et dans des centres différents. Seul G1, le premier traitement de l'année en cours, est déclaré pour l'année en cours en tant que premier traitement jamais reçu.	X
G	G2	2		◆.....◆			
G	G3	3		◆.....◆	◆.....◆		
H	H1	1	◆.....◆			L'utilisateur H a reçu l'année précédente un traitement qui est terminé avec une fin de traitement. Un nouveau traitement débute durant l'année en cours, dans le même centre de soins ou un centre différent, et se prolonge l'année suivante. Le traitement de l'année en cours est déclaré en tant que traitement débuté chez un usager traité par le passé.	X
H	H2	N'importe lequel		←————→			
I	I1	2	◆.....◆			L'utilisateur I a reçu l'année précédente un traitement qui est terminé avec une fin de traitement. Un nouveau traitement débute durant l'année en cours dans le même centre de soins. Un second traitement débute durant l'année en cours dans un centre de soins différent. Le traitement I2 est déclaré car il s'agit du premier traitement au cours de l'année. Le traitement I2 est déclaré en tant que traitement débuté chez un usager traité par le passé.	X
I	I2	2		←————→			
I	I3	3		◆.....◆	◆.....◆		

Usager	Épisode de traitement/ Action	Centre de soins	Année précédente	Année en cours	Année suivante	Spécifications	À déclarer à l'EMCDDA
J	J1	1	◆.....◆			L'utilisateur J a débuté un traitement durant l'année précédente et ce traitement a été poursuivi pendant l'année en cours. Ensuite, l'utilisateur a débuté un autre traitement durant l'année en cours dans le même centre de soins. Si le premier traitement a été conclu de manière formelle, le traitement débuté durant l'année en cours est déclaré en tant que traitement débuté chez un usager traité par le passé.	
J	J2	1		←————→			X
K	K1	1	◆.....◆			L'utilisateur K a débuté un traitement durant l'année précédente et ce traitement a été poursuivi dans l'année en cours. Ensuite, l'utilisateur a débuté un autre traitement pendant l'année en cours dans le même centre de soins. Si 6 mois sans contact se sont écoulés entre le premier et le second traitement, le traitement débuté durant l'année en cours est déclaré en tant que traitement débuté chez un usager traité par le passé.	
K	K2	1		←————→			X
L	L1	1	◆.....◆			L'utilisateur L a débuté un traitement durant l'année précédente et ce traitement a été poursuivi pendant l'année en cours. Ensuite, l'utilisateur a débuté un autre traitement durant l'année en cours dans un centre de soins différent. Si le premier traitement a été conclu de manière formelle, le traitement débuté durant l'année en cours est déclaré en tant que traitement débuté chez un usager traité par le passé.	
L	L2	2					X
M	M1	1				L'utilisateur M a débuté un traitement durant l'année précédente et ce traitement a été poursuivi pendant l'année en cours. Ensuite, l'utilisateur a débuté un autre traitement durant l'année en cours dans un centre de soins différent. Si 6 mois sans contact se sont écoulés entre le premier et le second traitement, le traitement débuté durant l'année en cours est déclaré en tant que traitement débuté chez un usager traité par le passé.	
M	M2	2		←————→			X

Remarque : les cas J, K, L et M peuvent être considérés comme des variations de la même situation, permettant une meilleure illustration. Ils représentent des usagers traités au début de l'année, puis chez qui l'épisode de traitement a été conclu et un nouvel épisode (à déclarer) a débuté plus tard dans l'année. Les cas représentent la combinaison de deux possibilités : lorsqu'il a été mis fin formellement à l'épisode de traitement et lorsqu'il s'est agi d'un abandon (caractérisé par une période de 6 mois sans contact avec un centre de soins), et ce, que l'épisode suivant ait eu lieu dans le même centre ou dans un autre.

5. References

- CORDROGUE 67 Council of the European Union (2001), 'Council resolution on the implementation of the five key epidemiological indicators on drugs, developed by the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction'.
- Donmall, M. (2008), 'Personnal communication'.
- Donmall, M. (2012), 'Treatment Demand Data'.
- EMCDDA (2010), '2010 Annual report on the state of the drugs problem in Europe', (available at: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2010>).
- EMCDDA Management Board (2001), 'EMCDDA recommendation on the 5 harmonised key indicators', pp. 1-13.
- European Addiction Research (1999), *European Addiction Research* 5(4).
- European Union (2003), 'Council Recommendation of the 18 June 2003 on the prevention and reduction of health-related harm associated with drug dependence'.
- Hartnoll, R. (1994), *Drug Treatment Reporting Systems and the First Treatment Demand Indicator. Definitive Protocol*.
- <http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/tdi> (2011), 'Treatment demand indicator (TDI)', (available at: <http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/tdi>).
- Iversen, E. (2009), *Coverage assessment of data collected in the framework of the treatment demand indicator* (available at: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index67086EN.html>).
- Manchester University, D. N. (2010), *Statistics from the National Drug Treatment Monitoring System (NDTMS) 1 April 2009 – 31 March 2010* (available at: <http://www.medicine.manchester.ac.uk/healthmethodology/research/ndec/factsandfigures/NDTMSstatistics/NDTMSannualreport0910.pdf>).
- Origer, A. (1996), *EMCDDA Epidemiology Work Programme 1996. Procedures to Avoid Double Counting in Drug Treatment Reporting Systems*, Luxembourg.
- SAMHSA (2009), *Treatment Episode Data Set (TEDS) Highlights - 2007* (available at: <http://www.dasis.samhsa.gov/teds07/tedshigh2k7.pdf>).
- Simon, R. and Pfeiffer, T. (1999), *Field Trial of implementation of a standard protocol to collect information on treatment demand in EU Member States. Final Report on behalf of the EMCDDA*, Munich.
- Simon, R., Pfeiffer, T., Hartnoll, R., Vicente, J., Lockett, C. and Stauffacher, M. (2000), 'The Treatment Demand Indicator (TDI) Standard Protocol 2.0', pp. 2-36 Lisbon, (available at: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index65315EN.html>).
- Stauffacher, M. and Kokkevi, A. (1999), 'The Pompidou Group Treatment Demand Protocol: The First Pan-European Standard in the Field', *European Addiction Research* 5(4), pp. 191-6.
- UNODC (2006), *Guidance for the measurement of drug treatment demand*, Toolkit Module 8 New York .

6. Annexes

6.1 Tableau résumé de comparaison : items du TDI ver 2.0 et du TDI ver. 3.0

Anciens items	Nouveaux items
Type de centre de soins	La déclaration des données n'est plus axée sur le type de centre de soins
Date de traitement, mois	<u>Abandonné au niveau de l'EMCDDA</u>
Date de traitement, année	Identique
Déjà traité par le passé	Plus d'un épisode : le <u>PREMIER</u> épisode de traitement doit être enregistré
Origine de la demande de consultation	Modifications mineures dans les catégories et l'ordre
Sexe	Identique (terme modifié)
Âge	Identique (terme modifié)
Année de naissance	<u>Abandonné au niveau de l'EMCDDA</u>
Conditions de vie (avec qui)	Clarification des catégories pour éviter le chevauchement
Conditions de vie (où)	Clarification et modification mineure dans une catégorie
Nationalité	<u>Abandonné au niveau de l'EMCDDA</u>
Situation professionnelle	Harmonisation avec la classification Eurostat
Niveau d'éducation le plus élevé	Identique ; référence plus détaillée à la classification CITE
Drogue principale	Identique, avec ajout de quelques substances pertinentes pour les usagers de drogues dans la situation actuelle
Déjà sous traitement de substitution	Similaire, mais simplifié
Voie d'administration habituelle	Identique
Fréquence de consommation (drogue principale)	Clarification de certaines catégories
Âge lors de la première consommation de la drogue principale	Identique
Injection antérieure/actuelle (30 derniers jours)	Spécifications de certaines catégories
Autres drogues (secondaires) consommées actuellement	Identique, avec ajout de quelques substances pertinentes pour les usagers de drogues dans la situation actuelle
--	Conditions de vie : avec enfants
--.	Âge lors de la première injection
--	Polyconsommation
--	Âge lors du premier TSO
--	Test de dépistage du VIH
--	Test de dépistage du VHC
--	Partage de seringues

Publication originale anglaise sous le titre : *Treatment demand indicator (TDI): Standard protocol 3.0. Guidelines for reporting data on people entering drug treatment in European countries* par l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies.

© European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2012

Traduction française réalisée par 4T et validée par l'OFDT