

Abandon des traitements dans les centres de réadaptation en dépendance (CRD) du Québec

- Projet financé par le Programme sur l'usage et les dépendances aux substances (PUDS) de Santé Canada, MSSS, IUD

Équipe de recherche :

Marie-Josée Fleury, Ph.D.

Christophe Huynh, Ph.D.

Zhirong Cao, M.Sc.

Guy Grenier, Ph.D.

Présentation

Midi-Webinaire CRI-2024 – RISQ

28 mai 2024



McGill



Université 
de Montréal

IUD INSTITUT
UNIVERSITAIRE SUR LES
DÉPENDANCES

Québec 

OBJECTIFS DE LA PRÉSENTATION

- 1) Brève présentation du projet de recherche
 - Objectif général, cohorte et base de données

- 2) Article 1: *Prédicteurs de l'abandon des traitements en CRD*
 - Caractéristiques de la cohorte
 - Objectifs/originalité
 - Méthodes
 - Principaux résultats
 - Recommandations

- 3) Article 2: *Profils des usagers en CRD abandonnant ou non leurs traitements*
 - Idem

OBJECTIF et Cohorte

Objectif général du projet

À partir de banques de données administratives (**BDA**) en santé jumelées, décrire les *profils sociodémographiques, cliniques et d'utilisation des services et des résultats de santé* des usagers avec des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives (**TLS**) traités dans un centre de réadaptation en dépendance (**CRD**) du Québec en 2012-13 (année index)

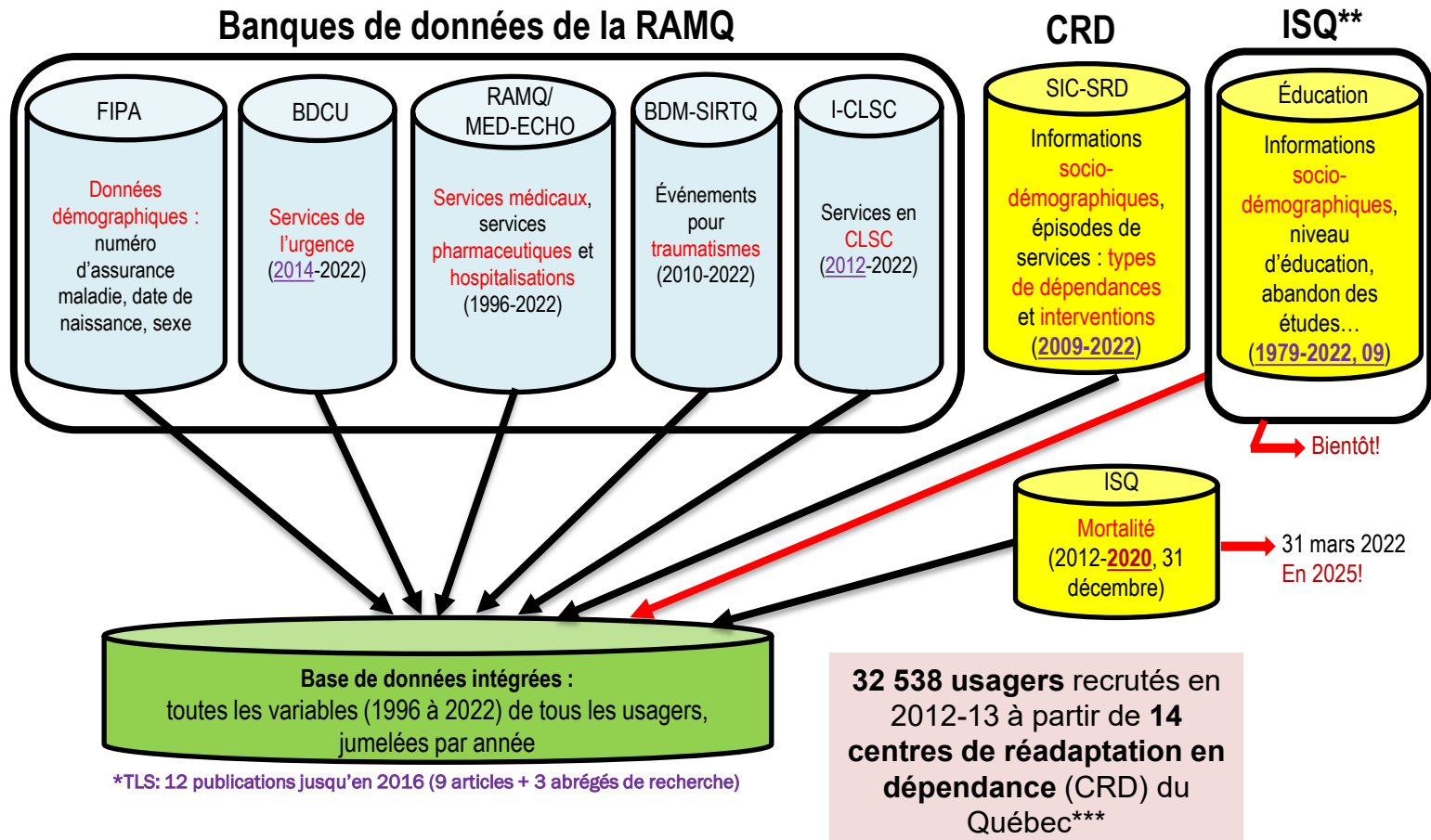
❖ 14/16 CRD*

Cohorte: +35 000 (20 000) – 20 ans ➡ 26 ans

▪ SIC-SRD: 7 ans ➡ 13 ans

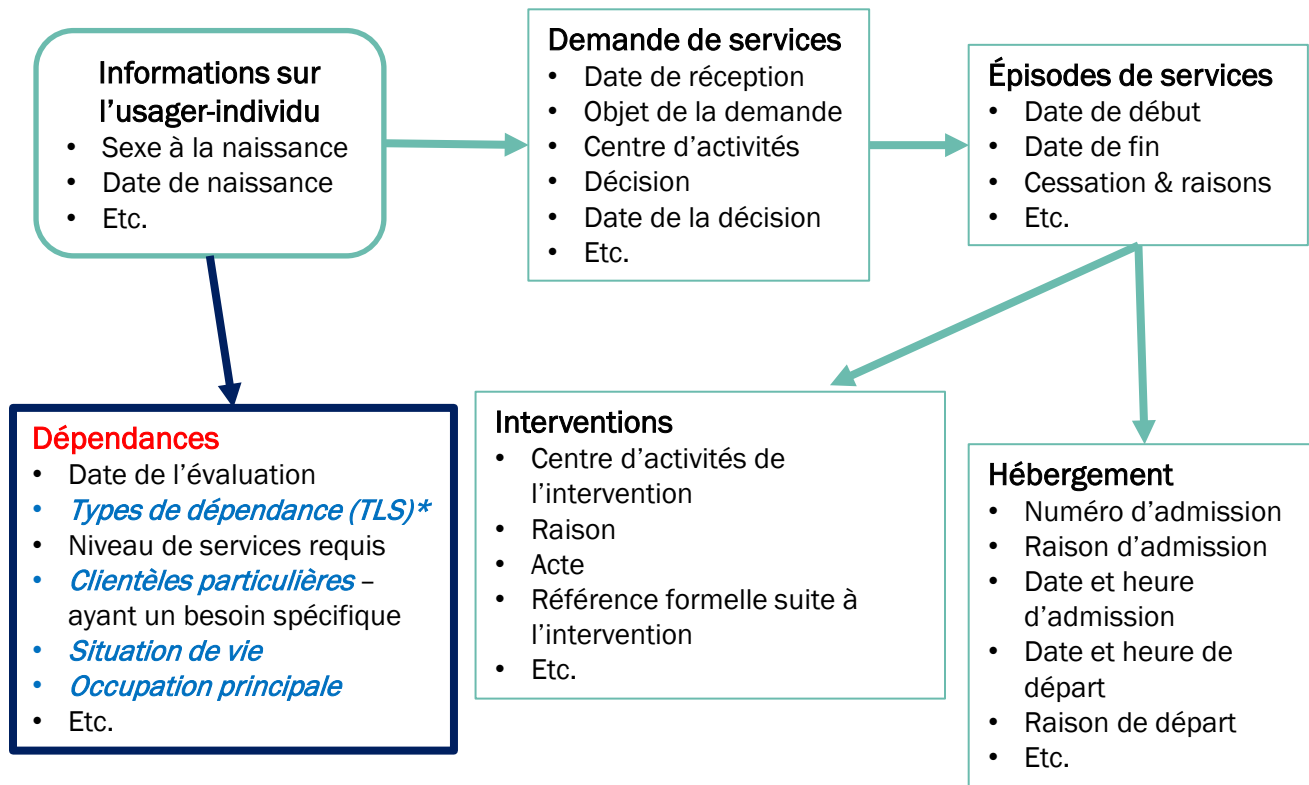
* *Saguenay-Lac-Saint-Jean & Nord-du-Québec*

BASE DE DONNÉES : JUMELAGE DES BDA*



SYSTÈME
D'INFORMATION SUR
LA CLIENTÈLE DES
SERVICES DE
RÉADAPTATION EN
DÉPENDANCE
(SIC-SRD)

Informations sur les services dispensés en CRD



Articles TLS

Articles publiés TLS (n=9) + 3 abrégés de recherche (n=12) – même base de données administrative, 1996-2016

- 1) Armoon B.*, G. Grenier, Z. Cao, C. Huÿnh, **M.-J Fleury** (2021). Frequencies of emergency department use and **hospitalization** comparing patients with different types of substance or polysubstance-related disorders. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 16(1):89. <https://doi.org/10.1186/s13011-021-00421-7>
- 2) **Fleury, M.-J.**, G. Grenier, Z. Cao, C. Huÿnh (2022). Predictors of no, low and frequent **emergency department** use for any medical reason among patients with *cannabis-related disorders* attending Quebec (Canada) addiction treatment centers. *Drug and Alcohol Review*, 41(5). 1136-1151. DOI: [10.1111/dar.13451](https://doi.org/10.1111/dar.13451)
- 3) **Fleury, M.-J.**, G. Grenier, Z. Cao, C. Huÿnh (2022). **Profiles** of individuals with *cannabis-related disorders*: a latent class analysis. *Substance Abuse*, 43(1): 855-864. DOI: [10.1080/08897077.2021.2007515](https://doi.org/10.1080/08897077.2021.2007515)
 - ❖ **Fleury, M.-J.**, G. Grenier, Z. Cao, C. Huÿnh (2022). Profils des patients ayant des troubles liés au cannabis, Les *abrégés de recherche* de l'axe SMP du RRSQP et de Qualaxia, Numéro 1 – Mai, 2 p.
- 4) **Fleury, M.-J.**, Z. Cao, G. Grenier, C. Huÿnh (2022). Predictors of **frequent emergency department** use and hospitalization among patients with substance-related disorders recruited in addiction treatment centers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1), 6607: 1-16, DOI.org/10.3390/ijerph19116607.
- 5) **Fleury, M.-J.**, G. Grenier, Z. Cao, C. Huÿnh, D. Chihade* (2023). Predictors of emergency department use for **suicidal behaviors** among patients with substance-related disorders. *Archives of Suicide Research*, 27(2), 796-817 <https://doi.org/10.1080/13811118.2022.2066591>.

Articles publiés (n=9) + 3 abrégés de recherche (n=12) – même base de données administrative, 1996-2016 (suite)

Articles

- 6) **Fleury, M.J.**, Z. Cao, G. Grenier, C. Huynh (2023). **Predictors of death** by physical illnesses or accidental/intentional causes among patient with substance-related disorders, Canadian Journal of Psychiatry, 1-5, DOI: [10.1177/07067437221136461](https://doi.org/10.1177/07067437221136461)
 - ❖ **Fleury, M.-J.**, Z Cao, G. Grenier, C. Huynh (2024). Les prédicteurs de la mortalité reliée aux maladies physiques ou accidentelles/intentionnelles parmi les usagers ayant des troubles liés aux substances psychoactives utilisant les centres de réadaptation en dépendance (CRD), **Les abrégés de recherche** de l'axe SMP du RRSPQ et de Qualaxia (2 p.), réalisé par le RQSHA dans le cadre de la semaine de prévention du suicide, Février 2024 – Numéro 17.
- 7) **Fleury M.-J.**, Z. Cao, G. Grenier, C. Huynh (2023). **Profiles of quality of outpatient care** received, associated sociodemographic and clinical characteristics, and adverse outcomes among patients with substance-related disorders, Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 18(5): 1-13.
 - ❖ **Fleury, M.-J.**, Z Cao, G. Grenier, C. Huynh (2024). Les profils des usagers ayant des troubles liés aux substances psychoactives concernant la qualité des soins ambulatoires reçus, et caractéristiques individuelles et effets négatifs subséquents associés, **Les abrégés de recherche du RISQ**.
- 8) **Fleury M.-J.**, Z. Cao, G. Grenier, C. Huynh (2023). **Predictors of dropout** from treatment among patients using specialized addiction treatment centers, Journal of Substance Use and Addiction Treatment, 150 (209062): 1-9.
- 9) **Fleury, M.-J.**, Z. Cao, G. Grenier, C. Huynh (2023). **Profiles** of patients with substance-related disorders who **dropped out** or not from addiction treatment, Psychiatry Research, 329 (115532) :1-9.

AVANTAGES/ LIMITES DES BDA

Avantages des BDA

- Grand échantillon
- Représentativité élevée de la population à l'étude
- Données longitudinales
- Données objectives et de qualité

AVANTAGES/ LIMITES DES BDA

Limites des BDA

- ❖ N'incluent pas :
 - Services psychosociaux des hôpitaux
 - Psychologues en privé
 - Organismes communautaires
 - Ressources privées en toxicomanie

- ❖ Axées sur le traitement – *dont sous-estimation des TLS dans les BDA*

- ❖ ↓ Variables cliniques :
 - Façon de consommation et fréquence

- ❖ ↓ Résultats d'impact limités :
 - Rémission ou rétablissement

Pourquoi s'intéresser à l'abandon en traitement pour les TLS ?

❖ *Impacts négatifs importants*

- ☹️ ↓ Temps d'abstinence ou rétablissement
- ☹️ ↓ Intégration à l'emploi
- ☹️ ↓ Qualité de vie

Prédicteurs de l'abandon des traitements en CRD

❖ *Recension des écrits* – *Abandon en traitements*

- Revue systématique sur les traitements psychosociaux pour les TLS (*Lappan et al., 2019*): 30 %
- Dans les centres spécialisés aux É-U, 65 % en services internes, ~50 % externes – *SAMHSA, 2011*

❖ *Résultats de notre étude*

- ✓ Usagers traités en CRD ➡ 55 %
- ✓ « Épisode de soins » et ~10% : usagers inclus dans les programmes internes des CRD

ÉPISODE DE TRAITEMENT CRD 2012-13 à 2014-15, 3 ans

Nos résultats:

- ❖ Nbr de **programmes suivis** durant le dernier épisode de traitement
 - Moyenne: 1,22 / médiane : 1

- ❖ **Nbr d'interventions** reçues durant le dernier épisode
 - Moyenne : 11,04 / médiane : 6

- ❖ **Durée des traitements** reçus durant le dernier épisode
 - Moyenne : 6,1 mois / médiane : 4,2 mois

Programmes en CRD

Table 2b: Types of programs used in the last treatment episode for substance-related disorders (SRD) in specialized addiction treatment centers

Program	Physician activities	Inpatient services for gambling	Outpatient services for gambling	SRD inpatient services	SRD outpatient services	Total
n	841	92	687	3,294	27,071 + 1,081	33,066
%	2.54	0.28	2.08	9.96	85.14 (81.87 + 3.27)	100.00

Episode of treatment runs from the start date to the end of treatment (or closure of patient file). For treatment dropout/or not from the last treatment episode, the dependent variable, the last treatment episode for each patient was measured for the period 2012-13 to 2014-15 (April 1-March 31, financial years), and programs for SRD needed to be accounted for (only gambling programs were excluded).

1) Prédicteurs de l'abandon des traitements en CRD

Objectifs

- 1) Examiner le recours aux soins ambulatoires et les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des usagers ayant un TLS prédisant l'abandon des traitements en CRD
- 2) Cerner les risques d'effets indésirables/néfastes (*utilisation fréquente des urgences et décès*) associés à l'abandon des traitements dans les 12 mois suivant un épisode de soins

Article publié
en 2023

Prédicteurs de l'abandon des traitements en CRD

Création de la cohorte N=16 179

❖ Critères d'*inclusion*

- 12+
- Données RAMQ-**SIC-SRD**
- Complété/abandonné son traitement – 3 ans : 14 CRD

❖ Critères d'*exclusion* : N=216

- Décédé dans les 3 ans des traitements (N=91)
- Hospitalisé +90 jours durant les traitements (N=125)

Article publié
en 2023

Conceptual framework for predictors of dropout from specialized addiction treatment centers and related adverse outcomes following the last treatment episode for substance-related disorders

Independent variables

Patient sociodemographic characteristics (measured in the year of the last treatment episode in specialized addiction treatment centers or other as specified)

- Sex: men, women^a
- Age group: 12-24, 25-44, 45+ years^a
- Living in more materially deprived areas: Index 4-5 or not assigned^b
- Living in more socially deprived areas: Index 4-5 or not assigned^b
- Criminal history with or without incarceration (measured from 2009-10 to the year of the last treatment episode in specialized addiction treatment centers)^c
- History of homelessness (measured from 2009-10 to the year of last treatment episode in specialized addiction treatment centers)^c

Patient clinical characteristics (measured for the duration of the last treatment episode in specialized addiction treatment centers and the remaining prior 24-month study period or other as specified)

- Polysubstance-related disorders (versus alcohol, cannabis, or drug-related disorders other than cannabis only)^{b, c, d, e}
- Number of years with substance-related disorders (SRD) (measured from 1996-97 to the year of the last treatment episode in specialized addiction treatment centers (1-2, 3-5, 6+)^{b, c, d, e}
- Mental disorders: serious mental disorders (schizophrenia spectrum and other psychotic disorders, bipolar disorders), personality disorders, and common mental disorders (anxiety, depressive, adjustment disorders and other common mental disorders)^{b, d, e}
- Traumatic brain injury^{b, d, e}
- Chronic physical illnesses^{b, d, e}

Outpatient care use

- Number of treatment episodes received for SRD prior to the last treatment episode in specialized addiction treatment centers (measured from 2009-10 to 2014-15) (0, 1, 2, 3+)^c
- Previous dropout from treatment for SRD prior to the last treatment episode in specialized addiction treatment centers (measured from 2009-10 to 2014-15)^c
- Having used 4+ other outpatient services (from general practitioner (GP), psychiatrist, or psychosocial clinician in community healthcare centers) (measured for the duration of the last treatment episode in specialized addiction treatment centers and the remaining prior 12-month study period)^{b, f}

Dependent variable: patient dropout or not from the last treatment episode in specialized addiction treatment centers (measured from 2012-13 to 2014-15) April 1-March 31)^c

Description of last treatment episode in specialized addiction treatment centers^c

- Number and type of programs used in the last treatment episode
- Frequency of interventions received (considering any program) in the last treatment episode
- Duration of the last treatment episode

Adverse outcomes (measured within 12 months after the last treatment episode in specialized addiction treatment centers)

- Frequent emergency department (ED) use** (for any reason)^{b, c}
- Death** (from any cause)^{b, g}

^a Fichier d'inscription des personnes assurées (FIPA, Health Insurance Registry); ^b Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ, Physician Claims Database); ^c Système d'information clientèle pour les services de réadaptation dépendances (SIC-SRD), Specialized Addiction Treatment Centers Database, including SRD and behavioral addictions based on standardized instruments); ^d Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ECHO, Hospital Inpatient and Day Surgery Database); ^e Banque de données communes des urgences (BDCU, ED Database); ^f Système d'information permettant la gestion de l'information clinique et administrative dans le domaine de la santé et des services sociaux (I-CLSC Database, Psychosocial Interventions in Community Healthcare centers, including GP working on salary); ^g Fichier des décès du Québec (Fichier des événements démographiques (RED, Vital Statistics Death Database). * For definitions of variables included in the study see footnotes under Table 1 or in the Methods section. Details on diagnostic codes are presented in Appendix 1.

Prédicteurs de l'abandon des traitements en CRD

Article publié
en 2023

Types d'analyse

- ❖ VD : Prédicteurs : abandon au dernier épisode de traitement (2012-13 à 2014-15) ☞ *Régression logistique*
- ❖ VD : Risques d'utilisation fréquente des urgences et décès (*tenant compte sexe et âge*) dans les 12 mois suivant le dernier épisode de traitement ☞ *Analyse de survie*

Article publié
en 2023

Résultats – Article 1

Caractéristiques des usagers en CRD de la cohorte (articles 1 et 2)

✓ Parmi les usagers les plus vulnérables

- 2/3 : Hommes
- ☹ 1/5 : 12-24 ans (21 %)
- ☹ Majoritairement pauvres et isolés (~60 %)
- ☹ Majorité : avec une polyconsommation (~60 %)
- ☹ Majorité : avec des TLS-TM concomitants (64 %)
- ☹ 17 % grands utilisateurs de l'urgence (3+ visites/année)

Prédicteurs de l'abandon des traitements en CRD

Variables indépendantes (VI)

Variables sociodémographiques, dernier épisode en CRD

- +Jeunes (12-24 ans) – *connu*
- +Défavorisés socialement – *connu*

Variables cliniques, dernier épisode et période avant, 24 mois

- TLS-Polyconsommation
- Troubles de la personnalité – *connu*

Variables services, dernier épisode et période avant : 12 mois

- Épisodes antérieurs d'abandon de traitement CRD*

-Antécédent d'itinérance – 7 ans

-+Épisodes antérieurs de traitement en CRD : 1, 2, 3+ (↑50 %-)*

-4+ Suivis autres qu'en CRD : omni, psychiatre ou CLSC

*Variables les plus importantes

Variables dépendantes (VD) 2012-13 à 2014-15, 3 ans – dernier épisode en CRD

↑Abandon des traitements

Peu d'études

VD, 2015-16

- ❖ 15 % ↑risque grands utilisateurs des urgences
- ❖ 39 % ↑risque de décéder

Article publié en
2023
16 179 usagers avec TLS

Recommandations – article abandon des traitements

- ❖ ↑ Mieux identifier : usagers ayant antérieurement abandonnés leur traitement
 - ✓ Meilleure réponse aux besoins
- ❖ ↑ Consolider le suivi en CRD de différentes formes/durées
 - ✓ Interventions de peu d'intensité et de courte durée – malgré les besoins élevés, TLS souvent chronique
 - Suivi intensif dans la communauté
 - Suivi d'intensité variable

👉 *Méta-analyse de 2016* : 35 à 55 % des individus avec un TLS sont en rémission après une période de 17 ans – 21 études longitudinales intégrées*

Fleury, M.-J.**, A. Djouini, **C. Huynh, J. Tremblay, F. Ferland, J.-M. Ménard, G. Belleville (2016). Remission from substance use disorders: A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 168: 293-306. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2016.08.625.

ARTICLE 2 – Profils des usagers ayant abandonné ou non leurs traitements en CRD

Objectifs

- 1) Identifier les profils d’usagers avec TLS ayant abandonné ou non leur traitement en CRD, intégrant le recours à d’autres services ambulatoires
- 2) Associer ces profils d’usagers à leurs caractéristiques sociodémographiques et cliniques
- 3) Estimer les risques d’effets indésirables comparant les profils d’usagers
☞ *Grande utilisation de l’urgence, hospitalisation, décès*

Profils des usagers ayant abandonné ou non leurs traitements en CRD

Article publié
en 2023

Recension des écrits

- ❖ 2 Études seulement : Profils d'usagers TLS – rétention/abandon en traitement
(*Minhas et al., 2022; Syan et al., 2020*)
 - ✓ Profils avec ↑sévérité consommation et ↑TLS-TM ➡ ↑Abandons

Profils des usagers ayant abandonné ou non leurs traitements en CRD

MÉTHODE

Cohorte et variables : Idem article précédent, N=16 179 usagers (*mêmes critères d'inclusion/exclusion*)

Types d'analyse

- ❖ Analyse typologique (LCA)
 - ✓ Profils basés sur utilisation des services ambulatoires

- ❖ Régression multinomiale : caractéristiques sociodémographiques et cliniques des usagers ☞ *Profil 1* : *comparé aux autres profils*

- ❖ Analyse de survie (*ajustée selon âge et sexe*) :
 - ✓ Risques : soins aigus et mortalité

RÉSULTATS – Profils des usagers ayant abandonné ou non leurs traitements en CRD

Profil 1 (24 %)	Usagers <i>sans abandon antérieur</i> (3 ans) et utilisant <i>peu</i> les services (1 ans-avant dernier épisode) <ul style="list-style-type: none">▪ 1^{er} épisode de soins en CRD : 1 programme de 4+ interventions sur 1 à 6 mois, pas d'abandon▪ Grande majorité : <u>aucun</u> suivi avec omni/psychiatre, ni intervention psychosociale▪ Quasi tous : ↓continuité/régularité des soins
Profil 2 (30 %)	Usagers <i>sans abandon antérieur</i> et avec <i>grande</i> utilisation des services <ul style="list-style-type: none">▪ 1^{er} épisode de soins en CRD : 2 programmes de 4+ interventions sur 366+ jours, pas d'abandon▪ Majorité : 4+ interventions avec omni/psychiatre; Minorité : services psychosociaux▪ Profil (1/4) : +↑continuité des soins (88 %)▪ Profil (2/4) : ↑régularité de soins (~40 %)

Profils des usagers ayant abandonné ou non leurs traitements en CRD

Profil 3 (18 %)

Usagers *avec abandons antérieurs* et utilisant peu les services

- 2+ épisodes en CRD; Dernier épisode : 1 programme, traitements : surtout 30 jours et peu 4+ traitements; 85 % : ↑abandons
- Quasi tous : ↓aucun suivi avec omni/psychiatre; Minorité : services psychosociaux
- Quasi tous : ↓continuité/régularité des soins

Profil 4 (28 %)

Usagers *avec abandons antérieurs* et grande utilisation des services

- 2+ épisodes en CRD; Dernier épisode : 1-2 programmes, traitements : surtout 30 jours et ~50 % : 4+ traitements; 86 % : ↑abandons
- Majorité : ↑4+ suivis avec omni/psychiatre et +services psychosociaux (1/3 : 4+ interventions)
- Profil avec le+ à la fois : ↑continuité (2/4) & régularité des soins ☞ 86 %, 46 %

Profil 1 : Groupe de comparaison ←**Profil 1**
(24 %)**Usagers *sans abandon antérieur* et utilisant *peu* les services**

- ↓ Vivant seul ou monoparental
- ↓ Sans emploi
- ↓ Antécédents d'itinérance (7 ans)
- ↓ 3+ ans TLS*
- ↓ Polyconsommation
- ↓ TM (61 % sans TM)
- ↓ TCC
- ↓ Maladies physiques chroniques



Par rapport aux Profils 2, 3 et 4

Profil 2
(30 %)**Usagers *sans abandon antérieur* et avec *grande* utilisation des services**

- ↑ Femme, ↑24-49 ou 50+ ans, ↑retraité
- ↓ Défavorisation matérielle/sociale
- ↓ Antécédents criminels (7 ans)
- ↑ TLS alcool
- ↑ TM grave, ↑ maladie physiques chroniques (*2^e groupe après le Profil 4*)

*Nbr d'années avec TLS : 1-2, 3-5, 6+; TCC : traumatisme craniocérébral

Profils Caractéristiques sociodémographiques et cliniques

Profil 1 : Groupe de comparaison

Profil 3 Usagers *avec abandons antérieurs* et utilisant peu les services

(18 %)

- ↑Défavorisation matérielle/sociale
- ↑Antécédents criminels (7 ans)
- ↓TLS alcool
- TM (47 % sans TM: 2^e après le Profil 1)

Profil 4 Usagers *avec abandons antérieurs* et grande utilisation des services

(28 %)

- ↑Femme, ↑24-49 ou 50+ ans, ↑retraité ☞ *Similaire au Profil 2*
 - ↑Défavorisation matérielle/sociale, ↑antécédents criminels ☞ *Similaire au Profil 3*
 - ↑+TM graves (10x↑)
 - ↑+Troubles personnalité (9x↑)
 - ↑+Durée TLS : 6+ ans (8x↑)
- } 1/4 Profils

Profils des usagers ayant abandonné ou non leurs traitements en CRD

Comparaisons entre profils concernant résultats d'impact (Profil 1: groupe de comparaison)

Résultats d'impact mesurés 12 mois après le dernier épisode de traitement	Profil 1 Patients sans abandons antérieurs et utilisant peu les services		Profil 2 Patients sans abandons antérieurs et avec grande utilisation des services		Profil 3 Patients avec abandons antérieurs et utilisant peu les services		Profil 4 Patients avec abandons antérieurs et grande utilisation des services	
	%	HR	%	HR	%	HR	%	HR
Taille du profil	23.77		29.6		18.83		27.81	
Grands utilisateurs de l'urgence (toutes raisons)_	8.53	---	12.93	1.41*	18.98	2.41*	27.05	3.34*
Hospitalisations (toutes raisons)	9.52	--	16.35	1.54*	16.12	1.77*	24.78	2.55*
Décès (toutes raisons)	0.49	--	0.94	1.53*	1.35	2.82*	1.76	3.06*

*= p-value < 0.05. HR=Hazard ratio. HR ajustés selon âge et sexe.

Article publié
en 2023

Profils des usagers ayant abandonné ou non leurs traitements en CRD

Résultats clés

☺ Les usagers avec des conditions cliniques +sévères ➡ Obtiennent plus de services ambulatoires

✓ ↑ *Meilleure équité dans un système de santé publique*

✓ **Profile 4** ➡ ↑ *services – malgré: ↑ effets indésirables* (TLS chroniques, ↑ polyconsommation, TLS-TM)

❖ **Profil 1** ➡ ↓ *Effets indésirables* (malgré ↓ services)

✓ ↓ Facteurs de risque globalement incluant problèmes de santé

✓ ↓ Pas d'abandon des traitements en CRD

❖ **Profil 2** : malgré beaucoup TM et maladies physiques chroniques ➡

↓ *Effets indésirables (2/4)* ➡ ↑ services et ↓ pas d'abandon des traitements

Article publié
en 2023

Profils des usagers ayant abandonné ou non leurs traitements en CRD

Recommandations

- ❖ **Identifier** les usagers avec des **antécédents d'abandon** de leurs traitements (*Profils 3 et 4*) ➔ *Mieux s'assurer de répondre à leurs besoins*
- ❖ **Profil 4** ➔ *Suivi intensif dans le milieu et traitement intégré TM-TLS*
- ❖ **Profil 3** ➔ *Suivi d'intensité variable et soutiens psychosociaux*

MERCI!

Équipe du projet CRD

Website: <http://douglas.research.mcgill.ca/marie-josee-fleury>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/myncbi/marie-josee.fleury.1/bibliography/public/>

L'équipe de recherche remercie le Programme sur l'usage et les dépendances aux substances (PUDS, Santé Canada, MSSS et IUD) et les CRD du Québec.



QUESTIONS POUR L'AUDITOIRE

1. Est-ce que les prédicteurs de l'abandon des traitements ou les profils présentés reflètent ce que vous voyez dans votre pratique clinique?
2. Quelles sont les questions cliniques ou reliées à l'organisation des services auxquelles vous aimeriez qu'on réponde à partir de cette base de données jumelées?
3. Quels sont d'après vous les thèmes à prioriser pour la continuité de nos travaux?
4. Quelles recommandations d'amélioration des services feriez-vous basées sur ce qui vous a été présenté et votre propre pratique?
 - Que pensez-vous du fait que +50 % des usagers ont abandonné leurs traitements en CRD?