

# TDI

## L'INDICATEUR DE DEMANDE DE TRAITEMENT LIÉ À L'USAGE DE DROGUES OU D'ALCOOL EN WALLONIE





# TABLE DES MATIÈRES

①	DE L'USAGE EXPÉRIMENTAL À L'USAGE PROBLÉMATIQUE	6
②	LE TDI AU NIVEAU EUROPÉEN	8
③	LE TDI AU NIVEAU BELGE ET EN WALLONIE	10
④	DESCRIPTION DES PATIENTS EN DEMANDE DE TRAITEMENT SUR LA PÉRIODE 2011-2014	13
⑤	LIMITES DU TDI ET PERSPECTIVES	25



# AVANT-PROPOS

Le travail d'Eurotox consiste à améliorer la compréhension du phénomène de l'usage de drogues en Wallonie et à Bruxelles. L'objectif est d'informer au mieux les acteurs de terrain, les administrations, les politiques, les médias et le grand public sur les aspects socio-épidémiologiques, sanitaires, légaux et contribuer aux débats de société en lien avec cette problématique.

Depuis 2000, Eurotox remplit la mission d'Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues et de Sous-point focal francophone de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT). Dans ce cadre, nous assurons le fonctionnement d'un système de collecte et d'analyse de données, et nous proposons diverses publications, dont un rapport régulier sur l'usage de drogues.

## **POURQUOI CES LIVRETS THÉMATIQUES ?**

Désormais, nous proposons également des publications sous la forme de livrets thématiques. L'objectif est de fournir une présentation plus accessible des informations pertinentes et actualisées relatives à un produit et/ou à une thématique spécifique en lien avec l'usage de drogues. L'idée est de faciliter ainsi la dissémination des sujets abordés, en fournissant un support informatif et opérationnel plus dynamique, adapté aux besoins actuels.

## **POURQUOI CE LIVRET SUR L'INDICATEUR DE DEMANDE DE TRAITEMENT EN WALLONIE ?**

L'indicateur de demande de traitement (appelé TDI pour *Treatment demand indicator*) lié à l'usage de drogues est l'un des cinq indicateurs épidémiologiques clés récoltés dans les pays de l'Union Européenne de manière à ce que l'OEDT puisse évaluer la problématique de l'usage de drogues et des assuétudes en Europe. Le recueil de cet indicateur a longtemps été hétérogène au niveau belge en raison de la multiplication des outils de récolte et du manque d'homogénéité des variables d'un outil à l'autre. Depuis 2011, cette récolte a été rendue plus cohérente via une informatisation et une coordination de la récolte au niveau national, impulsée et supervisée par l'Institut Scientifique de Santé Publique (WIV-ISP).

De plus, un nouveau protocole a été introduit à l'échelle de l'Union européenne et est en application au niveau belge depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2015. Ce livret est donc l'occasion de faire le point sur les données récoltées en Wallonie de 2011 à 2014.

En outre, suite au transfert de compétences lié à la 6<sup>ème</sup> Réforme de l'État belge, même si le projet reste coordonné au niveau fédéral, la récolte du TDI est aussi désormais sous la responsabilité des trois Régions.

Il est donc important de fournir une vision régionale de la problématique qui permette aux institutions de terrain et aux instances politiques d'appréhender la situation afin de mettre en place des politiques régionales et des actions adaptées aux réalités territoriales.

Bonne lecture !

# DE L'USAGE EXPÉRIMENTAL À L'USAGE PROBLÉMATIQUE

Lorsque l'expérimentation d'une substance est vécue positivement<sup>1</sup>, la personne peut être tentée de réitérer l'expérience et dans certains cas, elle adoptera un mode de consommation dit «récréatif». Parfois, en fonction de certains facteurs de risque ou en l'absence de facteurs protecteurs, elle fera usage de ce produit de façon plus régulière et ne s'inscrira plus uniquement dans ce contexte initial de consommation récréative. Elle pourra alors avoir tendance à consommer en dehors de tout contexte social, de plus en plus fréquemment et de manière incontrôlée. Lorsque cette consommation entraîne des conséquences psychosociales dommageables pour elle

1 Lorsque les effets lui déplaisent réellement, l'individu aura tendance à ne pas renouveler l'expérience, sauf en cas de pression sociale suffisante ou de désir de dépasser cette première expérience négative (et ce en raison d'attentes particulières vis-à-vis du produit).

et/ou son entourage (problèmes scolaires ou professionnels, conflits interpersonnels, etc.), on parlera alors de consommation abusive qui, progressivement, pourra évoluer vers un état de dépendance. Certains individus parviendront à développer un usage régulier et contrôlé du produit, sans que cela puisse être considéré comme une consommation problématique sur le plan clinique.

Selon les estimations, seule une minorité des usagers de produits psychoactifs évoluerait vers une consommation problématique (UNODC, 2011 ; Rehm, Room, van den Brink & Kraus, 2005). L'étiologie d'un usage, qu'il soit problématique ou non, se situe au niveau des interactions entre l'individu, le produit et son environnement (Zinberg, 1984). Un des facteurs de risque les plus souvent identifiés dans les études relatives au

développement de l'usage problématique est la précocité du premier usage du produit (voir par exemple Anthony & Petronis, 1995), d'où l'importance de développer des programmes de prévention auprès des jeunes avant que les premiers usages n'apparaissent et se développent, et de proposer des structures d'aide et de soin suffisamment nombreuses et attractives pour diminuer le délai entre le début de l'usage problématique et la première demande d'aide.

Toutes les personnes présentant un usage problématique ne demandent pas forcément de l'aide, la durée moyenne entre le premier usage d'une substance et le premier traitement variant de 5 à 8 ans selon le produit (EMCDDA, 2000, 2002). Cette latence importante s'explique d'une part par la difficulté qu'ont généralement les usagers à identifier et accepter leur

problème de consommation, et d'autre part par la difficulté à passer à l'action et solliciter une aide professionnelle une fois le problème reconnu. Ces étapes peuvent en effet s'étendre sur de nombreuses années, préalablement jalonnées de tentatives autonomes et infructueuses de reprise de contrôle de la consommation, tel que le décrit très bien le modèle du cycle du changement de Prochaska et DiClemente (1982). Selon ces auteurs, le changement d'un comportement (comme par exemple la consommation addictive d'un produit) est un processus progressif comprenant six étapes ou stades : la pré-contemplation (l'utilisateur est non-conscient du problème de consommation), la contemplation (l'utilisateur en a conscience mais ne fait rien), la décision (l'utilisateur envisage de prendre des mesures pour arrêter cette addiction), l'action (le passage de la consommation à la non-consommation), le maintien

(intégration de l'abstinence dans les habitudes de vie) et la rechute (nouveau passage éventuel de la non-consommation à la consommation). Une particularité de ce modèle est qu'il conçoit qu'un individu peut régresser de n'importe quel stade au stade précédent, et ce à n'importe quel moment. Une autre spécificité est qu'il conçoit la «rechute» comme faisant partie intégrante du processus. Enfin, selon ce modèle, le traitement proposé aux personnes toxicodépendantes doit être adapté en fonction du stade auquel la personne se trouve.

# LE TDI AU NIVEAU EUROPÉEN

Le TDI fait partie des 5 indicateurs épidémiologiques clés que les pays membres de l'Union Européenne (UE) se sont engagés à récolter et à transmettre à l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT). L'objectif est de pouvoir dépeindre la situation épidémiologique européenne relative à l'usage de drogues et aux problématiques associées, et d'en suivre l'évolution dans le temps.

Le TDI est un enregistrement annuel des demandes de traitement introduites auprès des services d'aide et de soin pour un problème d'abus ou de dépendance à une drogue illégale<sup>2</sup>. Il vise à fournir une estimation annuelle du nombre, et à dresser le profil, des personnes ayant fait une telle demande de soin.

.....  
2 Les traitements des maladies (hépatite alcoolique ou virale, abcès, HIV, etc.) associées à cet usage sont exclus de l'enregistrement. En outre, seule la dernière demande de traitement enregistrée par le patient sur une année civile doit être comptabilisée.

## Cinq indicateurs clés font actuellement l'objet d'une récolte au niveau européen :

- › prévalence de l'usage de drogues dans la population générale
- › prévalence de l'usage problématique (ou à risques) de drogues
- › demande de traitement chez les usagers de drogues (TDI)
- › maladies infectieuses liées à l'usage de drogues
- › mortalité liée à l'usage de drogues



L'OEDT définit comme traitement toute activité visant à améliorer le statut psychique, médical et/ou social des usagers de drogues ayant des problèmes liés à leur consommation personnelle. Non seulement cette définition comprend l'offre de soins dispensés par certaines structures dont l'objectif premier est la désintoxication ou le maintien de l'abstinence, mais elle inclut également les structures qui dispensent un soutien psycho-social ambulatoire. La notion de traitement est donc considérée dans une acception assez large. Notons toutefois que les structures qui ne délivrent qu'une aide sociale et celles qui ne proposent qu'un échange de seringues ne sont pas considérées comme effectuant un traitement.

Cet enregistrement est réalisé à partir d'un protocole commun et standardisé (assurant la comparabilité des données entre pays ou régions) composé d'une vingtaine de variables qui permettent de caractériser le profil sociodémographique, le profil d'usage et certains comportements à risque des patients, ainsi que les caractéristiques de la demande de traitement. Le premier protocole TDI a été mis au point en 1994 sur base des travaux du groupe de coopération du Conseil de l'Europe pour la lutte contre l'abus et le trafic de drogues (Groupe Pompidou<sup>3</sup>). Il a d'abord été utilisé dans certaines grandes villes de l'UE avant de s'étendre peu à peu à l'ensemble des pays. Deux révisions de ce protocole ont depuis été proposées afin d'améliorer le contenu de la récolte et de l'adapter au mieux à l'évolution des pratiques d'usage de drogues. La dernière, qui date de 2013, est d'application en Belgique depuis le 1er janvier 2015 (le protocole TDI 3.0<sup>4</sup>).

3 [http://www.coe.int/t/dg3/pompidou/default\\_FR.asp](http://www.coe.int/t/dg3/pompidou/default_FR.asp)

4 Disponible sur le site: <https://workspaces.wiv-isp.be/tdi/default.aspx>

### **Les traitements qui doivent être enregistrés sont dispensés dans les structures suivantes :**

- centres/programmes ambulatoires (centres spécialisés, certains services d'accueil et de prévention, etc.)
- centres/programmes résidentiels (hôpitaux, communautés thérapeutiques, centres de crise...)
- structures/programmes à bas seuil<sup>5</sup> (maisons d'accueil socio-sanitaire, etc.)
- unités/programmes de traitement en milieu pénitentiaire
- médecins généralistes
- autres types de centres/programmes

5 On parle de bas seuil lorsqu'une structure fournit un accueil et une aide sans imposer de conditions d'accès à ses bénéficiaires (pas de contrainte administrative, gratuité et immédiate, pas d'exigence d'abstinence, etc.).

# LE TDI AU NIVEAU BELGE ET EN WALLONIE

L'Institut Scientifique de Santé Publique (WIV-ISP) est chargé de la coordination de la collecte du TDI au niveau national ainsi que du développement d'outils d'enregistrement et de rapportage. Concrètement, la récolte du TDI est centralisée et harmonisée depuis 2011 via la plateforme technique du WIV-ISP, qui propose à la fois un module d'encodage (pour les institutions ne disposant pas d'un outil de récolte de données) et un module de dépôt (pour les institutions ayant leur propre outil de récolte). Cette plateforme offre, via une intégration des outils de la plateforme ehealth, une sécurité d'accès aux fournisseurs de données ainsi qu'un codage anonyme des données personnelles (code NISS). En Wallonie, la majorité des institutions encodent actuellement leurs données TDI sur cette plateforme, et une minorité via leur propre module d'enregistrement. Ces données servent à

alimenter différents rapports. La récolte du TDI en Wallonie bénéficie également de l'appui des réseaux d'aide et de soins spécialisés en assuétudes, dont un des rôles est de veiller «à l'organisation du recueil des données socio-épidémiologiques concernant les bénéficiaires, en concertation avec ses membres».

Si le protocole TDI fournit des consignes précises sur la définition des variables et des cas devant être communément intégrés à la récolte de données, chaque pays a la liberté d'inclure un plus grand nombre de cas et de variables que ceux définis par le protocole européen. Ainsi, en Belgique, il a été convenu à partir de 2006 d'enregistrer également les demandes de traitement liées à une consommation problématique d'alcool (ce qui n'était pas demandé au niveau européen) et d'ajouter certaines questions ou catégories de réponses au

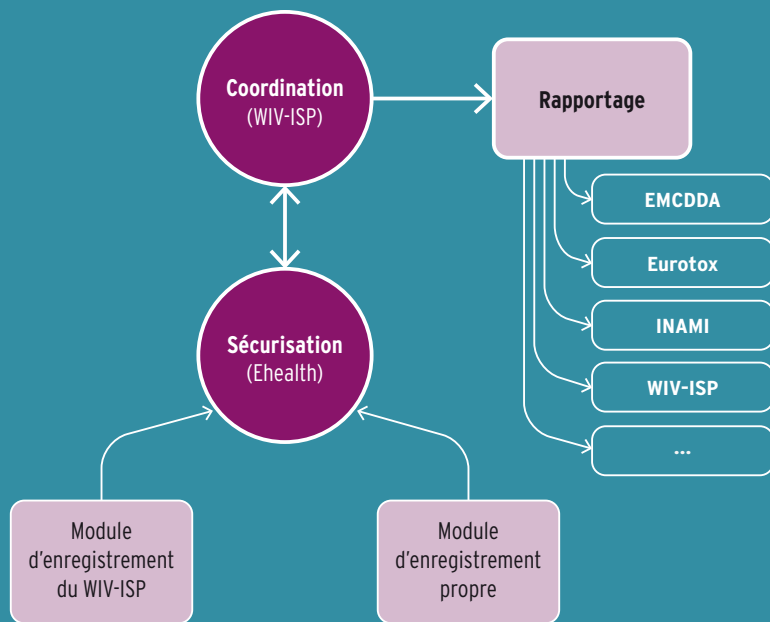
formulaire. L'adaptation belge du protocole TDI 3.0 inclut également certaines variables supplémentaires qui sont récoltées au niveau national ou régional, mais ces données ne sont pas communiquées à l'OEDT.

En Belgique, la couverture de la récolte du TDI est variable et partielle. En effet, en ce qui concerne la partie francophone du pays, seuls les centres ayant une convention avec l'INAMI ainsi que les services agréés auprès de la Région wallonne sont dans l'obligation formelle de participer à la récolte du TDI. Les centres qui fonctionnent avec un autre type de financement (subsides ambulatoires COCOF, plans de cohésion sociale, plans stratégiques de sécurité et de prévention, subventions facultatives de la Région wallonne ...) et qui ont une offre de traitement telle que définie par l'OEDT sont certes invités à y participer, mais sur une

base volontaire et ils ne le font donc pas tous actuellement (par manque de temps et de moyen, principalement). En région de Bruxelles-Capitale, même si l'actuel décret ambulatoire COCOF n'exige pas formellement d'y participer, la majorité des centres y contribuent effectivement, ainsi que certains centres ayant un autre type de financement. En outre, de 2011 à 2013, certains hôpitaux belges ont également participé à cet enregistrement via un projet pilote financé par le SPF santé publique. Cette récolte s'est récemment généralisée à l'ensemble des hôpitaux via la publication de l'arrêté royal du 25 avril 2014 qui intègre la récolte du TDI dans les obligations administratives des hôpitaux<sup>6</sup>. Enfin, il faut

6 Néanmoins, à l'heure actuelle, aucun accord ministériel n'a été convenu pour obtenir et diffuser ces données, ce qui explique pourquoi les données récoltées dans les hôpitaux depuis 2011 ne sont

FIGURE 1 : L'ENREGISTREMENT DU TDI EN WALLONIE



Source : Eurotox

savoir que les traitements dispensés en cabinet privé ainsi qu'en milieu pénitentiaire ne sont pas non plus enregistrés actuellement en Belgique.

.....  
pas intégrées aux analyses fournies dans le présent document.

L'OEDT demande les informations concernant la dernière demande de traitement introduite par une personne au cours de l'année civile. Ainsi, dans le cas de personnes ayant introduit plusieurs demandes au cours d'une même année civile (par exemple, dans un centre ambulatoire au début de l'année, puis dans un centre résidentiel un peu plus tard afin d'entamer un traitement visant l'abstinence), seule la dernière demande doit être rapportée. L'élimination des «doublons» ou épisodes de demande multiples est rendue possible par l'utilisation d'un identifiant unique, en l'occurrence le numéro de registre national dans le cas de la Belgique. Néanmoins, tous les demandeurs n'en disposent pas forcément (les sans-papiers), et certains patients ne souhaitent pas forcément le communiquer. En outre, certains centres qui travaillent avec un bas seuil d'accès jugent inconfortable de devoir le demander et ne le font donc pas afin d'éviter d'instaurer un sentiment de méfiance auprès des usagers. Ainsi, sur la période 2011-2014, parmi les 6716 demandes de traitement enregistrées en Wallonie, le numéro de registre national a effectivement été mentionné dans seulement 57,3 % des cas. Tous

les doublons ne peuvent donc pas être actuellement éliminés. L'utilisation de cette variable sensible a nécessité l'approbation de la commission de protection de la vie privée ainsi que la mise en place d'un système de transfert sécurisé des données et d'un système de codage de cette variable par un tiers de confiance garantissant l'anonymat des patients. En outre, ceux-ci doivent être au préalable informés de leur participation à cette récolte, et ils ont le droit de refuser. L'OEDT demande également de distinguer sur une année civile les patients avec antécédents thérapeutiques de ceux qui introduisent une demande pour la première fois. La notion d'*admissions* renvoie à toutes les personnes qui ont fait une demande de traitement durant l'année en cours. En revanche, la notion de *première demande* concerne uniquement les personnes sans antécédent thérapeutique, qui introduisent donc une demande de traitement de ce type pour la première fois de leur vie. Sur le plan épidémiologique, les premières demandes constituent donc, après élimination des doublons, une estimation directe de l'*incidence* des demandes de traitement.

# DESCRIPTION DES PATIENTS EN DEMANDE DE TRAITEMENT SUR LA PÉRIODE 2011-2014

Le TDI est récolté au niveau national et peut donc être analysé tant au niveau national que régional. À titre illustratif, nous présentons ci-dessous une série d'analyses portant sur les données récoltées en Wallonie sur la période 2011-2014.

## 4.1. ÉVOLUTION DE LA COUVERTURE DE LA COLLECTE DU TDI

Sur la période 2011-2014, 6716 demandes de traitement ont été enregistrées en Wallonie auprès des centres participant actuellement à cette collecte<sup>6</sup>, ce qui correspond à 6355 patients (après élimination de doublons). L'année 2011 est moins bien représentée au niveau des centres participants parce qu'il s'agissait d'une année de transition, liée à l'abandon d'un format papier au profit du module d'encodage proposé par la plateforme

**TABLEAU 1 : ÉVOLUTION DE LA RÉCOLTE DES DEMANDES DE TRAITEMENT, WALLONIE, 2011-2014**

	2011	2012	2013	2014	2011-2014
N centres	20	25	26	27	/
N demandes de traitement	1542	1546	1674	1954	6716
N patients uniques*	1401	1470	1614	1870	6355
<i>Traitement bas seuil</i>	377	350	365	471	1563
<i>Traitement ambulatoire</i>	566	764	883	1034	3247
<i>Traitement résidentiel</i>	458	356	366	365	1545

\*après élimination des demandes multiples

du WIV-ISP. Cette transition n'a pas été instantanée, d'une part parce que seuls les centres financés par l'INAMI étaient à l'origine formellement obligés de participer à cette récolte, et d'autre part car les nouvelles modalités d'encodage n'ont pas directement fait l'unanimité (notamment en raison du recours au numéro de registre national comme identifiant unique).

.....  
7 Sur la Wallonie, on dénombre 35 centres ou structures (hors structures hospitalières) spécialisées dans la prise en charge des problématiques d'assuétudes. Mais il faut savoir qu'au-delà de ces structures, il existe également des services de prévention tels que ceux financés par les Plans stratégiques de sécurité et de prévention, ou encore des structures telles que les services de santé mentale non spécialisés en assuétudes ou les maisons médicales, qui sont également susceptibles de fournir une aide aux usagers de drogues ; une aide qui, parfois, correspond à la définition de traitement telle que formulée dans le protocole TDI. Actuellement, ces structures ne participent généralement pas à l'enregistrement TDI.

Les traitements dispensés dans les centres peuvent être globalement catégorisés selon le secteur de prise en charge : ambulatoire, résidentiel ou ambulatoire avec un bas seuil d'accès. Au-delà de ces grandes catégories, les traitements peuvent également se décliner en fonction du contexte de la prise en charge : communauté thérapeutique, hébergement de crise, centre de jour, unité de consultation, maison d'accueil socio-sanitaire, etc. Enfin, les traitements peuvent également être distingués en fonction de l'approche thérapeutique (cure de désintoxication, thérapie cognitivo-comportementale, thérapie psychanalytique, accompagnement psycho-social, etc.) et de l'objectif thérapeutique (abstinence, limitation de la consommation, etc.), mais ces deux informations ne sont pas reprises dans le TDI belge.

## 4.2. CONVENTIONS D'ANALYSE

Par convention, nous ne rapportons pour chaque variable que les pourcentages calculés sur base des patients (c'est-à-dire après élimination des demandes multiples) et en utilisant comme dénominateur le nombre de patients qui ont fourni une réponse à la question correspondante (c'est-à-dire après exclusion des non-réponses dans le calcul). Le nombre de non-réponses est toutefois systématiquement renseigné en dessous de chaque variable. Par facilité, lorsque nous décrivons les résultats d'une variable, nous parlons des «patients en demande de traitement», mais il faudra garder à l'esprit qu'il s'agit d'une approximation langagière puisqu'il s'agit en fait uniquement des patients ayant répondu à la question. En outre, il faut savoir que les non-réponses sont susceptibles de masquer un biais dans les résultats observés, en particulier lorsque leur nombre est élevé, car nous ne savons pas dans quelle mesure le fait de ne pas répondre à une question est motivé ou non par une volonté de la part du patient de ne pas divulguer une information qui est, par exemple, socialement non-désirable. Ce risque est en effet majoré

dans le cadre des premiers entretiens, car la confiance et le «lâcher-prise» envers le personnel d'encadrement ne s'établit pas forcément d'emblée, en particulier lorsque la demande de traitement n'est pas une initiative du patient.

Certains tableaux présentent de manière résumée le profil des patients par type de produit principal<sup>8</sup>. Dans ce cas, nous avons classé les demandes et calculé les pourcentages en ne ciblant que les types de produits les plus fréquemment à l'origine des demandes de traitement. La colonne «tous produits» reprend l'ensemble des patients, y compris ceux ayant introduit une demande de traitement pour une consommation problématique d'un produit principal autre que ceux décrits précisément dans les tableaux (par exemple, une amphétamine, de l'ecstasy ou encore un hallucinogène).

8 Le produit principal est défini comme celui qui pose le plus de problèmes à l'utilisateur lors de l'introduction de la demande de traitement. Son identification repose généralement sur la demande faite par les usagers et/ou sur le diagnostic posé par le thérapeute.

### 4.3. PROFIL DE L'ENSEMBLE DES PATIENTS SELON LE TYPE DE PRODUIT PRINCIPAL

Le tableau 2 fournit une description synthétique de l'ensemble des patients ayant introduit une demande de traitement en Wallonie sur la période 2011-2014, en fonction du produit principal consommé pour lequel le patient a introduit une demande.

#### Les principaux constats :

- **Globalement**, les patients sont majoritairement de sexe masculin (79 %) et de nationalité belge (88 %). Plus de 6 demandeurs sur 10 sont sans emploi (47,5 % non-actifs et 20 % au chômage)<sup>9</sup> et près de la moitié est peu ou pas scolarisée (42 %). Bien que la plupart

des demandeurs ont un logement stable (76 %), près d'un quart était en situation de logement instable, en prison ou en traitement dans une institution durant les 30 jours précédents l'introduction de la demande de traitement. En ce qui concerne la problématique de consommation, les produits les plus fréquemment à l'origine des demandes de traitement enregistrées sur la période 2011-2014 sont, par ordre d'importance, les opiacés (43 %), l'alcool (30 %), le cannabis (14 %) et la cocaïne/crack (10 %). L'âge moyen de la première consommation du produit à l'origine de la demande est d'environ 19 ans. Un demandeur sur 5 a déclaré avoir déjà eu recours à l'injection. Enfin, la moitié des patients a introduit la demande de traitement sur une initiative propre, 20 % suite à une réorientation<sup>10</sup> et 15 % suite à une injonction thérapeutique (obligation de soins imposée par la justice).

- Les patients ayant mentionné le cannabis en produit principal sont globalement plus jeunes et ont initié leur consommation plus précocement que les autres demandeurs. Corollairement, ils sont proportionnellement plus nombreux à avoir le statut d'étudiant. À l'inverse, les patients ayant mentionné l'alcool en produit principal sont globalement plus âgés et ont un niveau de scolarité supérieur aux autres.
- Les femmes sont davantage représentées parmi les patients qui ont mentionné la cocaïne ou l'alcool comme produit principal que parmi ceux qui ont mentionné le cannabis ou un opiacé.
- Les demandes émanant du secteur de la justice sont nettement plus fréquentes chez les patients dont le produit principal est le cannabis.
- La plupart des patients ont des antécédents thérapeutiques liés à une problématique d'assuétude. Ce constat est toutefois nettement moins marqué chez les patients en demande de traitement pour une consommation problématique de cannabis.

9 Cette surreprésentation des demandeurs économiquement non-actifs ou au chômage (et peu scolarisés) pourrait toutefois être en partie favorisée par le fait que les personnes en situation d'abus ou de dépendance à une substance qui ont de meilleurs revenus ont probablement davantage tendance à consulter et suivre un traitement dans des cabinets privés. Or, ceux-ci ne participent pas actuellement à l'enregistrement des demandes de traitement.

10 La réorientation est ici définie comme toute demande impulsée par un autre service d'aide aux patients : un service social, un centre ambulatoire pour usagers de drogues, un médecin généraliste, et enfin un hôpital ou un autre service médical.

- On retrouve un peu plus de patients non belges parmi ceux dont le produit principal est un opiacé que pour les autres produits, en particulier l'alcool et le cannabis.
- Enfin, sans surprise, les comportements d'injection (actuels ou passés) sont nettement plus fréquents chez les patients admis pour un problème lié aux opiacés ou, dans une moindre mesure, à la cocaïne que chez les autres patients.

**TABEAU 2 : PROFIL DES PATIENTS SELON LE TYPE DE PRODUIT PRINCIPAL, WALLONIE, 2011-2014**

	Tous produits	Opiacés	Cocaïne	Cannabis	Alcool
<b>N</b>	<b>6355</b>	<b>2733</b>	<b>647</b>	<b>887</b>	<b>1875</b>
<b>% des demandes uniques</b>	<b>100</b>	<b>43,0</b>	<b>10,2</b>	<b>14,0</b>	<b>29,5</b>
Traitement antérieur (%)					
Non	32,5	21,2	36,8	68,9	29,6
Oui	67,5	78,8	63,2	31,1	70,4
non-réponses (n)	195	80	22	29	51
Type de traitement (%)					
Bas seuil	24,6	44,5	24,0	12,4	2,9
Ambulatoire	51,1	34,4	45,3	81,5	60,6
Résidentiel	24,3	21,1	30,7	6,1	36,5
Origine de la demande (%)					
Propre initiative	49,6	64,2	48,9	25,7	40,5
Famille/amis	13,2	9,9	13,7	18,6	14,5
Réorientation	19,7	13,9	20,6	20,8	27,1
Justice	14,7	10,5	13,8	29,7	14,4
Autre	2,8	1,5	3,0	5,2	3,5
non-réponses (n)	68	26	11	9	15
Âge (année)					
Moyenne	34,7	34,6	32,3	25,4	40,1
non-réponses (n)	41	18	3	3	15



	Tous produits	Opiacés	Cocaïne	Cannabis	Alcool
<b>Sexe (%)</b>					
Homme	79,0	81,4	73,4	86,4	75,5
Femme	21,0	18,6	26,6	13,6	24,5
non-réponses (n)	8	1	0	2	2
<b>Nationalité (%)</b>					
Belge	87,8	82,7	87,2	91,2	93,9
UE	5,6	8,0	6,6	3,6	2,7
Hors UE	6,6	9,3	6,2	5,2	3,4
non-réponses (n)	55	20	6	10	15
<b>Logement (%)</b>					
Stable	76,4	70,8	75,9	80,9	81,4
Instable	12,1	18,1	9,1	6,5	8,2
Institution/Prison	11,5	11,1	15,0	12,6	10,4
non-réponses (n)	342	229	25	13	66
<b>Scolarité (%)</b>					
Non scolarisé	2,4	3,2	2,6	1,7	1,6
Primaire	39,7	42,5	39,6	49,8	31,4
Secondaire	49,1	50,3	48,4	43,9	50,6
Supérieur	8,8	4,0	9,4	4,6	16,4
non-réponses(n)	662	286	64	74	206

	Tous produits	Opiacés	Cocaïne	Cannabis	Alcool
<b>Statut professionnel (%)</b>					
Emploi régulier	13,9	8,7	21,2	14,1	17,9
Étudiant	4,7	1,0	1,4	24,0	1,6
Économiquement non-actif*	47,5	50,2	45,5	32,4	52,0
Chômeur	20,0	20,1	21,5	21,5	18,6
Autre	13,9	20,0	10,4	8,0	9,9
non-réponses (n)	278	164	14	28	53
<b>Âge de la 1ère consommation (année)</b>					
Moyenne	19,3	20,7	21,1	15,4	18,1
non-réponses (n)	617	208	41	92	228
<b>Comportement d'injection (%)</b>					
Oui, par le passé	15,0	27,5	11,2	3,0	5,8
Oui, actuellement	5,7	11,7	7,0	0,5	0,4
Jamais	79,3	60,8	81,8	96,5	93,8
non-réponses (n)	982	516	88	129	204

\* Pensionné, femme/homme au foyer, maladie, invalidité, CPAS.

#### 4.4. PROFIL DES PATIENTS PRIMO-DEMANDEURS SELON LE TYPE DE PRODUIT PRINCIPAL

Le tableau 3 fournit une description synthétique des patients primo-demandeurs en fonction du principal produit consommé. Les «primo-demandeurs» sont ceux qui font une demande de traitement pour la première fois, et qui n'ont donc pas d'antécédent thérapeutique.

##### Les principaux constats :

- **Globalement**, les patients primo-demandeurs, qui représentent près d'un tiers des demandeurs, sont majoritairement de sexe masculin (81 %) et de nationalité belge (89 %). Une importante proportion de cette première demande est faite par des personnes peu ou pas scolarisées (41 %) et sans emploi (32 % non-actifs et 24 % au chômage). La plupart des primo-demandeurs ont un logement stable (80 %). En ce qui concerne la problématique de consommation, les produits les plus fréquemment à l'origine des premières demandes sont, par ordre d'importance,

le cannabis (30 %), les opiacés (28 %), l'alcool (27 %), et enfin la cocaïne/crack (12 %). L'âge moyen de la première consommation du produit à l'origine de la demande est d'environ 19 ans. Enfin, 7 % des primo-demandeurs ont déclaré avoir déjà eu recours à l'injection.

- Près d'un tiers des primo-demandeurs dont le produit principal est le cannabis ou, dans une moindre mesure, l'alcool, a introduit une demande de traitement sous la contrainte, en raison d'une injonction thérapeutique émanant du secteur de la justice. Les demandes de ce type sont moins fréquentes pour les patients ayant mentionné un opiacé ou la cocaïne en produit principal.
- Les primo-demandeurs qui consomment du cannabis en produit principal sont globalement plus jeunes et ont initié leur consommation plus précocement que les autres primo-demandeurs. À l'inverse, les primo-demandeurs ayant mentionné l'alcool en produit principal sont globalement plus âgés que les autres.
- On observe proportionnellement moins de femmes chez les primo-demandeurs

ayant indiqué le cannabis comme produit principal, par rapport à ce que l'on observe pour les autres produits.

- Les patients non belges sont un peu plus représentés parmi les primo-demandeurs dont le produit principal est un opiacé.
- Près d'un tiers des primo-demandeurs dont le produit principal est un opiacé ont un logement instable, ce qui est moins souvent le cas pour les patients ayant mentionné un autre produit principal.
- Les comportements d'injection (actuels ou passés) sont plus fréquents chez les patients primo-demandeurs admis pour un problème lié aux opiacés ou, dans une moindre mesure, à la cocaïne, que chez les autres patients.

**TABLEAU 3 : PROFIL DES PATIENTS PRIMO-DEMANDEURS SELON LE TYPE DE PRODUIT PRINCIPAL, WALLONIE, 2011-2014**

	Tous produits	Opiacés	Cocaïne	Cannabis	Alcool
<b>N</b>	<b>2004</b>	<b>563</b>	<b>230</b>	<b>591</b>	<b>539</b>
% des demandes uniques	32,5	8,6	3,6	9,3	8,4
% des premières demandes	100	28,1	11,5	29,5	26,9
Type de traitement (%)					
Bas seuil	22,3	52,9	25,2	11,7	2,2
Ambulatoire	64,1	31,6	52,6	86,0	77,0
Résidentiel	13,6	15,5	22,2	2,3	20,8
Origine de la demande (%)					
Propre initiative	35,8	57,9	41,0	20,2	27,7
Famille/amis	19,4	15,1	22,9	22,5	17,5
Réorientation	18,3	12,3	17,1	19,5	23,1
Justice	22,8	13,4	15,0	32,4	27,4
Autre	3,7	1,3	4,0	5,4	4,3
non-réponses (n)	12	5	3	1	3
Âge (année)					
Moyenne	30,8	31,5	31,7	23,5	37,4
non-réponses (n)	13	7	0	2	3

	Tous produits	Opiacés	Cocaïne	Cannabis	Alcool
Sexe (%)					
Homme	81,2	81,3	77,8	86,6	79,2
Femme	18,8	18,7	22,2	13,4	20,8
non-réponses (n)	2	0	0	1	1
Nationalité (%)					
Belge	88,7	82,6	87,7	90,4	92,9
UE	4,3	7,2	5,7	4,1	1,5
Hors UE	7,0	10,2	6,6	5,5	5,6
non-réponses (n)	19	5	3	6	5
Logement (%)					
Stable	79,8	67,5	83,5	84,8	82,4
Instable	9,1	20,7	7,6	4,3	5,3
Institution/Prison	11,1	11,8	8,9	10,9	12,3
non-réponses (n)	75	55	6	4	10
Scolarité (%)					
Non scolarisé	2,1	3,3	2,8	0,6	2,3
Primaire	38,9	36,6	31,6	49,4	32,8
Secondaire	50,2	54,8	51,0	46,0	50,6
Supérieur	8,8	5,3	14,6	4,0	14,3
non-réponses (n)	200	55	24	47	70

[...]	Tous produits	Opiacés	Cocaïne	Cannabis	Alcool
<b>Statut professionnel (%)</b>					
Emploi régulier	19,6	10,2	31,5	15,1	26,4
Étudiant	12,0	1,6	1,3	31,9	4,2
Économiquement non-actif	32,1	36,4	29,6	25,2	37,5
Chômeur	23,8	28,9	28,3	19,6	21,6
Autre	12,5	22,9	9,3	8,2	10,3
non-réponses (n)	104	65	4	15	16
<b>Âge de la 1ère consommation (année)</b>					
Moyenne	19,3	22,0	22,1	15,3	19,1
non-réponses (n)	182	25	11	53	78
<b>Comportement d'injection (%)</b>					
Oui, par le passé	4,5	12,7	3,5	1,0	1,5
Oui, actuellement	2,4	7,7	2,5	0,2	0,4
Jamais	93,1	79,6	94,0	98,8	98,1
non-réponses (n)	353	152	31	15	71

#### 4.5. PROFIL DES PATIENTS SELON LE SECTEUR DE PRISE EN CHARGE

##### Les principaux constats :

- Les patients en traitement résidentiel sont globalement plus âgés que ceux qui ont introduit une demande de traitement en bas seuil ou en ambulatoire.
- Les patients en traitement ambulatoire présentent moins fréquemment des antécédents thérapeutiques que ceux qui sont en traitement bas seuil ou, surtout, résidentiel.
- On retrouve un peu plus de demandes émanant d'une initiative propre chez les patients en traitement bas seuil que chez ceux en traitement ambulatoire ou, dans une moindre mesure, résidentiel. À l'inverse, les patients en traitement ambulatoire sont plus fréquemment en demande sur base d'une injonction thérapeutique.
- On retrouve un peu plus de patients non belges en traitement bas seuil que dans les deux autres secteurs de prise en charge.
- Les patients en traitement ambulatoire sont un peu plus nombreux à bénéficier d'un logement stable que ceux en traitement bas seuil ou résidentiel.
- On n'observe pas de différence marquante entre les secteurs en ce qui concerne la scolarité et le statut professionnel des patients.
- Plus de trois-quarts des patients du bas seuil ont mentionné un opiacé en produit principal. Les secteurs ambulatoire et résidentiel sont en revanche davantage représentés par des patients ayant un problème de consommation d'alcool. Enfin, environ 2 patients sur 10 en traitement ambulatoire ont introduit une demande de traitement pour une consommation problématique de cannabis, ce type de demande étant nettement moins fréquent dans les deux autres secteurs.

**TABLEAU 4 : PROFIL DES PATIENTS SELON LE SECTEUR DE PRISE EN CHARGE, WALLONIE, 2011-2014**

	Bas seuil	Ambulatoire	Résidentiel
<b>N</b>	<b>1563</b>	<b>3247</b>	<b>1545</b>
<b>% des demandes</b>	<b>24,6</b>	<b>51,1</b>	<b>24,3</b>
Âge (année)			
Moyenne	33,8	33,9	37,2
non-réponses (n)	10	27	4
Traitement antérieur (%)			
Non	29,5	41,2	17,9
Oui	70,5	58,8	82,1
non-réponses (n)	47	126	22
Origine de la demande (%)			
Propre initiative	70,0	36,4	56,3
Famille/amis	10,6	14,1	13,7
Réorientation	13,1	22,8	20,2
Justice	5,4	23,0	6,8
Autre	0,9	3,7	3,0
non-réponses (n)	21	45	2
Sexe (%)			
Homme	79,7	78,5	79,2
Femme	20,3	21,5	20,8
non-réponses (n)	0	8	0

	Bas seuil	Ambulatoire	Résidentiel
Nationalité (%)			
Belge	83,1	90,1	87,7
UE	7,1	5,1	5,3
Hors UE	9,8	4,8	7,0
non-réponses (n)	8	44	3
Logement (%)			
Stable	73,9	81,0	68,8
Instable	21,5	8,4	11,0
Institution/Prison	4,6	10,6	20,2
non-réponses (n)	135	96	111
Scolarité (%)			
Non scolarisé	2,8	1,5	3,8
Primaire	35,8	39,9	42,8
Secondaire	56,3	49,0	43,0
Supérieur	5,1	9,6	10,4
non-réponses (n)	202	428	32
Statut professionnel (%)			
Emploi régulier	11,8	15,1	13,4
Étudiant	1,7	8,1	0,7
Économiquement non-actif	46,0	46,9	50,1

	Bas seuil	Ambulatoire	Résidentiel
Chômeur	22,2	20,1	17,7
Autre	18,3	9,8	18,1
non-réponses (n)	135	120	23
Âge de la 1ère consommation (année)			
Moyenne	20,5	19,0	18,8
non-réponses (n)	138	476	3
Type de produit principal (%)			
Opiacé	77,8	29,0	37,3
Cocaïne	9,9	9,0	12,9
Alcool	3,5	35,0	44,3
Cannabis	7,0	22,3	3,5
Autre	1,8	4,7	2,0
Comportement d'injection (%)			
Oui, par le passé	17,6	11,6	19,0
Oui, actuellement	13,1	2,4	6,1
Jamais	69,3	86,0	74,9
non-réponses (n)	381	533	68

- Les comportements d'injection (actuels ou passés) sont plus fréquents chez les patients en traitement bas seuil et, dans une moindre mesure, en traitement résidentiel, que parmi les patients en traitement ambulatoire.

#### 4.6. PROFIL DES PATIENTS USAGERS DE DROGUES PAR INJECTION

Le tableau 5 présente une description des profils contrastés des patients ayant eu recours à l'injection (UDI) au cours des 30 derniers jours précédant l'introduction de la demande de traitement et des personnes n'ayant jamais eu recours à l'injection (non UDI). Les patients ayant eu recours à l'injection par le passé n'y sont donc pas représentés (n=804 ; 15 %), afin de centrer l'analyse sur les UDI actifs. Les trois dernières colonnes présentent également les profils des patients UDI en fonction du secteur de prise en charge.

#### Les principaux constats :

- On dénombre davantage d'hommes et de patients en traitement bas seuil parmi les UDI qu'au sein des non UDI. Les patients UDI sont en outre plus fréquemment en traitement sur base d'une initiative propre.
- Les patients UDI vivent beaucoup plus fréquemment que les autres patients dans un logement instable. Ils ont aussi un niveau de scolarisation moins élevé et sont plus fréquemment économiquement non-actifs que les non UDI.
- Plus de 8 patients UDI sur 10 ont mentionné un opiacé en produit principal, alors que les non-UDI ont mentionné ce type de produit environ 3 fois sur 10.
- Plus de 8 patients UDI en traitement résidentiel sur 10 ont entamé leur traitement sur base d'une initiative

personnelle, ce qui est moins souvent le cas pour les patients UDI en traitement ambulatoire. En revanche, ces derniers sont proportionnellement plus nombreux à suivre leur traitement suite à une réorientation ou suite à une demande de l'entourage (famille/amis).

- La grande majorité des patients injecteurs (87 %) ont eu un traitement antérieur, contre un peu moins de deux tiers des patient non UDI.
- Les patients injecteurs en traitement résidentiel ou ambulatoire ont un niveau de scolarisation moins élevé que ceux en traitement bas seuil. Ils sont aussi économiquement moins actifs que ces derniers.
- Les patients injecteurs en traitement bas seuil ont quasiment tous cité un opiacé en produit principal, ce qui est un peu moins souvent le cas de ceux en traitement ambulatoire ou résidentiel.

**TABLEAU 5 : PROFILS DIFFÉRENCIÉS DES PATIENTS UDI ET NON UDI, WALLONIE, 2011-2014**

	Non UDI	UDI	UDI bas seuil	UDI Ambu- latoire	UDI résidentiel
<b>N</b>	<b>2324</b>	<b>310</b>	<b>155</b>	<b>65</b>	<b>90</b>
<b>% des demandes (non-réponses : 982)</b>	<b>43,3</b>	<b>5,8</b>	<b>2,9</b>	<b>1,2</b>	<b>1,7</b>
<b>Âge (année)</b>					
Moyenne	34,4	34,8	34,6	35,7	34,6
non-réponses (n)	13	1	1	0	0
<b>Traitement antérieur (%)</b>					
Non	36,8	13,2	13,1	18,5	9,3
Oui	63,2	86,8	86,9	81,5	90,7
non-réponses (n)	86	6	2	0	4
<b>Type de traitement (%)</b>					
Bas seuil	19,2	50,0	100	0,0	0,0
Ambulatoire	54,8	21,0	0,0	100	0,0
Résidentiel	26,0	29,0	0,0	0,0	100
<b>Origine de la demande (%)</b>					
Propre initiative	46,4	73,9	76,0	56,3	83,1
Famille/amis	14,9	8,8	7,8	18,8	3,4
Réorientation	20,7	11,8	12,3	18,8	5,6
Justice	15,0	5,2	3,9	4,6	7,9
Autre	3,0	0,3	0,0	1,5	0,0
non-réponses (n)	30	3	1	1	5

	Non UDI	UDI	UDI bas seuil	UDI Ambu- latoire	UDI résidentiel
<b>Sexe (%)</b>					
Homme	77,3	84,2	86,5	80,0	83,3
Femme	22,7	15,8	13,5	20,0	16,7
non-réponses (n)	3	0	0	0	0
<b>Nationalité (%)</b>					
Belge	89,0	84,8	84,4	87,5	83,3
UE	5,1	7,1	7,8	4,7	7,8
Hors UE	5,9	8,1	7,8	7,8	8,9
non-réponses (n)	28	2	1	0	0
<b>Logement (%)</b>					
Stable	80,2	63,2	58,1	68,2	68,6
Instable	10,3	28,6	38,2	15,9	21,4
Institution/Prison	9,5	8,2	3,7	15,9	10,0
non-réponses (n)	144	41	19	2	20
<b>Scolarité (%)</b>					
Non scolarisé	1,8	4,8	2,1	1,7	11,2
Primaire	36,9	48,1	38,3	52,6	60,7
Secondaire	50,8	43,6	55,3	40,4	27,0
Supérieur	10,5	3,5	4,3	5,3	1,1
non-réponses (n)	339	23	14	8	1

[...]	Non UDI	UDI	UDI bas seuil	UDI Ambu- latoire	UDI résidentiel
<b>Statut professionnel (%)</b>					
Emploi régulier	16,8	4,5	4,3	4,7	4,5
Étudiant	6,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Économiquement non-actif	45,3	64,3	58,3	70,3	69,4
Chômeur	20,3	12,6	11,5	15,6	12,5
Autre	11,6	18,6	25,9	9,4	13,6
non-réponses (n)	141	19	16	1	2
<b>Âge de la 1ère consommation (année)</b>					
Moyenne	19,3	19,5	19,3	20,3	19,4
non-réponses (n)	338	12	8	4	0
<b>Type de produit principal (%)</b>					
Opiacé	31,6	83,9	93,0	76,9	73,3
Cocaïne	10,7	12,6	5,8	10,8	25,6
Alcool	36,8	2,2	0,6	7,7	1,1
Cannabis	17,2	1,3	0,6	4,6	0,0
Autre	3,7	0,0	0,0	0,0	0,0



# LIMITES DU TDI ET PERSPECTIVES

Il convient d'être prudent lors de l'extrapolation des résultats présentés ci-dessus, pour les raisons suivantes. Premièrement, la couverture externe (nombre d'unités de traitement participant au recueil / nombre total d'unités de traitement sur le territoire) de la collecte du TDI n'est pas très élevée actuellement. Deuxièmement, il n'est pas possible d'obtenir systématiquement des réponses pour toutes les variables investiguées, notamment en raison du caractère sensible de certaines d'entre elles, ou parce que le patient ne sait pas ou ne désire pas y répondre. Troisièmement, la participation des patients se fait sur base volontaire : ils sont informés que ces questions leurs sont posées dans le cadre d'un monitoring épidémiologique, et ils ont le droit de refuser d'y collaborer. Nous ne connaissons toutefois pas le nombre de patients qui refusent effectivement d'y participer. Pour

ces raisons, le TDI ne couvre actuellement qu'une partie des traitements effectivement dispensés en Wallonie et *a fortiori* en Belgique, de sorte que les données que nous rapportons ici ne sont probablement pas représentatives de l'ensemble des personnes en demande de soin pour une consommation problématique d'alcool ou de drogues. La non-représentativité actuelle des données s'expliquent aussi parce que les traitements dispensés en hôpitaux et en cabinet privé n'y sont pas inclus ou comptabilisés actuellement. Ces données représentent donc les patients pris en charge dans les structures spécialisées qui participent actuellement à cet enregistrement. Une conséquence de ce défaut de couverture est la surreprésentation des demandeurs économiquement non-actifs ou au chômage, car les personnes en situation d'abus ou de dépendance qui ont de meilleurs revenus ont probablement

davantage tendance à consulter et suivre un traitement ambulatoire dans un cabinet privé.

Et plus globalement, si le TDI est un outil pertinent pour décrire le profil des personnes en demande de traitement, utile pour estimer l'*incidence* annuelle des demandes (le nombre de patients en traitement pour la première fois de leur vie), et adapté à la quantification de la charge des demandes annuelles, il ne permet malheureusement pas d'estimer la *prévalence* des demandes de traitement, c'est-à-dire l'ensemble des patients en demande de traitement sur une année civile, car le protocole TDI ne prévoit que l'enregistrement des nouvelles demandes de traitement introduites sur une année civile (et non de l'ensemble des traitements en cours). En outre, il ne fournit aucune indication sur l'issue de la demande de

traitement (prise en charge effective, réorientation, patient ne s'est plus présenté, etc.) ni sur les trajectoires de soin des patients.

Enfin, il convient d'insister sur la complémentarité des 5 indicateurs épidémiologiques clés de l'OEDT, chacun apportant un éclairage particulier sur les phénomènes de l'usage de drogues et des assuétudes. Ils permettent ensemble d'appréhender globalement les différents types d'usages de drogues et certaines de leurs conséquences sanitaires, et de caractériser les publics spécifiques qui y sont associés. Ils doivent donc idéalement être analysés et pondérés les uns par rapport aux autres.

Dans ce contexte, et au-delà des 5 indicateurs épidémiologiques clés de l'OEDT, il serait pertinent de mieux connaître le profil des personnes en contact avec les services du secteur de la prévention et de la réduction des risques en développant un monitoring régulier et spécifique en Wallonie qui nous permettrait d'aussi connaître le profil et les pratiques de consommation des usagers de drogues avant qu'ils ne soient éventuellement en contact avec les structures d'aide et de soin.

# POUR EN SAVOIR PLUS

## BIBLIOGRAPHIE

- Anthony J.C., & Petronis, K.R. (1995). Early-onset drug use and risk of later drug problems. *Drug and Alcohol Dependence*, 40, 9-15.
- EMCDDA (2000). *Study on the incidence of problem drug use and latency time to treatment in the European Union*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: Lisbon.
- EMCDDA (2002). *Time trends and incidence of problem drug use*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: Lisbon.
- Prochaska, J.O. & Diclemente, C.C. (1982): Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy*, 19, 276-287.
- Rehm, J., Room, R., van den Brink, W., & Kraus, L. (2005). Problematic

drug use and drug use disorders in EU countries and Norway: An overview of the epidemiology, *European Neuro-psychopharmacology*, 15, 389-397.

- UNODC (2011). *World drug report 2011*. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime.
- Zinberg, N. E. (1984). *Drug, Set and Setting: The Basis for Controlled Intoxicant Use*, Yale University Press, New Haven.

## LE TDI AU NIVEAU EUROPÉEN

- Description : <http://www.emcdda.europa.eu/activities/tdi>
- Données comparatives : <http://www.emcdda.europa.eu/data/stats2015>

## LE TDI AU NIVEAU BELGE

- <https://workspaces.wiv-isp.be/tdi/default.aspx>

## RAPPORTS ET PUBLICATIONS

- Antoine, J., Raes, V., Lombaert, G. et al. (2014). *L'enregistrement TDI dans les centres de rééducation fonctionnelle liés à l'INAMI. Rapport annuel pour l'année d'enregistrement 2013*. WIV-ISP, Bruxelles.
- EMCDDA (2015). *Rapport européen sur les drogues. Tendances et évolutions*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- Hogge, M. (2014). *L'usage de drogues en Fédération Wallonie-Bruxelles. Rapport 2013-2014*. Eurotox, Bruxelles.
- Plettingckx, E., Antoine, J., Blanckaert, P., De Ridder, K., Vander Laenen, F., Laudens, F., Casero, L. & Gremeaux, L. (2014). *Rapport national sur les drogues 2014. Tendances et évolutions*. WIV-ISP, Bruxelles.



## **OBSERVATOIRE SOCIO-ÉPIDÉMIOLOGIQUE ALCOOL-DROGUES**

151 rue Jourdan - 1060 Bruxelles

Tél : + 32 2 539 48 29

Email : [info@eurotox.org](mailto:info@eurotox.org)

Ce document est disponible en version pdf sur le site :

**[www.eurotox.org](http://www.eurotox.org)**

## **REMERCIEMENTS**

Comité de relecture : Jérôme Antoine, Benoît Brouillard,

Laurent Maise et Thierry Wathelet

Graphisme : Nathalie da Costa Maya

Avec le soutien de la :



Wallonie