

L'ENREGISTREMENT TDI EN BELGIQUE

RAPPORT ANNUEL
ANNÉE D'ENREGISTREMENT 2023

QUI NOUS SOMMES

Sciensano, ce sont plus de 950 collaborateurs qui s'engagent chaque jour au service de la santé.

Comme notre nom l'indique, la science et la santé sont au coeur de notre mission. Sciensano puise sa force et sa spécificité dans une approche holistique et multidisciplinaire de la santé. Plus spécifiquement, nos activités sont guidées par l'interconnexion indissociable de la santé de l'homme, de l'animal et de leur environnement (le concept «One health» ou «Une seule santé»). Dans cette optique, en combinant plusieurs angles de recherche, Sciensano contribue d'une manière unique à la santé de tous.

Sciensano s'appuie sur plus de 100 ans d'expertise scientifique.

Sciensano

Épidémiologie et santé publique

Information sanitaire • Unité Drogues

Décembre 2024 • Bruxelles • Belgique

Numéro de dépôt : D/2024.14.440/77



Auteur

Jérôme ANTOINE

en collaboration avec

Els PLETTINCKX

Julien HALLEMANS

Avec l'approbation du comité de coordination du TDI (COCOTDI)



Jérôme Antoine • T +32 2 642 57 61 • jerome.antoine@sciensano.be

LES COMMANDITAIRES DE REGISTRE BELGE DU TREATMENT DEMAND INDICATOR SONT :

Pour le gouvernement fédéral : Franck Vandembroucke, Ministre des Affaires Sociales et de la Santé publique

Pour la Communauté flamande : Caroline Gennez, Ministre flamand du Bien-être, de la Lutte contre la Pauvreté, de la Culture et de l'Égalité des chances

Pour la Région Wallonne : Yves Coppieters, Ministre wallon de la Santé, de l'Environnement, de l'Économie sociale, de l'Action sociale, du Handicap, de la Lutte contre la pauvreté, des Familles, de la Santé, l'Égalité des chances et du Droit des femmes.

Pour la Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale : Elke Van den Brandt, Membre du Collège réuni de la Commission communautaire commune (COCOM) chargée de la politique de la santé et de l'action sociale

Pour la Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale : Alain Maron, Membre du Collège réuni de la Commission communautaire commune (COCOM) chargée de la politique de la santé et de l'action sociale

Pour le Collège de la Commission Communautaire Française de Bruxelles-Capitale : Alain Maron, Membre du Collège de la Commission communautaire française, compétent pour la Politique de Santé et l'action sociale

Pour la Communauté germanophone : Lydia Klinkenberg, Ministre de la Famille, de la Santé, du logement et des Affaires sociales

REMERCIEMENTS

L'unité Drogues du service Information sanitaire de Sciensano souhaite remercier chaleureusement tout le personnel des centres de traitement, des services de santé mentale et des hôpitaux qui participe à la collecte et au transfert des données qui sont utilisées dans ce rapport.

Mise en page : Nathalie da Costa Maya, CDCS asbl

Merci de citer cette publication comme suit : Antoine, J. L'enregistrement TDI en Belgique – Rapport annuel, année d'enregistrement 2023. Sciensano ; 2024. 68p. Numéro de dépôt légal : D/2024.14.440/77

TABLE DES MATIÈRES

LISTE D'ABRÉVIATIONS	4
LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX	5
ÉLÉMENTS-CLÉ	7
1. INTRODUCTION	8
2. MÉTHODOLOGIE	9
2.1. Contexte	9
2.2. Concepts	10
2.3. Gestion des données	12
3. RÉSULTATS	16
3.1. Données collectées	17
3.2. Substances	24
3.3. Caractéristiques des patients	32
3.4. Profil de consommation	38
3.5. Épisodes multiples	47
3.6. Résumé graphique par substance	
Demandes de traitement pour l'alcool	49
Demandes de traitement pour le cannabis	50
Demandes de traitement pour la cocaïne en poudre	51
Demandes de traitement pour le crack	52
Demandes de traitement pour l'héroïne	53
4. DISCUSSION ET CONCLUSION	54
5. BIBLIOGRAPHIE	57
ANNEXES	
Annexe 1 : Formulaire TDI	59
Annexe 2 : Contrôle qualité en amont	63
Annexe 3 : Construction des indicateurs	64

LISTE D'ABRÉVIATIONS

TDI	Treatment Demand Indicator (Indicateur de la demande de traitement)
EUDA	European Union Drug Agency
Eurotox	Observatoire socio-épidémiologique alcool-substances en Wallonie et à Bruxelles
VAD	Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs (Centre d'expertise flamand sur l'alcool et autres substances)
PG	Pompidou Group (Groupe de coopération en matière de lutte contre l'abus et le trafic illicite de stupéfiants)
SPF	Service public fédéral
INAMI	Institut national d'assurance maladie-invalidité
MASS	Maison d'accueil socio-sanitaire
COCOF	Commission Communautaire française
NRN	Numéro de registre national
CIC	Centres d'intervention de crise
SSM	Services de sante mentale
CT	Communautés thérapeutiques
APC	Pourcentage annuel de changement
≈	Tendance stable
↘	Diminution significative
↗	Augmentation significative

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

FIGURE 1.	Gestion des données et construction des sets de données utilisés dans les analyses	27
FIGURE 2.	Nombre de programmes de traitement totaux ayant participé à l'enregistrement TDI en 2023 et de programmes de référence, par type et par région	28
FIGURE 3.	Évolution du nombre de programmes de traitement participant à l'enregistrement TDI entre 2015 et 2023, par type	29
FIGURE 4.	Évolution du nombre total d'épisodes de traitement enregistrés entre 2015 et 2023 dans le TDI, par région	20
FIGURE 5.	Évolution relative du nombre d'épisodes de traitement enregistrés entre 2015 et 2023 dans un groupe de centres stables, par région	21
FIGURE 6.	Évolution du nombre total d'épisodes de traitement enregistrés entre 2015 et 2023 dans le TDI, par type de programme	22
FIGURE 7.	Évolution relative du nombre d'épisodes de traitement enregistrés entre 2015 et 2023 dans un groupe de centres stables, par type de programme	23
FIGURE 8.	Proportion des épisodes de traitement enregistrés en 2023 rapportant une catégorie de substance, par région	24
FIGURE 9.	Évolution relative par rapport à l'année 2015 du nombre d'épisodes de traitement enregistrés dans un groupe de centres de référence, par catégorie de substance et par région	25
FIGURE 10.	Proportion des substances principales mentionnées dans les épisodes de traitement enregistrés en 2023, par région	29
FIGURE 11.	Proportion des substances principales mentionnées dans les épisodes de traitement enregistrés en 2022 en Belgique, France, Allemagne, Irlande, Italie, Luxembourg et Espagne	30
FIGURE 12.	Évolution relative par rapport à l'année 2015 du nombre d'épisodes de traitement enregistrés dans le groupe de centres stables, par substance principale selon les régions	31
FIGURE 13.	Proportion de femmes parmi les patients en traitement enregistrés en 2023	32
FIGURE 14.	Âge moyen des patients en traitement enregistrés en 2023	33
FIGURE 15.	Proportion des personnes avec une situation de logement instable parmi les patients en traitement enregistrés en 2023	34
FIGURE 16.	Proportion des personnes avec un problème de revenu parmi les patients en traitement enregistrés en 2023	35
FIGURE 17.	Proportion des personnes envoyées en traitement par la justice parmi les patients en traitement enregistrés en 2023	36
FIGURE 18.	Proportion des personnes s'étant déjà injecté une substance parmi les patients en traitement enregistrés en 2023	37

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

FIGURE 19.	Âge lors du premier usage, âge lors du premier traitement et délai entre les deux parmi les patients en traitement enregistrés en 2023, par substance principale	38
FIGURE 20.	Évolution relative par rapport à l'année 2015 de l'âge lors du premier usage, de l'âge lors du premier traitement et du délai entre les deux dans le groupe de centres stables, par substance principale	39
FIGURE 21.	Âge lors du premier usage, âge lors du premier traitement et délai entre les deux dans les épisodes de traitement enregistrés en 2022 en Belgique, France, Allemagne, Irlande, Italie, Luxembourg et Espagne, par substance principale	40
FIGURE 22.	Fréquence d'usage de la substance principale lors du mois dernier dans les épisodes de traitement enregistrés en 2023, par substance principale	41
FIGURE 23.	Évolution relative par rapport à l'année 2015 de l'usage journalier dans le groupe de centres stables, par substance principale	42
FIGURE 24.	Proportion de l'usage journalier en 2022 en Belgique, France, Allemagne, Irlande, Italie, Luxembourg et Espagne, par substance principale	43
FIGURE 25.	Mode d'usage le plus fréquent de la substance principale lors du mois dernier dans les épisodes de traitement enregistrés en 2023, par substance principale	44
FIGURE 26.	Nombre total de substances mentionnées dans les épisodes de traitement enregistrés en 2023, par substance principale	45
FIGURE 27.	Proportion des autres substances mentionnées en plus de la substance principale dans les épisodes de traitement enregistrés en 2023, par substance principale	46
FIGURE 28.	Distribution du nombre total d'épisodes suivis en 2023 par les patients enregistrés avec leur numéro de registre national	47
TABLEAU 1.	Liste des substances présentant une augmentation significative entre 2015 et 2023, évolution, nombre absolu et proportion dans les 3 régions	26
TABLEAU 2.	Liste de l'ensemble des substances mentionnées comme substance principale ou toutes les substances à l'origine du traitement et évolution dans le groupe stable de centres	27
TABLEAU 3.	Caractéristiques des épisodes consécutifs suivis par une même personne au cours de l'année 2023	48

ÉLÉMENTS-CLÉ

- En 2023, environ 30 000 demandes de traitement ont été débutées en Belgique en lien avec l'utilisation d'alcool ou de drogues illicites. Ce chiffre reste stable entre 2015 et 2023.
- En Flandre, le cannabis est la seconde substance la plus fréquemment responsable des demandes de traitement, après l'alcool. Toutefois, le nombre de demandes de traitement pour le cannabis baisse de manière significative en Flandre.
- En Wallonie et à Bruxelles le crack est la seconde substance à l'origine des demandes de traitement, après l'alcool. Les demandes de traitement pour le crack augmentent de manière significative dans les trois régions du pays.
- Les demandes de traitement pour la kétamine, la méphédrone ou la méthamphétamine continuent de progresser de manière significative en Belgique. Au contraire, les demandes de traitement pour l'héroïne sont en baisse significative depuis 2015.
- Le nombre de patients en traitement pour plusieurs substances est en augmentation.
- Environ un patient sur trois est une femme et cette proportion est en augmentation.
- Les patients entrent en traitement en moyenne à l'âge de 40 ans et cet âge augmente de manière significative depuis 2015.
- Parmi les personnes en traitement pour un usage de substances, les pratiques d'injection sont de moins en moins fréquentes. Moins de 8 % des patients déclarent avoir déjà injecté une substance au cours de leur vie.
- Les patients en traitement pour le cannabis, la cocaïne, les opioïdes et les stimulants autres que la cocaïne commencent à consommer ces substances de plus en plus tard.

1. INTRODUCTION

Ce rapport synthétise les données des nouvelles demandes de traitement effectuées en 2023 en Belgique en lien avec l'usage d'alcool ou de substance psychoactive illicite. Ces données sont collectées depuis 12 ans dans un grand nombre de centres de traitement en Belgique et permettent d'avoir une vue détaillée sur le profil socio-économique et le mode d'usage des substances des personnes en traitement.

Ce rapport n'analyse qu'une petite partie des données collectées et se focalise principalement sur le niveau national ainsi que sur certaines grandes catégories de données. Il ne permet donc qu'un nombre restreint de points de vue. Cependant l'ensemble des données est disponible de manière interactive dans un tableau de bord (<https://healthinformation.sciensano.be/shiny/TDI/>) qui donne la possibilité de se concentrer sur des données plus spécifiques (par exemple une région, un type de programme de traitement, une substance spécifique,...).

L'évolution dans le temps des indicateurs est également un point important de ce rapport puisque les données collectées permettent de réaliser des comparaisons depuis 2015. Cela nous permet donc d'étudier au sein d'un groupe de centres de référence les tendances de certaines caractéristiques et d'évaluer leur niveau de signification statistique.

Il nous semble également important de mettre en perspective les données belges avec celles des autres pays européens puisque cette collecte de données est standardisée au sein des pays membres de l'Union européenne et même au-delà. Cela permet d'élargir le point de vue au niveau international.

Cette année, les données ont été améliorées par rapport à l'identification des substances spécifiques mentionnées par les fournisseurs de données. Nous avons, de manière systématique, encodé toutes les substances mentionnées dans les champs texte et ce, de manière rétrospective depuis 2015. Cela nous permet d'avoir une meilleure vue sur les substances moins fréquemment citées mais qui peuvent refléter des changements dans les modes de consommation et de potentiels futurs besoins en matière de traitement.

Grâce à l'utilisation du numéro de registre national il est en outre possible de suivre les patients à travers leurs différents épisodes de traitement. Nous analyserons dans ce rapport les épisodes multiples suivis par les patients ainsi que les évolutions observées entre deux épisodes consécutifs. Cela permet de mettre en lumière ces patients qui débutent plusieurs épisodes de traitement dans l'année et de suivre leurs trajets de soins.

Grâce à ce rapport et au tableau de bord interactif associé nous avons pour objectif de fournir une information la plus complète, la plus utile et compréhensible possible sur le traitement des assuétudes en Belgique à l'attention de toute personne qui chercherait de l'information sur ces questions.

2. MÉTHODOLOGIE

2.1. CONTEXTE

Pour prévenir efficacement les besoins en matière de santé et les autres conséquences relatives à l'usage de substances, il faut disposer d'informations sur les caractéristiques et les habitudes de consommation, ainsi que de données sur les problèmes associés.

Lorsque les personnes qui utilisent des substances illicites ou d'alcool entrent en contact avec des professionnels de la santé, les données collectées représentent une source d'information essentielle pour les études épidémiologiques.

Pour collecter ces données, l'indicateur de la demande de traitement (TDI) a été développé et standardisé dans l'Union européenne pour le compte de l'Agence de l'Union européenne sur les drogues (EUDA - European Union Drugs Agency). Un protocole européen de collecte des données a été adopté et amélioré au fil du temps (EMCDDA, 2012 ; Hartnoll, 1994 ; Simon *et al.*, 1999). Grâce à cet outil, les données socio-démographiques, les caractéristiques liées au traitement et les profils d'utilisation des substances des patients traités pour leur consommation de substances sont mieux connus. Cet indicateur permet également de suivre (idéalement en association avec d'autres indicateurs) les tendances dans le temps de ces caractéristiques (Simon *et al.*, 1999).

Actuellement, le TDI rassemble des données dans 30 pays (28 États membres de l'Union européenne, Norvège et Turquie) et fournit des informations sur près de 300 000 patients par an (EUDA, 2024 ; Montanari *et al.*, 2019).

C'est en 2011 que la Belgique a débuté la collecte standardisée de données du TDI, lorsque les ministres en charge de la santé ont pris la décision de mettre sur pied un enregistrement coordonné des demandes de traitement (Conférence interministérielle santé publique, 2013). Auparavant, plusieurs initiatives avaient été mises en place en Flandre, à Bruxelles et en Wallonie pour collecter des informations à différents niveaux sur les demandes de traitement liées à l'usage de substances. Mais afin d'offrir une vue nationale cohérente du phénomène, il a été choisi de travailler sur base d'un protocole national (Antoine *et al.*, 2016).

Sciensano a été désigné comme coordinateur du registre TDI et chargé de développer des outils techniques flexibles et sécurisés visant à faciliter l'enregistrement des données en accord avec les règles nationales sur le respect de la vie privée.

2.2. CONCEPTS

L'enregistrement TDI belge collecte des informations lors de chaque épisode de traitement débuté par un patient dans un centre de traitement pour sa consommation d'alcool ou de substances illicites.

2.2.1 DÉFINITIONS

- Un **patient** est considéré comme toute personne sans restriction d'âge, de nationalité ou de lieu de résidence ayant eu un contact direct avec un centre de traitement pour un problème de consommation d'alcool ou de drogues.

Sont exclues toutes personnes ayant eu un contact par téléphone, par lettre, par internet ou par l'intermédiaire de sa famille.

En outre, chaque patient doit être averti de l'enregistrement des données pour des raisons de respect de la vie privée. Il doit être informé au minimum de l'existence et des objectifs de l'enregistrement, des coordonnées de la personne responsable des données, de la destination des données ainsi que de son droit d'accès et de rectification des données. Un patient peut renoncer à participer à cet enregistrement en le mentionnant par écrit. Il n'existe pas actuellement de système permettant d'évaluer systématiquement le nombre de patients ayant refusé l'enregistrement.

- Un **centre de traitement** est un établissement ou un praticien offrant un traitement pour l'usage de substances. Il peut proposer un service ambulatoire ou résidentiel, être spécialisé dans le traitement de l'addiction ou faire partie d'une offre de soins plus large visant différents groupes de patients, et être médicalisé ou non. Ce centre peut dans certains cas faire l'objet d'une reconnaissance dans le cadre d'une convention avec les autorités.

Les groupes de soutien non professionnels, les centres n'offrant que des activités de réduction des risques, de réintégration sociale, les services de prévention ou les activités de sensibilisation ne sont pas considérés comme des centres de traitement.

- Un **type d'unité de traitement** est une forme d'organisation des soins correspondant aux catégories suivantes :
 - Les consultations ambulatoires regroupent les maisons d'accueil socio-sanitaires (MASS), établissements de soins bas-seuil et les consultations ambulatoires offrant principalement des soins individuels sur base d'entretiens avec différents professionnels.
 - Les centres de jour visent à offrir un traitement ambulatoire individuel ou en groupe ainsi que des activités en journée.
 - Les services de santé mentale (SSM) répondent aux difficultés psychiques et psychologiques des patients dans un cadre ambulatoire spécialisé selon un mode pluridisciplinaire.
 - Les centres d'intervention de crise (CIC) se définissent comme une structure résidentielle non hospitalière de bas-seuil dont le but à court terme est de stabiliser l'état de crise où se trouve le patient.
 - Les programmes de traitement ou communautés thérapeutiques (CT) offrent un programme thérapeutique résidentiel à long terme dans lequel les résidents, pendant une période déterminée, sont collectivement responsables de l'organisation de la vie communautaire au sein d'un groupe structuré.
 - Les hôpitaux généraux ainsi que les services psychiatriques des hôpitaux généraux accueillent des personnes ayant divers problèmes de santé mentale y compris l'utilisation problématique de substances. Au sein de certains hôpitaux généraux, des unités de crise psychiatriques orientées pour les personnes avec des troubles liés aux substances ont également été créées. La prise en charge dans les hôpitaux généraux est souvent de courte durée.
 - Les hôpitaux psychiatriques ont pour la plupart une unité spécifique pour le traitement de l'usage de substances. L'approche est médico-psychiatrique et vise une prise en charge globale individualisée. Le traitement est généralement d'une durée plus longue qu'en hôpital général.

MÉTHODOLOGIE

CONCEPTS

- Le **traitement** est défini comme toute activité visant directement une personne confrontée à une consommation de substances et dont le but est d'obtenir des résultats en termes de réduction ou d'élimination de ces besoins. Les activités possibles sont la désintoxication ou l'abstinence, le traitement de substitution, la pharmacothérapie, les programmes à long terme de réadaptation des patients, la psychothérapie, le service de conseil, le traitement structuré avec une forte composante sociale, le traitement médicalement assisté, les interventions non médicales, le traitement spécifique en prison ou les interventions visant à réduire les dommages liés aux substances si elles sont incluses dans un programme planifié.

Le traitement des conséquences dues à l'utilisation de substances dans lequel l'usage des substances ne constitue pas la raison principale de la demande d'aide et les interventions sporadiques ne faisant pas partie d'un programme planifié ne sont pas considérées comme un traitement (par exemple le traitement d'une overdose, d'un problème somatique lié à l'usage de substance).

- Un **épisode de traitement** est défini comme étant la période comprise entre le début du traitement et la fin des activités dans le contexte du programme prescrit. Le début de l'épisode est le premier contact face à face entre le professionnel et le patient. La fin de l'épisode est définie différemment selon que le patient est traité en unité ambulatoire ou résidentielle. Dans un cadre ambulatoire, un épisode de traitement prend fin quand le patient ne se présente pas au centre pendant plus de 6 mois. En soins résidentiels, la fin du traitement est définie lorsque le patient quitte le centre et qu'aucune autre admission ultérieure n'est prévue. L'enregistrement de nouveaux épisodes de traitement se poursuit au fil des années d'enregistrement, ce qui signifie qu'un patient qui visite régulièrement un service ambulatoire au cours de plusieurs années consécutives sans arrêt d'au moins 6 mois sera uniquement enregistré dans le TDI au moment du tout premier contact avec ce centre de traitement spécifique.
- Le protocole définit en outre l'ensemble des substances posant à problème au patient, les **substances problématiques** et la substance causant le plus de besoins ou étant à l'origine du traitement, la substance principale. La **substance principale** est donc nécessairement incluse dans la liste des substances problématiques. Lorsque le patient ne parvient pas à identifier une substance principale parmi l'ensemble des substances problématiques, l'option «aucune substance principale identifiée» peut être choisie.
- Les **substances** prises en compte sont :
 - › la catégorie des opioïdes incluant l'héroïne, la méthadone détournée, la buprénorphine détournée, le fentanyl détourné ou d'autres opioïdes,
 - › la catégorie de la cocaïne incluant la cocaïne en poudre, le crack ou d'autres formes de cocaïne,
 - › la catégorie des stimulants, autres que la cocaïne incluant les amphétamines, les méthamphétamines, la MDMA ou ses dérivés, la méphédrone ou d'autres stimulants,
 - › la catégorie des hypnotiques et sédatifs incluant les barbituriques détournés et les benzodiazépines détournées, le GBH/GBL ou d'autres hypnotiques ou sédatifs détournés,
 - › la catégorie des hallucinogènes incluant le LSD, la kétamine ou d'autres hallucinogènes,
 - › les substances volatiles,
 - › la catégorie du cannabis incluant la marijuana (herbe), le haschich (résine) ou d'autres types de cannabis (ex. huile de haschich, cannabinoïdes de synthèse),
 - › l'alcool,
 - › la catégorie des autres substances non incluses dans les catégories ci-dessus.

Contrairement au protocole européen donc, le protocole belge inclut l'alcool dans les substances visées.

Le tabac et l'utilisation de substances pour un traitement médical ou d'autres raisons somatiques ou psychiatriques sont exclus. L'addiction comportementale comprenant l'addiction au sexe, aux jeux de hasard, aux jeux vidéo ou à Internet, n'est pas reprise dans cet enregistrement.

2.2.2 LE QUESTIONNAIRE TDI

Le questionnaire, disponible à l'Annexe 1, est préférablement complété par un professionnel au cours des premiers entretiens face à face avec le patient lors d'un nouvel épisode de traitement. Le code des questions utilisé dans le questionnaire est repris dans la description ci-dessous.

- **L'identification du centre** se fait au niveau du centre lui-même et au niveau d'une unité, d'un programme ou d'une antenne au sein du centre (CI2). Le type de programme de traitement et sa localisation géographique permettent de caractériser le traitement fourni et de différencier l'origine du traitement.
- L'identification du patient doit être faite de préférence à l'aide du numéro de registre national (NRN) (PI2). Ce numéro est propre à chaque citoyen belge ou à chaque personne ayant droit à la sécurité sociale sans être citoyen belge. L'utilisation de ce numéro dans le TDI permet d'éviter un double comptage par identification d'une personne lors des différents épisodes de traitement. S'il est impossible d'utiliser le NRN ou si un patient refuse que ce numéro soit enregistré, l'enregistrement peut être effectué de manière anonyme en mentionnant cette situation (PI1). Les règles de protection de la vie privée ont été respectées et la Commission de protection de la vie privée a donné son accord à l'utilisation du NRN dans le cadre de ce projet.
- Le statut sociodémographique et économique du patient comprend les variables du sexe (PD1) et de l'âge (PD2) et les informations socio-économiques sur le type de logement (PD3), le type de ménage (PD4, PD5), le niveau d'instruction atteint le plus élevé (PD6), la situation professionnelle et de revenus (PD7, PD8). Ces variables permettent de décrire la situation socio-économique actuelle des patients et d'évaluer les relations sociales et la qualité des conditions de vie du patient.
- Les caractéristiques du traitement reprennent la date de début de l'épisode de traitement actuel (TD1), le fait que le patient ait déjà suivi auparavant d'autres traitements pour l'usage de substances (TD3), l'origine principale par laquelle le patient est entré en traitement (TD2) et sa situation concernant les traitements de substitution (TD4, TD5, TD6). La question relative au traitement antérieur permet d'identifier les patients entrant en traitement pour la toute première fois constituant un groupe épidémiologique important à analyser.
- Le mode d'utilisation des substances décrit d'abord toutes les substances à l'origine du traitement (AP1) puis, parmi celles-ci, est identifiée la substance principale (AP2). Trois questions sont ensuite liées au mode d'utilisation de la substance principale (AP3, AP4, AP5). Le comportement à risque du patient est enfin précisé par les questions sur le statut d'injection (AP6, AP7, AP8) et le partage de seringues (AP9, AP10).

Les autres questions spécifiques destinées à certains types de centres ou régions du pays mais qui ne sont pas récoltées dans la version de base du questionnaire TDI ne seront pas analysées ici.

2.3. GESTION DES DONNÉES

2.3.1 MÉTHODE D'ENREGISTREMENT

Les données de tous les enregistrements doivent être transmises à Sciensano qui collecte et gère les données de manière sécurisée au niveau national. Pour structurer la collecte des données, tous les enregistrements d'une année donnée doivent être envoyés par les centres de traitement avant la fin du mois de mars de l'année suivante.

Pour ce faire, deux options de transfert de données ont été développées par Sciensano. Le **module d'enregistrement** consiste en un formulaire en ligne réservé uniquement aux centres de traitement afin qu'ils puissent encoder et gérer leurs données épisode par épisode. Le **module de dépôt** est une boîte mail sécurisée par laquelle les centres de traitement peuvent envoyer des fichiers structurés contenant l'ensemble des données complètes pour une année d'enregistrement spécifique.

Pour ces 2 systèmes de transfert, avant que les données n'arrivent chez Sciensano, le NRN du patient doit être codé afin de respecter les règles en matière de vie privée. Le codage se fait par un tiers de confiance (eHealth) en exécutant un algorithme sur le champ contenant la variable pour le module d'enregistrement ou sur la première partie spécifique du fichier structuré pour le module de dépôt.

2.3.2 CONTRÔLE QUALITÉ DES DONNÉES

- La **validité des données** reçues est vérifiée au niveau des centres de traitement avant que celles-ci ne soient incluses dans la base de données. Ce contrôle se fait soit directement sur le module d'enregistrement lors de l'encodage soit lors de la réception du fichier pour le module de dépôt. Ces contrôles portent sur le contenu des variables (valeurs attribuées à chaque variable) et sur la compatibilité entre les variables (lorsque la valeur pour une variable est dépendante de la valeur pour d'autres). Les différents contrôles de validité effectués à ce stade sont repris dans l'Annexe 2. En outre à la fin de chaque clôture annuelle d'enregistrement, chaque centre participant reçoit un résumé des données fournies afin de vérifier que cela correspond bien à ce qu'ils ont encodé. Si des gros changements sont observés dans le nombre d'enregistrements fournis, la proportion de données inconnues pour certaines variables, le choix du système d'identification des patients, une demande d'explication est envoyée pour s'assurer qu'il ne s'agit pas d'une erreur d'encodage ou d'un problème technique.
- La validité des enregistrements est ensuite effectuée comme suit :
 - › Les enregistrements qui ne possèdent pas de date de début de traitement sont supprimés car ils ne peuvent pas être assignés à une année d'analyse.
 - › Les enregistrements qui possèdent le même NRN, la même date de début de traitement et le même programme de traitement sont considérés comme des **doublons** et seul l'enregistrement le plus récent est conservé. Il ne s'agit donc pas des épisodes successifs suivis par un même patient mais bien d'une erreur d'encodage au cours de laquelle le même épisode de traitement a été enregistré plusieurs fois.
 - › Les enregistrements successifs dans la même unité de traitement ambulatoire par la même personne (enregistrée avec son NRN) avec moins de 6 mois d'intervalle sont supprimés car ils ne correspondent pas à un nouvel épisode de traitement selon la définition du protocole.
 - › Les enregistrements pour lesquels aucune des catégories de substances proposées n'est renseignée sont supprimés car il faut au minimum identifier une substance dans la liste.
 - › Les enregistrements où la substance principale renseignée n'est pas valide sont supprimés. Il peut s'agir du tabac, d'une addiction comportementale (ajoutés via du texte dans la catégorie «autre») qui ne sont pas inclus dans le protocole TDI.
- D'autres corrections sur les variables sont effectuées comme suit :
 - › La variable **«traitement antérieur»** est vérifiée grâce aux données présentes dans l'ensemble de la base de données de la manière suivante : Si un patient, enregistré avec son NRN, a déjà été observé précédemment dans la base de données et que la variable renseigne qu'il s'agit de son premier traitement, la variable est corrigée pour mentionner qu'il a déjà été traité précédemment. Ce contrôle ne permet pas de garantir l'exactitude complète de cette variable puisqu'il se peut que le patient ait été traité avant le démarrage de l'enregistrement TDI en 2011, qu'il n'ait pas été enregistré avec son NRN lors de précédents épisodes de traitements ou qu'il ait été traité dans un centre qui ne rapporte pas les données TDI (médecin généraliste par exemple). Pour ces raisons, la question de savoir si le patient a déjà été traité antérieurement n'est pas vérifiée de manière longitudinale dans la base de données.
 - › Les réponses ouvertes qui sont associées aux **catégories «Autre (spécifiez)»** des différentes variables sont analysées et éventuellement recodées manuellement lorsqu'il apparaît qu'une catégorie de réponse existante est plus appropriée à cette description.
 - › Une analyse de toutes les substances encodées manuellement par les fournisseurs de données est effectuée. L'information précise de la substance mentionnée est conservée. Cela permet d'élargir la liste des substances de base proposées.
 - › Lorsque la substance principale est indiquée comme étant la catégorie cocaïne ou la cocaïne en poudre et que le mode d'administration est «fumée», la substance principale est corrigée en «crack».

2.3.3 ANALYSE DES DONNÉES

- Les données sont stockées dans une **base de données** où chaque enregistrement correspond à un épisode de traitement. Chaque enregistrement est identifié par le NRN codé du patient, le programme de traitement où il a été traité et la date de début du traitement. Dans le cas des patients anonymes, un numéro séquentiel identifie les patients.
- L'analyse se fait en utilisant **3 types différents de données** :
 - Les épisodes de traitement : Il s'agit de chaque enregistrement valide au cours de 2023. Cette donnée est utilisée pour les analyses globales de la base de données ainsi que les analyses sur les substances. Elle fournit une information intéressante sur l'ensemble des données du registre. Il s'agit aussi de la donnée qui est utilisée dans le tableau de bord.
 - Les patients : Il s'agit des premiers épisodes de traitement au cours de 2023 des patients identifiés par leur NRN ainsi que des épisodes de traitement enregistrés sans NRN. Cette donnée permet d'étudier les caractéristiques des patients lors d'une année donnée en évitant de comptabiliser plusieurs fois les épisodes d'un même patient. Cette donnée est utilisée dans les analyses sur les caractéristiques des patients et sur le profil de consommation.
 - Les épisodes de traitement dans le groupe de centres stables : Il s'agit des épisodes de traitement dans un groupe de centres participant de manière stable entre 2015 et 2023. Cette donnée permet d'étudier l'évolution des indicateurs dans le temps tout en évitant les éventuels biais liés à des changements dans l'enregistrement de certains centres. En effet, les enregistrements peuvent fluctuer énormément d'année en année en quantité (participation aléatoire) mais aussi en qualité (utilisation du NRN ou non). Les centres inclus dans ce groupe sont les centres pour lesquels le nombre de patients différents identifiables enregistrés chaque année ne varie pas de plus de 50 % par rapport à la moyenne sur la période considérée. Chaque année ce groupe est réévalué en fonction des derniers enregistrements disponibles.
- Les caractéristiques des patients, de leur traitement ou de leur mode de consommation sont présentées sous la forme d'une sélection d'indicateurs utilisant une ou plusieurs variables du questionnaire. Chaque indicateur est décrit de la manière précise du point de vue de sa construction ou de la population sur laquelle il est basé en Annexe 3. Ces indicateurs sont :
 - Les caractéristiques démographiques des patients : la proportion de femmes, l'âge moyen.
 - Les caractéristiques sociales des patients : la proportion de patients vivant seuls, la proportion de patients avec un logement instable ou à la rue, la proportion de patients avec des revenus limités, la proportion de patients vivant avec des enfants, la proportion de patients avec un faible niveau d'instruction.
 - Les caractéristiques liées au traitement : la proportion de patients pour la première fois en traitement, l'âge moyen des patients entrant pour la première fois en traitement, la répartition des patients selon l'origine du traitement, la proportion de patients ayant déjà reçu un traitement de substitution (uniquement pour les patients avec un opiacé comme substance principale).
 - Les caractéristiques liées au profil d'utilisation de la substance : le nombre moyen de substances mentionnées, la proportion de patients indiquant d'autres catégories de substances en plus de la substance principale, le nombre moyen de jours de consommation de la substance principale par semaine, l'âge moyen lors du premier usage de la substance principale, la proportion de patients ayant déjà injecté leur substance, la proportion de patients s'injectant actuellement la substance principale (uniquement pour les patients avec un opiacé, la cocaïne ou un stimulant autre que la cocaïne comme substance principale), la proportion de patients ayant déjà partagé leur seringue.
- L'analyse de l'évolution dans le temps de certains indicateurs se base toujours sur les données issues du groupe stable de centres (aussi dénomé centres de référence). En outre ces analyses sont présentées de manière relative par rapport à l'année 2015 qui est considérée comme l'année de référence (valeur = 1). Des analyses statistiques complémentaires sont effectuées sur l'évolution au cours de la période 2015-2023 afin de déterminer si une tendance observée est significative ou non. Ces analyses sont effectuées à l'aide du logiciel

Joinpoint Regression (Kim *et al.*, 2000 ; Statistical Methodology and Applications Branch, Surveillance Research Program, National Cancer Institute, 2019). Celui-ci permet de calculer la direction et l'ampleur des tendances s'adaptant aux segments linéaires. La technique consiste à ajuster un modèle log-linéaire en utilisant la régression de Poisson et la permutation de Monte Carlo pour tester si une tendance est significative. Le modèle teste l'hypothèse selon laquelle le pourcentage annuel de changement (APC en % par an) est égal à zéro. L'APC suppose que les taux qui évoluent annuellement à un pourcentage constant évoluent linéairement sur une échelle logarithmique.

- La comparaison européenne se base sur les données disponibles sur le site de l'EUDA. Nous avons sélectionné 6 pays en plus de la Belgique pour leur proximité géographique (France, Allemagne, Irlande, Italie, Espagne, Luxembourg). Les Pays-Bas n'ont pas été inclus en raison de l'absence de données récentes. Ces données se rapportent à des années antérieures en raison du délai de validation des données européennes et ont été obtenues sur la page «Statistical Bulletin 2024 – treatment demand» du site de l'EUDA (https://www.euda.europa.eu/data/stats2024/tdi_en).
- L'analyse des épisodes consécutifs est effectuée uniquement sur les enregistrements utilisant le NRN des patients et où au moins 2 épisodes de la même personne existent. Les données utilisées pour l'analyse sont donc 2 épisodes consécutifs. Si une personne a été enregistrée 3 fois au cours de l'année, nous étudierons les épisodes 1 et 2 puis 2 et 3. L'ensemble des 3 épisodes n'est pas étudié.

3. RÉSULTATS

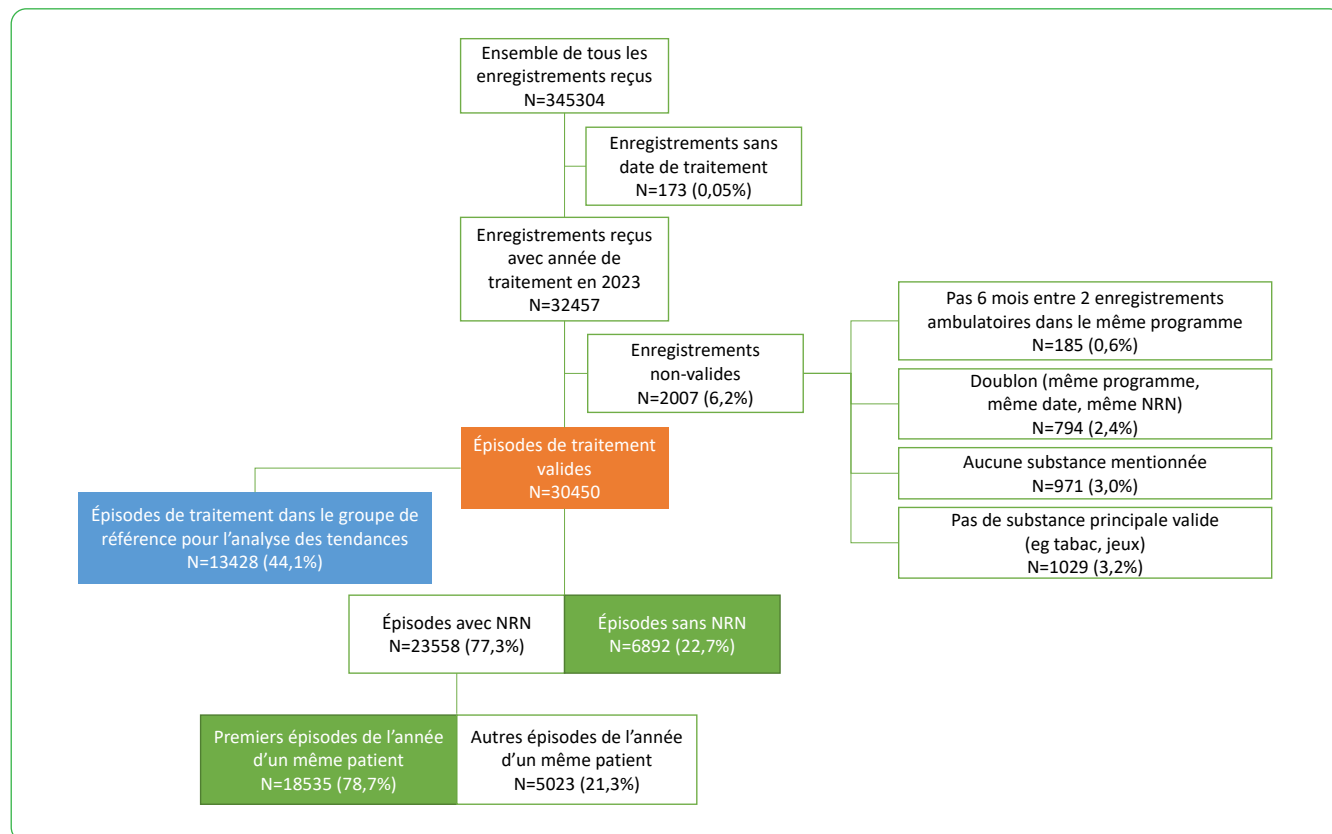
Il nous semble important de rappeler les limitations de l'enregistrement TDI afin que les données présentées soient correctement interprétées :

- l'enregistrement TDI ne concerne que les **nouvelles** demandes de traitement. Les patients en traitement continu sans nouvel épisode de traitement au cours de l'année ne sont donc pas considérés.
- la **couverture** des centres de traitement participant à l'enregistrement TDI n'est **pas complète**. Le TDI est enregistré dans la plupart des centres spécialisés en assuétudes et dans la plupart des hôpitaux. Par contre les pratiques privées (médecins généralistes, psychiatres) ne participent pas à l'enregistrement. La couverture des centres de santé mentale n'est également pas complète, principalement dans le sud du pays.
- les épisodes de traitement pour lesquels les patients **refusent** l'enregistrement ou pour lesquels la collecte des données n'est **pas possible** ne sont pas non plus disponibles.

3.1. DONNÉES COLLECTÉES

3.1.1 GESTION DES DONNÉES COLLECTÉES

FIGURE 1. Gestion des données et construction des sets de données utilisés dans les analyses



Source : TDI 2015-2023 [Sciensano]

Depuis le lancement du système d'enregistrement des TDI en 2011 près de 350 000 données ont été reçues. Les enregistrements avec une date de début de traitement en 2023 sont au nombre de 32 457. Environ 2 000 enregistrements ne répondaient pas à un ou plusieurs critères d'inclusion.

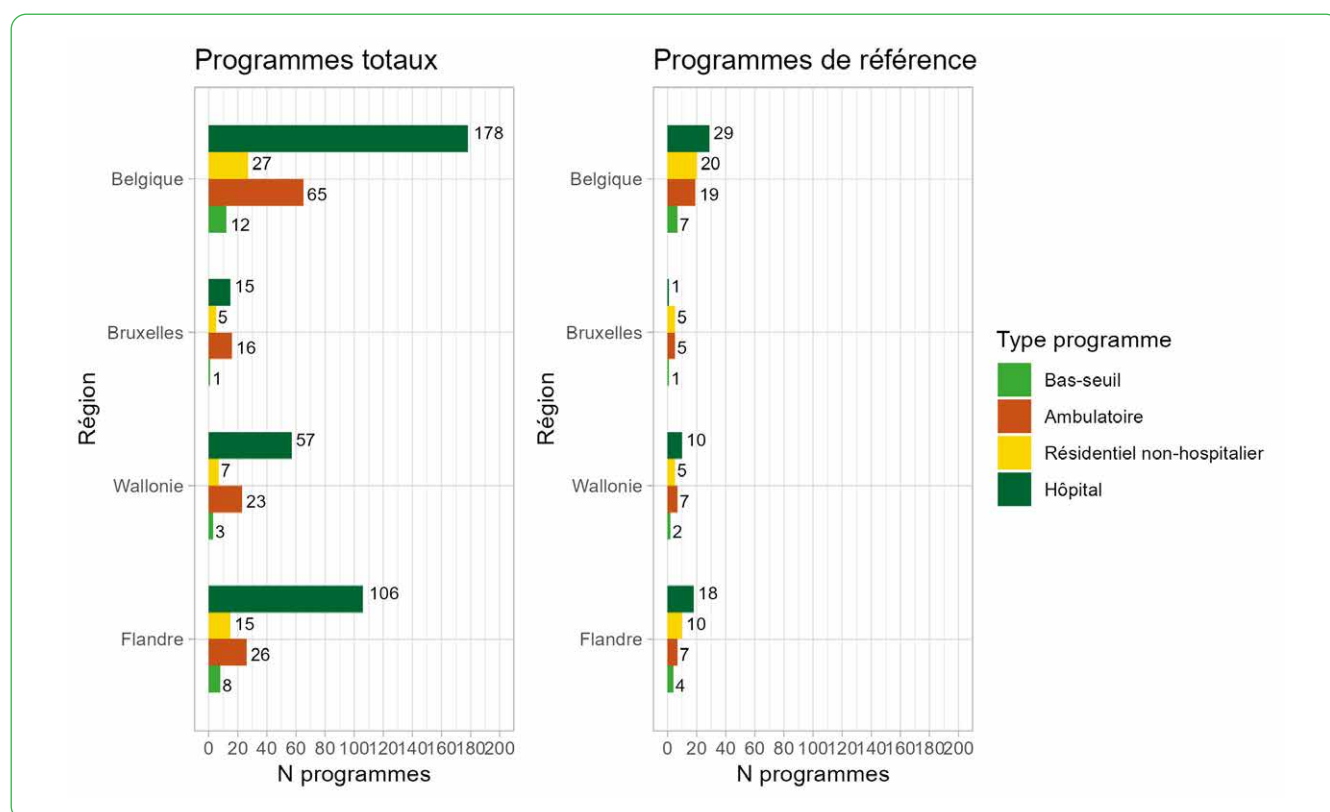
Au total, un peu plus de 30 000 épisodes de traitement valides sont donc disponibles (cadre orange) et seront utilisés pour les analyses au niveau «épisodes». Parmi ceux-ci, un peu moins de la moitié (44 %) proviennent de centres de traitement de référence qui enregistrent de manière continue et sans grande différence dans le nombre de données rapportées sur la période 2015-2023. Ces épisodes (cadre bleu) seront utilisés pour étudier les tendances sur la période 2015-2023.

Parmi les épisodes de traitement valides, dans plus de trois quarts des cas, les patients sont identifiés à l'aide de leur numéro de registre national (NRN). Parmi ces épisodes de patients identifiés avec leur NRN, il est possible d'identifier les différents épisodes de traitement suivis par la personne. Près de 8 épisodes sur 10 enregistrés avec le NRN correspondent au seul ou au premier épisode de l'année d'une même personne. Pour 2 épisodes sur 10 (5 000 épisodes), les patients sont déjà venus au cours de l'année une ou plusieurs fois au sein d'un même programme de traitement ou de programmes différents. Les épisodes de traitement enregistrés sans NRN et les premiers épisodes de l'année (les 2 cadres vert) seront utilisés pour analyser les données au niveau «patients», soit 25 427 données.

3.1.2 PROGRAMMES DE TRAITEMENT PARTICIPANTS

Programmes de traitement par région et par type

FIGURE 2. Nombre de programmes de traitement totaux ayant participé à l'enregistrement TDI en 2023 et de programmes de référence, par type et par région



Source : TDI 2015-2023 [Sciensano]

282 programmes de traitement ont participé à l'enregistrement en 2023 dont 75 (programmes de référence) participent d'une manière stable depuis 2015 soit un peu plus d'un quart.

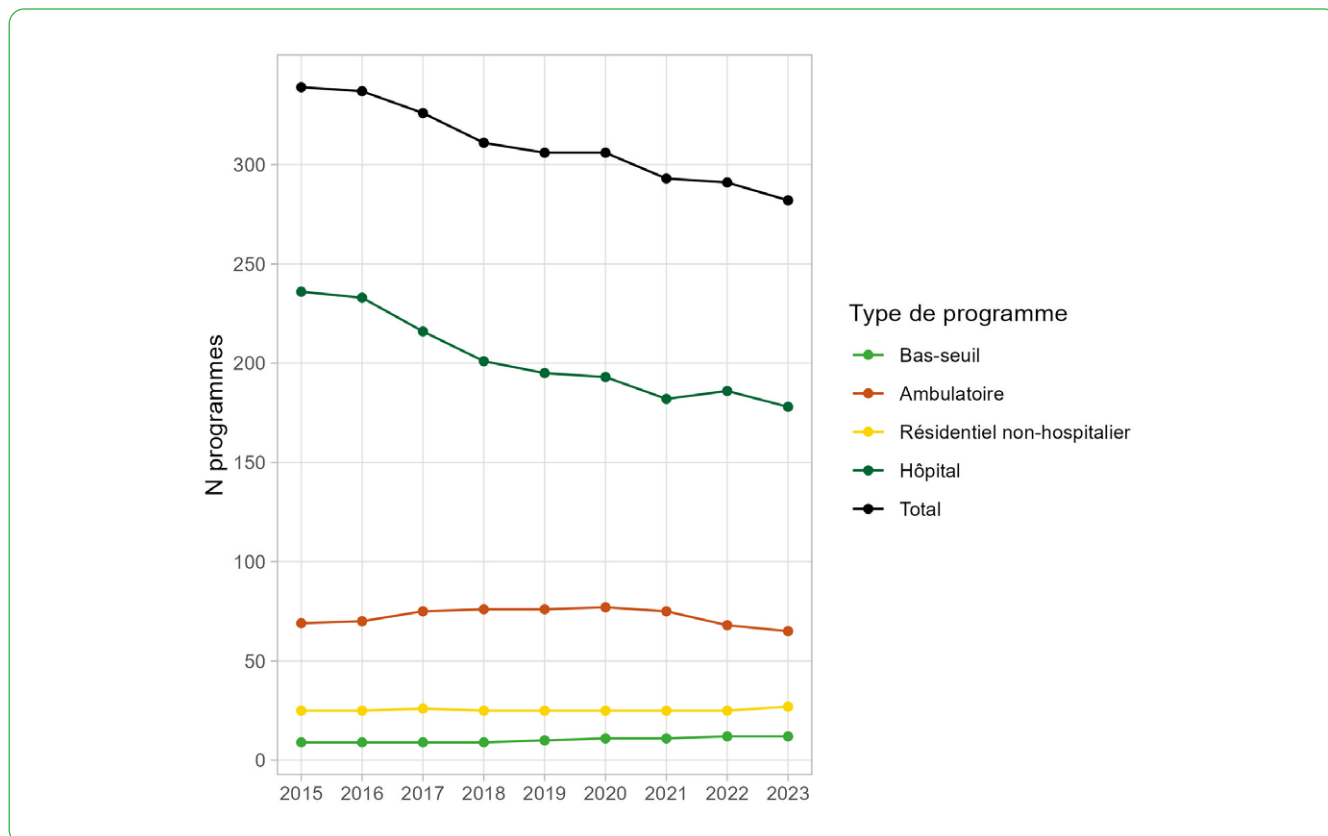
Les hôpitaux représentent la majorité des programmes participant (63 %), les programmes ambulatoires presque un quart (23 %), les programmes résidentiels non-hospitaliers un dixième (10 %) et les programmes bas-seuil 4 %.

Par contre dans le groupe de programmes de référence, les hôpitaux ne représentent plus que 39 % de l'ensemble des programmes participant, les programmes ambulatoires 25 %, les programmes résidentiels non-hospitaliers 27 % et les programmes bas-seuil 9 %. Ce groupe de référence inclut donc une plus grande proportion de programmes spécialisés et ambulatoires.

La répartition régionale entre les programmes totaux et les programmes de référence est similaire. La Flandre compte dans les deux cas un peu plus de la moitié des programmes en Belgique, la Wallonie un tiers et Bruxelles environ 15 %.

Évolution de la participation des programmes de traitement

FIGURE 3. Évolution du nombre de programmes de traitement participant à l'enregistrement TDI entre 2015 et 2023, par type



Source : TDI 2015-2023 [Sciensano]

On note une baisse constante du nombre total de programmes de traitement participant à l'enregistrement TDI entre 2015 et 2023. On passe de 339 en 2015 à 282 en 2023 soit une baisse de 17 %.

Cette baisse sur la période 2015-2023 est surtout marquée dans les hôpitaux (-25 %). Pour les programmes ambulatoires, la baisse n'est que de 5 % en 2023 par rapport à 2015. Dans les centres bas-seuil et les centres résidentiel spécialisés non-hospitaliers on note une augmentation du nombre de programmes participant.

La baisse du nombre de programmes de traitement liés à un hôpital est de 23 % en Flandre, 25 % en Wallonie et 32 % à Bruxelles. Elle ne permet donc pas d'identifier une différence régionale marquée. En outre elle est plus marquée dans les hôpitaux psychiatriques (-28 %) que dans les hôpitaux généraux (-18 %).

Les programmes hospitaliers qui enregistraient le TDI en 2015 et qui n'enregistrent plus en 2023 rapportaient en moyenne presque trois fois moins d'enregistrements (59

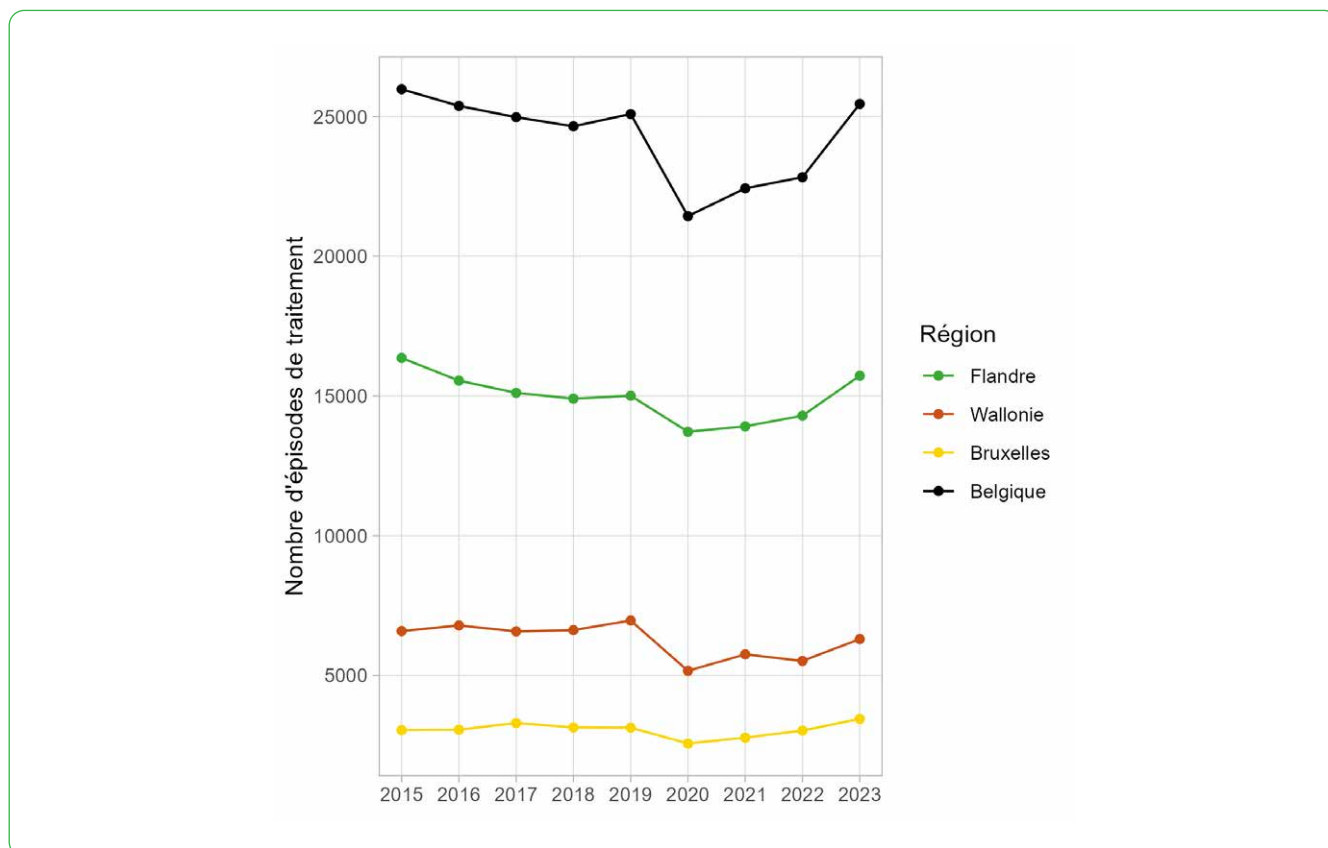
enregistrements en moyenne en 2015) que les programmes qui continuent de rapporter en 2023 (170 enregistrements en moyenne en 2015). Cela permet d'imaginer que les unités hospitalières qui ont arrêté d'enregistrer sont des unités plus petites ou moins spécialisées en assuétudes.

L'information sur les raisons d'un arrêt de participation à l'enregistrement n'est pas toujours communiquée à Sciensano. Lorsqu'une raison est évoquée, celle-ci concerne principalement des difficultés liées à la collecte des informations en interne suite à des changements de personnel ou une absence de patients présentant les critères d'inclusion du TDI.

3.1.3 ENREGISTREMENTS COLLECTÉS

Évolution des enregistrements par région

FIGURE 4. Évolution du nombre total d'épisodes de traitement enregistrés entre 2015 et 2023 dans le TDI, par région



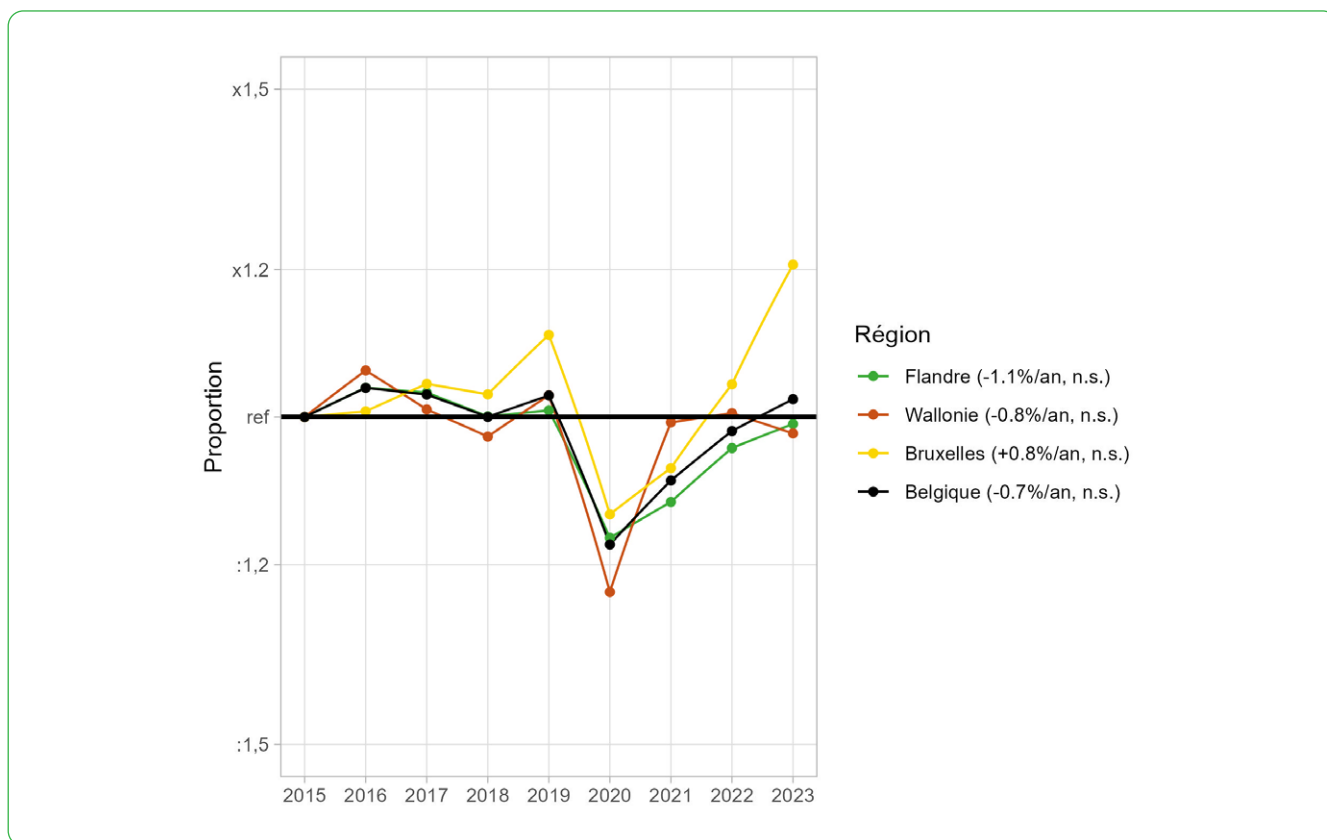
Source : TDI 2015-2023 [Sciensano]

Il y a eu un peu plus de 30 000 épisodes de traitement enregistrés en Belgique en 2023 (n=30 450). 64 % proviennent de Flandre, 23 % de Wallonie et 13 % de Bruxelles. Cela représente 289 épisodes pour 100 000 habitants en Flandre, 193 en Wallonie et 304 à Bruxelles. La Wallonie semble donc sous-représentée parmi les épisodes de traitement par rapport à leur population. Il faut cependant noter que l'indication géographique ne se base que sur la localisation du centre de traitement et pas sur la région de résidence du patient (cette information n'est pas collectée). Il est probable que des patients habitant en Wallonie viennent se faire traiter à Bruxelles et

inversement. Les échanges avec la Flandre sont sans doute plus limités en raison de la différence de langue.

Au niveau national on retrouve et dépasse les nombres d'enregistrements de la période pré-pandémique (102 % en 2023 par rapport à la moyenne 2015-2019). Dans les régions on dépasse également les niveaux pré-pandémiques en Flandre (105 %) et à Bruxelles (104 %) mais pas en Wallonie (93 %). La pandémie de COVID-19 aura donc eu un impact durant 3 ans sur le nombre d'épisodes de traitement enregistrés.

FIGURE 5. Évolution relative du nombre d'épisodes de traitement enregistrés entre 2015 et 2023 dans un groupe de centres stables, par région



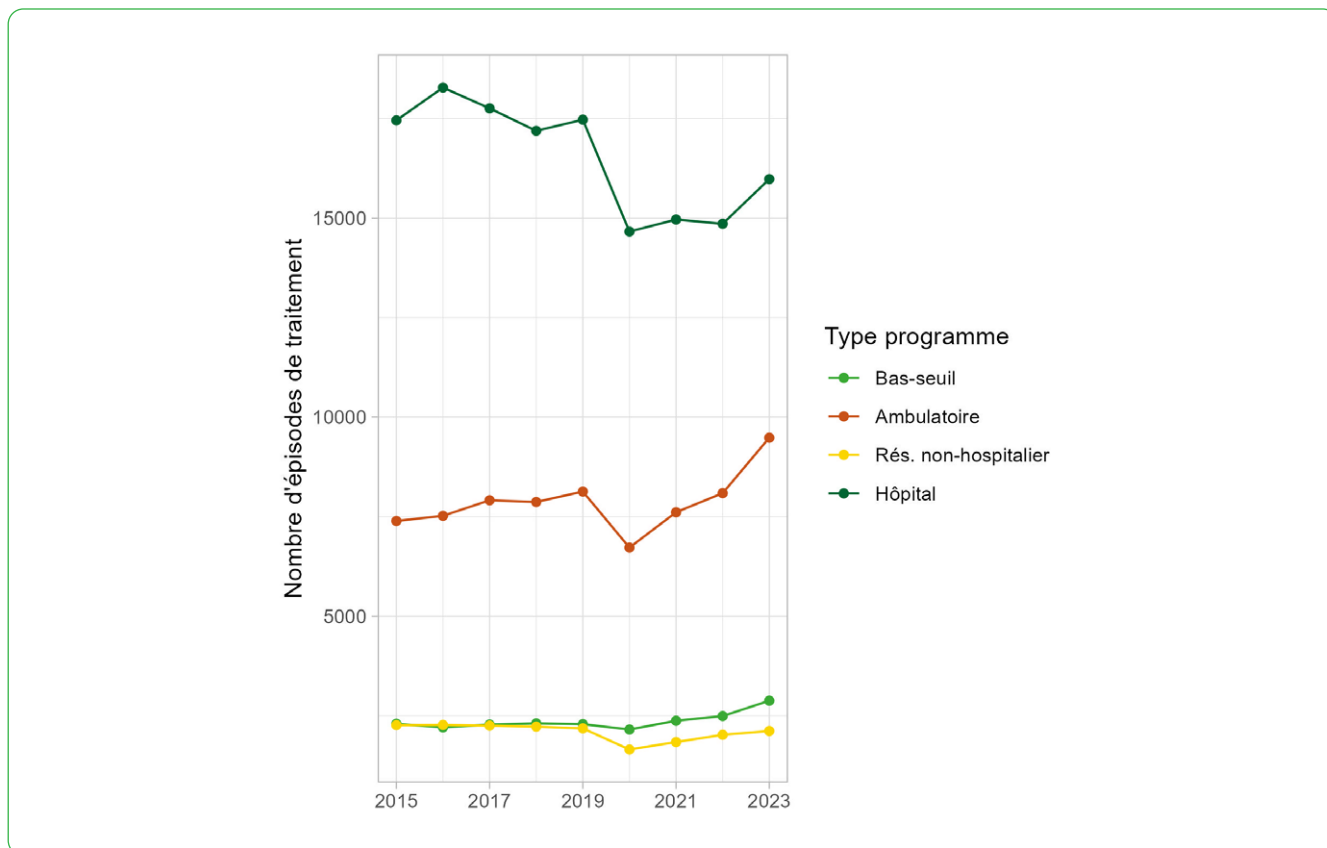
Source : TDI 2015-2023 [Sciensano]

Entre 2015 et 2023 l'analyse de tendance au sein du groupe de centres de référence ne révèle aucune évolution significative du nombre d'épisodes de traitement enregistrés, ni dans les trois régions, ni au niveau national.

Même si on remarque une forte croissance à Bruxelles (+20 % en 2023 par rapport à 2015), celle-ci n'est pas statistiquement significative.

Évolution des enregistrements par type de programme

FIGURE 6. Évolution du nombre total d'épisodes de traitement enregistrés entre 2015 et 2023 dans le TDI, par type de programme

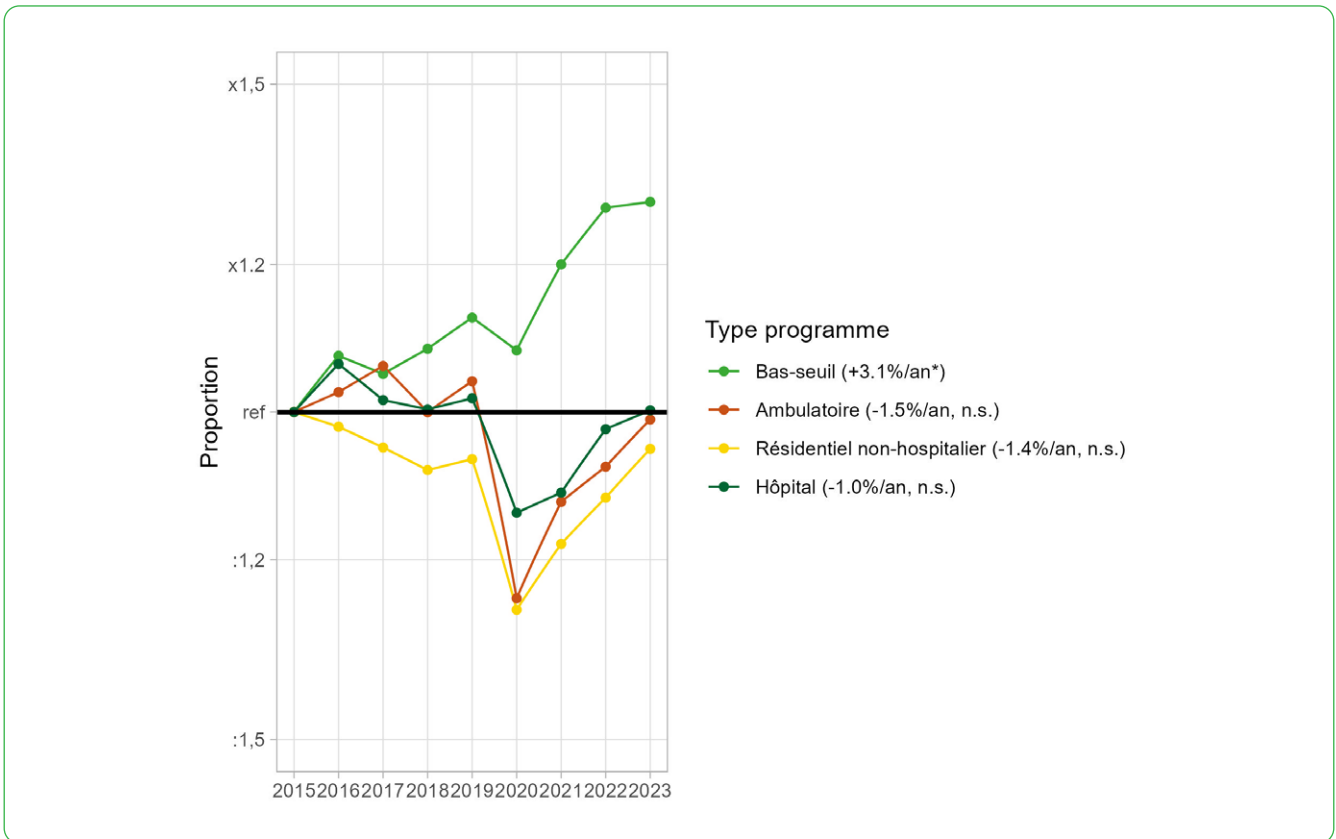


Source : TDI 2015-2023 [Sciensano]

En 2023, plus de la moitié des épisodes de traitement (53 %) sont enregistrés dans les hôpitaux (généralistes ou psychiatriques), 31 % en ambulatoire, 9 % en ambulatoire bas-seuil et 7 % en résidentiel non-hospitalier (communautés thérapeutiques et centres de crise).

Par rapport à la période prépandémie, on remarque qu'en 2023 les hôpitaux sont restés à un niveau d'enregistrement 9 % inférieur (91 % en 2023 par rapport à la période 2015-2019). Les centres résidentiels non hospitaliers sont à 95 % alors que les centres ambulatoires ont fortement augmenté par rapport à la période avant 2020 (126 % pour les centres bas-seuil et 122 % pour les autres centres ambulatoires).

FIGURE 7. Évolution relative du nombre d'épisodes de traitement enregistrés entre 2015 et 2023 dans un groupe de centres stables, par type de programme



Source : TDI 2015-2023 [Sciensano]

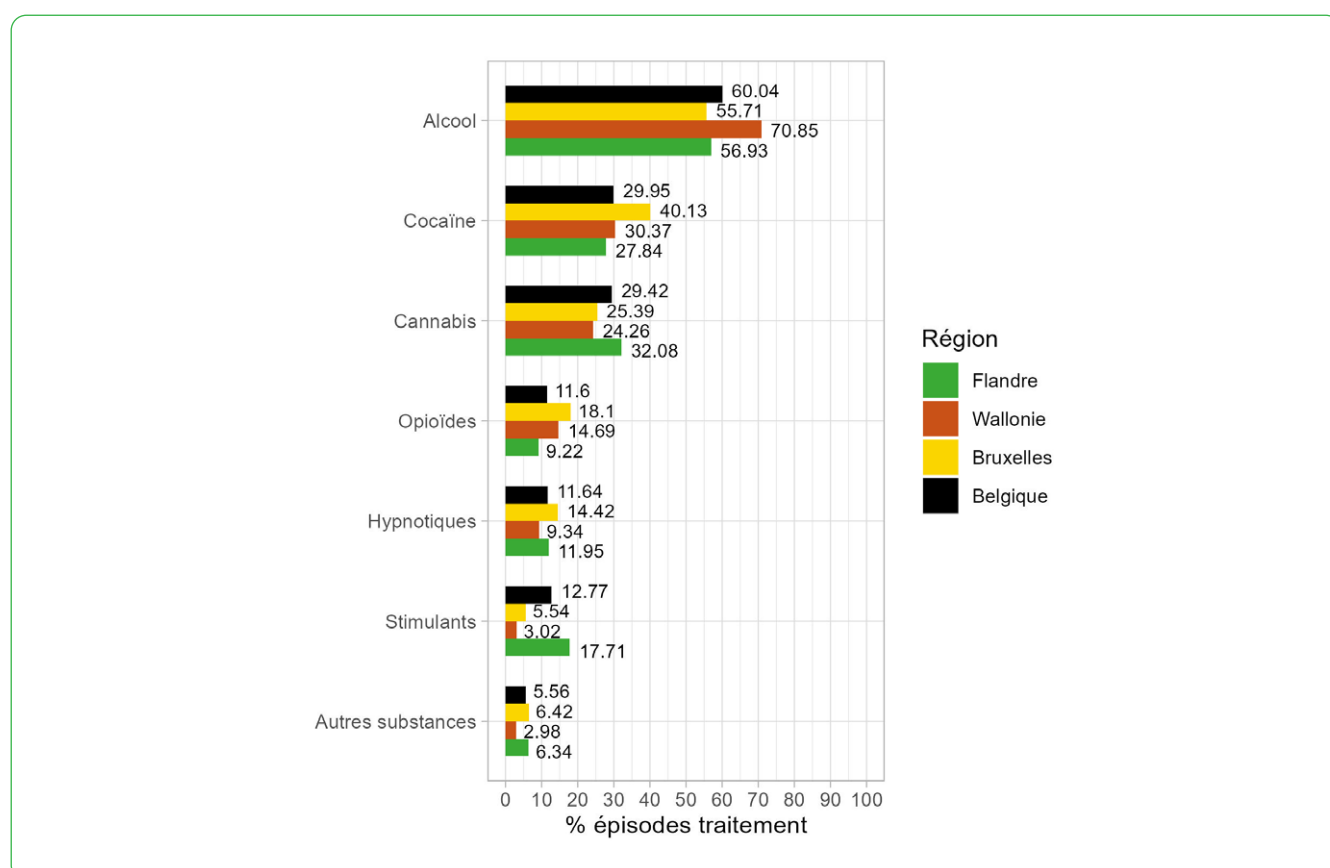
Dans le groupe de centres stables, qui permet d'éliminer les biais liés à une variation dans la participation, la croissance est significative dans les centres bas-seuil alors que les tendances sont stables dans les autres types de centres.

3.2. SUBSTANCES

3.2.1 CATÉGORIES DE SUBSTANCES

Catégories de substances par région

FIGURE 8. Proportion des épisodes de traitement enregistrés en 2023 rapportant une catégorie de substance, par région



Source : TDI 2015-2023 [Sciensano]

En 2023, plus de 6 épisodes de traitement sur 10 (60 %) rapportent l'alcool comme une (des) substance(s) à l'origine du traitement. La cocaïne est la seconde catégorie de substances la plus fréquemment citée (30 %). Le cannabis est rapporté en proportions presque similaires (29 %). Les opioïdes (12 %), les hypnotiques (12 %) et les autres stimulants (13 %) ne sont rapportés que dans environ 1 épisode sur 8.

Les différences régionales sont relativement importantes en ce qui concerne la proportion de rapportage des différentes catégories de substances.

Les centres de traitement situés en Wallonie rapportent une proportion plus importante d'alcool (71 %) qu'en Flandre (57 %) et à Bruxelles (56 %).

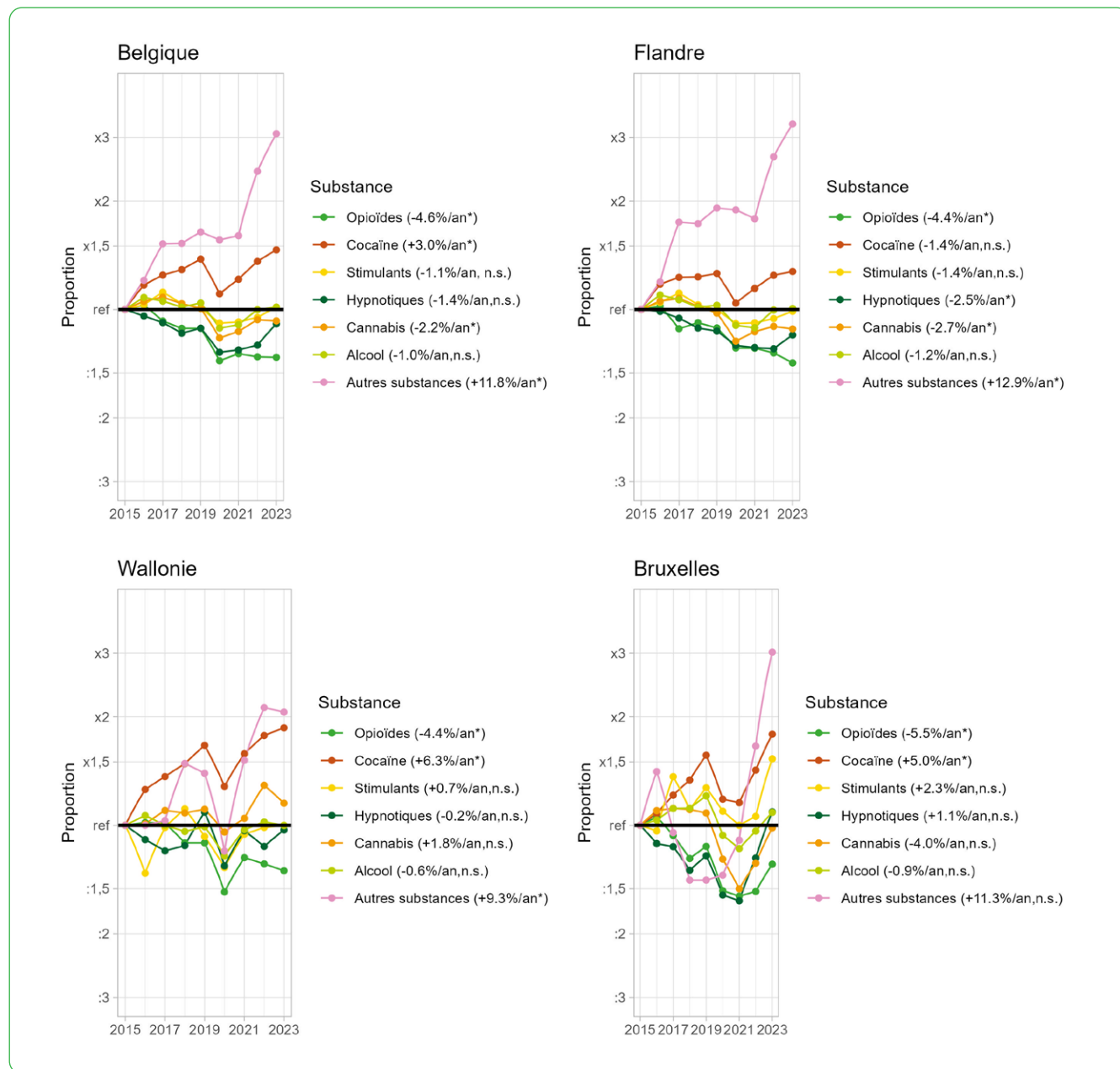
Bruxelles se distingue par la plus grande proportion de rapports concernant de la **cocaïne** (40 %) comparativement à la Flandre (28 %) et à la Wallonie (30 %).

La Flandre quant à elle rapporte une proportion plus importante de **stimulants** autres que la cocaïne (18 %) qu'en Wallonie (3 %) et à Bruxelles (6 %). Le **cannabis** est également plus fréquemment rapporté en Flandre (32 %) par rapport à la Wallonie (24 %) et à Bruxelles (25 %).

Enfin les **opioïdes** sont plus souvent rapportés en Wallonie (15 %) et à Bruxelles (18 %) qu'en Flandre (9 %).

Évolution des catégories de substances par région

FIGURE 9. Proportion des épisodes de traitement enregistrés en 2023 rapportant une catégorie de substance, par région



Source : TDI 2015-2023 [Sciensano]

Dans le groupe stable de centres de traitement en Belgique, l'analyse de tendances montre une augmentation significative entre 2015 et 2023 des mentions de la cocaïne et des autres substances. Par contre on observe une baisse significative pour le cannabis et les opioïdes. Les proportions du rapportage de l'alcool, des hypnotiques et des stimulants autres que la cocaïne restent quant à elles stables.

Au niveau régional en Flandre, l'augmentation n'est pas significative pour la cocaïne mais bien pour les autres substances. La baisse significative du cannabis et des opioïdes est complétée par la baisse significative des hypnotiques.

En Wallonie on note l'augmentation significative de la cocaïne et des autres substances et la baisse significative des opioïdes.

À Bruxelles, la cocaïne augmente de manière significative mais pas les autres substances qui n'ont commencé à augmenter qu'à partir de 2020. Les opioïdes sont en baisse significative mais on note une légère remontée depuis les deux dernières années.

L'évolution la plus marquante concerne les autres substances (x3 depuis 2015 dans le groupe stable de centres). Ceci concerne principalement la kétamine.

3.2.2 SUBSTANCES ÉMERGENTES

Une douzaine de substances voient leur rapportage comme substance lors de l'entrée en traitement augmenter de manière significative dans le groupe stable de centres entre 2015 et 2023.

TABLEAU 1. Liste des substances présentant une augmentation significative entre 2015 et 2023, évolution, nombre absolu et proportion dans les 3 régions

Substances	Évolution récente dans le groupe stable 2015-2023	N épisode de traitement dans tous les centres 2023	Proportion de l'ensemble des épisodes (%) par région			
			BELGIQUE	FLANDRE	WALLONIE	BRUXELLES
Fentanyl	x 2,0	53	0.17	0.23	0.08	0.08
Tramadol	x 3,0	84	0.28	0.20	0.27	0.68
Oxycodone	x 2,0	57	0.19	0.12	0.37	0.18
Crack	x 2,5	2 839	9.32	4.13	14.76	26.00
Méthamphétamine	x 3,0	169	0.56	0.53	0.35	1.06
Méphédronne	x 17	427	1.40	2.14	0.10	0.05
Alphas	x 7,5	57	0.19	0.28	0.00	0.08
x-MMC	x 5,0 (depuis 2020)	49	0.16	0.18	0.04	0.29
Zolpidem	x 6,0 (depuis 2020)	12	0.04	0.02	0.06	0.10
Pregabaline	x 31 (depuis 2020)	104	0.34	0.01	0.07	2.57
Kétamine	x 5,0	1 209	3.97	5.06	1.99	2.02
Substances volatiles	x 3,0	113	0.37	0.40	0.15	0.64

L'évolution la plus importante en termes de nombre d'épisodes concernés est celle du crack. Entre 2015 et 2023, dans le groupe stable de centres, le nombre de rapportage du crack a été multiplié par 2,5. En 2023 cela concernait 2 839 épisodes de traitement. Cette substance est plus souvent mentionnée en Wallonie (15 %) et à Bruxelles (26 %) qu'en Flandre où elle concerne moins de 5 % des épisodes de traitement.

La kétamine concerne en 2023 plus de 1 200 épisodes de traitement. Elle a vu le nombre d'épisodes de traitement concernés dans le groupe stable de centres multiplié par cinq entre 2015 et 2023. Elle est plus fréquente en Flandre où elle concerne 5 % des épisodes de traitement qu'en Wallonie et à Bruxelles où elle ne concerne que 2 % des épisodes de traitement.

La méphédronne (un stimulant synthétique de la classe des cathinones) a connu une des plus fortes évolutions récentes. Entre 2015 et 2023 dans le groupe stable de centres, le nombre d'épisodes rapportant la substance a été multiplié par 17. Au total, cela concerne un peu plus de 400 épisodes. Cette substance est plus fréquente en Flandre (2 % des épisodes) qu'en Wallonie et à Bruxelles (moins d'un dixième de pourcent). D'autres cathinones synthétiques sont également en augmentation comme le groupe des «alpha» (alpha-pvp, alpha-php,...). Ce groupe de cathinones est surtout présent en Flandre. Le groupe des x-MMC (3, ou 4 MMC) est également en augmentation depuis 2020 dans les demandes de traitement, surtout à Bruxelles et en Flandre.

RÉSULTATS
SUBSTANCES

La méthamphétamine a entraîné une multiplication par trois du nombre d'épisodes de traitement entre 2015 et 2023 dans le groupe stable de centres bien que cela ne concerne que moins de 200 épisodes dans l'ensemble du TDI. Ces épisodes sont plus fréquents à Bruxelles où ils représentent 1 % des épisodes de traitement qu'en Flandre (0.5 %) et en Wallonie (0.4 %).

En ce qui concerne les opioïdes, le fentanyl est 2x plus fréquemment cité en 2023 qu'en 2015 dans le groupe de centres stables mais reste très limité avec une cinquantaine d'épisodes. Il est plus fréquemment rapporté en Flandre. Le nombre d'épisodes de traitement liés au tramadol a triplé sur la période étudiée et concerne plus spécifiquement Bruxelles. Enfin les mentions de l'oxycodone ont doublé, principalement en Wallonie.

La prégabaline (essentiellement le Lyrica) est également en nette progression. Il est cité dans une centaine d'épisodes de traitement, surtout à Bruxelles.

3.2.3 DÉTAIL DES SUBSTANCES SPÉCIFIQUES

TABLEAU 2. Liste de l'ensemble des substances mentionnées comme substance principale ou toutes les substances à l'origine du traitement et évolution dans le groupe stable de centres

		Substance principale		Toutes les substances à l'origine du traitement		Évolution entre 2015 et 2023 du nombre d'épisodes rapportant la substance dans un groupe stable de centres
CATÉGORIE DE SUBSTANCE	SUBSTANCE SPÉCIFIQUE	N	%	N	%	ÉVOLUTION
Total		30 450	100	30 450	100	/
Pas de substance principale mentionnée	Total	1 417	4.65	/	/	/
Alcool	Total	13 927	45.74	18 281	60.04	'15 ~ '23
Cocaïne	Total	5 001	16.42	9 121	29.95	'15 ↗ '23
	Cocaïne en poudre	2 013	6.61	5 130	16.85	'15 ~ '23
	Crack	1 915	6.29	2 839	9.32	'15 ↗ '23
	Autre cocaïne / Non-spécifié	1 073	3.50	/	/	/
Cannabis	Total	4 243	13.93	8 959	29.42	'15 ↘ '23
	Autre cannabis / Non-spécifié	2 282	7.50	/	/	/
	Marijuana	1 852	6.08	5 359	17.60	'15 ↘ '20 '20 ~ '23
	Hashish	108	0.35	1 023	3.36	'15 ↘ '23
	HHC	1	0.00	2	0.01	/
	BHO	0	0.00	1	0.00	/
	Kief	0	0.00	1	0.00	/
	Cannabinoïde	0	0.00	2	0.01	'15 ~ '23
Opioïdes	Total	2 298	7.55	3 531	11.60	'15 ↘ '23
	Héroïne	1 812	5.95	2 824	9.27	'15 ↘ '23
	Autre opioïde / Non-spécifié	197	0.65	/	/	/
	Méthadone détournée	147	0.48	505	1.66	'15 ↘ '23
	Buprénorphine détournée	35	0.11	94	0.31	'15 ~ '23
	Tramadol	35	0.11	84	0.28	'15 ~ '18 '18 ↗ '23
	Codéine	23	0.08	42	0.14	'15 ~ '23
	Morphine	22	0.07	54	0.18	'15 ~ '23
	Fentanyl	15	0.05	53	0.17	'15 ↗ '23
	Oxycodone	12	0.04	57	0.19	'15 ↗ '23
	Tilidine	0	0.00	2	0.01	'15 ↘ '23

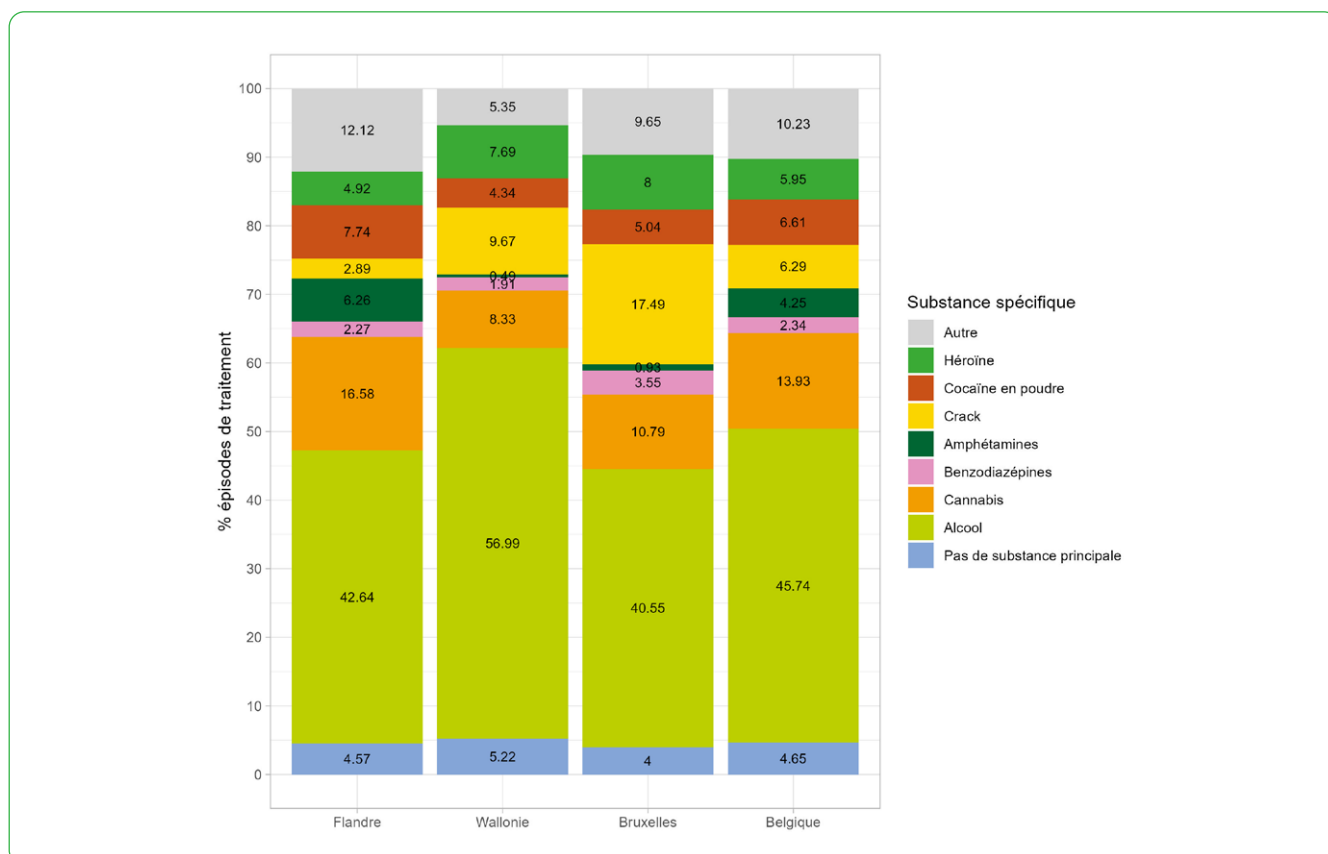
RÉSULTATS
SUBSTANCES

		Substance principale		Toutes les substances à l'origine du traitement		Évolution entre 2015 et 2023 du nombre d'épisodes rapportant la substance dans un groupe stable de centres
CATÉGORIE DE SUBSTANCE	SUBSTANCE SPÉCIFIQUE	N	%	N	%	ÉVOLUTION
Stimulant	Total	1 796	5.90	3 887	12.77	'15 ~ '23
	Amphétamines	1 294	4.25	2 876	9.44	'15 ~ '17 '17 ~ '23
	Méphédronne	198	0.65	427	1.40	'15 ~ '23
	Autre stimulant / Non-spécifié	190	0.62	/	/	/
	MDMA	72	0.24	672	2.21	'15 ~ '23
	Méthamphétamines	42	0.14	169	0.56	'15 ~ '23
	2 ou 3 MMC	22	0.07	49	0.16	'15 ~ '23
	Alphas	20	0.07	57	0.19	'15 ~ '23
	Méthylphénidate	17	0.06	30	0.10	'15 ~ '23
	CBs	3	0.01	9	0.03	'15 ~ '23
	CMCs	1	0.00	3	0.01	/
	FMA	0	0.00	1	0.00	/
	MDPV	0	0.00	1	0.00	/
	NEP	0	0.00	2	0.01	/
	PMA	0	0.00	1	0.00	/
	Cathinone	0	0.00	1	0.00	/
	Eutylone	0	0.00	1	0.00	/
Hypnotiques	Total	1 033	3.39	3 545	11.64	'15 ~ '21 '21 ~ '23
	Benzodiazépines	714	2.34	2 862	9.40	'15 ~ '21 '21 ~ '23
	GHB	237	0.78	611	2.01	'15 ~ '23
	Autre hypnotique / Non-spécifié	75	0.25	/	/	/
	Barbituriques	7	0.02	35	0.11	'15 ~ '23
	Quetiapine	5	0.02	7	0.02	'15 ~ '23
	Trazodone	3	0.01	7	0.02	/
	Zolpidem	2	0.01	12	0.04	'15 ~ '19 '19 ~ '23
	Haloperidol	0	0.00	1	0.00	/
	Phenothiazine	0	0.00	1	0.00	/
	Butyrophenone	0	0.00	1	0.00	/
	Fluoxétine	0	0.00	1	0.00	/
	Duloxétine	0	0.00	1	0.00	/
Autre substance	Total	735	2.42	1 693	5.56	'15 ~ '23
	Kétamine	561	1.84	1 209	3.97	'15 ~ '23
	Autre substance / Non-spécifiée	118	0.45	/	/	/
	Substance volatile	29	0.10	113	0.37	'15 ~ '23
	Prégabaline	13	0.04	104	0.34	'15 ~ '19 '19 ~ '23
	LSD	9	0.03	213	0.70	'15 ~ '23
	2Cs	2	0.01	10	0.03	'15 ~ '19 '19 ~ '23
	Champignons hallucinogènes	1	0.00	49	0.16	'15 ~ '23
	Gabapentine	1	0.00	3	0.01	/
	OPCE	1	0.00	1	0.00	/
	Mescaline	0	0.00	2	0.01	/
	1p-LSD	0	0.00	1	0.00	/
	MXE	0	0.00	2	0.01	/
	PCP	0	0.00	4	0.01	/
	DMT	0	0.00	1	0.00	'15 ~ '23
	Fluorokétamine	0	0.00	1	0.00	/
	Kratom	1	0.00	4	0.01	'15 ~ '23

3.2.4 SUBSTANCES PRINCIPALES

Substances principales par région

FIGURE 10. Proportion des substances principales mentionnées dans les épisodes de traitement enregistrés en 2023, par région



Source : TDI 2015-2023 [Sciensano]

Ces 7 substances spécifiques et la catégorie 'pas de substance principale' couvrent environ 90 % des épisodes de traitement dans toutes les régions.

En Belgique, près de la moitié des épisodes de traitement rapportent l'alcool comme substance principale (46 %).

Au niveau national, la seconde substance principale est le cannabis (14 %) suivi du de la cocaïne en poudre (7 %), du crack (6 %) et de l'héroïne (6 %).

La région bruxelloise se démarque par la proportion plus importante de crack comme substance principale par rapport aux deux autres régions. On y retrouve près de trois fois plus d'épisodes qu'au niveau national et six fois plus qu'en Flandre.

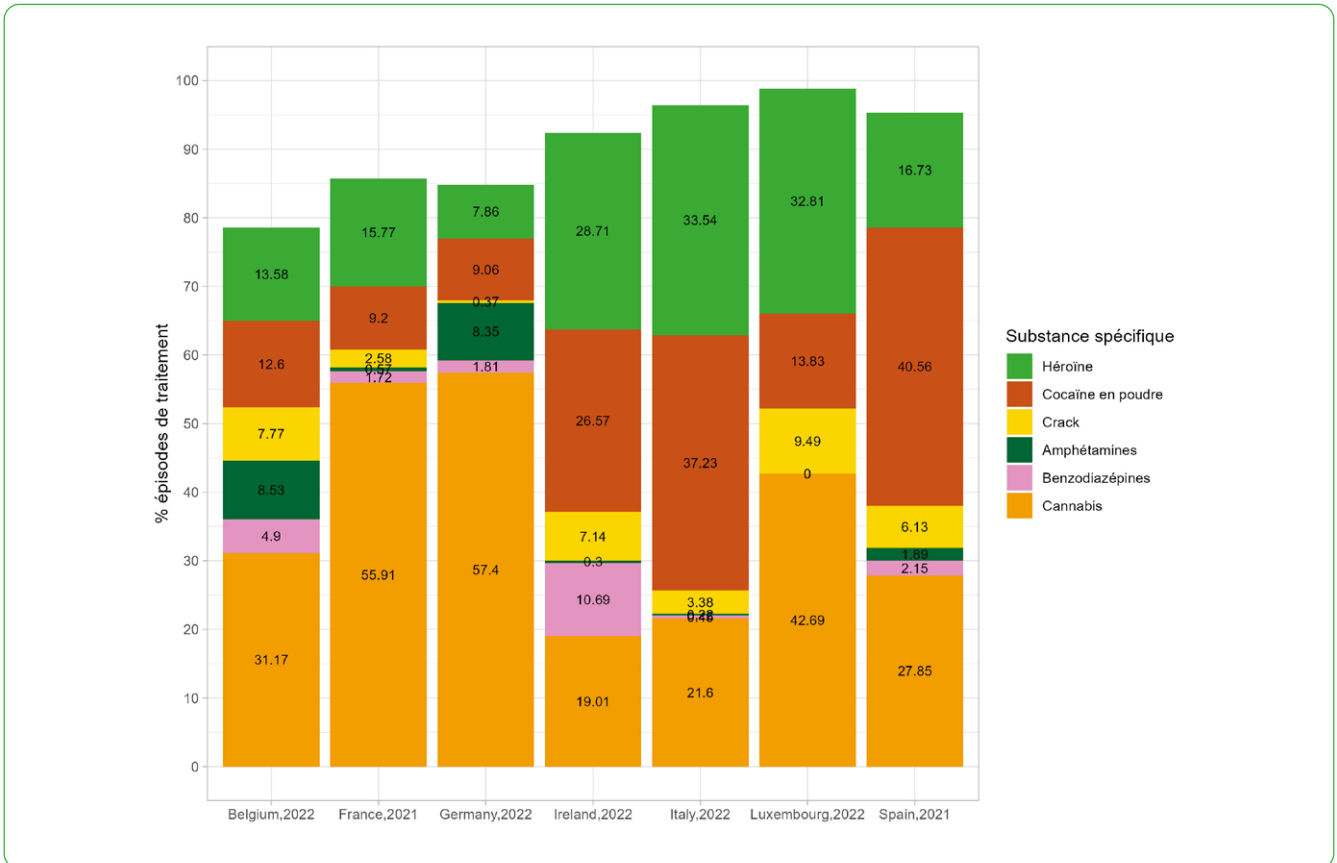
En Flandre, les amphétamines et le cannabis sont plus fréquemment représentés. Les amphétamines sont 6 fois plus fréquemment citées en Flandre qu'à Bruxelles et 12 fois plus qu'en Wallonie. Les épisodes de traitement pour le cannabis sont 2 fois plus fréquents en Flandre qu'en Wallonie.

En Wallonie, l'alcool est 1,5 fois plus fréquemment rapporté comme substance principale qu'à Bruxelles.

Enfin 5 % des épisodes de traitement n'ont pas identifié une substance principale parmi les multiples substances problématiques mentionnées. Cette catégorie est une approximation de l'usage multiple de substances.

Substances principales au niveau européen

FIGURE 11. Proportion des substances principales mentionnées dans les épisodes de traitement enregistrés en 2022 en Belgique, France, Allemagne, Irlande, Italie, Luxembourg et Espagne



Source : TDI 2015-2023 [Sciensano]

Il est intéressant de noter que la Belgique possède une plus grande diversité de substances principales que les autres pays présentés. En effet ces 6 substances concernent environ 80 % des épisodes de traitement en Belgique alors que cette proportion est plus élevée dans les autres pays. En outre, la proportion de chaque substance est plus équitablement répartie.

La Belgique a une proportion nettement moindre de traitements pour le cannabis que l'Allemagne, la France ou le Luxembourg et un niveau comparable à l'Espagne.

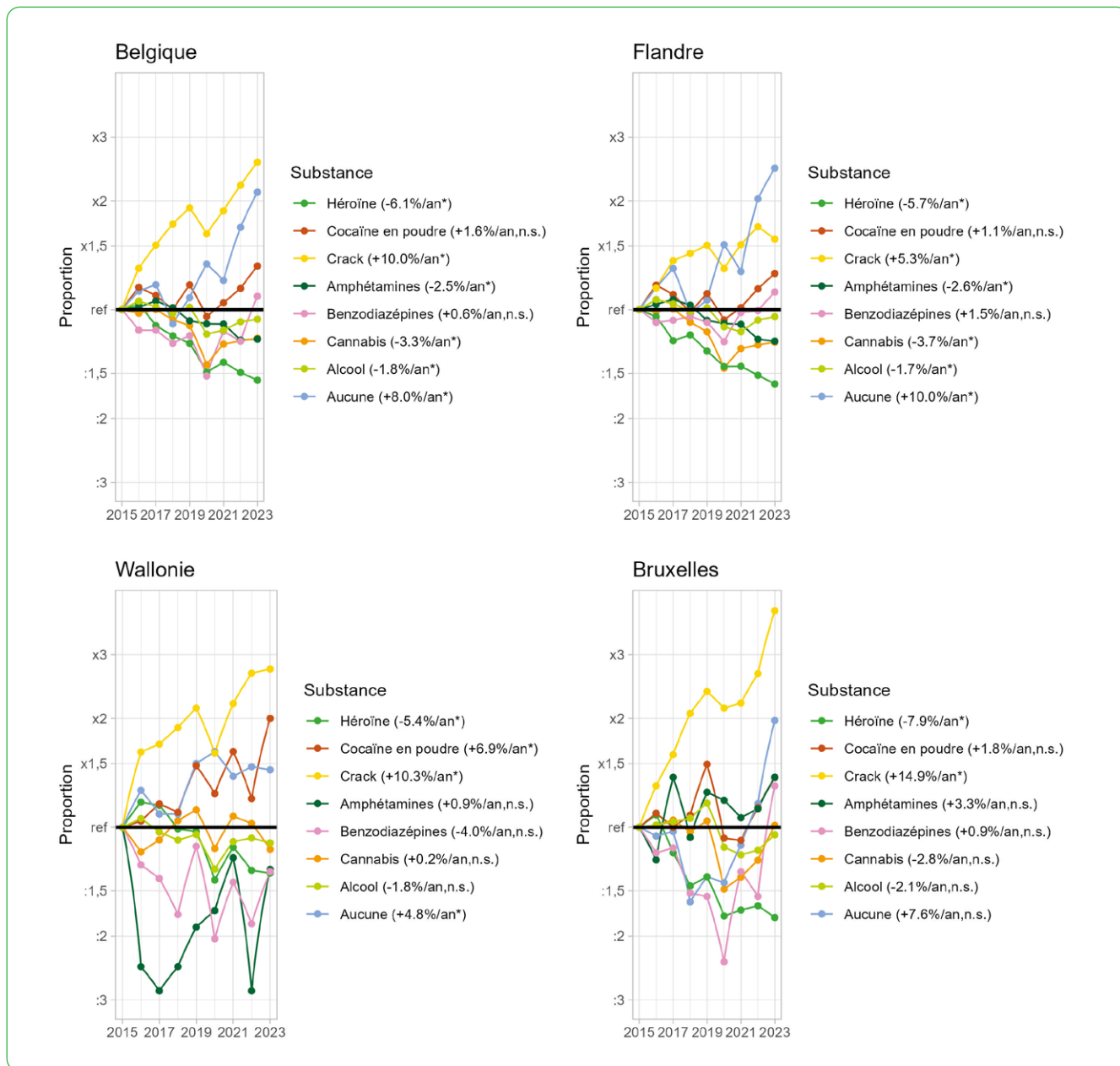
L'héroïne est peu présente chez nous comparé à l'Italie, l'Irlande ou le Luxembourg. La proportion d'héroïne en Belgique est comparable à la France et à l'Espagne.

La cocaïne en poudre est moins importante en Belgique que dans les pays du sud de l'Europe comme l'Italie ou l'Espagne ainsi qu'en Irlande.

Nous avons une proportion similaire à l'Allemagne des demandes de traitement pour les amphétamines et cette proportion est parmi les plus élevés des pays comparés.

Évolution des substances principales par région

FIGURE 12. Évolution relative par rapport à l'année 2015 du nombre d'épisodes de traitement enregistrés dans le groupe de centres stables, par substance principale selon les régions



Source : TDI 2015-2023 [Sciensano]

Le crack est la substance principale qui a la plus forte croissance parmi ces 7 substances dans le groupe stable de centres et cela dans toutes les régions mais surtout à Bruxelles où la croissance est trois fois plus importante qu'en Flandre.

L'héroïne baisse de manière significative dans toutes les régions de manière relativement similaire.

En Flandre on observe en outre une baisse significative du cannabis, des amphétamines et de l'alcool mais dans des proportions moindres que l'héroïne.

La Wallonie est la seule région où la cocaïne en poudre présente une augmentation significative sur la période 2015-2023.

À Bruxelles mis à part le crack et l'héroïne, les autres substances restent stables sur la période étudiée.

3.3. CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS

3.3.1 PROPORTION DE FEMMES

FIGURE 13. Proportion de femmes parmi les patients en traitement enregistrés en 2023



Source : TDI 2015-2023 [Sciensano]

La proportion de femmes en traitement est de 30 % en Belgique. Cette proportion est plus faible à Bruxelles (23 %) et plus élevée en Wallonie (34 %).

Les hôpitaux accueillent également une proportion de femmes plus importante (35 %) que les autres types de programmes de traitement. Les programmes résidentiels non-hospitaliers accueillent une proportion nettement moindre de femmes (19 %).

Cette proportion est également fortement dépendante de la substance principale considérée. L'alcool, les hypnotiques et les stimulants autres que la cocaïne sont les substances pour lesquelles la proportion de femmes est la plus élevée.

Pour les autres catégories de substances (opioïdes, cocaïne et cannabis) la proportion se situe entre 21 % et 23 %.

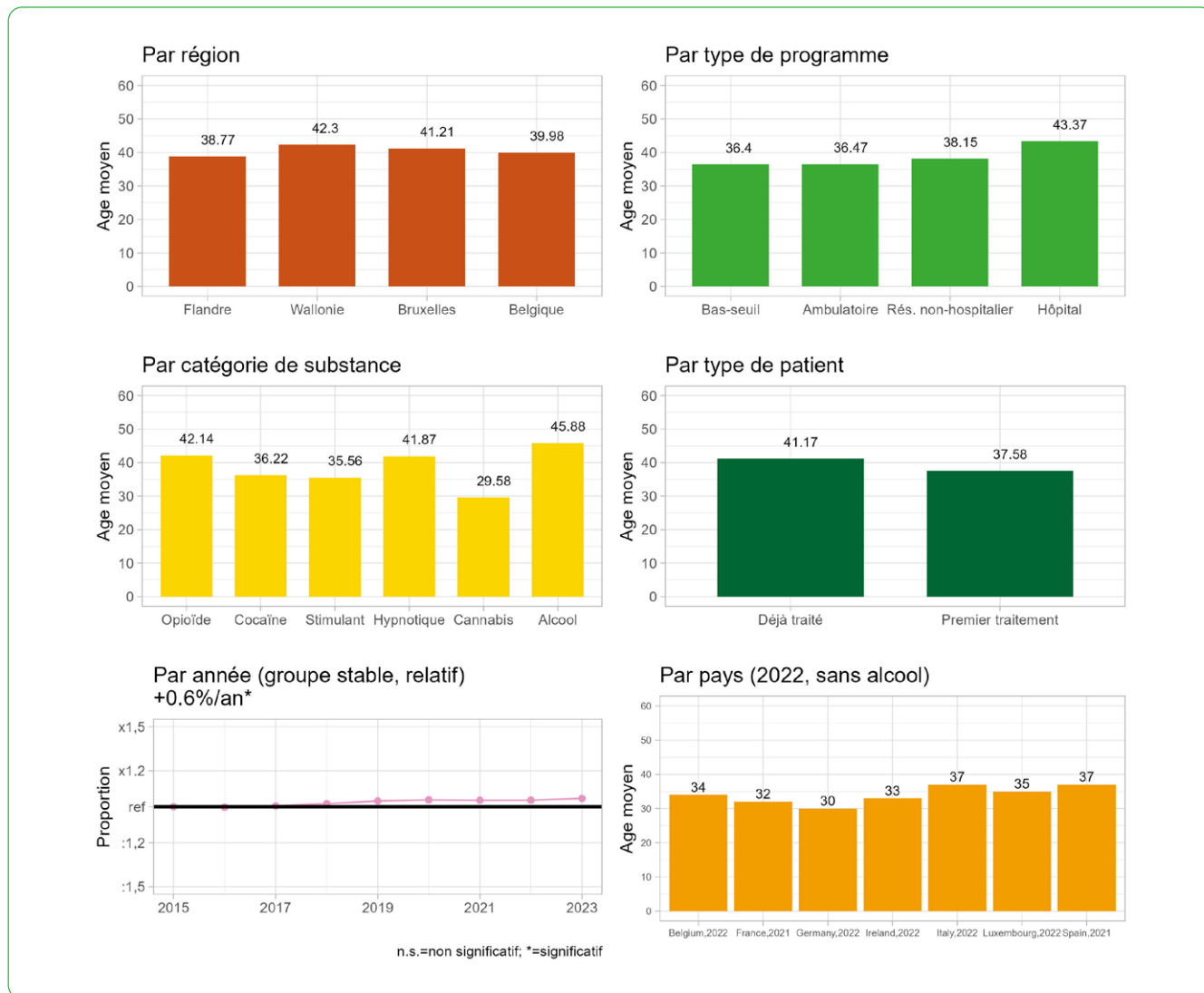
Les personnes entrant pour la première fois en traitement sont plus fréquemment des femmes (32 %) que les personnes déjà traitées précédemment (29 %).

La proportion de femmes a augmenté de manière significative dans le groupe de centres stables entre 2015 et 2023.

Sur base des données transmises à l'EUDA en 2022 (sans l'alcool), la proportion de femmes en Belgique est comparable à la France et l'Allemagne. Les pays du sud de l'Europe (Italie et Espagne) ont une proportion moindre (autour de 15 %). L'Irlande par contre a une proportion plus élevée (28 %).

3.3.2 ÂGE MOYEN

FIGURE 14. Proportion de femmes parmi les patients en traitement enregistrés en 2023



Source : TDI 2015-2023 [Sciensano]

L'âge moyen global des patients en traitement en Belgique en 2023 est de 40 ans. Il est plus élevé en Wallonie et à Bruxelles qu'en Flandre.

L'âge moyen est plus faible en ambulatoire (36 ans) qu'en résidentiel non-hospitalier (38 ans) et surtout qu'en hôpital (43 ans).

Les personnes en traitement pour les hypnotiques (42), l'alcool (46) ou les opiacés (42) comme substance principale sont plus âgées que les personnes en traitement pour la cocaïne et les stimulants autres que la cocaïne (36 ans) et surtout que le cannabis (30 ans).

Les personnes entrant en traitement pour la première fois sont en moyenne 3 ans plus jeunes que les personnes déjà traitées précédemment.

L'âge moyen augmente de manière significative entre 2015 et 2023 même si l'augmentation reste faible de l'ordre de 0.6 %/an.

Sur base des données transmises à l'EUDA en 2022 (sans l'alcool), l'âge moyen dans les pays comparés varie entre 30 et 37 ans. Les pays du sud de l'Europe ont une population plus âgée (Italie et Espagne). L'Allemagne a la population en traitement la plus jeune (30 ans).

3.3.3 PROBLÈMES DE LOGEMENT

FIGURE 15. Proportion des personnes avec une situation de logement instable parmi les patients en traitement enregistrés en 2023



Source : TDI 2015-2023 [Sciensano]

En Belgique, la proportion de personnes en logement instable ou à la rue qui débutent un traitement en 2023 est de 10 %. Par contre cette proportion est 3x plus importante à Bruxelles 30 %. En Flandre cette proportion est moindre, 7 %.

La proportion est plus élevée chez les personnes traitées en bas-seuil (18 %) et en résidentiel non-hospitalier (31 %) qu'en ambulatoire et en hôpital.

Cette proportion est également fortement liée à la substance principale. Les personnes en traitement pour le cannabis ou l'alcool sont 3 fois moins nombreuses à avoir une situation d'habitation instable que les personnes traitées pour les opioïdes. En ce qui concerne la cocaïne, la

différence est également importante entre les personnes traitées pour le crack (30 %) et celles traitées pour la cocaïne en poudre (10 %).

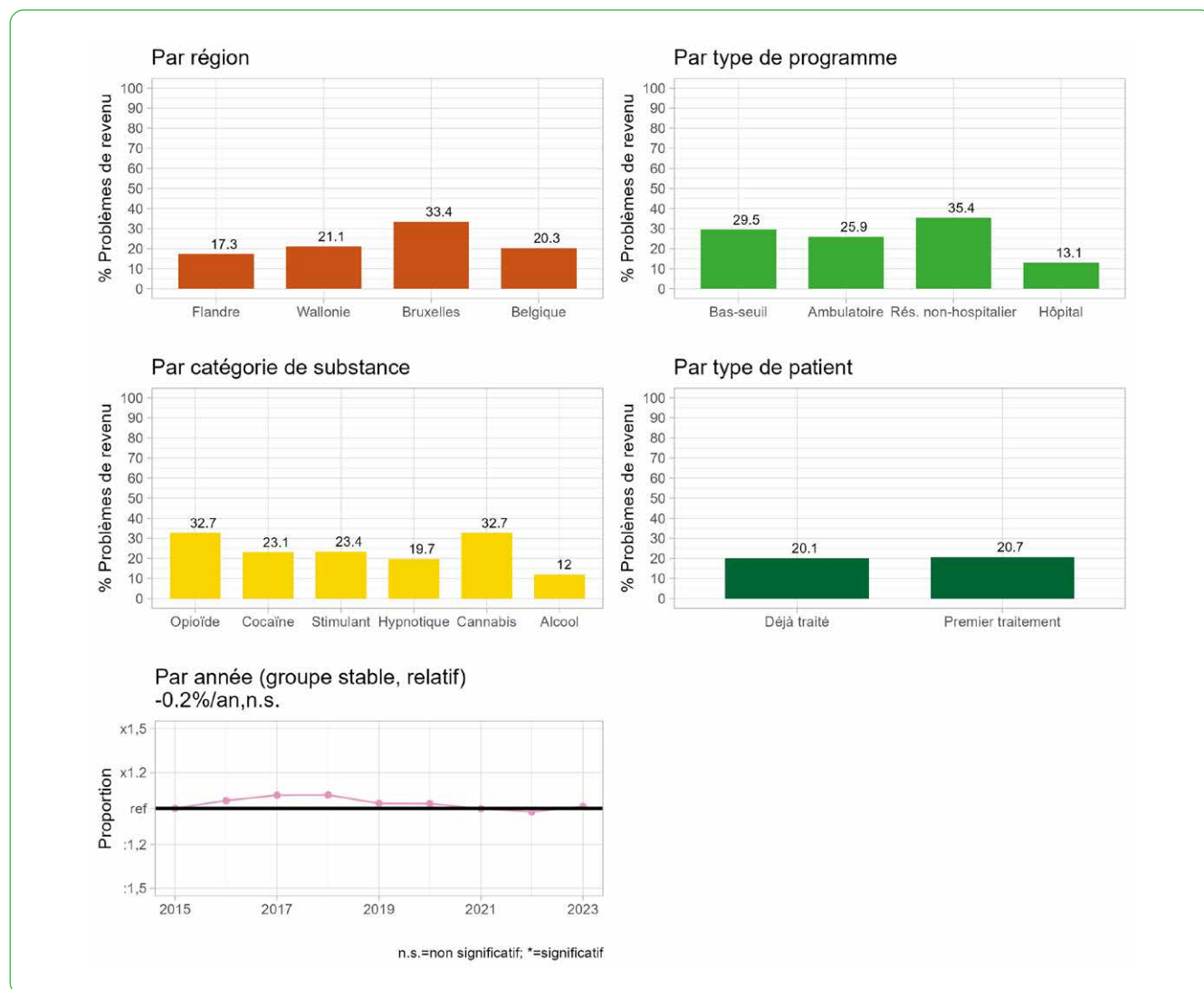
Les personnes traitées pour la première fois rencontrent également des problèmes de logement deux fois moins fréquemment que celles ayant déjà été traitées.

La tendance entre 2015 et 2023 montre de fortes variations annuelles sans tendance claire.

Parmi le groupe de 7 pays européens, les différences sont très importantes. Entre le sud de l'Europe où la proportion est de 4-5 % et l'Allemagne et le Luxembourg où elle est de plus de 30 %, la Belgique se situe dans une situation intermédiaire.

3.3.4 PROBLÈMES DE REVENUS

FIGURE 16. Proportion des personnes avec un problème de revenu parmi les patients en traitement enregistrés en 2023



Source : TDI 2015-2023 [Sciensano]

En Belgique, une personne sur cinq en traitement en 2023 recevait un revenu social ou n'avait aucun revenu propre. Cette proportion s'élève à une personne sur trois à Bruxelles.

La proportion de personnes avec un problème de revenu est plus élevée en résidentiel non-hospitalier, en bas-seuil et en ambulatoire qu'en hôpital.

Les problèmes de revenus sont plus fréquents pour les patients en traitement pour le cannabis (lié au jeune âge

de cette population) et aux opioïdes. Pour l'alcool, cette proportion est nettement moindre.

Il n'y a pas de différence notable entre les patients traités pour la première fois et ceux déjà traités.

Il n'y a pas de tendance claire sur la période 2015-2023.

Cet indicateur n'est pas inclus dans le protocole européen et ne peut donc être comparé au niveau international

3.3.5 RENVOI PAR LA JUSTICE

FIGURE 17. Proportion des personnes envoyées en traitement par la justice parmi les patients en traitement enregistrés en 2023



Source : TDI 2015-2023 [Sciensano]

12 % des personnes en traitement sont renvoyées en traitement par la justice. Cette proportion est trois fois plus élevée en Flandre (16 %) qu'à Bruxelles (5 %). En Wallonie (7 %) on observe 2x moins de renvois judiciaires comparé à la Flandre.

On rencontre une proportion plus élevée en ambulatoire, surtout non bas-seuil qu'en résidentiel.

C'est chez les patients traités pour les stimulants (24 %) et le cannabis (28 %) comme substance principale que cette proportion est la plus élevée. Pour les autres substances, la proportion est 12 % ou moins.

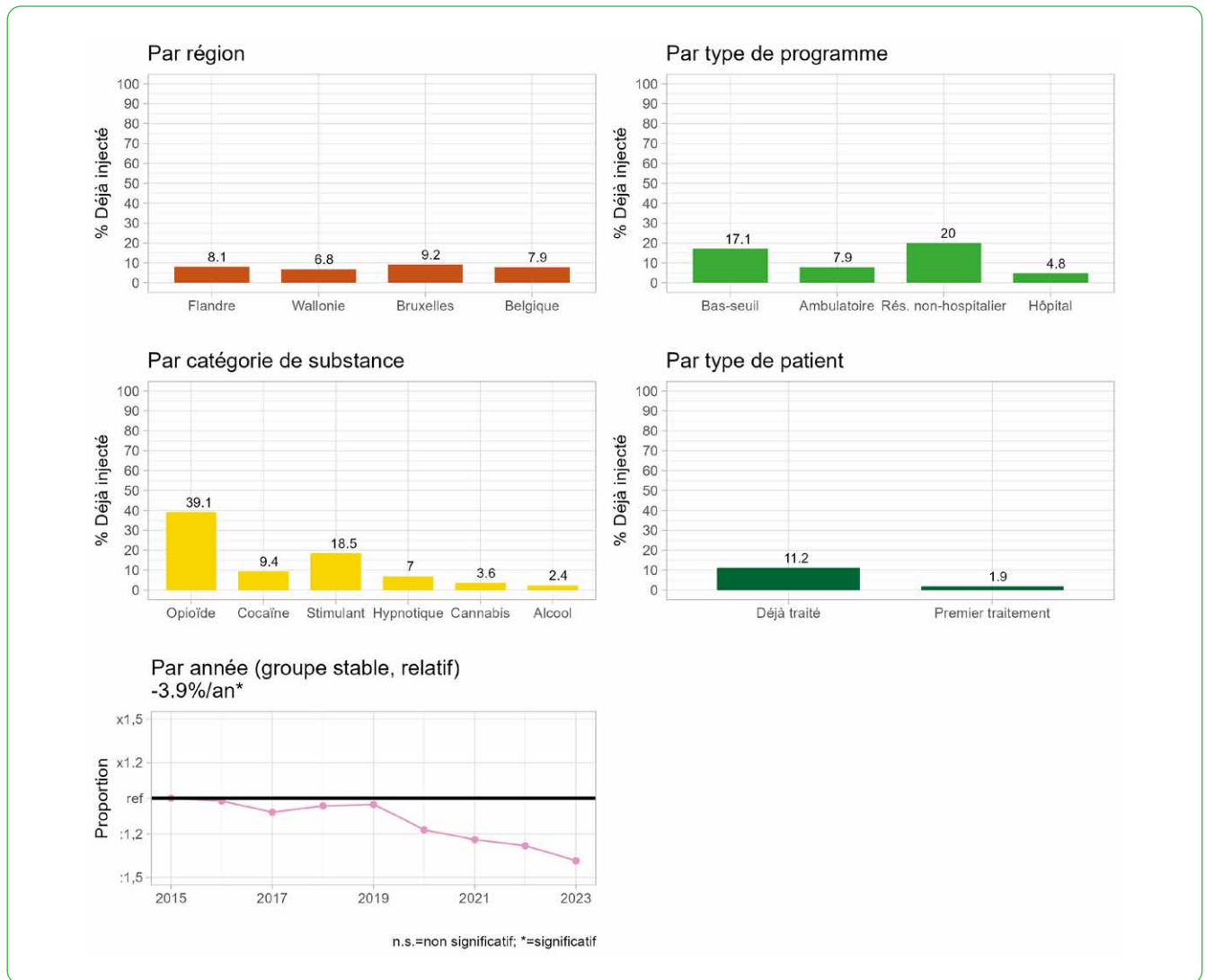
Les personnes déjà traitées sont moins fréquemment renvoyées en traitement par la justice que les personnes en premier traitement, même si cette différence n'est pas très importante.

Aucune tendance claire n'est observée entre 2015 et 2023.

La Belgique fait partie du groupe de pays étudiés avec la proportion la plus élevée avec la France, l'Allemagne et le Luxembourg. Dans les pays du sud de l'Europe et en Irlande, cette proportion est moindre.

3.3.6 INJECTION AU COURS DE LA VIE

FIGURE 18. Proportion des personnes s'étant déjà injecté une substance parmi les patients en traitement enregistrés en 2023



Source : TDI 2015-2023 [Sciensano]

La proportion des personnes qui se sont déjà injecté au cours de la vie est de 8 % et varie peu entre les régions.

Cette proportion est plus élevée dans les structures bas-seuil et en résidentiel non-hospitalier qu'en ambulatoire et en hôpital.

C'est bien entendu pour les opioïdes comme substance principale que cette proportion est la plus élevée (40 %) suivi par les stimulants autres que la cocaïne (19 %).

Les personnes en traitement pour la première fois sont six fois moins nombreuses à déclarer une injection au cours de la vie que les personnes déjà traitées précédemment.

On note une baisse forte et significative de cette proportion dans le temps.

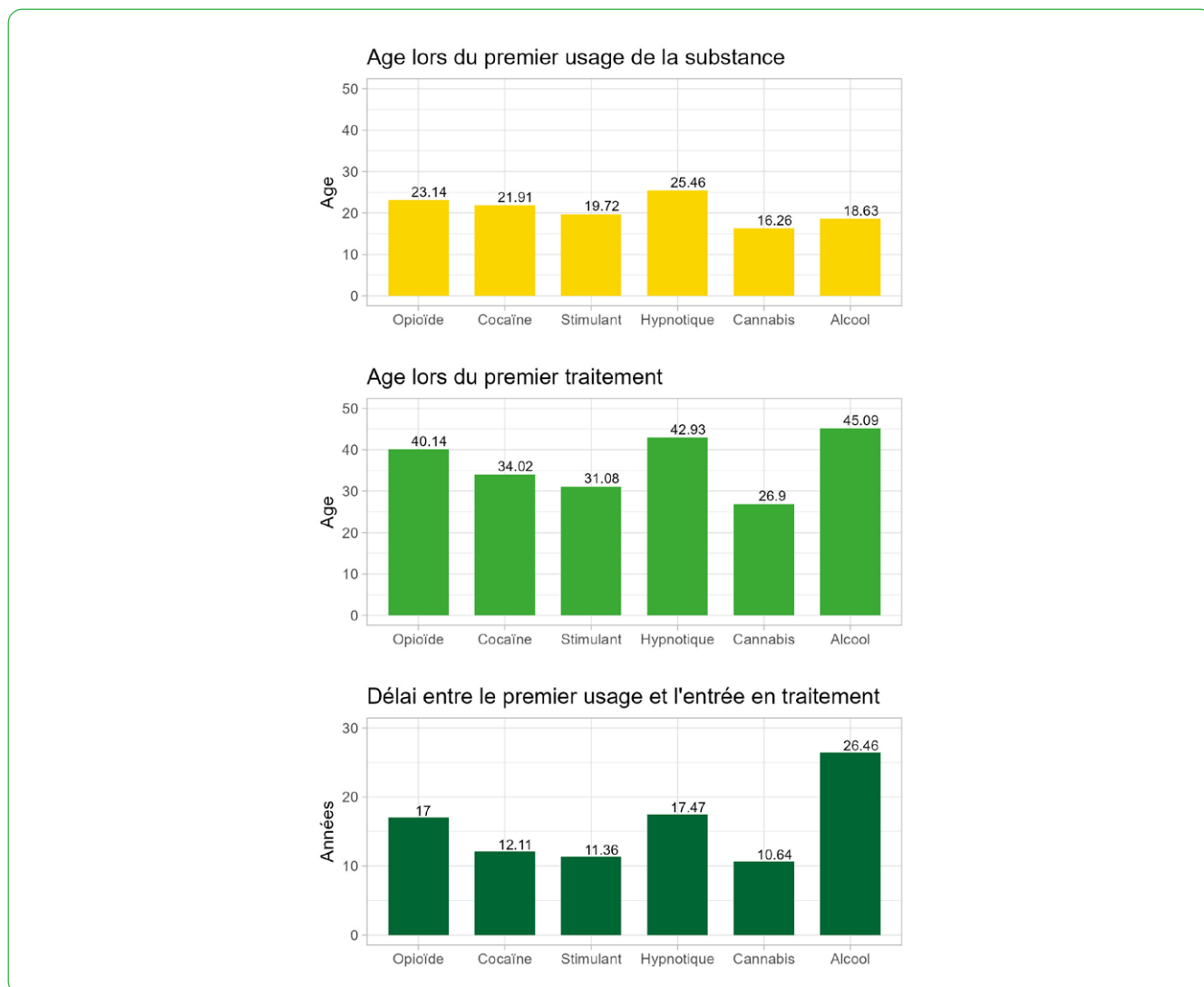
Cette variable n'est pas rapportée par l'EUDA et ne peut donc pas être utilisée ici.

3.4. PROFIL DE CONSOMMATION

3.4.1 ÂGE LORS DU 1^{ER} USAGE, DU 1^{ER} TRAITEMENT ET DÉLAI

Par substance principale

FIGURE 19. Proportion de femmes parmi les patients en traitement enregistrés en 2023



Source : TDI 2015-2023 [Sciensano]

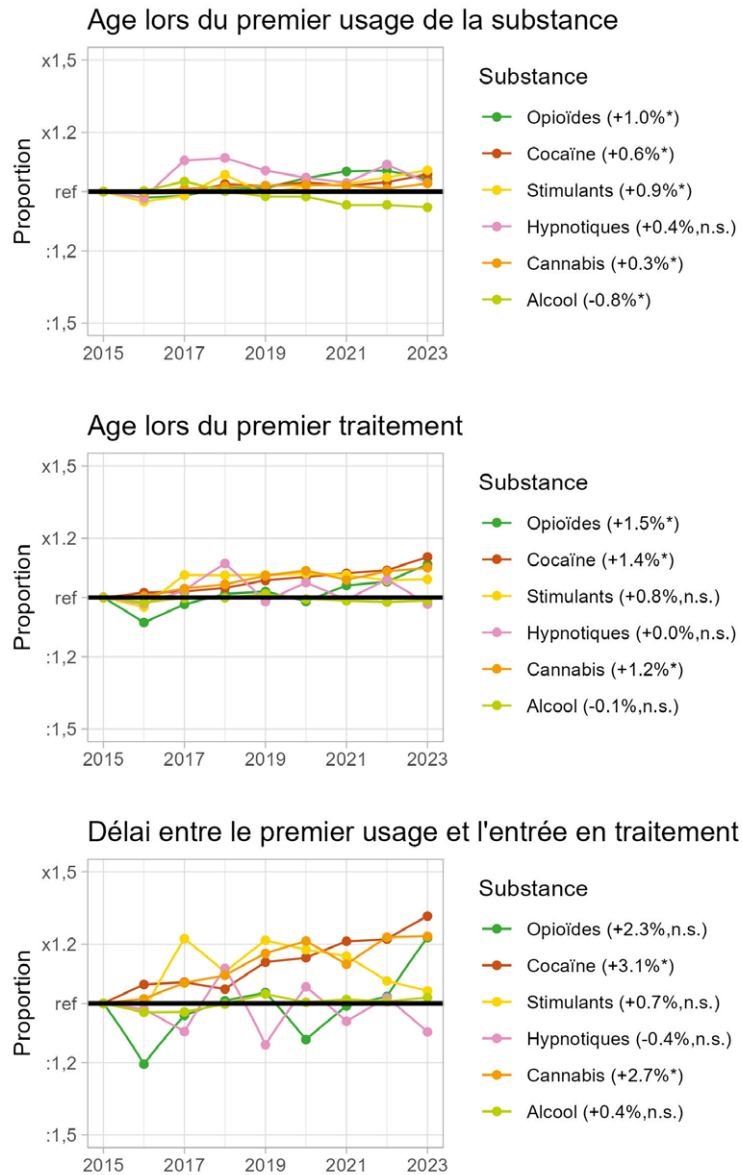
Les personnes entrant en traitement pour le cannabis ont en moyenne déclaré avoir utilisé le produit pour la première fois à l'âge de 16 ans. L'alcool est mentionné être consommé pour la première fois à 19 ans. Mais cette question pour l'alcool peut être plutôt interprété comme l'usage régulier d'alcool, plutôt que le premier usage. Les stimulants autres que la cocaïne sont consommés à l'âge de 20 ans, la cocaïne à 22 ans et les opioïdes à 23 ans.

L'âge lors du premier traitement est le plus faible pour le cannabis (27 ans), suivi par les stimulants autre que la cocaïne (31 ans) et la cocaïne (34 ans). Pour les opioïdes, les hypnotiques et l'alcool cet âge est supérieur à 40 ans.

Le délai entre le premier usage et l'entrée en traitement est le plus faible pour le cannabis et les stimulants autres que la cocaïne (11 ans). Par contre pour l'alcool ce laps de temps est beaucoup plus élevé (26 ans).

Tendances

FIGURE 20. Évolution relative par rapport à l'année 2015 de l'âge lors du premier usage, de l'âge lors du premier traitement et du délai entre les deux dans le groupe de centres stables, par substance principale



Source : TDI 2015-2023 [Sciensano]

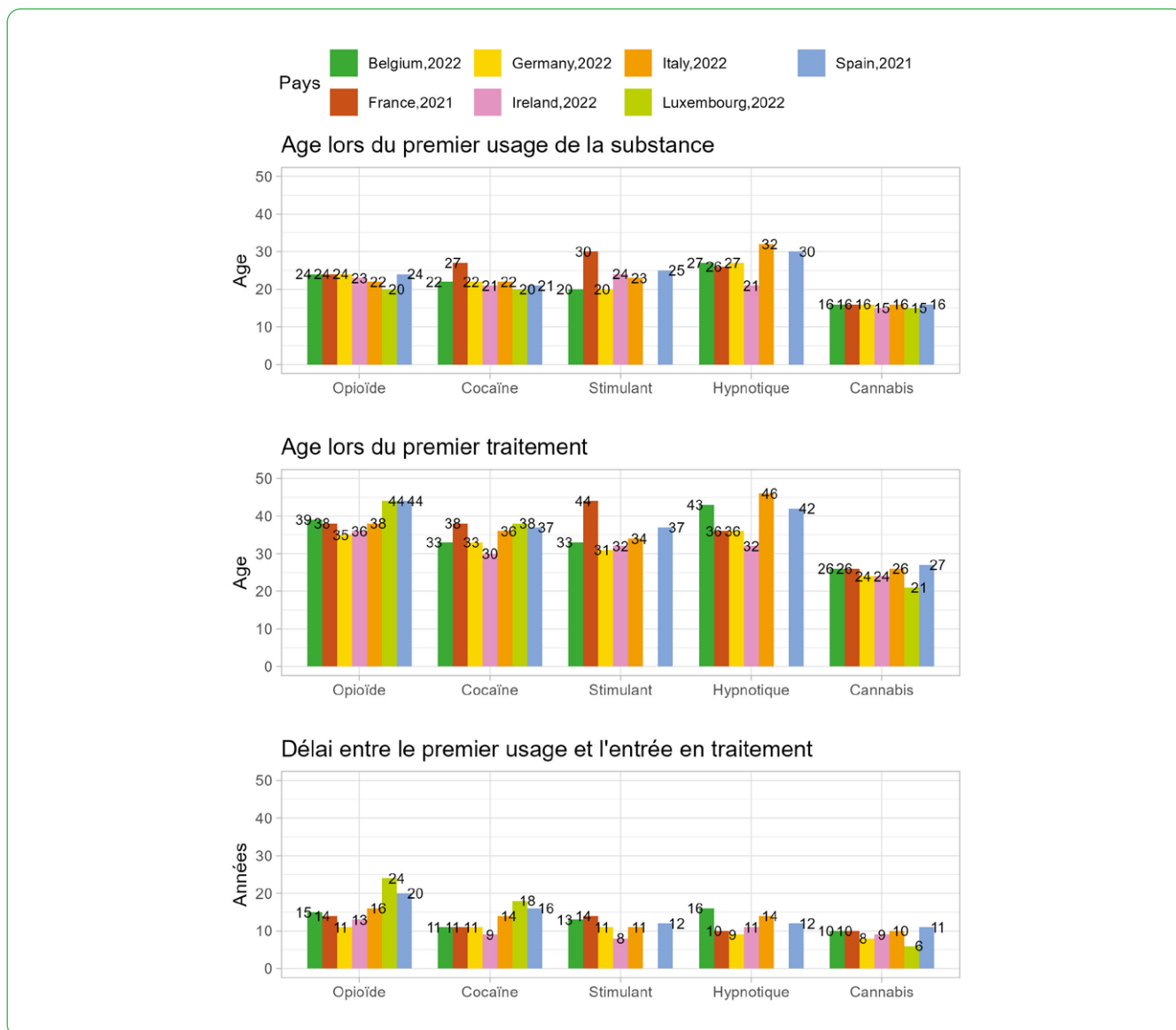
L'âge de la première consommation a augmenté de manière significative pour toutes les substances sauf les hypnotiques et a baissé de manière significative pour l'alcool.

On note une augmentation significative de l'âge lors du premier traitement pour les opioïdes et la cocaïne ainsi que pour le cannabis.

L'évolution du temps entre la première consommation et l'entrée en traitement a augmenté de manière significative uniquement pour la cocaïne et le cannabis. Pour les autres substances, la tendance reste stable.

Comparaison européenne

FIGURE 21. Âge lors du premier usage, âge lors du premier traitement et délai entre les deux dans les épisodes de traitement enregistrés en 2022 en Belgique, France, Allemagne, Irlande, Italie, Luxembourg et Espagne, par substance principale



Source : TDI 2015-2023 [Sciensano]

L'âge lors de la première consommation de la substance est similaire entre les pays. Par exemple, le cannabis est consommé pour la première fois à l'âge de 15-16 ans dans tous les pays. Si on exclut la France (27 ans), la cocaïne est consommée pour la première fois entre 20 et 22 ans. Les opioïdes sont consommés pour la première fois entre 20 et 24 ans. Les stimulants autres que la cocaïne et les hypnotiques ont une gamme d'âge plus large entre 20 et 30 ans pour les premiers et entre 21 et 32 ans pour les seconds.

Dans les pays utilisés pour la comparaison européenne, les personnes entrent en traitement pour les opioïdes entre 35 et

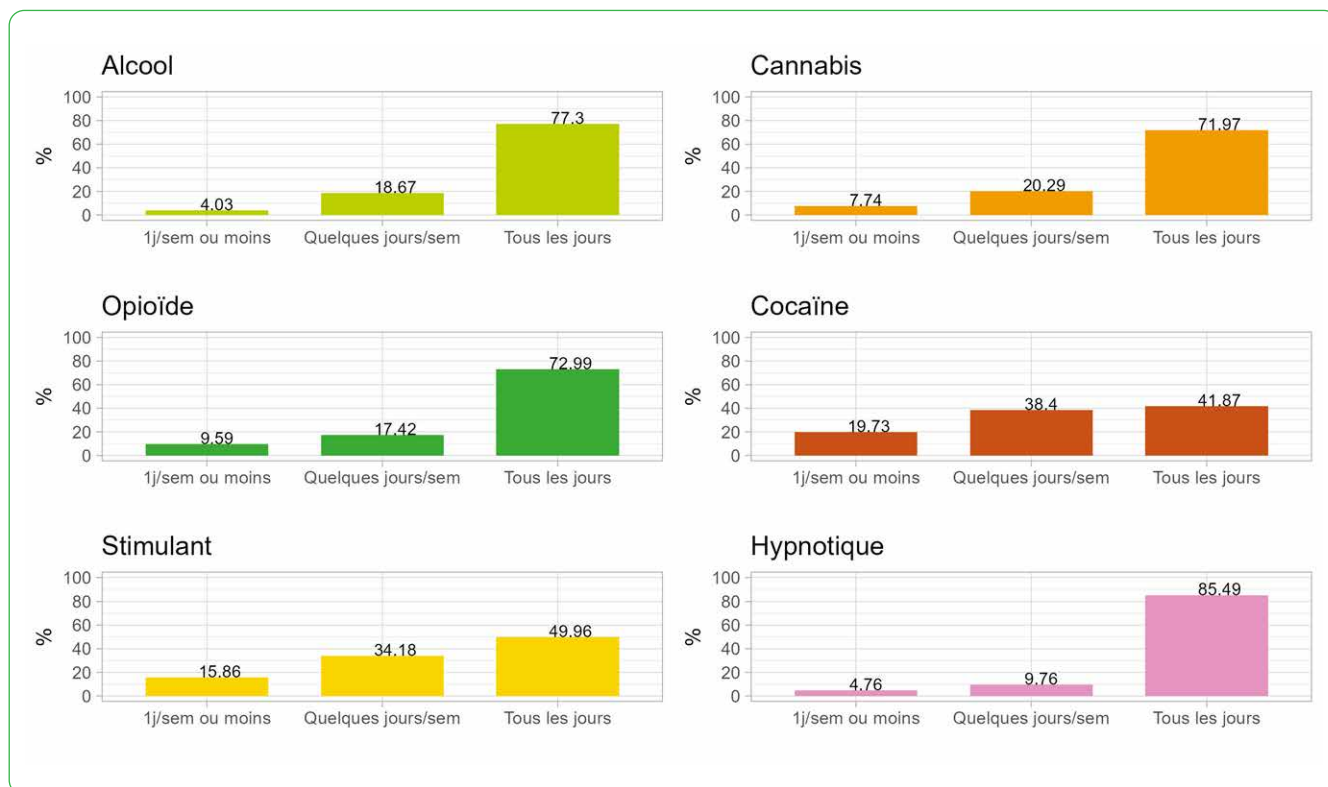
44 ans, pour la cocaïne entre 30 et 38 ans, pour les stimulants autre que la cocaïne entre 31 et 44 ans, pour les hypnotiques entre 32 et 46 ans et pour le cannabis entre 21 et 27 ans. La Belgique se situe en général au milieu de la gamme des âges.

Le délai d'entrée en traitement est d'environ 10 ans pour le cannabis. Pour les autres substances, le délai d'entrée en traitement en Europe varie plus fortement. À noter que pour les hypnotiques la Belgique a le laps de temps entre le premier usage et le premier traitement le plus élevé de ces 7 pays avec 16 ans.

3.4.2 FRÉQUENCE D'USAGE DE LA SUBSTANCE PRINCIPALE

Par substance

FIGURE 22. Fréquence d'usage de la substance principale lors du mois dernier dans les épisodes de traitement enregistrés en 2023, par substance principale

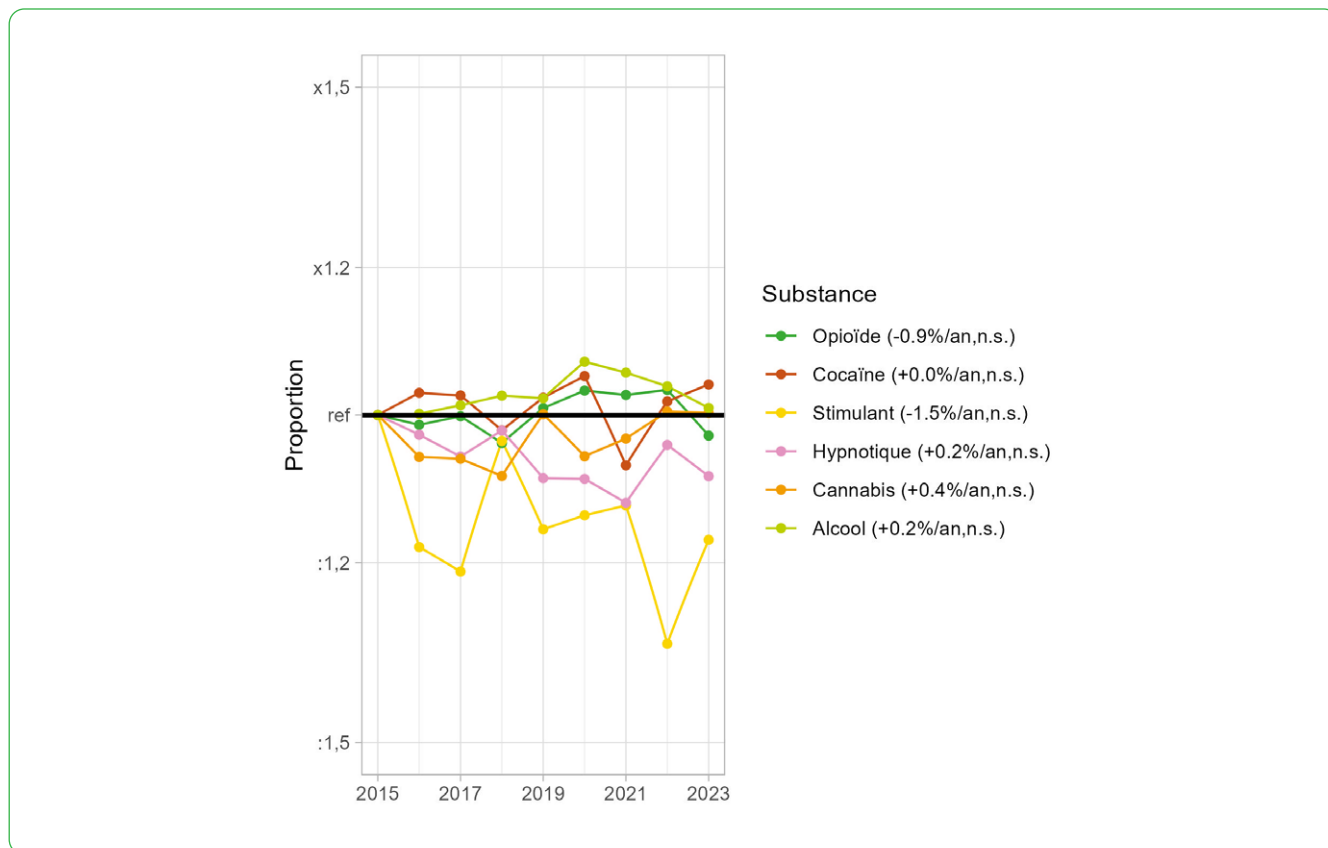


Source : TDI 2015-2023 [Sciensano]

L'usage quotidien de la substance est, pour toutes les catégories de substances, la réponse la plus fréquente. Pour les stimulants (cocaïne ou stimulants autres que la cocaïne), la fréquence de l'usage quotidien ne concerne qu'entre 42 % et 50 % des patients. Pour les autres catégories de substances, la fréquence de l'usage quotidien est supérieure à 70 %. Ce sont les hypnotiques qui ont la fréquence journalière la plus élevée avec 86 %.

Évolution de l'usage journalier

FIGURE 23. Évolution relative par rapport à l'année 2015 de l'usage journalier dans le groupe de centres stables, par substance principale

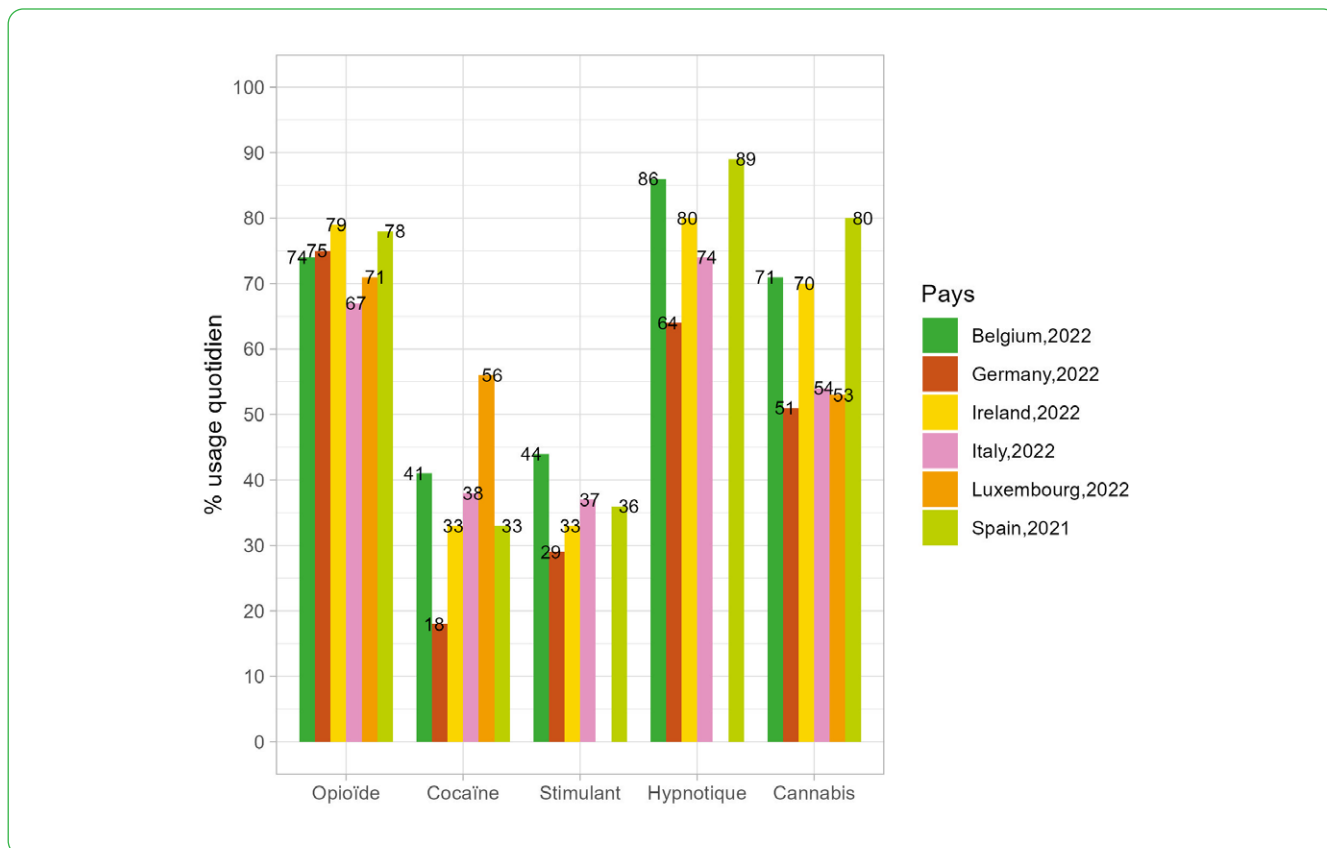


Source : TDI 2015-2023 [Sciensano]

L'évolution de l'usage journalier des substances ne montre pas de tendance claire entre 2015 et 2023.

Comparaison européenne de l'usage journalier

FIGURE 24. Proportion de l'usage journalier en 2022 en Belgique, France, Allemagne, Irlande, Italie, Luxembourg et Espagne, par substance principale



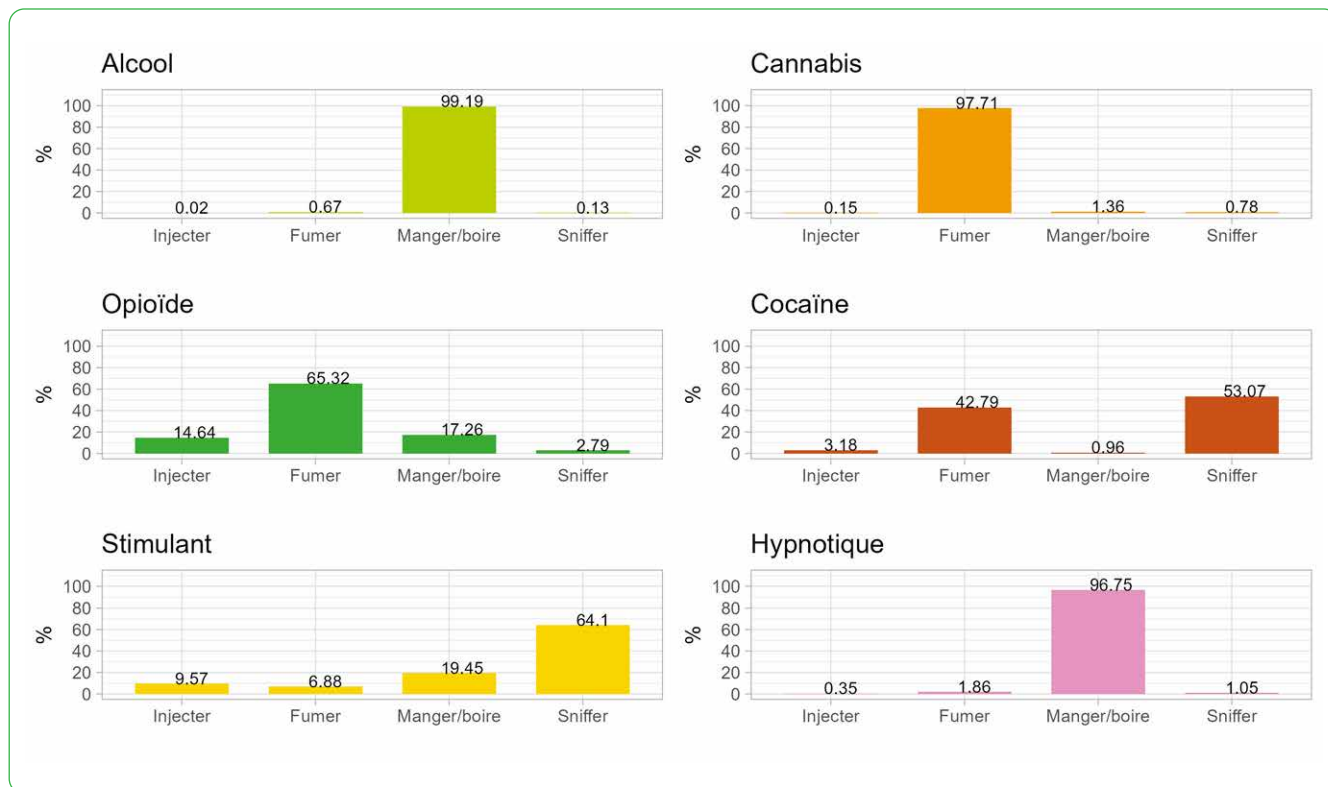
Source : TDI 2015-2023 [Sciensano]

La comparaison européenne montre des différences relativement importantes. La fréquence de l'usage quotidien d'opioïde varie de 67 % en Italie à 79 % en Irlande, celle de la cocaïne se situe entre 18 % en Allemagne et 56 % au Luxembourg, celle des stimulants autres que la cocaïne entre

29 % en Allemagne et 43 % en Belgique, celle des hypnotiques entre 64 % en Allemagne et 89 % en Espagne et celle du cannabis entre 50 % en Allemagne et 80 % en Espagne. Les écarts sont donc élevés et la Belgique se situe en général dans la fraction la plus élevée.

3.4.3 MODE D'USAGE DE LA SUBSTANCE PRINCIPALE

FIGURE 25. Mode d'usage le plus fréquent de la substance principale lors du mois dernier dans les épisodes de traitement enregistrés en 2023, par substance principale



Source : TDI 2015-2023 [Sciensano]

Pour l'alcool (boire), le cannabis (fumer) et les hypnotiques (manger) cette analyse présente peu d'intérêt puisque le mode d'usage est quasiment exclusivement limité à un seul type.

Les opioïdes sont principalement fumés. 17 % mangent ou boivent la substance, certainement lié au mésusage d'un médicament. Plus d'une personne sur six (15 %) déclare s'injecter la substance.

Les 43 % des personnes qui déclarent fumer la cocaïne sont les personnes en traitement qui consomment du crack. Pour la cocaïne en poudre, la majorité la sniff mais une petite proportion se l'injecte (3 %)

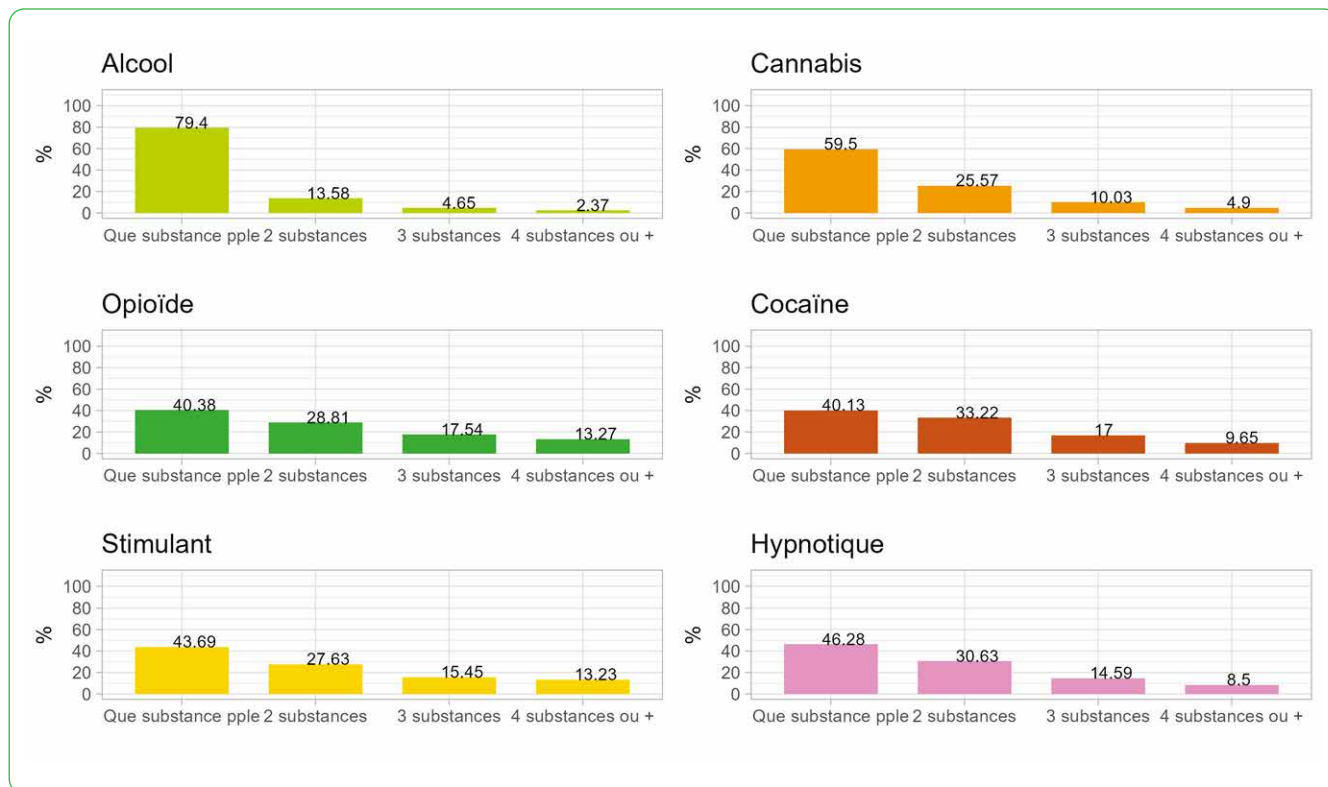
Les stimulants autres que la cocaïne sont principalement sniffés mais environ 10 % déclarent injecter la substance.

En ce qui concerne l'évolution dans le temps de l'injection (non présenté ici), on note une baisse significative pour la cocaïne. Pour les opioïdes et les stimulants autres que la cocaïne, la tendance est stable dans le temps.

Au niveau européen (non présenté ici), la Belgique se situe dans la moyenne basse du pourcentage d'injection des opioïdes avec la France, l'Allemagne ou l'Espagne (sous les 20 %). Par contre en Italie, en Irlande et au Luxembourg, la proportion de personnes en traitement qui s'injecte des opioïdes est beaucoup plus élevée (de 30 % à 50 %). L'injection de cocaïne est très peu fréquente dans les autres pays utilisés comme comparaison (sous les 5 %), sauf au Luxembourg où plus de 40 % s'injectent la cocaïne. L'injection des stimulants autres que la cocaïne est plus élevée en France et en Irlande (20 %), elle avoisine les 10 % en Belgique et en Espagne et est très peu fréquente en Italie et en Allemagne (<5 %).

3.4.4 NOMBRE DE SUBSTANCES MENTIONNÉES

FIGURE 26. Nombre total de substances mentionnées dans les épisodes de traitement enregistrés en 2023, par substance principale



Source : TDI 2015-2023 [Sciensano]

Près de 8 personnes sur 10 en traitement pour l'alcool ne mentionnent que l'alcool comme substance problématique.

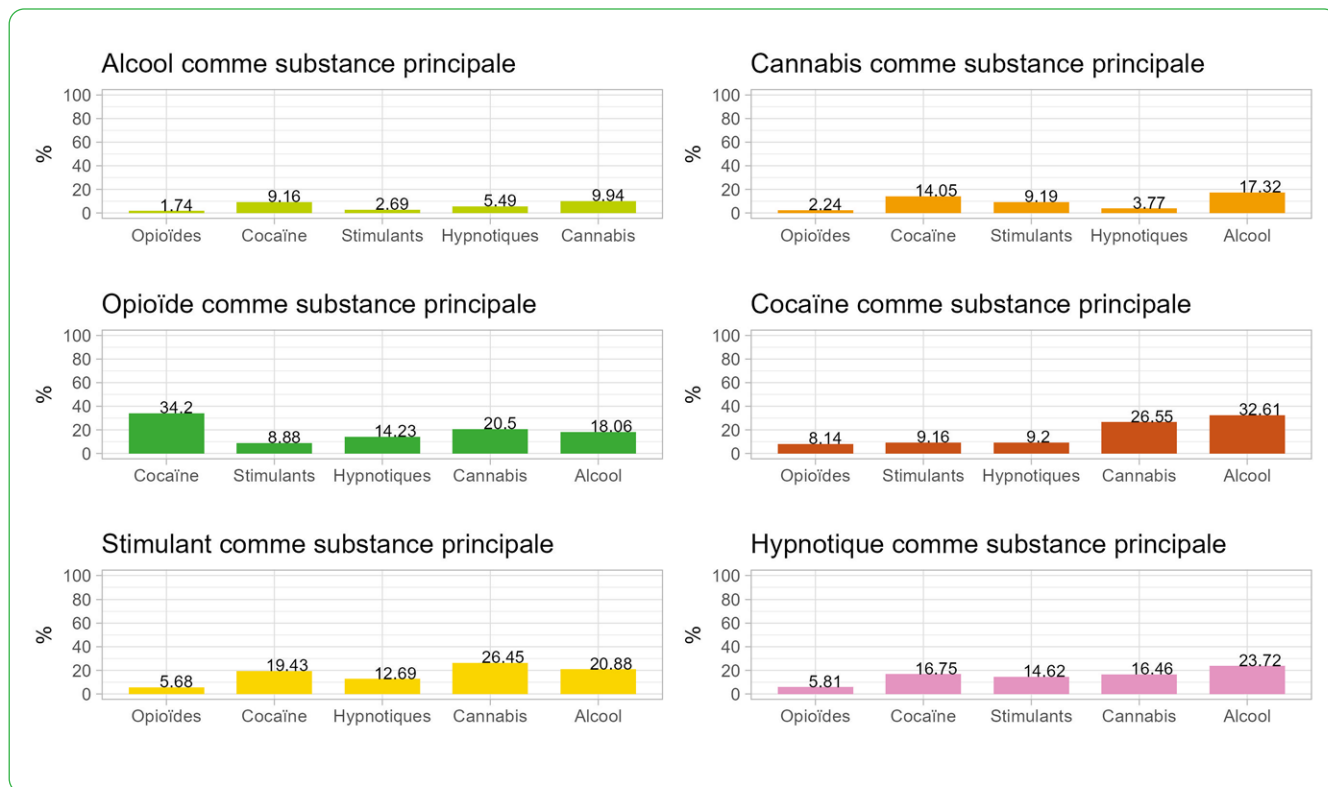
6 personnes sur 10 en traitement pour le cannabis rapportent 1 seule substance problématique (le cannabis) et plus d'un quart rapportent 1 substance en plus du cannabis

Les personnes en traitement pour les opioïdes et les stimulants autres que la cocaïne rapportent en général un plus grand nombre de substances problématiques. Près de 13 % en rapportent 4 ou plus. Dans les deux cas, seuls 4 personnes sur 10 n'en rapportent qu'une seule.

Pour la cocaïne et les hypnotiques, la fréquence de rapportage de 4 substances ou plus est moindre que pour les opioïdes et les stimulants et la proportion de rapportage de 2 substances est plus élevée.

3.4.5 AUTRES SUBSTANCES MENTIONNÉES EN PLUS DE LA SUBSTANCE PRINCIPALE

FIGURE 27. Proportion des autres substances mentionnées en plus de la substance principale dans les épisodes de traitement enregistrés en 2023, par substance principale



Source : TDI 2015-2023 [Sciensano]

La cocaïne est mentionnée par environ 9 à 19 % des patients lorsque ceux-ci sont traités pour l'alcool, le cannabis, les stimulants autres que la cocaïne ou les hypnotiques. Par contre c'est plus d'une personne sur 3 en traitement pour un opioïde qui rapporte également la cocaïne comme substance.

L'alcool est très fréquemment rapporté par toutes les personnes en traitement pour une substance principale autre que la cocaïne (entre 17 % et 24 %). Par contre pour les patients traités pour la cocaïne, la proportion de l'alcool comme autre substance s'élève à 33 %.

Le cannabis est plus fréquemment cité par les personnes traitées pour les opioïdes, la cocaïne et les stimulants autres

que la cocaïne (+ de 20 %) que par les personnes traitées pour l'alcool (10 %) ou les hypnotiques (16 %).

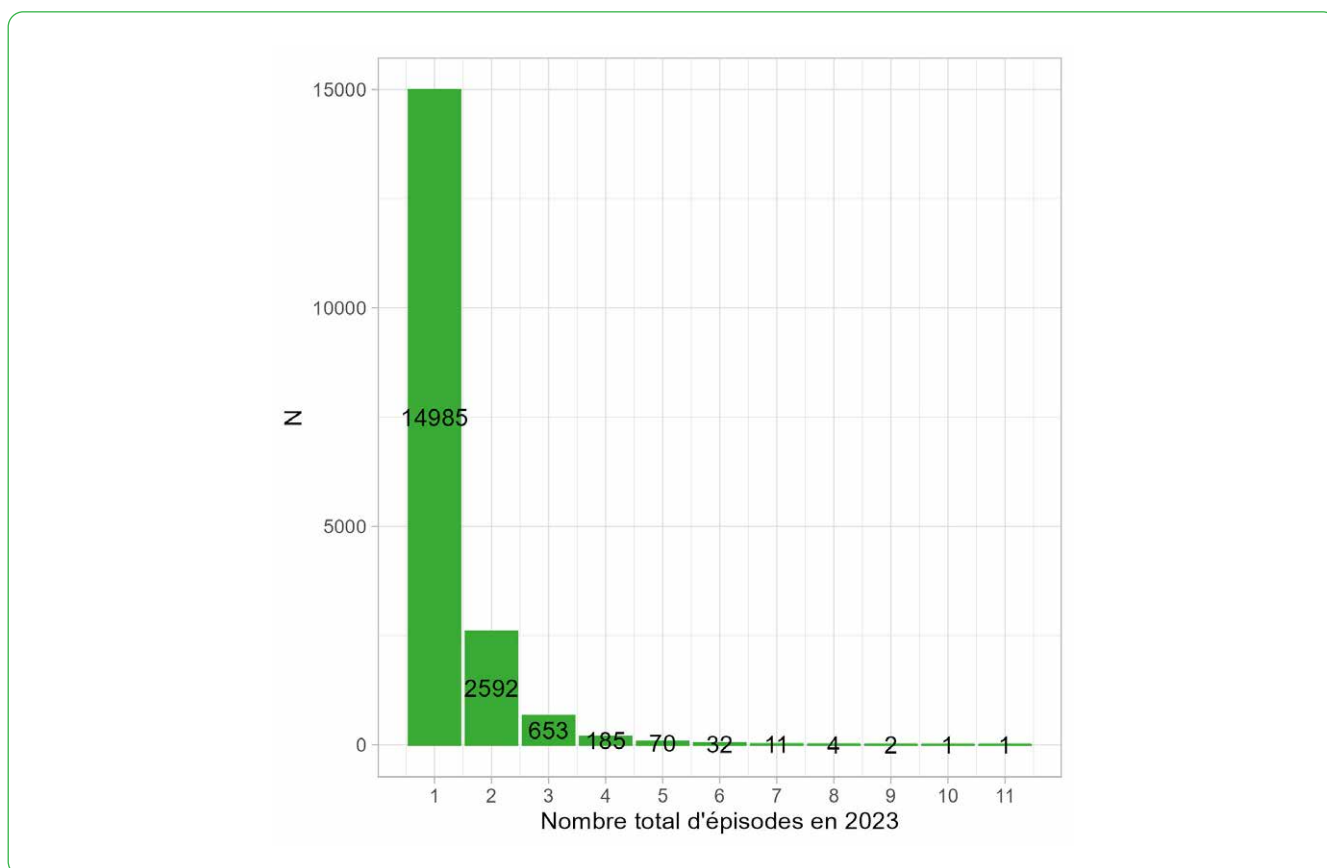
Les stimulants autre que la cocaïne sont plus fréquemment cités par les personnes en traitement pour les hypnotiques (15 %). Il conviendrait de vérifier de quelles substances spécifiques il est question. Les patients en traitement pour les opioïdes, la cocaïne ou le cannabis rapportent aussi d'autres stimulants dans 9 % des cas.

Ce sont surtout les patients en traitement pour les opioïdes et les stimulants autres que la cocaïne qui rapportent les hypnotiques comme substance (13-14 %)

3.5. ÉPISODES MULTIPLES

3.5.1 SITUATION EN 2023

FIGURE 28. Distribution du nombre total d'épisodes suivis en 2023 par les patients enregistrés avec leur numéro de registre national



Source : TDI 2015-2023 [Sciensano]

Parmi les 18536 personnes enregistrées avec un numéro de registre national, 14985 (soit 81 %) n'ont eu qu'un seul épisode de traitement au cours de l'année 2023, 14 % en ont eu deux, 4 % en ont eu trois et 1 % en ont eu 4. Moins de 1 % en ont eu plus de quatre, jusqu'à un maximum de 11 épisodes de traitement la même année.

Au total, 3551 personnes ont eu plus d'un épisode de traitement au cours de l'année 2023.

Bien entendu le nombre d'épisodes de traitement suivis au cours de l'année 2023 dépend également du moment de l'entrée en traitement

3.5.2 COMPARAISON DES ÉPISODES CONSÉCUTIFS

TABLEAU 3. Caractéristiques des épisodes consécutifs suivis par une même personne au cours de l'année 2023

CARACTÉRISTIQUES		N	%
Nombre total d'épisodes consécutifs d'une même personne		5 022	100
Durée entre 2 épisodes	Min	0 j	
	Max	359 j	
	Moyenne	87.8 j	
	Médiane	67 j	
Changements de centre	Pas de changement de centre	2 209	44,0
	Changement de centre	2 813	56,0
Changements de type de centre	Pas de changement de type de centre	3 349	66,7
	Ambulatoire <-> Hôpital	560	11,2
	Résidentiel non-hospitalier <-> Hôpital	363	7,2
	Bas-seuil <-> Ambulatoire	220	4,4
	Ambulatoire <-> Résidentiel non-hospitalier	216	4,3
	Bas-seuil <-> Hôpital	211	4,2
	Bas-seuil <-> Résidentiel non-hospitalier	103	2,1
Changements de région	Aucun changement	4 933	98,2
	Wallonie <-> Bruxelles	52	1,0
	Flandre <-> Bruxelles	23	0,5
	Flandre <-> Wallonie	14	0,3
Changements de catégorie de substance principale	Aucun changement	3 738	74,4
	Cocaïne <-> Alcool	183	3,6
	Pas de substance pple <-> Cocaïne	151	3,0
	Pas de substance pple <-> Alcool	120	2,4
	Opioïdes <-> Cocaïne	81	1,6
	Pas de substance pple <-> Opioïde	62	1,2
	Cannabis <-> Alcool	60	1,2
	Cannabis <-> Cocaïne	59	1,2
	Autres changements	568	11,3

La durée moyenne entre 2 épisodes consécutifs est de près de 3 mois (88 jours), tandis que la durée médiane est de 2 mois (67 jours).

Dans près de la moitié des épisodes consécutifs, aucun changement de centre de traitement n'est mentionné. Il s'agit donc d'épisodes de traitement qui se poursuivent dans le centre, soit dans le même programme de traitement ou dans d'autres programmes du même centre.

Dans deux-tiers des cas, les patients restent dans le même type de programme de traitement. Les changements consécutifs concernent un changement entre un programme hospitalier et un programme ambulatoire (11 %), puis d'un changement entre un programme hospitalier et un programme résidentiel non-hospitalier (7 %). Les autres types de changement sont moins fréquents.

Les changements de région entre épisodes de traitement consécutifs sont très rares (<2 %). Les principaux changements concernent la Wallonie et Bruxelles. Les changements entre la Flandre et la Wallonie et la Flandre et Bruxelles existent également mais dans une moindre mesure.

Dans les trois-quarts des épisodes consécutifs, la catégorie de substance principale ne change pas. Les changements les plus fréquents rencontrés sont entre l'alcool et la cocaïne, et entre l'alcool et la cocaïne et la catégorie «pas de substance principale».

Demandes de traitement pour l'alcool, 2023



NOMBRE

Épisodes de traitement pour l'alcool comme substance principale

	N	%*	Évolution
	13 927	45,7	2015-2023 ↘
	8 338	42,6	2015-2023 ↘
	4 059	57,0	2015-2023 ≈
	1 530	40,6	2015-2023 ≈

Également citée comme substance secondaire dans

4 354 épisodes (26 %**)

* Proportion de l'ensemble des épisodes de traitement
 ≈ stable, ↗ augmentation significative, ↘ baisse significative
 ** Proportion des épisodes de traitement pour d'autres substances principales

PROFIL

♀ 35 % ♂ 65 %

Âge	Femmes	Hommes	Total
Q1	38	37	37
Médiane	46	45	46
Q3	56	54	55



Vie active
 28 % emploi
 1 % étudiant
 71 % sans emploi



en situation de logement variable / à la rue
 6 %



Niveau d'instruction le + élevé
 25 % supérieur
 59 % secondaire
 16 % primaire ou -



Situation de vie
 49 % seul
 34 % en couple
 14 % avec famille
 3 % avec tiers

TRAITEMENT



32 % débutent un traitement pour la 1^{re} fois

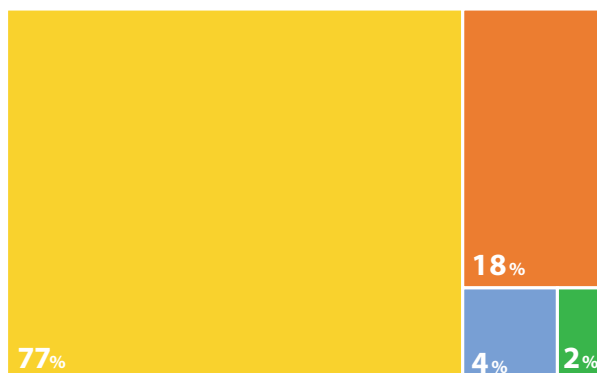
45 ans en moyenne lors du 1^{er} traitement



Envoyé en traitement par
 68 % soi-même / entourage
 26 % professionnels (santé, social)
 6 % justice

Traité en ...

- Hôpital
- Ambulatoire spécialisé
- Ambulatoire santé mentale
- Résidentiel spécialisé



PROFIL DE CONSOMMATION

80 % ne mentionnent pas d'autre substance problématique

Autres substances problématiques mentionnées :



10 % cannabis



6 % cocaïne poudre



5 % hypnotiques



5 % amphétamines



69 % consomment tous les jours



16 ans lors du 1^{er} usage

Demandes de traitement pour le **cannabis**, 2023



NOMBRE

Épisodes de traitement pour le cannabis comme substance principale

	N	%*	Évolution
	4 243	13,9	2015-2023 ↘
	3 243	16,6	2015-2023 ↘
	593	8,3	2015-2023 ≈
	407	10,8	2015-2023 ≈

Également citée comme substance secondaire dans

4 716 épisodes
(18 %**)

* Proportion de l'ensemble des épisodes de traitement
≈ stable, ↗ augmentation significative, ↘ baisse significative
** Proportion des épisodes de traitement pour d'autres substances principales

PROFIL

♀ **23 %** ♂ **77 %**

Âge	Femmes	Hommes	Total
Q1	20	22	21
Médiane	26	28	28
Q3	36	37	37



Vie active

32 % emploi
21 % étudiant
47 % sans emploi



6 %
en situation de logement variable / à la rue



Niveau d'instruction le + élevé

8 % supérieur
59 % secondaire
33 % primaire ou -



Situation de vie

34 % seul
21 % en couple
40 % avec famille
5 % avec tiers

TRAITEMENT



49 %
débutent un traitement pour la 1^{re} fois

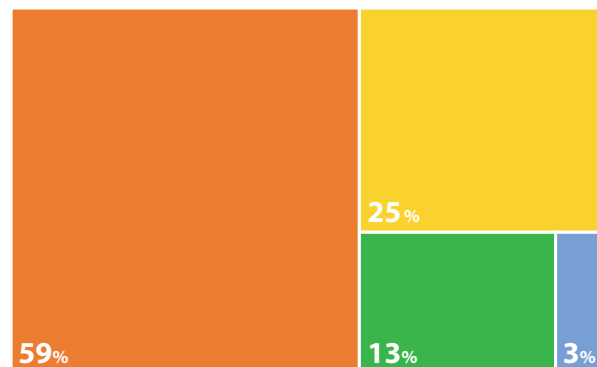
25 ans
en moyenne lors du 1^{er} traitement



Envoyé en traitement par
46 % soi-même / entourage
25 % professionnels (santé, social)
29 % justice

Traité en ...

- Ambulatoire spécialisé
- Ambulatoire santé mentale
- Hôpital
- Résidentiel spécialisé



PROFIL DE CONSOMMATION

61 % ne mentionnent pas d'autre substance problématique

Autres substances problématiques mentionnées :



16 %
alcool



9 %
cocaïne
poudre



6 %
amphétamines



3 %
hypnotiques



59 %
consomment tous les jours



15 ans
lors du 1^{er} usage

Demandes de traitement pour la **cocaïne en poudre**, 2023



NOMBRE

Épisodes de traitement pour la cocaïne en poudre comme substance principale

	N	%*	Évolution
	2 013	6,6	2015-2023 ≈
	1 514	7,7	2015-2023 ≈
	309	4,3	2015-2023 ↗
	190	5,0	2015-2023 ≈

Également citée comme substance secondaire dans

3 117 épisodes (11 %**)

* Proportion de l'ensemble des épisodes de traitement

≈ stable, ↗ augmentation significative, ↘ baisse significative

** Proportion des épisodes de traitement pour d'autres substances principales

PROFIL

♀ 21 % ♂ 79 %

Âge	Femmes	Hommes	Total
Q1	28	29	29
Médiane	34	35	34
Q3	40	41	41



Vie active

43 % emploi
3 % étudiant
54 % sans emploi



8%
en situation de logement variable / à la rue



Niveau d'instruction le + élevé

15 % supérieur
65 % secondaire
20 % primaire ou -



Situation de vie

38 % seul
31 % en couple
25 % avec famille
6 % avec tiers

TRAITEMENT



34 %
débutent un traitement pour la 1^{re} fois

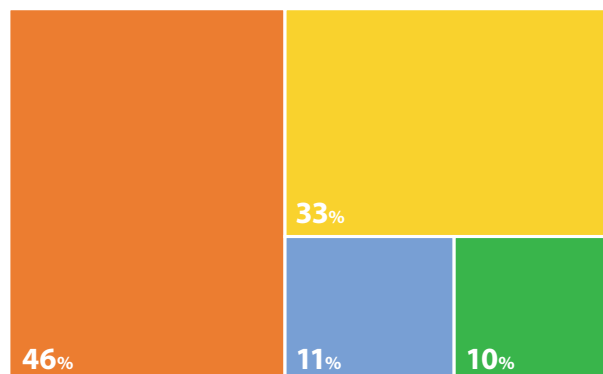
33 ans
en moyenne lors du 1^{er} traitement



Envoyé en traitement par
60 % soi-même / entourage
24 % professionnels (santé, social)
16 % justice

Traité en ...

- Ambulatoire spécialisé
- Résidentiel spécialisé
- Hôpital
- Ambulatoire santé mentale



PROFIL DE CONSOMMATION

43 % ne mentionnent pas d'autre substance problématique

Autres substances problématiques mentionnées :



33 %
alcool



25 %
cannabis



7 %
amphétamines



6 %
hypnotiques



28 %
consomment tous les jours



19 ans
lors du 1^{er} usage

Demandes de traitement pour le crack, 2023



NOMBRE

Épisodes de traitement pour le crack comme substance principale

	N	%*	Évolution
	1 915	6,3	2015-2023 ↗
	566	2,9	2015-2023 ↗
	689	9,7	2015-2023 ↗
	660	17,5	2015-2023 ↗

Également citée comme substance secondaire dans

924 épisodes
(3 %**)

* Proportion de l'ensemble des épisodes de traitement
≈ stable, ↗ augmentation significative, ↘ baisse significative
** Proportion des épisodes de traitement pour d'autres substances principales

PROFIL

♀ 24% ♂ 76%

Âge	Femmes	Hommes	Total
Q1	31	31	31
Médiane	37	37	37
Q3	43	44	44



Vie active

22 % emploi
2 % étudiant
76 % sans emploi



27%
en situation de logement variable / à la rue



Niveau d'instruction le + élevé

11 % supérieur
58 % secondaire
31 % primaire ou -



Situation de vie

48 % seul
18 % en couple
23 % avec famille
10 % avec tiers

TRAITEMENT



27%
débutent un traitement pour la 1^{re} fois

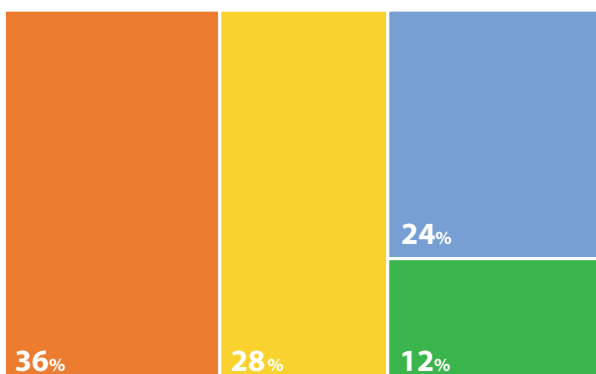
35 ans
en moyenne lors du 1^{er} traitement



Envoyé en traitement par
73 % soi-même / entourage
20 % professionnels (santé, social)
7 % justice

Traité en ...

- Ambulatoire spécialisé
- Résidentiel spécialisé
- Hôpital
- Ambulatoire santé mentale



PROFIL DE CONSOMMATION

35% ne mentionnent pas d'autre substance problématique

Autres substances problématiques mentionnées :



32%
alcool



29%
cannabis



13%
hypnotiques



6%
cocaïne
poudre



4%
amphé-
tamines



40%
consomment
tous les jours



21 ans
lors du
1^{er} usage

Demandes de traitement pour l'héroïne, 2023



NOMBRE

Épisodes de traitement pour l'héroïne comme substance principale

	N	%*	Évolution
	1 812	6,0	2015-2023 ↘
	962	4,9	2015-2023 ↘
	548	7,7	2015-2023 ↘
	302	8,0	2015-2023 ↘

Également citée comme substance secondaire dans

1 012 épisodes (4 %**)

* Proportion de l'ensemble des épisodes de traitement
 ≈ stable, ↗ augmentation significative, ↘ baisse significative
 ** Proportion des épisodes de traitement pour d'autres substances principales

PROFIL

♀ 18 % ♂ 82 %

Âge	Femmes	Hommes	Total
Q1	34	36	36
Médiane	40	42	41
Q3	46	49	48



Vie active

24 % emploi
 0 % étudiant
 76 % sans emploi



22%
 en situation de logement variable / à la rue



Niveau d'instruction le + élevé

6 % supérieur
 59 % secondaire
 35 % primaire ou -



Situation de vie

53 % seul
 24 % en couple
 14 % avec famille
 9 % avec tiers

TRAITEMENT



9%
 débutent un traitement pour la 1^{re} fois

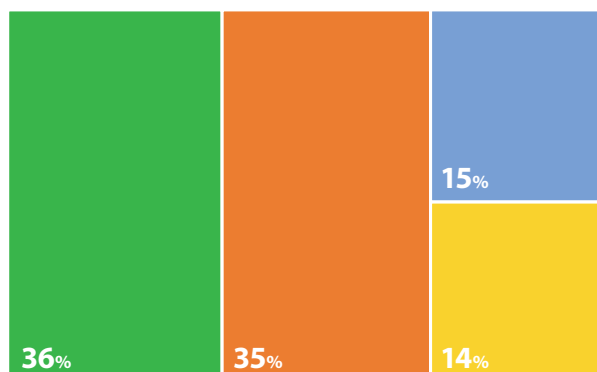
38 ans
 en moyenne lors du 1^{er} traitement



Envoyé en traitement par
 73 % soi-même / entourage
 19 % professionnels (santé, social)
 8 % justice

Traité en ...

■ Ambulatoire santé mentale ■ Résidentiel spécialisé
 ■ Ambulatoire spécialisé ■ Hôpital



PROFIL DE CONSOMMATION

41% ne mentionnent pas d'autre substance problématique

Autres substances problématiques mentionnées :



21%
 cannabis



20%
 cocaïne poudre



16%
 alcool



11%
 hypnotiques



7%
 amphétamines



52%
 consomment tous les jours



20 ans
 lors du 1^{er} usage

4. DISCUSSION ET CONCLUSION

4.1. DONNÉES COLLECTÉES

Le **nombre d'épisodes de traitement** collectés via l'outil TDI en 2023 a retrouvé un niveau similaire à celui d'avant 2020, soit environ 30 000 épisodes de traitement par an. La période de la pandémie a donc eu un impact de 3 ans (2020 à 2022) sur l'enregistrement des TDI. D'un point de vue statistique, l'évolution du nombre d'épisodes de traitement est stable entre 2015 et 2023 dans le groupe de centres de référence et cela dans les 3 régions. Cela indique que les habitudes d'enregistrement ne se sont pas perdues malgré une charge de travail accrue ou des conditions de travail difficiles et que l'indicateur TDI est intégré dans la routine des centres de traitement.

Au **niveau européen** la Belgique occupe la 6^e position en termes de nombre total d'épisodes de traitement rapportés à l'EUDA après l'Espagne, la France, l'Allemagne, l'Italie et la Suède (données 2022 ou dernière année disponible). Rapporté au nombre d'habitants, la Belgique est également à la 6^e position après Malte et les pays d'Europe du Nord (Irlande, Suède, Danemark et Norvège) avec un peu plus de 1 000 épisodes par million d'habitants. Cette information suggère que la couverture de notre système d'enregistrement belge est relativement bonne, en supposant si l'on part du principe que la proportion de personnes en besoin de traitement est similaire dans les différents pays européens.

Le nombre d'épisodes de traitement reste stable dans les **programmes de traitement** ambulatoires, hospitaliers et résidentiels non-hospitalier, mais connaît une augmentation significative dans les centres bas-seuil (MASS). Cependant, cette augmentation est uniquement significative en Flandre et non en Wallonie et à Bruxelles. Bien que les épisodes de traitement en centre bas-seuil représentent moins de 10 % de l'ensemble des demandes de traitement, cette offre de soins semble de plus en plus sollicitée. Cela peut s'expliquer par la grande accessibilité de ce type de centre, qui ne requière aucunes conditions préalables ou longue période d'attente avant le démarrage du traitement.

Un aspect à considérer dans l'évolution de l'indicateur est la **baisse constante du nombre de programmes de traitement hospitaliers** participant à l'enregistrement alors même que les hôpitaux sont tenus par arrêté royal de rapporter les données TDI. De plus ceux-ci reçoivent un financement pour ce faire et sont souvent des structures importantes avec de bons systèmes de collecte des données en place. L'analyse a révélé que les unités qui arrêtent l'enregistrement rapportent moins d'épisodes de traitement que celles qui continuent l'enregistrement. Cela souligne l'importance des efforts à déployer pour maintenir la participation et la motivation de ce réseau, surtout pour les unités moins spécialisées en assuétudes. Il nous incombe de démontrer l'importance de ces données et leur utilité, à la fois pour la politique en matière de drogue mais également pour les fournisseurs de données eux-mêmes.

4.2. SUBSTANCES

Bien que l'importance des différentes catégories de **substances problématiques** varie selon les régions, les tendances sont généralement similaires au niveau régional où l'on observe une augmentation significative des "autres substances" (inclus les hallucinogènes dont fait partie la kétamine) et de la cocaïne (crack principalement) et une baisse significative des opioïdes (principalement l'héroïne) et le cannabis. Lorsqu'on regarde plus en détails, douze substances problématiques enregistrent une augmentation significative du nombre de d'épisodes au sein du groupe de centres de référence.

Le **crack** est la substance en augmentation avec le plus grand nombre d'épisodes de traitement. Elle devient la deuxième substance la plus fréquemment citée comme substance principale après l'alcool en Wallonie et à Bruxelles. En Europe elle est en augmentation dans de nombreux pays mais 6 pays rapportent près de 90 % de tous les épisodes de traitement pour le crack : France, Italie, Espagne, Belgique, Irlande et Pays-Bas (EUDA, 2024; European Union Drugs

Agency, 2024). L'augmentation des demandes de traitement reflète la consommation de crack qui est importante dans certaines populations. Dans la salle de consommation GATE à Bruxelles, le crack est par exemple cité par 84 % des bénéficiaires comme substance consommée (Transit asbl, 2024). Parmi les utilisateurs des services d'échange de seringues en Flandre, plus de 2/3 déclarent consommer du crack et cette proportion est en augmentation (Windelinckx, 2024). On peut s'attendre à ce que cette substance continue d'augmenter dans les années à venir parmi les demandes de traitement puisqu'on observe aucun ralentissement dans l'augmentation des chiffres du TDI et que la consommation reste élevée dans certains groupes de personnes.

La **kétamine** est 5 fois plus fréquemment rapportée en 2023 qu'en 2015. Elle est en augmentation dans toutes les régions mais est plus prévalente dans les épisodes de traitement en Flandre qu'en Wallonie et à Bruxelles. Ces dernières années, cette substance est devenue la quatrième substance illicite la plus fréquemment consommée par les personnes usagères de drogues en Belgique (Sciensano, 2024), dans le milieu festif en Flandre (Rosiers *et al.*, 2023) ou parmi les étudiants des universités et des hautes écoles en Flandre (Van Damme *et al.*, 2022). Les épisodes de traitement pour la kétamine au niveau européen sont largement dominés par les rapportages en provenance de Belgique, qui représentent environ 50 % des épisodes de traitement à l'échelle européenne (EUDA, 2024).

Les **cathinones** comme la méphédrone, les MMC et les alphas (notamment le flakka) enregistrent une augmentation significative de rapportage. Elles sont plus présentes en Flandre et moins en Wallonie et à Bruxelles. Au niveau européen, on observe également une augmentation importante des demandes de traitement liés aux cathinones, avec un triplement des rapportages entre 2016 et 2022. La Belgique étant le 4^e pays avec le plus grand nombre d'épisodes avec des cathinones après la France, la Pologne et l'Espagne. L'usage des cathinones synthétiques est relativement récent, et il convient de mieux comprendre le profil d'usage, les risques potentiels pour la santé ainsi que les interventions appropriées à mettre en place (European Union Drugs Agency, 2024).

La **méthamphétamine** est également une substance qui présente une augmentation significative du nombre d'épisodes de traitements. Elle est plus fréquente à Bruxelles qu'en Flandre ou en Wallonie, bien que cela concerne moins de 200 épisodes de traitement par an. En Europe, les demandes de traitement pour la méthamphétamine représentent environ 12 000 épisodes par an surtout rapportés en Tchéquie, Allemagne, Slovaquie et Turquie qui rapportent plus de 90 % des épisodes (European Union Drugs Agency, 2024). L'usage en Belgique reste limité. Seulement 2 % des répondants à l'enquête en ligne, Drug Vibes, déclarent en avoir consommé au cours de l'année dernière (Sciensano, 2024). Parmi les utilisateurs des services d'échange de seringues en Flandre, 15 % ont utilisé des cathinones au cours de l'année dernière (Windelinckx, 2024). Cette substance peut également être plus rapportée dans certaines populations telles que les personnes pratiquant le chemsex (Coronado-Muñoz *et al.*, 2024).

Les **opioïdes** sont généralement en baisse significative à l'exception du fentanyl, du tramadol et de l'oxycodone, dont le nombre d'épisodes augmente de manière significative. Ces substances restent cependant limitées en nombres absolus chaque substance concernant moins de 100 épisodes de traitement. Il convient de suivre à l'avenir l'évolution de ces opioïdes synthétiques notamment au regard de la potentielle pénurie d'héroïne liée à la réduction spectaculaire de la production de pavot en Afghanistan en 2023. L'EUDA indique également que des signes récents suggèrent que les opioïdes synthétiques pourraient jouer un rôle plus important à l'avenir, soulignant ainsi la nécessité d'être mieux préparé à réagir à tout changement significatif dans les modes de consommation d'opioïdes (Griffiths *et al.*, 2024).

La **prégabaline** (essentiellement le Lyrica), est également en augmentation, surtout à Bruxelles. Elle est citée dans environ 100 épisodes de traitement en 2023 et a principalement augmenté à partir de 2019. Une étude menée en Belgique a dressé le profil des utilisateurs : de jeunes hommes, principalement des immigrés de première génération originaires d'Afrique du Nord. Ils présentent des caractéristiques communes tel qu'un parcours migratoire difficile, voire traumatisant, et des conditions de vie précaires sur le territoire belge. Tous présentaient des comorbidités psychiatriques et/ou somatiques qui ont conduit nombre d'entre eux à utiliser la prégabaline en automédication, pour des troubles anxio-dépressifs et des douleurs chroniques. La prégabaline n'était pas utilisée seule (Servais *et al.*, 2023). En région bruxelloise, entre 2018 et 2022, les prescriptions de prégabaline ont augmenté dans la population générale. La prescription à des doses élevées a également augmenté ce qui indique un risque de dépendance ou d'effets secondaires (Eurotox, 2022; Transit asbl, 2023). L'augmentation récente du mésusage de prégabaline a également été documenté en Allemagne (Flemming, 2022), en France (Garnier *et al.*, 2024) et en Espagne (Perelló *et al.*, 2024).

Enfin il est également intéressant de noter l'augmentation des rapportages de la catégorie «**aucune substance principale**». Cela met en évidence l'importance croissante des patients présentant un usage de plusieurs substances

sans qu'une substance principale ne soit identifiable, ce qui pourrait être une manière d'approcher la polyconsommation. Les données TDI indiquent clairement que l'usage problématique d'une seule substance est minoritaire. Le rapport européen sur les drogues de 2024 souligne également que la polyconsommation est désormais fréquente en Europe, qu'il s'agisse de combinaison de benzodiazépines et d'opioïdes, ou de cocaïne et d'alcool, ce mode de consommation peut accroître les risques pour la santé et compliquer la mise en œuvre des interventions (European Union Drugs Agency, 2024). Même si une meilleure définition du phénomène est nécessaire et que les outils doivent s'adapter pour pouvoir répondre précisément aux questions que cela pose, il est évident que la polyconsommation deviendra un élément-clé des rapports dans le futur.

4.3. CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS ET PROFIL DE CONSOMMATION

Certaines caractéristiques des patients en traitement évoluent de manière similaire depuis un certain nombre d'années. La **proportion de femmes** en traitement, par exemple, continue d'augmenter ainsi que l'**âge moyen** des patients. Ce sont des évolutions observées également au niveau européen. L'EUDA a développé des miniguides qui fournissent des réponses potentielles à apporter à ces populations spécifiques (femmes, personnes âgées) (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2023b, 2023a).

La proportion de personnes rapportant s'être **injecté des substances au cours de la vie** est en baisse significative, particulièrement depuis 2020. Cela peut être lié à la baisse des demandes de traitement pour l'héroïne et l'augmentation des demandes de traitement pour le crack. La Belgique, où le nombre de personnes qui s'injectent des substances a été estimé à environ 7 000 en 2019 (Plettinckx *et al.*, 2021), se situe dans la moyenne basse de la prévalence européenne avec 0.8 personnes pour 1 000 habitants soit la 4^e position après les Pays-Bas, l'Espagne et la Grèce. (European Union Drugs Agency, 2024). La baisse de la fréquence de l'usage par injection présente moins de risque par exemple pour la transmission des maladies infectieuses, les overdoses ou les problèmes liés aux abcès, septicémies et lésions nerveuses. Cependant, les autres usages ne sont pas sans risques et la transmission de maladies infectieuses peut également avoir lieu par le partage de pailles ou autre matériel de consommation. La réduction des risques reste un élément essentiel pour prévenir les usages à risques des substances.

Un autre point positif concernant le profil d'usage est l'augmentation significative de l'**âge lors du premier usage** de la substance, à l'exception l'alcool. En effet, plus une substance est consommée à un âge tardif, plus les dommages liés sont réduits (Millar *et al.*, 2021). Cependant, l'âge lors de l'entrée en traitement augmente également de manière significative, ce qui fait que le délai entre le premier usage de la substance et l'entrée en traitement ne diminue pas, voire augmente même pour la cocaïne et le cannabis.

Environ une personne sur cinq qui entre en traitement suit **plus d'un épisode de traitement** au cours de l'année. Les changements sont assez peu fréquents entre épisodes consécutifs. Presque aucun patient ne change de région, environ la moitié change de centre de traitement et un tiers change de type de centre. Par contre, les changements de substance principale (près d'un quart) observés renforcent l'idée d'un usage répandu de multiples substances. Ce type d'analyse longitudinale doit encore être amélioré à l'avenir afin de fournir une information plus précise sur le trajet de soins des patients, et potentiellement sur l'ensemble des données TDI disponibles.

4.4. CONCLUSION

Les données collectées grâce au TDI permettent finalement de fournir l'image la plus récente possible de la situation nationale et régionale concernant les traitements débutés pour un trouble lié à l'usage de substances. Cette information peut être complétée par la consultation du tableau de bord interactif (<https://healthinformation.sciensano.be/shiny/TDI/>) qui permet d'étudier plus en détail certains aspects abordés ici.

Nous restons disponibles pour toutes les requêtes liées à l'usage ou l'interprétation de ces données qui constituent une source d'information importante et de qualité pour une meilleure compréhension de la situation des drogues en Belgique.

5. BIBLIOGRAPHIE

Antoine, J., De Ridder, K., Plettinckx, E., Blanckaert, P., & Gremeaux, L. (2016). Treatment for substance use disorders: The Belgian Treatment Demand Indicator registration protocol. *Archives of Public Health = Archives Belges De Sante Publique*, 74, 27. <https://doi.org/10.1186/s13690-016-0139-7>

Conférence interministérielle santé publique. (2013). Protocole d'accord du 30 septembre 2013 des Ministres qui ont la Santé publique dans leurs compétences concernant l'enregistrement des demandes de traitement en matière de drogues et d'alcool via l'opérationnalisation du Treatment Demand Indicator européen.

Coronado-Muñoz, M., García-Cabrera, E., Quintero-Flórez, A., Román, E., & Vilches-Arenas, Á. (2024). Sexualized Drug Use and Chemsex among Men Who Have Sex with Men in Europe: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 13(6), 1812. <https://doi.org/10.3390/jcm13061812>

EMCDDA. (2012). *Treatment demand indicator (TDI) standard protocol 3.0: Guidelines for reporting data on people entering drug treatment in European countries*. Publications Office of the European Union. http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/675/EMCDDA-TDI-Protocol-3.0_392671.pdf

EUDA. (2024). *Statistical Bulletin 2024—Treatment demand*. <http://www.emcdda.europa.eu/data/stats2024/tdi>

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2023a). *Older people and drugs*. Publications Office. <https://data.europa.eu/doi/10.2810/684992>

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2023b). *Women and drugs*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. <https://data.europa.eu/doi/10.2810/95809>

European Union Drugs Agency. (2024). *European drug report 2024*. Publications Office. <https://data.europa.eu/doi/10.2810/91693>

Eurotox. (2022). *Usage et mésusage de prégabaline (Lyrica) Appel à la vigilance*. Eurotox. <https://eurotox.org/2022/01/28/usage-et-mesusage-de-pregabaline-lyrica-appel-a-la-vigilance/>

Flemming, R. (2022). Patterns of pregabalin prescribing in four German federal states: Analysis of routine data to investigate potential misuse of pregabalin. *BMJ Open*, 12(7), e060104. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-060104>

Garnier, C., Schein, M., Lacroix, C., Jouve, E., Soeiro, T., Gentile, G., Lapeyre Mestre, M., & Micallef, J. (2024). Patterns of Pregabalin Users from Substance Abuse Treatment Facilities: Results from the French OPPIDUM Program from 2008 to 2022. *CNS Drugs*, 38(9), 743–751. <https://doi.org/10.1007/s40263-024-01095-y>

Griffiths, P. N., Seyler, T., De Morais, J. M., Mounteney, J. E., & Sedefov, R. S. (2024). Opioid problems are changing in Europe with worrying signals that synthetic opioids may play a more significant role in the future. *Addiction*, 119(8), 1334–1336. <https://doi.org/10.1111/add.16420>

Hartnoll, R. (1994). *Drug treatment reporting systems and the first Treatment Demand Indicator. Definitive Protocol*. Council of Europe Press.

Kim, H. J., Fay, M. P., Feuer, E. J., & Midthune, D. N. (2000). Permutation tests for joinpoint regression with applications to cancer rates. *Statistics in Medicine*, 19(3), 335–351.

Millar, S. R., Mongan, D., Smyth, B. P., Perry, I. J., & Galvin, B. (2021). Relationships between age at first substance use and persistence of cannabis use and cannabis use disorder. *BMC Public Health*, 21(1), 997. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11023-0>

BIBLIOGRAPHIE

- Montanari, L., Pirona, A., Guarita, B., Hedrich, D., Montenev, J., & Vicente, J. (2019). The Experience of the Treatment Demand Indicator in Europe: A Common Monitoring Tool Across 30 Countries. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, Supplement 18, 139–151.
- Perelló, M., Rio-Aige, K., Rius, P., Pérez-Cano, F. J., & Rabanal, M. (2024). Characteristics of Non-Therapeutic Pregabalin Users Detected by a Community Pharmacies Network in a Region of Southern Europe. *Journal of Clinical Medicine*, 13(19), 5942. <https://doi.org/10.3390/jcm13195942>
- Plettinckx, E., Crawford, F. W., Antoine, J., Gremeaux, L., & Van Baelen, L. (2021). Estimates of people who injected drugs within the last 12 months in Belgium based on a capture-recapture and multiplier method. *Drug and Alcohol Dependence*, 219, 108436. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108436>
- Rosiers, J., Schrooten, J., & Vanhoutteghem, S. (2023). *Uitgaansonderzoek 2022*. VAD. https://www.vad.be/assets/uitgaansonderzoek_2022
- Sciensano. (2024). *Drug Vibes—The Belgian Survey on Drugs* [Dataset]. <https://healthinformation.sciensano.be/shiny/drugvibes/>
- Servais, L., Huberland, V., & Richelle, L. (2023). Misuse of Pregabalin: A qualitative study from a patient's perspective. *BMC Public Health*, 23(1), 1339. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16051-6>
- Simon, R., Donmall, M., Hartnoll, R., Kokkevi, A., Ouwehand, A. W., Stauffacher, M., & Vicente, J. (1999). The EMCDDA/Pompidou Group treatment demand indicator protocol: A European core item set for treatment monitoring and reporting. *European Addiction Research*, 5(4), 197–207. <https://doi.org/10.1159/000018994>
- Statistical Methodology and Applications Branch, Surveillance Research Program, National Cancer Institute. (2019). *Joinpoint Regression Program* (Version 4.7.0.0.) [Computer software].
- Transit asbl. (2023). *Prégabaline (Lyrica®)—Etat des lieux en Région de Bruxelles-Capitale*. Transit asbl. <https://infogram.com/1pn0zk17wzde39szk1vq12293jhd162mnw?live>
- Transit asbl. (2024). *GATE - Salle de consommation à moindre risque—Rapport d'activité 2022-2023*. Transit asbl - MASS de Bruxelles. <https://infogram.com/1pp2yrwvjwdve6arn5ypq59e7pfzqz2lv7?live>
- Van Damme, J., Thienpondt, A., Rosiers, J., Tholen, R., Soye, V., Sisk, M., Van Hal, G., & Deforche, B. (2022). *In hogere sferen Volume 5* (p. 100). VAD. https://www.vad.be/assets/In_hogere_sferen_Vol_5_rapport
- Windelinckx, T. (2024). *Rapport Evaluatie Onderzoek Spuitenruil Vlaanderen 2023* (p. 83). Free Clinic.

ANNEXE 1 : FORMULAIRE TDI



Formulaire TDI

Registre belge de l'indicateur des demandes de traitement
en matière de drogue ou d'alcool
(Version de base 3.0)

IDENTIFICATION DE L'ENREGISTREMENT

- CI2.** Nom du programme/de l'unité/de l'antenne où le patient est traité : _____
- PI1.** Type d'identifiant du patient utilisé **PI2.** Identifiant du patient
- N° de registre national ➔
- Pas d'identification
- TD1.** A quelle date a débuté ce nouvel épisode de traitement-ci ?
-

DESCRIPTION DU PATIENT

- PD1.** Sexe
- Homme
- Femme
- Inconnu
- PD2.** Age au début de l'épisode de traitement
- ans
- PD3.** Au cours de ces 30 derniers jours où résidiez-vous la plupart du temps ?
- Dans un domicile fixe
- Dans des logements variables
- Dans la rue
- En institution ➔ **Passez à la question PD6**
- En prison ➔ **Passez à la question PD6**
- Dans un autre type d'endroit : _____
- Inconnu
- PD4.** Au cours de ces 30 derniers jours, avec qui viviez-vous la plupart du temps ?
- Seul
- En couple
- Avec un/mes parent(s)
- Avec des autres membres de ma famille
- Avec des amis ou autres personnes (sans lien de parenté)
- Autre : _____
- Inconnu

PD5. Au cours de ces 30 derniers jours, avez-vous vécu avec des enfants de moins de 18 ans dont vous aviez la responsabilité?

- ₁ Oui
₂ Non
₉₉ Inconnu

PD6. Quel est le plus haut diplôme que vous ayez obtenu ?

- ₁ Aucun
₂ Enseignement primaire
₃ Enseignement secondaire
₄ Enseignement supérieur/Université
₈₈ Autre : _____
₉₉ Inconnu

PD7. Au cours de ces 30 derniers jours quelle a été votre situation de travail principale ?

- ₁ Emploi régulier
₂ Emploi occasionnel
₃ Au chômage
₄ Ecolier / Etudiant / En formation
₅ Incapacité de travail
₆ Homme / femme au foyer
₇ Pensionné / Pré-pensionné
₈₈ Autre : _____
₉₉ Inconnu

PD8. Au cours de ces 30 derniers jours quelle a été votre source de revenus principale?

- ₁ Salaire / Revenus du travail
₂ Allocation de chômage
₃ Bourse d'études
₄ Indemnité maladie ou d'invalidité
₅ Revenu minimum ou aide du CPAS
₆ Allocation familiale (liée aux enfants)
₇ Pension de retraite ou de survie
₈ Aucun revenu propre
₈₈ Autre : _____
₉₉ Inconnu

DESCRIPTION DU TRAITEMENT

TD2. Quelle est la personne ou l'institution qui vous a orienté pour suivre ce traitement-ci?

- ₁ Moi-même
₂ Quelqu'un de ma famille
₃ Un ami
₄ Un médecin généraliste
₅ Un centre pour toxicomanes (ambulatoire ou résidentiel)
₆ Un hôpital (général ou psychiatrique)
₇ Un autre service médical ou psychosocial
₈ La police / la justice / le tribunal d'application des peines
₈₈ Autre : _____
₉₉ Inconnu

TD3. Avez-vous déjà suivi auparavant un traitement pour des problèmes liés à des substances psychoactives?

- ₁ Oui
₂ Non → Passez à la question AP1
₉₉ Inconnu → Passez à la question AP1

TD4. Au cours de votre vie avez-vous déjà reçu un traitement de substitution?

- ₁ Oui
₂ Non → Passez à la question AP1
₉₉ Inconnu → Passez à la question AP1

TD5. Quels types de traitement de substitution avez-vous déjà reçus ?

- 1 à la méthadone
- 2 à la buprénorphine
- 3 à d'autres opiacés
- 88 d'autres types de traitement de substitution: _____
- 99 Inconnu

TD6. A quel âge avez-vous reçu votre premier traitement de substitution ?

ans

DESCRIPTION DU PROFIL D'ADDICTION

AP1. Actuellement quelles sont les substances psychoactives qui vous causent des problèmes ?

- | | |
|---|--|
| <p><input type="checkbox"/> 10 Opiacés (catégorie)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 11 Héroïne <input type="checkbox"/> 12 Méthadone (détourné) <input type="checkbox"/> 13 Buprénorphine(détourné) <input type="checkbox"/> 14 Fentanyl (illicite/détourné) <input type="checkbox"/> 15 Autre opiacé: _____ <p><input type="checkbox"/> 20 Cocaïne (catégorie)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 21 Cocaïne en poudre <input type="checkbox"/> 22 Crack <input type="checkbox"/> 23 Autre cocaïne: _____ <p><input type="checkbox"/> 30 Stimulants autres que cocaïne (catégorie)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 31 Amphétamine <input type="checkbox"/> 32 Méthamphétamine <input type="checkbox"/> 33 MDMA ou dérivés <input type="checkbox"/> 34 Méphédronne <input type="checkbox"/> 35 Autre stimulant: _____ | <p><input type="checkbox"/> 40 Hypnotiques ou sédatifs (catégorie)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 41 Barbiturique <input type="checkbox"/> 42 Benzodiazépine <input type="checkbox"/> 43 GHB/GBL <input type="checkbox"/> 44 Autre hypnotique: _____ <p><input type="checkbox"/> 50 Hallucinogènes (catégorie)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 51 LSD <input type="checkbox"/> 52 Kétamine <input type="checkbox"/> 53 Autre hallucinogène: _____ <p><input type="checkbox"/> 60 Inhalants volatiles</p> <p><input type="checkbox"/> 70 Cannabis (catégorie)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 71 Marijuana (Herbe) <input type="checkbox"/> 72 Haschisch (Résine) <input type="checkbox"/> 73 Autre cannabis: _____ <p><input type="checkbox"/> 80 Alcool</p> <p><input type="checkbox"/> 88 Autre : _____</p> |
|---|--|

AP2. Parmi ces substances quelle est la principale qui vous a amené à débiter ce traitement-ci ?

- 1 Substance principale: _____
- 2 Substance principale non identifiable → Passez à la question AP6
- 99 Inconnu → Passez à la question AP6

AP3. Au cours de ces 30 derniers jours, de quelle manière avez-vous consommé d'habitude cette substance principale ?

- 1 Injection
- 2 Fumer / inhaler
- 3 Manger / Boire
- 4 Sniffer
- 88 Autre : _____
- 99 Inconnu

AP4. Au cours de ces 30 derniers jours, à quelle fréquence avez-vous consommé d'habitude cette substance principale ?

- ₁ Je ne l'ai pas consommé au cours de ces 30 derniers jours
₂ 1 jour par semaine ou moins
₃ 2 à 3 jours par semaine
₄ 4 à 6 jours par semaine
₅ Tous les jours
₉₉ Inconnu

AP5. A quel âge avez-vous consommé cette substance principale pour la première fois?

ans

AP6. Au cours de votre vie, avez-vous déjà consommé une substance psychoactive par injection (quelle que soit la substance) ?

- ₁ Oui
₂ Non → *Fin du questionnaire*
₉₉ Inconnu → *Fin du questionnaire*

AP7. A quel âge pour la première fois avez-vous consommé une substance psychoactive par injection?

ans

AP8. Quand avez-vous pour la dernière fois consommé une substance psychoactive par injection?

- ₁ Les 30 derniers jours
₂ L'année dernière
₃ Il y a plus d'un an
₉₉ Inconnu

AP9. Au cours de votre vie, avez-vous déjà partagé des aiguilles ou des seringues?

- ₁ Oui
₂ Non → *Fin du questionnaire*
₉₉ Inconnu → *Fin du questionnaire*

AP10. Quand avez-vous partagé une aiguille ou une seringue pour la dernière fois?

- ₁ Les 30 derniers jours
₂ L'année dernière
₃ Il y a plus d'un an
₉₉ Inconnu

Fin du questionnaire

ANNEXE 2 : CONTRÔLE QUALITÉ EN AMONT

Variable	Question formulaire	Type	Contrôles
Nom du programme de traitement	CI2	Texte	Réponse obligatoire
Type d'identifiant du patient utilisé	PI1	Liste	Réponse obligatoire
Identifiant du patient	PI2	Numérique	Réponse obligatoire si PI1=1 (« N° de registre national ») Règle de composition du numéro voir p15. : https://www.ksz-bcss.fgov.be/binaries/documentation/fr/documentation/general/cbss-manual-fr.pdf
Date de début de traitement	TD1	Date	Réponse obligatoire Supérieur à 01/01/1980 et inférieur à la date du jour
Sexe	PD1	Liste	Réponse obligatoire
Âge	PD2	Numérique	Nombre entier positif Doit être supérieur à 0 et inférieur à 99 Si non complété = « Inconnu »
Lieu de résidence	PD3	Liste	Réponse obligatoire Si réponse=88 (« Autre »), obligation de compléter le champ descriptif
Type de ménage	PD4	Liste	Réponse obligatoire si PD3 n'est pas 4 (« En institution ») ou 5 (« En prison ») Si réponse=88 (« Autre »), obligation de compléter le champ descriptif
Situation de ménage avec enfants	PD5	Liste	Réponse obligatoire si PD3 n'est pas 4 (« En institution ») ou 5 (« En prison »)
Diplôme	PD6	Liste	Réponse obligatoire Si réponse=88 (« Autre »), obligation de compléter le champ descriptif
Situation de travail	PD7	Liste	Réponse obligatoire Si réponse=88 (« Autre »), obligation de compléter le champ descriptif
Source de revenus	PD8	Liste	Réponse obligatoire Si réponse=88 (« Autre »), obligation de compléter le champ descriptif
Orientation en traitement	TD2	Liste	Réponse obligatoire Si réponse=88 (« Autre »), obligation de compléter le champ descriptif
Historique de traitement	TD3	Liste	Réponse obligatoire
Traitement de substitution	TD4	Liste	Réponse obligatoire si TD3=1 (« Oui ») Réponses multiples possible
Type de traitement de substitution	TD5	Liste	Réponse obligatoire si TD4=1 (« Oui ») Si réponse=88 (« Autre »), obligation de compléter le champ descriptif
Âge lors du premier traitement de substitution	TD6	Numérique	Si non complété = « Inconnu »
Substances psychoactives problématiques	AP1	Liste	Réponse obligatoire Au minimum 1 substance mentionnée Réponses multiples possible Si réponse=15 (« Autre opiacé ») ou 23 (« Autre cocaïne ») ou 35 (« Autre stimulant ») ou 44 (« Autre hypnotique ») ou 53 (« Autre hallucinogène ») ou 73 (« Autre cannabis ») ou 88 (« Autre substance »), obligation de compléter le champ descriptif
Substance psychoactive principale	AP2	Liste	Réponse obligatoire Si réponse=1 (« Oui ») obligation de compléter le champ descriptif La substance choisie doit avoir été mentionnée en AP1
Mode de consommation de la substance principale	AP3	Liste	Réponse obligatoire si AP2=1 (« Oui ») Si réponse=88 (« Autre »), obligation de compléter le champ descriptif
Fréquence de consommation substance principale	AP4	Liste	Réponse obligatoire si AP2=1 (« Oui »)
Âge première consommation substance principale	AP5	Numérique	Réponse obligatoire si AP2=1 (« Oui ») Doit être supérieur à 0 et inférieur ou égal à PD2 Si non complété = « Inconnu »
Comportement d'injection	AP6	Liste	Réponse obligatoire
Âge première injection	AP7	Numérique	Réponse obligatoire si AP6=1 (« Oui ») Doit être supérieur à 0 et inférieur ou égal à PD2 Si non complété = « Inconnu »
Dernière injection	AP8	Liste	Réponse obligatoire si AP6=1 (« Oui »)
Partage d'aiguilles ou seringues	AP9	Liste	Réponse obligatoire si AP6=1 (« Oui »)
Dernier partage d'aiguilles ou seringues	AP10	Liste	Réponse obligatoire si AP9=1 (« Oui »)

ANNEXE 3 : CONSTRUCTION DES INDICATEURS

Nombre de programmes de traitement participant	
Variable utilisée pour construire l'indicateur	CI2 : Nom du programme de traitement
Description	Nombre de programmes de traitement ayant rapporté au minimum 1 épisode de traitement
Données exclues	/
Type de données considérées	Episodes

Nombre et proportion d'épisodes de traitement	
Variable utilisée pour construire l'indicateur	IDN_EPISODE : identification d'un épisode
Description	Nombre et proportion d'épisodes de traitement débutés durant l'année de référence
Données exclues	/
Type de données considérées	Episodes

Proportion d'épisodes anonymes	
Variable utilisée pour construire l'indicateur	IDN_TYPE_PATIENT : type d'identification d'un épisode
Numérateur	Effectifs pour IDN_TYPE_PATIENT=99 (Anonyme)
Dénominateur	Effectifs pour IDN_TYPE_PATIENT=1 (Numéro NISS) + IDN_TYPE_PATIENT=99 (Anonyme)
Données exclues	/
Type de données considérées	Episodes

Nombre de patients différents identifiables	
Variable utilisée pour construire l'indicateur	IDC_PAT_CODED : numéro de registre national codé des patients
Description	Nombre de IDC_PAT_CODED différents
Données exclues	IDN_TYPE_PATIENT=99 (Anonyme)
Type de données considérées	Episodes

Nombre d'épisodes anonymes	
Variable utilisée pour construire l'indicateur	IDN_EPISODE : identification d'un épisode
Description	Nombre de IDN_EPISODE différents
Données exclues	IDN_TYPE_PATIENT=1 (Numéro NISS)
Type de données considérées	Episodes

Proportion de nouveaux patients chaque année	
Variable utilisée pour construire l'indicateur	IDC_PAT_CODED : numéro de registre national codé des patients, YEAR_START_TREAT : année de début de l'épisode de traitement
Numérateur	Nombre de IDC_PAT_CODED différents enregistrés pour la première fois au cours de l'année X
Dénominateur	Nombre de IDC_PAT_CODED différents enregistrés au cours de l'année X
Données exclues	IDN_TYPE_PATIENT=99 (Anonyme)
Type de données considérées	Episodes

ANNEXE 3 : CONSTRUCTION DES INDICATEURS

Proportion de données inconnues	
Description	Proportion des données catégorisées comme « Inconnu » par variable parmi tous les épisodes de traitement
Données exclues	Pour chaque variable, la catégorie « 0 » (Non applicable)
Type de données considérées	Episodes

Proportion de données incorrectement classées dans la catégorie « Autre »	
Description	Parmi les variables catégorisées « 88 » (Autre) et précisées (champ libre complété), proportion des épisodes de traitement incorrectement catégorisés
Données exclues	Variabes non catégorisées 88
Type de données considérées	Episodes

Proportion d'épisodes de traitement par substance problématique mentionnée	
Variable utilisée pour construire l'indicateur	Chaque variable « substance » FL_OPIATES (0/1), FL_HEROIN (0/1), FL_METHADONE (0/1),...
Numérateur	Pour chaque variable « substance », nombre de « 1 » (substance problématique)
Dénominateur	Pour chaque variable « substance », nombre de « 1 » (problématique) et « 0 » (non problématique)
Données exclues	/
Type de données considérées	Episodes

Distribution des catégories de substances principales	
Variable utilisée pour construire l'indicateur	CD_MAIN_SUBST (Substance principale)
Numérateur	Effectifs pour CD_MAIN_SUBST=0 (Aucune) Effectifs pour CD_MAIN_SUBST=10,11,12,13,14,15 (Opiacés) Effectifs pour CD_MAIN_SUBST=20,21,22,23 (Cocaïne) Effectifs pour CD_MAIN_SUBST=30,31,32,33,34,35 (Stimulants, autre que cocaïne) Effectifs pour CD_MAIN_SUBST=40,41,42,43,44 (Hypnotiques et sédatifs) Effectifs pour CD_MAIN_SUBST=70,71,72,73 (Cannabis) Effectifs pour CD_MAIN_SUBST=80 (Alcool) Effectifs pour CD_MAIN_SUBST=50,51,52,53,60,88 (Autre)
Dénominateur	Effectifs pour CD_MAIN_SUBST
Données exclues	/
Type de données considérées	Episodes

Proportion de femmes	
Variable utilisée pour construire l'indicateur	PD1 : Sexe
Numérateur	Effectifs pour PD1=2 (Femme)
Dénominateur	Effectifs pour PD1=1 (Homme) + 2 (Femme)
Données exclues	PD1=99 (Inconnu)
Type de données considérées	Premier épisode de l'année des patients enregistrés avec leur numéro NISS

Proportion par groupes d'âge	
Variable utilisée pour construire l'indicateur	PD2 : Âge
Numérateur	Effectifs pour PD2<20 Effectifs pour PD2>=20 et PD2<30 Effectifs pour PD2>=30 et PD2<40 Effectifs pour PD2>=40
Dénominateur	Effectifs pour PD2>0
Données exclues	PD2=-1 (Inconnu)
Type de données considérées	Premier épisode de l'année des patients enregistrés avec leur numéro NISS

ANNEXE 3 : CONSTRUCTION DES INDICATEURS

Caractéristiques de l'âge	
Variable utilisée pour construire l'indicateur	PD2 : Âge
Description	Moyenne, écart-type, 1e quartile, médiane, 3e quartile de la variable âge
Données exclues	PD2=-1 (Inconnu)
Type de données considérées	Premier épisode de l'année des patients enregistrés avec leur numéro NISS

Proportion de patients vivant seul	
Variable utilisée pour construire l'indicateur	PD4 : Type de ménage
Numérateur	Effectifs pour PD4=1 (Seul)
Dénominateur	Effectifs pour PD4=1 (Seul) + 2 (En couple) + 3 (Avec un/mes parent(s)) + 4 (Avec des autres membres de ma famille) + 5 (Avec des amis ou autres personnes (sans lien de parenté))
Données exclues	PD4=88 (Autre) + 99 (Inconnu)
Type de données considérées	Premier épisode de l'année des patients enregistrés avec leur numéro NISS

Proportion de patients avec des problèmes de logement	
Variable utilisée pour construire l'indicateur	PD3 : Lieu de résidence
Numérateur	Effectifs pour PD3=2 (Dans des logements variables) + 3 (Dans la rue)
Dénominateur	Effectifs pour PD3=1 (Dans un domicile fixe) + PD3=2 (Dans des logements variables) + 3 (Dans la rue)
Données exclues	PD3=4 (En institution) + 5 (En prison) + 88 (Autre) + 99 (Inconnu)
Type de données considérées	Premier épisode de l'année des patients enregistrés avec leur numéro NISS

Proportion de patients avec revenus limités	
Variable utilisée pour construire l'indicateur	PD8 : Source de revenus
Numérateur	Effectifs pour PD8=5 (Revenu minimum ou aide du CPAS) + 8 (Aucun revenu propre)
Dénominateur	Effectifs pour PD8=1 (Salaire / Revenus du travail) + 2 (Allocation de chômage) + 3 (Bourse d'études) + 4 (Indemnité maladie ou d'invalidité) + 5 (Revenu minimum ou aide du CPAS) + 6 (Allocation familiale (liée aux enfants)) + 7 (Pension de retraite ou de survie) + 8 (Aucun revenu propre)
Données exclues	PD8=88 (Autre) + 99 (Inconnu)
Type de données considérées	Premier épisode de l'année des patients enregistrés avec leur numéro NISS

Proportion de patients vivant avec des enfants	
Variable utilisée pour construire l'indicateur	PD5 : Situation de ménage avec enfants
Numérateur	Effectifs pour PD5=1 (Oui)
Dénominateur	Effectifs pour PD5=1 (Oui) + 2 (Non)
Données exclues	PD5=0 (Non applicable)
Type de données considérées	Premier épisode de l'année des patients enregistrés avec leur numéro NISS

Proportion de patients avec un faible niveau d'instruction	
Variable utilisée pour construire l'indicateur	PD6 : Diplôme
Numérateur	Effectifs pour PD6=1 (Aucun) + 2 (Primaire)
Dénominateur	Effectifs pour PD6=1 (Aucun) + 2 (Primaire) + 3 (Secondaire) + 4 (Supérieur)
Données exclues	PD6=88 (Autre) + 99 (Inconnu)
Type de données considérées	Premier épisode de l'année des patients enregistrés avec leur numéro NISS

ANNEXE 3 : CONSTRUCTION DES INDICATEURS

Proportion de patients pour la première fois en traitement	
Variable utilisée pour construire l'indicateur	TD3 : Historique de traitement
Numérateur	Effectifs pour TD3=2 (Non)
Dénominateur	Effectifs pour TD3=1 (Oui) + 2 (Non)
Données exclues	TD3=99 (Inconnu)
Type de données considérées	Premier épisode de l'année des patients enregistrés avec leur numéro NISS

Âge moyen des patients entrant pour la première fois en traitement	
Variables utilisées pour construire l'indicateur	PD2 : Âge et TD3 : Historique de traitement
Description	Âge moyen et écart-type des patients si TD3=2 (Non)
Données exclues	(TD3=1 (Oui) ou TD3=99 (Inconnu)) et PD2=-1 (Inconnu)
Type de données considérées	Premier épisode de l'année des patients enregistrés avec leur numéro NISS

Origine du traitement	
Variable utilisée pour construire l'indicateur	TD2 : Orientation en traitement
Description	Effectifs pour TD2=1 (Moi-même) + 2 (Quelqu'un de ma famille) + 3 (Un ami) (Individuel/entourage) Effectifs pour TD2=4 (Un médecin généraliste) + 5 (Un centre pour toxicomanes (ambulatoire ou résidentiel)) + 6 (Un hôpital (général ou psychiatrique)) + 7 (Un autre service médical ou psychosocial) (Médical/social) Effectifs pour TD2=8 (La police / la justice / le tribunal d'application des peines) (Judiciaire)
Données exclues	TD2=88 (Autre) et TD2=99 (Inconnu)
Type de données considérées	Premier épisode de l'année des patients enregistrés avec leur numéro NISS

Proportion de patients ayant déjà reçu un traitement de substitution	
Variables utilisées pour construire l'indicateur	TD4 : Traitement de substitution et AP1 : Substances psychoactives problématiques
Numérateur	Effectifs si TD4=1 (Oui) et AP1=11 (Héroïne)
Dénominateur	Effectifs si (TD4=1 (Oui) ou TD4=2 (Non)) et AP1=11 (Héroïne)
Données exclues	TD4=99 (Inconnu) et AP1><11 (Héroïne)
Type de données considérées	Premier épisode de l'année des patients enregistrés avec leur numéro NISS

Nombre moyen de substances problématiques mentionnées	
Variable utilisée pour construire l'indicateur	AP1 : Substances psychoactives problématiques
Description	Moyenne et écart-type du nombre de substances renseignées en AP1
Données exclues	/
Type de données considérées	Premier épisode de l'année des patients enregistrés avec leur numéro NISS
Effectif correspondant aux critères d'inclusion en 2016	24370

Principaux types de combinaisons de substances	
Variable utilisée pour construire l'indicateur	AP1 : Substances psychoactives problématiques et AP2 : Substance psychoactive principale
Description	Proportion des 4 principaux types de combinaisons de substances
Données exclues	/
Type de données considérées	Premier épisode de l'année des patients enregistrés avec leur numéro NISS

ANNEXE 3 : CONSTRUCTION DES INDICATEURS

Nombre moyen de jours de consommation de la substance principale par semaine	
Variables utilisées pour construire l'indicateur	AP4 : Fréquence de consommation de la substance principale
Description	Moyenne et écart-type du nombre de jours de consommation de la substance principale par semaine selon la conversion numérique de la variable AP4 suivante : AP4=1 (Je ne l'ai pas consommée au cours de ces 30 derniers jours) → 0 jours/semaine AP4=2 (1 jour par semaine ou moins) → 1 jour/semaine AP4=3 (2 à 3 jours par semaine) → 2,5 jours/semaine AP4=4 (4 à 6 jours par semaine) → 5 jours/semaine AP4=5 (Tous les jours) → 7 jours/semaine
Données exclues	AP4=99 (Inconnu)
Type de données considérées	Premier épisode de l'année des patients enregistrés avec leur numéro NISS

Âge moyen lors du premier usage de la substance principale	
Variables utilisées pour construire l'indicateur	AP5 : Âge première consommation substance principale
Description	Âge moyen et écart-type lors de la première consommation de la substance principale
Données exclues	AP5=-1 (Inconnu)
Type de données considérées	Premier épisode de l'année des patients enregistrés avec leur numéro NISS

Proportion de patients ayant déjà injecté leur substance	
Variable utilisée pour construire l'indicateur	AP6 : Comportement d'injection
Numérateur	Effectifs si AP6=1 (Oui)
Dénominateur	Effectifs si AP6=1 (Oui) et 2 (Non)
Données exclues	AP6=99 (Inconnu)
Type de données considérées	Premier épisode de l'année des patients enregistrés avec leur numéro NISS

Proportion de patients ayant déjà partagé leur seringue	
Variable utilisée pour construire l'indicateur	AP9 : Partage d'aiguilles ou seringues
Numérateur	Effectifs si AP9=1 (Oui)
Dénominateur	Effectifs si AP9=1 (Oui) et 2 (Non)
Données exclues	AP9=0 (Non applicable) et 99 (Inconnu)
Type de données considérées	Premier épisode de l'année des patients enregistrés avec leur numéro NISS

PLUS
D'INFORMATIONS

—
Visitez notre site
www.sciensano.be

CONTACT

Jérôme Antoine • jerome.antoine@sciensano.be • T +32 2 642 57 61

Sciensano • Rue Juliette Wytsman 14 • 1050 Bruxelles • Belgique
T + 32 2 642 51 11 • T presse + 32 2 642 54 20 • info@sciensano.be • www.sciensano.be

Éditeur responsable : Christian Léonard, Directeur général • Rue Juliette Wytsman 14 • 1050 Bruxelles • Belgique