

TRAITEMENT DES ASSUÉTUDES EN MÉDECINE GÉNÉRALE

**Situation épidémiologique entre 2016 et 2020,
données du réseau des médecins vigies**

J. ANTOINE • S. BENSEMMANE • L. RICHELLE •
L. DEBOUVERIE • M. DEGREEF

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 - Étude des soins de santé

Mai 2025 • Bruxelles • Belgique

Numéro de référence interne : D/2025.14.440/22



Jérôme Antoine¹



Sherihane Bensemmane³



Lou Richelle²



Laura Debouverie³



Maarten Degreef¹

1 Sciensano, Epidémiologie et santé publique, Information sanitaire, Bruxelles

2 Université Libre de Bruxelles (ULB), Département de Médecine Générale et Unité de Recherche en Soins Primaires ULB, Bruxelles

3 Sciensano, Epidémiologie et santé publique, Etude des soins de santé, Bruxelles

Personne de contact : Sherihane Bensemmane • T+32 2 642 57 90 •
sherihane.bensemmane@sciensano.be

Avec le soutien financier de



Partenaires



Merci de citer cette publication comme suit : J. Antoine, S. Bensemmane., L. Richelle, L. Debouverie, M. Degreef. Traitement des assuétudes en médecine générale. Situation épidémiologique entre 2016 et 2020, données du réseau des médecins vigies. Bruxelles, Belgique : Sciensano ; 2025, 30p. Numéro de rapport : D/2025.14.440/22.



TABLE DES MATIÈRES

ABBRÉVIATIONS	6
INTRODUCTION	7
MÉTHODOLOGIE	9
1. Treatment demand indicator	9
2. Le réseau des médecins vigies	9
2.1. fonctionnement	9
2.2. enregistrement	9
2.3. Calcul d'incidence	10
3. Etudes qualitatives	10
RÉSULTATS	11
1. Traitements pour l'alcool et substances illicites	11
1.1. Données collectées dans le SGP	11
1.2. Comparaison SGP - TDI	13
1.3. Evolution dans le temps des données du SGP	16
1.4. Calcul de l'incidence	17
2. Traitements pour l'alcool	19
2.1. Données collectées dans le SGP	19
2.2. Comparaison des caractéristiques des patients	19
2.3. Comparaison du profil de consommation des patients	20
3. Accompagnement en médecine générale	21
3.1. (Auto)-stigmatisation	21
3.2. Multidisciplinarité essentielle	22
3.3. Besoins de considérations	22
DISCUSSION ET CONCLUSION	23
REMERCIEMENTS	25
BIBLIOGRAPHIE	26
ANNEXES	28

ABBREVIATIONS

TDI	Indicateur de la demande de traitement (Treatment demand indicator)
TUS	Troubles liés à l'usage de substances (alcool, substances illicites)
PTUSI	Patients présentant des troubles liés à l'usage de substances illicites
SGP	Réseau sentinelle des médecins vigies (Sentinel General Practitioners)
MG	Médecin généraliste

INTRODUCTION

La consommation excessive d'alcool et de substances illicites peut entraîner des conséquences importantes sur la santé. Elle est associée à des troubles mentaux, à la cirrhose du foie, au cancer, aux maladies cardiovasculaires ainsi qu'à des traumatismes, et constitue une cause majeure de décès prématuré (Schulte & Hser, 2013; Sciensano, 2020). En 2021, les troubles liés à la consommation d'alcool et de drogues représentaient, à eux seuls, 9,4% des années de vie en bonne santé perdues en Belgique (Sciensano, 2024a).

En 2018, 6% de la population belge buvait en excès, c'est-à-dire plus de 14 verres de boissons alcoolisées par semaine pour les femmes et plus de 21 verres pour les hommes selon les normes de l'OMS. La surconsommation d'alcool est en déclin depuis 2001-2004, puisque l'on comptait alors jusqu'à 9% de surconsommateurs. Cependant cette baisse a tendance à être moins importante que précédemment (Gisle et al., 2019).

Trois personnes sur cent (15-64 ans) présentaient une consommation problématique de cannabis en 2018, caractérisée par exemple par le fait de consommer en matinée, de consommer seul(e), d'avoir eu des problèmes liés à la consommation de cette substance ou de ne pas pouvoir diminuer/arrêter et ce malgré des remarques de l'entourage (Gisle & Drieskens, 2019).

Environ 30000 nouveaux épisodes de traitement pour un usage d'alcool ou de drogues illicites ont été enregistrés en 2023 en Belgique dans les centres spécialisés en assuétudes ou les hôpitaux (Sciensano, 2024b). Les derniers chiffres montrent également qu'environ 15000 personnes ont reçu un traitement par agonistes opioïdes (méthadone ou buprénorphine) en Belgique en 2023 pour un trouble lié à la consommation d'opioïdes (Pharmanet, 2024, non publié).

L'offre de soins en matière d'assuétudes est multiple en Belgique (centres spécialisés ambulatoires ou résidentiels, hôpitaux généraux ou psychiatriques, centres de santé mentale, médecins généralistes, etc). Cela peut s'expliquer par notre système de soins qui ne promeut que peu l'échelonnement de soins. C'est-à-dire de faciliter l'accès aux soins spécialisés via les soins primaires (Richelle, 2024).

Le fait que le médecin généraliste puisse initier un traitement pour un trouble lié à l'usage de substances (TUS) dans sa pratique quotidienne de médecine générale n'est pas communément répandu à travers le monde. En effet, dans de nombreux autres pays, le médecin généraliste a un rôle de relais après stabilisation du patient (Richelle, 2024). Les personnes qui présentent un TUS sont souvent stigmatisées¹ dans notre société. Cela implique qu'elles vivent différentes formes de discrimination dans le système de santé, d'autant plus si elles consomment des substances illicites (Yang et al., 2017). Malgré la possibilité d'accompagner les personnes avec un trouble lié à l'usage de substances illicites (PTUSI) par les médecins généralistes (MG) en Belgique, notamment grâce à l'autorisation d'initier un traitement par agonistes opioïdes (AR de 2004), l'accessibilité est limitée. Les centres dédiés aux assuétudes étant par ailleurs saturés avec une difficulté à pouvoir répondre correctement aux demandes toujours plus nombreuses et complexes (INAMI & Médecins du Monde, 2014).

En Belgique, il a pourtant été montré que le médecin traitant, surtout dans la partie francophone du pays, joue un rôle crucial en termes de diagnostic et de traitement des assuétudes. De par son approche qui répond adéquatement au modèle biopsychosocial préconisé actuellement pour les TUS, le médecin généraliste semble être la personne appropriée pour prendre en charge ces patients dans une vision globale de santé. Il est plus sensible aux déterminants sociaux de la santé que d'autres médecins et est capable de prendre en charge toutes les pathologies chroniques associées. Son rôle dans la continuité et la coordination des soins est également essentiel face à des situations cliniques complexes, qui s'étendent dans la durée et qui nécessitent un accompagnement multidisciplinaire (Richelle, 2024).

¹ La stigmatisation est un processus complexe intégrant des dimensions cognitives (stéréotypes), affectives (préjugés) et comportementales (discrimination). De manière simplifiée, elle peut se diviser en trois catégories interconnectées que sont les stigmas sociaux (véhiculés par la société et les communautés), structurels (via les institutions dont le système de santé) et l'auto-stigmatisation (vécue par les personnes cibles)

Cependant, peu d'informations existent sur la prise en charge des TUS en médecine générale. En effet, les médecins généralistes en pratique privée ne participent pas au système d'enregistrement national des demandes de traitement pour une problématique d'assuétudes (TDI) (Antoine et al., 2016). En Flandre, le système d'enregistrement Intego, qui collecte les diagnostics en médecine générale chez une centaine de médecins participant, montre une prévalence en augmentation depuis 2000 de la prise en charge des TUS. En 2023, la prévalence était de 3,43 pour 1000 patients pour les drogues illicites et de 15,34 pour l'alcool alors qu'elle était de 0,54 et 6,44 en 2000 (KULeuven, 2024).

Le réseau belge de médecins vigies (SGP) est constitué d'un échantillon de médecins généralistes qui rapportent l'occurrence et les caractéristiques d'événements liés à la santé bien définis dans leur pratique quotidienne (Deckers et al., 2006). Entre 2016 et 2020, le réseau a collecté des informations sur la prise en charge des TUS (alcool et drogues illicites) en utilisant le même questionnaire et définition de cas que celui utilisé par le TDI.

L'objectif de ce rapport est d'analyser les données collectées par le réseau des médecins vigies sur les TUS et de les comparer avec les données collectées dans le TDI. Ceci permettra de caractériser le profil et les caractéristiques d'usage des substances des personnes en contact avec ces 2 types de soins (soins primaires, soins spécialisés).

MÉTHODOLOGIE

1. Treatment demand indicator

L'enregistrement TDI belge collecte de manière annuelle 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. Sciensano est chargé de coordonner cet enregistrement depuis 2011 et d'analyser les données annuellement (Antoine, 2023). L'enregistrement TDI se base sur un protocole européen (EMCDDA, 2012) et permet ainsi de se comparer aux autres pays de l'Union Européenne.

Le questionnaire qui est complété lors de chaque nouvel épisode de traitement reprend des informations sur le profil socio-démographique du patient, sur ses conditions de traitement et sur les caractéristiques d'usage des substances. Une substance principale peut (ou pas) être identifiée parmi les différentes substances faisant l'objet d'un trouble lié à leur usage. La substance principale est celle pour laquelle la demande de traitement a été entamée ou causant le plus de préjudices au patient.

Les centres de traitement spécialisés qui participent à l'enregistrement sont généralement obligés d'enregistrer l'indicateur dans le cadre de leur convention de financement. Tous les hôpitaux psychiatriques et généraux sont en outre obligés de rapporter les données comme indiqué dans un arrêté royal et sont en outre financés pour le faire. Au total, chaque année, un peu plus de 150 centres de traitement (hôpitaux/centre spécialisés) participent à l'enregistrement. Aucun médecin en pratique privée ne participe à cet enregistrement.

Chaque année, un peu moins de 30000 nouveaux épisodes de traitements sont collectés en Belgique dont environ la moitié pour une problématique d'alcool comme substance principale.

2. Le réseau des médecins vigies

2.1. FONCTIONNEMENT

Le SGP a été créé en 1979 et est coordonné par Sciensano. Il s'agit d'un réseau thématique sentinelle composé d'une centaine de cabinets de MG répartis dans toute la Belgique. Ils participent volontairement à des collectes de données sur diverses thématiques de santé (maladies infectieuses et non infectieuses). La population touchée par le réseau est estimée à 1%-1,5% de la population belge totale. Le réseau vise à être représentatif de la population générale des MG en termes d'âge et de sexe (Moreels et al., 2023).

2.2. ENREGISTREMENT

La surveillance des TUS, mise en place dans le SGP sous la forme d'un projet-pilote limité dans le temps, s'est basée sur le protocole belge TDI. Les médecins vigies ont enregistré les nouveaux épisodes de traitement pour un TUS entre 2016 et 2020. Un nouvel épisode commençait avec le premier contact en face-à-face avec un MG/un autre soignant pour des TUS. Lorsque le patient se présentait avec une demande de traitement après au moins 6 mois sans contact avec le soignant, un nouvel épisode de traitement commençait. Le traitement a été défini comme toute activité ciblant directement les patients ayant des TUS afin d'améliorer l'état mental, médical ou social de la personne suivie.

En comparaison avec la surveillance TDI, quatre variables n'ont pas été enregistrées par le SGP : le type de centre de traitement, la source d'orientation, le plus haut niveau d'éducation atteint et le logement récent. La variable « substance principale » a été déclarée de manière moins détaillée, par exemple le regroupement des catégories « cocaïne » et « crack », par rapport à l'enregistrement TDI belge. Une variable a été ajoutée : le fait que le patient reçoive ou non un traitement spécialisé pour des TUS.

A partir de 2019, dans le réseau l'âge fût enregistré sous forme de groupe d'âge contrairement aux années précédentes où la date de naissance était renseignée.

2.3. CALCUL D'INCIDENCE

La population couverte par le SGP (P_{SGPi}) a été calculée pendant la période i selon la formule : $P_{SGPi} = P_i \cdot \frac{N_{SGPi}}{N_i}$

Où P_i est la population totale concernée sur la période i ; N_{SGPi} le nombre de médecins vigies ou de cabinets participants pendant la période i et N_i le nombre de médecins généralistes actifs pendant la période i .

L'incidence (I_i) a ensuite été calculée comme le rapport entre le nombre de nouveaux cas enregistrés dans le réseau (C_{SGPi}) et la population couverte (P_{SGPi}) pendant la période i selon la formule : $I_i = \frac{C_{SGPi}}{P_{SGPi}} \cdot 100.000$. L'incidence rapportée est la moyenne de l'incidence calculée selon le nombre de médecins vigies réguliers et celle calculée en prenant en compte le nombre de cabinets.

3. Etudes qualitatives

Richelle (2024) explorait dans un axe de sa thèse de doctorat, l'accompagnement des PTUSI à travers trois études qualitatives qui ont permis via des entretiens semi-dirigés et des focus groups d'interroger des PTUSI, des MG et des travailleurs psychosociaux. La région de Bruxelles-capitale a été choisie comme terrain d'étude en raison de son hétérogénéité en termes de publics tant au niveau social que culturel, des consommations particulièrement répandues ainsi que de densité et de complexité de l'offre de services pour ce public. (Gisle & Drieskens, 2019)

Premièrement, une étude a été conduite auprès de 23 PTUSI pour les interroger sur leur parcours de vie, leur parcours de soins en médecine générale et sur leurs attentes et besoins à ce niveau.

Deuxièmement, les attitudes et pratiques de 33 MG par rapport aux PTUSI ont été investiguées et la caractérisation de ces positionnements identifiée.

Troisièmement, des travailleur(s) psychosociaux et des MG ont été sondés à travers 2 focus-groups et 7 entretiens semi-dirigés concernant leurs collaborations interprofessionnelles avec le MG.

RÉSULTATS

1. Traitements pour l'alcool et substances illicites

1.1. DONNÉES COLLECTÉES DANS LE SGP

La collecte de données des TUS dans le réseau SGP a fourni 677 enregistrements sur cinq ans entre 2016 et 2020 (Voir Tableau 1). Ces données ont été collectées par 87 cabinets de médecins différents soit près de 2 cabinets de médecins sur 3 (64%) participant à la collecte de données du SGP.

On remarque une baisse du nombre d'enregistrements collectés d'année en année de 200 enregistrements en 2016 à moins de 100 en 2020. Le nombre de cabinets de médecins ayant rapporté des enregistrements baisse également mais suit la baisse du nombre de cabinets participant à la collecte de données du SGP. Entre 2016 et 2019 près de 1 cabinet de médecin sur 2 a rapporté au moins un enregistrement lié aux TUS. Par contre en 2020, cette proportion est tombée à environ 1 cabinet de médecin sur 3.

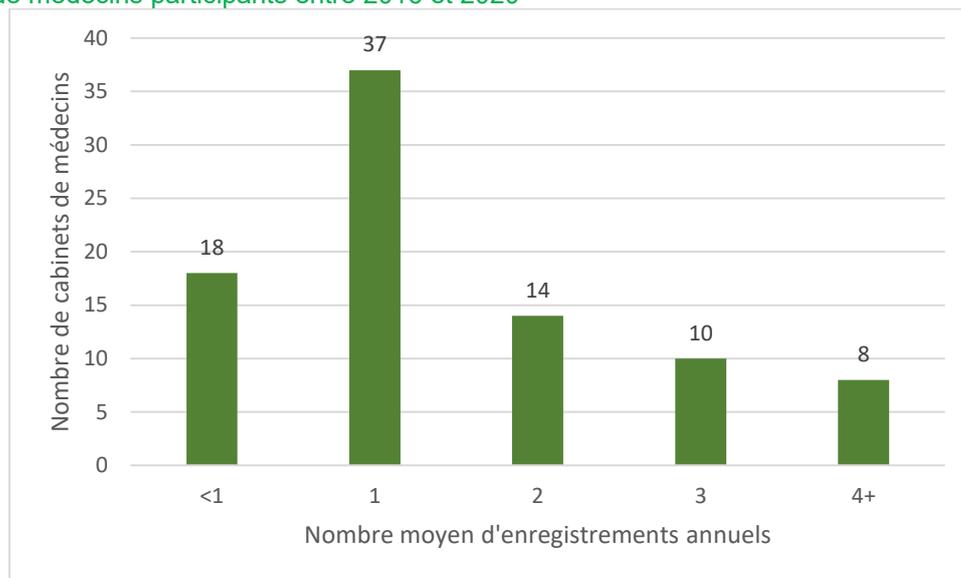
Les deux-tiers des données ont été collectées par des cabinets en Flandre, un quart en Wallonie et moins de dix pourcent en Région de Bruxelles-Capitale. La proportion de cabinets de médecins participant sur l'ensemble de la période est similaire en Flandre (65,8%) et en Wallonie (64,3%) mais est un peu plus faible en Région de Bruxelles-Capitale (53,3%).

Tableau 1 : Nombre d'enregistrements collectés au sein du SGP pour un TUS, et de cabinets de médecins participants entre 2016 et 2020, par année et par région

	Nombre d'enregistrements 'TUS' dans le SGP n (%)	Nombre de cabinets de MG ayant rapporté des données 'TUS' n (%)	Nombre total de cabinets de MG ayant participé à l'enregistrement SGP
Année			
2016	201 (29.7)	61 (50.0)	122
2017	138 (20.4)	49 (47.6)	103
2018	120 (17.7)	47 (50.5)	93
2019	128 (18.9)	42 (46.7)	90
2020	90 (13.3)	32 (35.6)	90
Région			
Flandre	451 (66.6)	52 (65.8)	79
Wallonie	165 (24.4)	27 (64.3)	42
Région de Bruxelles-Capitale	61 (9.0)	8 (53.3)	15
Total	677	87 (64.0)	136

Les cabinets de médecins ayant enregistré au moins un patient avec un TUS ont rapporté en moyenne 2 patients par an avec une médiane de 1 patient par an. Seuls 8 cabinets (9%) ont enregistré 4 patients ou plus par an (Figure 1).

Figure 1 : Répartition du nombre moyen d'enregistrements annuels collectés pour un TUS par les cabinets de médecins participants entre 2016 et 2020



Les patients enregistrés entre 2016 et 2020 pour un TUS sont pour plus de deux-tiers, des hommes (Tableau 2).

La moitié des personnes sont âgées de plus de 45 ans. Un peu moins de la moitié des patients enregistrés exerce une activité professionnelle.

Près de deux patients sur trois ne sont pas suivis ailleurs pour leurs TUS mais sont traités uniquement chez le médecin généraliste.

Environ un patient sur trois entre en traitement pour la première fois pour un besoin lié à l'usage de substance et une très petite proportion reçoit un traitement par agonistes opioïdes.

L'alcool est la substance la plus fréquemment citée comme substance principale (près de 6 patients sur 10). Elle est même l'unique substance mentionnée par plus de la moitié des patients. Le cannabis est la seconde substance la plus fréquente, citée par 1 patient sur 10, suivi des hypnotiques tels que les benzodiazépines cités comme substance principale par 9% des patients. Environ 7% des patients n'identifie pas de substance principale ce qui peut suggérer un problème de polyconsommation de substance. Enfin environ 12% des patients mentionne la cocaïne ou un autre stimulant et les opioïdes comme substance principale. En ce qui concerne les opioïdes utilisés, la moitié des cas concerne l'héroïne et l'autre moitié les opioïdes prescrits. (tramadol, oxycodone,...)

Tableau 2 : Caractéristiques des patients enregistrés au sein du SGP pour un TUS

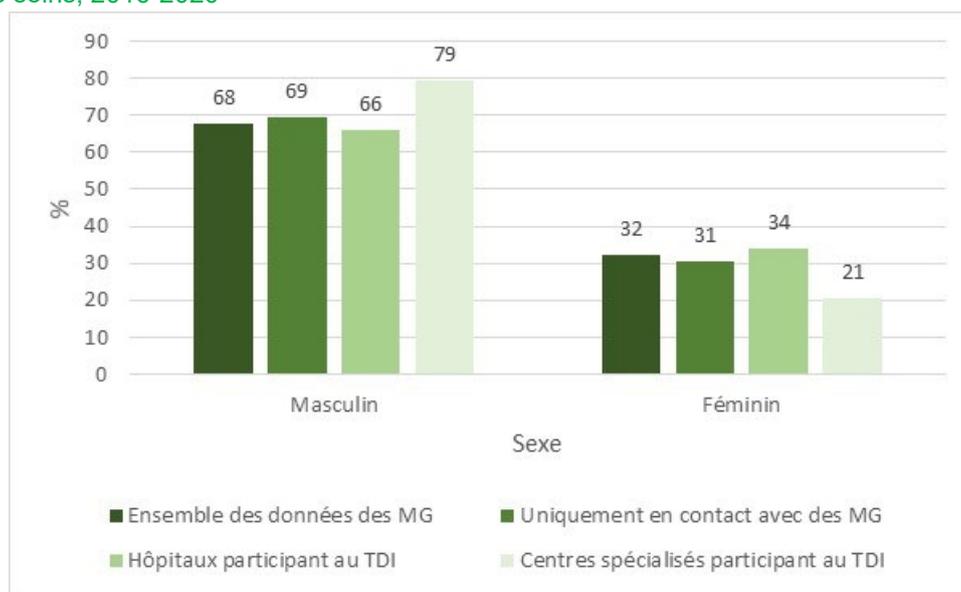
	Nombre d'enregistrements (N)	Proportion des enregistrements (%)
Sexe		
Masculin	455	67,2
Féminin	218	32,2
Inconnu	4	0,6
Catégorie d'âge		
<25 ans	62	9,2
25-34	138	20,4
35-44	144	21,3
45-54	156	23,0
55-64	106	15,7
65+	71	10,5
Activité professionnelle		
Oui	277	40,9
Non	361	53,3
Inconnu	39	5,8
Également suivi ailleurs pour ses besoins en matière de consommation de substances		
Oui	204	30,1
Non	451	66,6
Inconnu	22	3,3
Déjà traité précédemment pour un besoin en matière d'usage de substances		
Oui	376	55,5
Non	238	35,2
Inconnu	63	9,3
Reçoit un traitement par agonistes opioïdes (uniquement en 2019 et 2020)		
Oui	12	5,5
Non	205	94,0
Inconnu	1	0,5
Substance principale		
Aucune	48	7,1
Opioïdes	43	6,4
Cocaïne	31	4,6
Autre stimulant	11	1,6
Hypnotique	59	8,7
Cannabis	70	10,3
Alcool (avec ou sans autres substances illicites mentionnées)	406	60,0
Alcool (et aucune autre substance illicite mentionnée)	348	51,4
Autre substance	9	1,3

1.2. COMPARAISON SGP - TDI

La compatibilité partielle entre les deux collectes de données permet de comparer les caractéristiques de la population traitée chez les médecins généralistes (SGP) et dans le réseau de soins spécialisés en assuétudes (TDI). En outre, dans le questionnaire SGP une question permet d'identifier si la

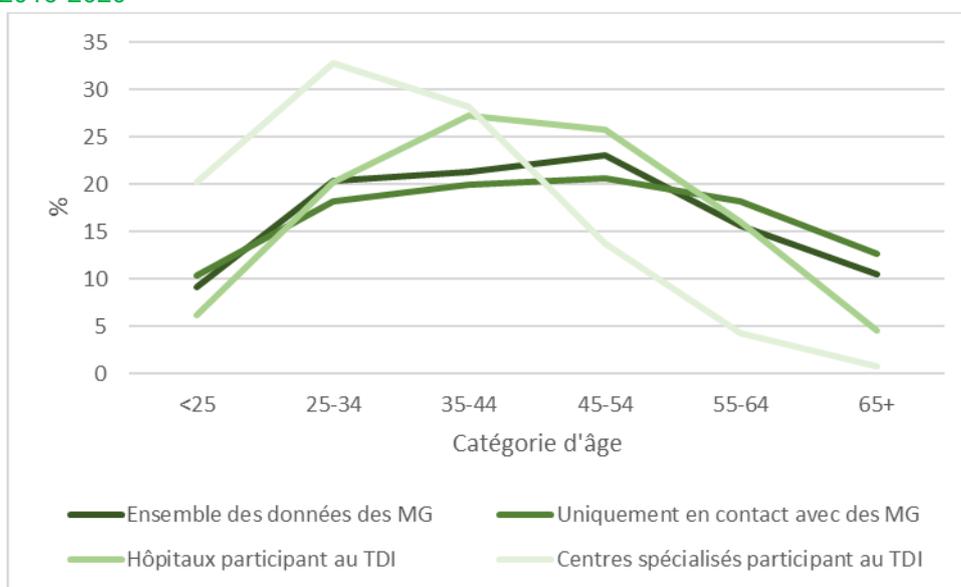
personne est également traitée ailleurs pour son TUS (c'est-à-dire en centre spécialisé, en hôpital) ou uniquement chez le MG. Cela permet donc de distinguer les patients qui sont potentiellement enregistrés dans le TDI et les patients qui ne sont en contact qu'avec leur MG et ne se retrouvent pas dans le TDI. Dans les données TDI, une distinction est faite entre les données collectées dans les hôpitaux et les données collectées dans les autres types de centres spécialisés (ambulatoires, résidentiels). En effet, le rapport annuel TDI montre la différence importante des caractéristiques des patients entre ces 2 types d'institutions qu'il est donc intéressant de présenter séparément.

Figure 2 : Répartition selon le sexe des patients recevant un traitement pour un TUS, en fonction du service de soins, 2016-2020



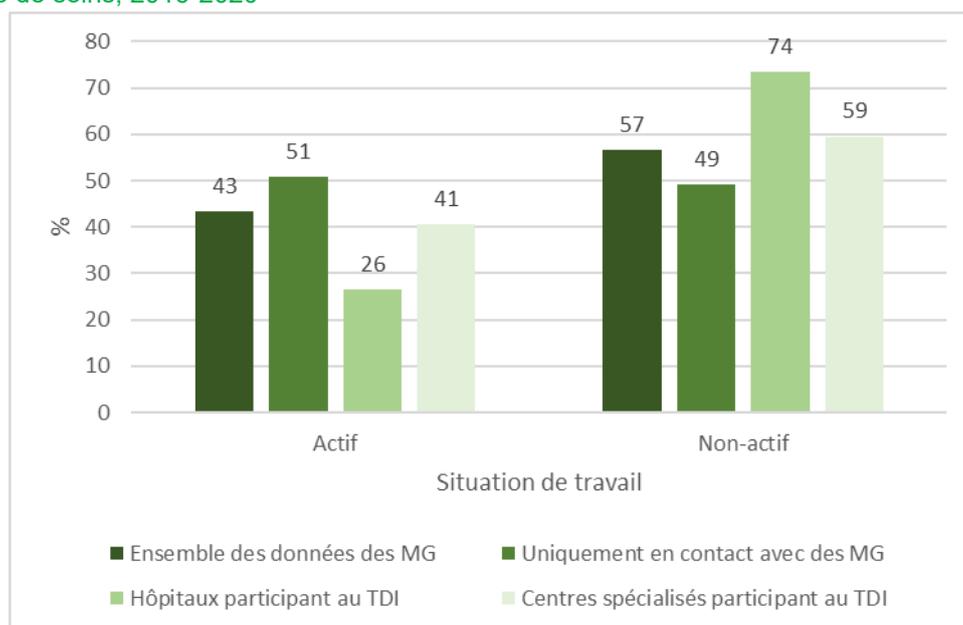
Au sein du SGP, il a été observé que les médecins généralistes (MG) prenaient en charge des patients avec une proportion de femmes (32%) plus élevée que les centres spécialisés (21%), mais similaire aux hôpitaux (34%) (Figure 2). La proportion de femmes en traitement n'avait pas changé si l'on considérait les patients suivis uniquement en médecine générale.

Figure 3 : Répartition de l'âge des patients recevant un traitement pour un TUS, en fonction du service de soins, 2016-2020



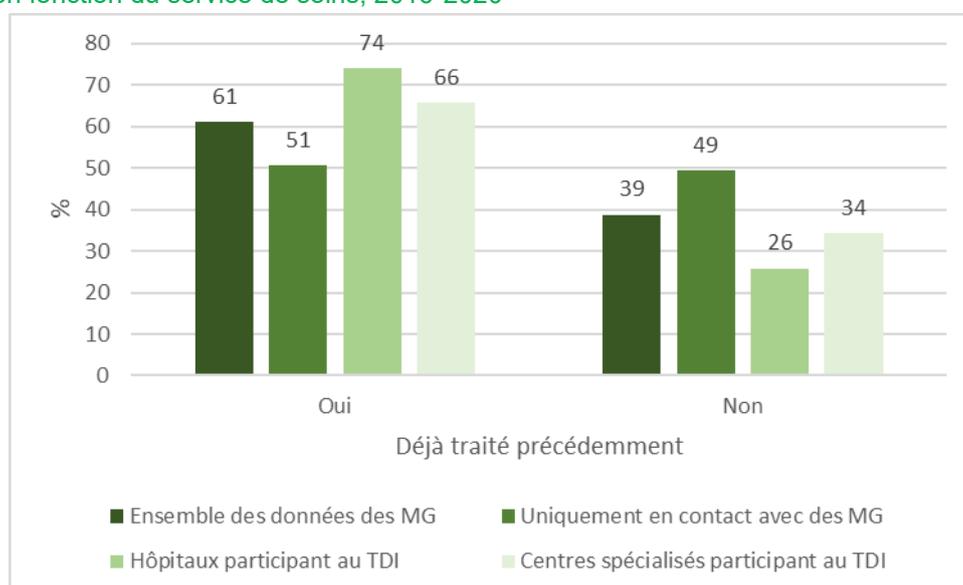
Les patients en médecine générale étaient plus âgés. Près de 50% avait plus de 45 ans alors qu'ils n'étaient que 18% dans les services spécialisés (Figure 3). En hôpital, la population était également légèrement plus jeune qu'en médecine générale. Les patients de moins de 25 ans étaient près du double en centre spécialisé qu'en médecine générale. Au contraire les patients de plus de 65 ans étaient quasi absents en centre spécialisé mais représentaient 10% de la population en médecine générale. La catégorie d'âge la plus représentée était la catégorie des 45-54 ans en médecine générale alors qu'il s'agit des 35-44 ans en hôpital et des 25-34 ans en service spécialisé.

Figure 4: Répartition du statut de travail des patients recevant un traitement pour un TUS, en fonction du service de soins, 2016-2020



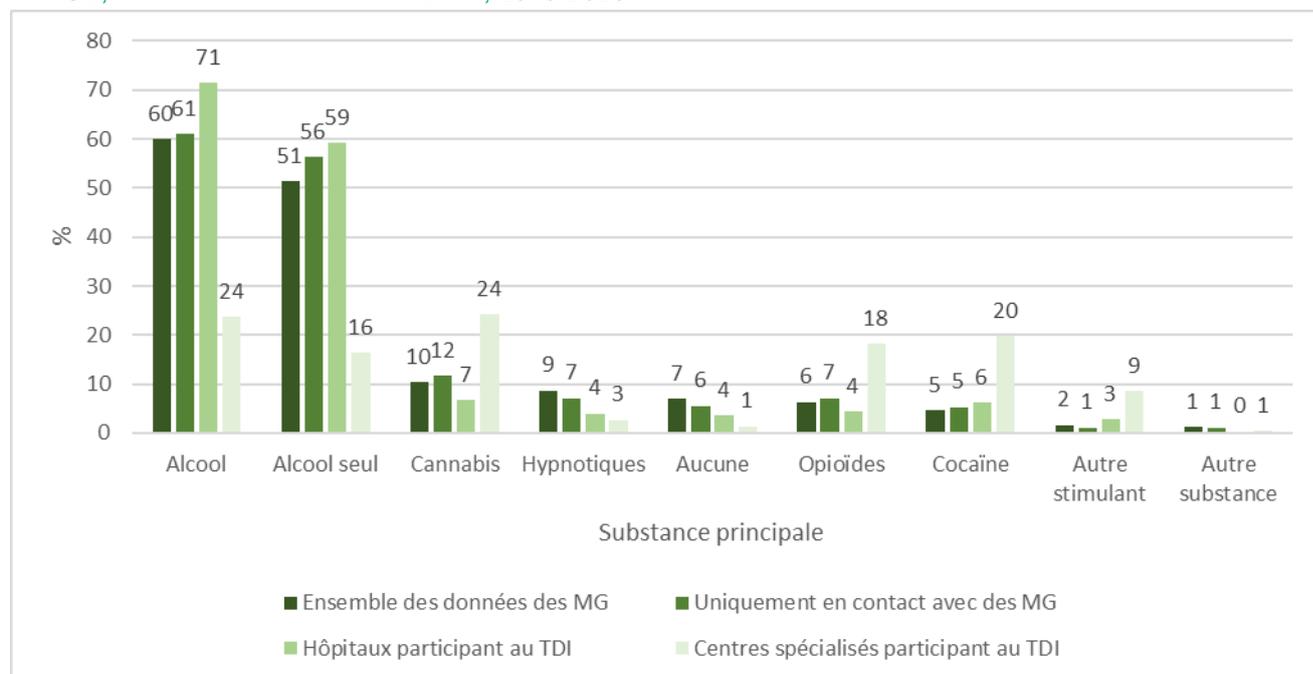
Les patients des MG exercent plus fréquemment une activité professionnelle que ceux suivis en hôpitaux (43% contre 26%, respectivement). Ce pourcentage s'élève à 51 % pour les patients traités uniquement par un médecin généraliste (Figure 4). Le pourcentage de personnes professionnellement actives dans les centres spécialisés était similaire à celui des cabinets de médecins généralistes (41 %).

Figure 5: Répartition de l'existence de traitements précédents des patients recevant un traitement pour un TUS, en fonction du service de soins, 2016-2020



Quatre patients sur dix ont été traités pour la première fois pour un TUS chez les MG (Figure 5). Cela augmentait à presque un patient sur deux quand on considère les patients traités uniquement en médecine générale. Dans les hôpitaux, cette proportion de nouveaux patients était beaucoup plus faible (1 patient sur 4). En centre spécialisé, la proportion se rapprochait de celle observée en médecine générale.

Figure 6: Répartition de la substance principale mentionnée par les patients recevant un traitement pour un TUS, en fonction du service de soins, 2016-2020



L'alcool était plus fréquemment cité comme substance principale en médecine générale (60%) que dans les centres spécialisés (24%). Par contre, elle était inférieure à ce qui a été observé dans les hôpitaux (71%). L'alcool comme unique substance (sans autre substance additionnelle) était également plus fréquemment cité en médecine générale (51%) – et plus encore parmi les patients suivis uniquement en médecine générale (56%) – qu'en soins spécialisés (16%).

Le cannabis était la deuxième substance la plus fréquemment citée dans tous les services de soins. La proportion était plus de deux fois plus élevée en service spécialisé (24%) qu'en médecine générale (10%). Par contre, les hypnotiques étaient plus fréquents dans le réseau des médecins vigies (9%) que dans les hôpitaux (4%) ou les centres spécialisés (3%).

Par ailleurs, les autres substances illicites comme la cocaïne, les autres stimulants, et les opioïdes, étaient principalement citées dans les centres spécialisés et très peu en médecine générale (6% ou moins). Les cas d'opioïdes comme substance principale en médecine générale peuvent concerner des suivis de traitement par agonistes opioïdes.

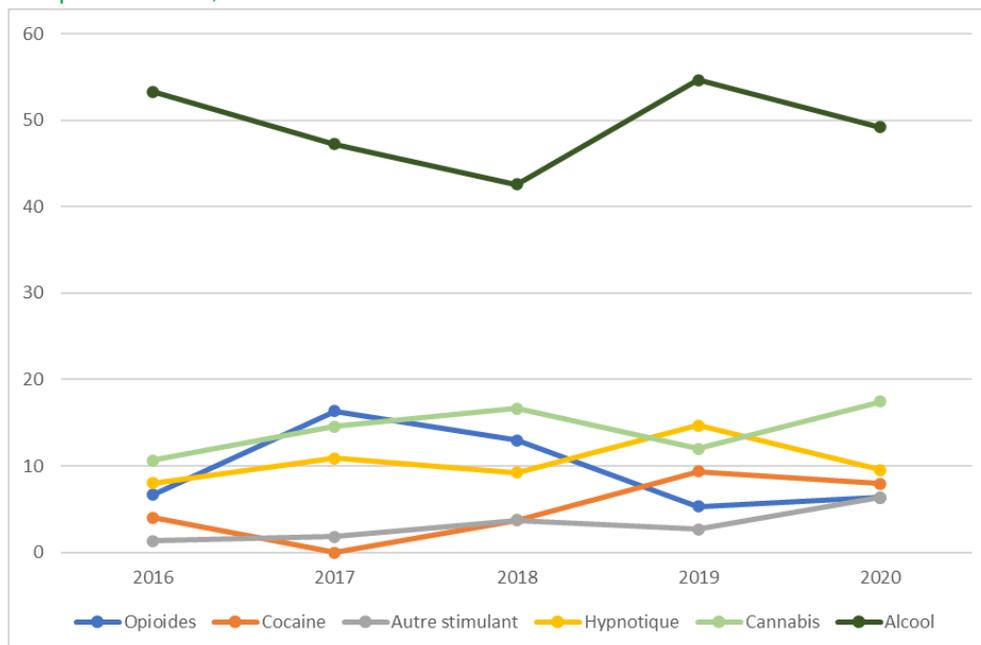
1.3. EVOLUTION DANS LE TEMPS DES DONNÉES DU SGP

L'analyse dans le temps des chiffres du SGP se base sur un groupe de médecins qui ont enregistré au moins un patient chaque année. Cela permet de limiter les éventuels biais liés à une participation non constante dans le temps. Ce groupe de médecins de référence regroupe 48% (n=322) des données totales. Entre 2016 et 2020 55 à 75 patients ont été enregistrés chaque année par ce groupe de référence.

Les variations annuelles sont relativement fortes en raison du faible nombre de données. Il faut donc considérer ces résultats avec précaution :

- La proportion de femmes en traitement était inférieure à 30% entre 2016 et 2018, puis augmente autour de 30% en 2019 et 2020. Cette proportion semble donc être en augmentation comme c'est le cas dans le TDI.
- La proportion de personnes de plus de 45 ans variait selon les années entre 26% et 50% mais n'indiquait pas de tendance claire. Dans le TDI par contre, le vieillissement de la population est un phénomène bien connu.
- La proportion des personnes actives au niveau de l'emploi montrait une baisse importante entre 2016 (70%) et 2020 (56%). La baisse en 2020 peut éventuellement s'expliquer par la crise COVID.
- On remarquait une augmentation à partir de 2019 de la proportion des patients en traitement pour la première fois. Cette proportion est passée d'environ un tiers avant 2019 à plus de 50% en 2019 et plus de 40% en 2020.
- En ce qui concerne les substances principales (Figure 7), l'alcool comme substance principale s'est maintenu autour des 50% durant toute la période. La proportion de cannabis variait autour de 15% mais sans tendance claire. La proportion de la cocaïne et des autres stimulants qui était marginale en 2016 et 2017 a augmenté les trois dernières années. Les opioïdes montrent une tendance à la baisse depuis 2017 (Figure 7).

Figure 7: Evolution du pourcentage des substances principales mentionnées par les patients recevant un traitement pour un TUS, 2016-2020

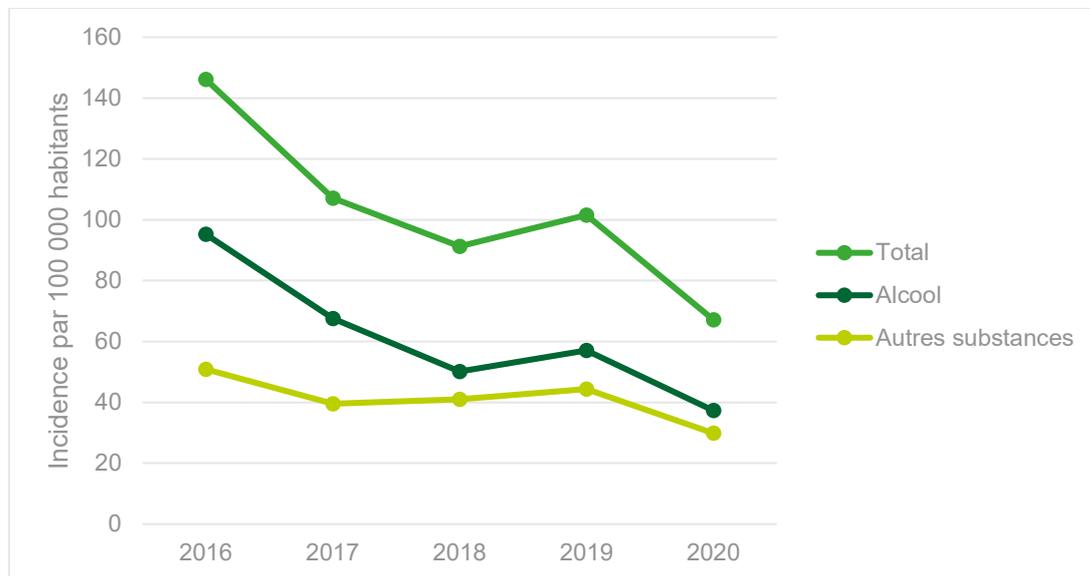


1.4. CALCUL DE L'INCIDENCE

L'incidence des cas de patients en traitement en médecine générale pour un TUS a presque été divisé par 2 entre 2016 et 2020 en passant d'environ 146 pour 100.000 habitants à 67 pour 100.000 habitants (Figure 8). Cette baisse de l'incidence ne doit pas s'interpréter comme une baisse des besoins de la population. En effet, elle plutôt probablement due par exemple à la baisse de la participation des médecins généralistes au réseau, en particulier pendant la pandémie de COVID-19 ou à des facteurs extérieurs relevant du système de soins de santé.

Entre 2016 et 2020, l'incidence moyenne était de 103 cas pour 100.000 habitants. La population belge moyenne entre 2016 et 2020 était de 11.378.000, ce qui permet d'estimer grossièrement la population en traitement en médecine générale pour un TUS à environ 12.000.

Figure 8: Incidence par année des patients recevant un traitement pour un TUS dans le réseau de médecins vigies (substance principale alcool et non-alcool), Belgique, 2016-2020



2. Traitements pour l'alcool

2.1. DONNÉES COLLECTÉES DANS LE SGP

Les prochaines sections se focalisent sur les patients traités pour l'alcool comme substance principale puisque nous avons vu qu'ils représentaient la majorité des prises en charge en médecine générale. En effet, l'alcool comme substance principale reflétait près de 60% (n=406) des épisodes de traitement enregistrés par le SGP entre 2016 et 2020 (Tableau 3).

Plus des deux-tiers des traitements pour l'alcool étaient suivis uniquement en médecine générale.

La répartition des enregistrements selon la région et selon l'année est similaire au nombre total d'enregistrements.

Tableau 3: Description des traitements pour l'alcool, Belgique, 2016-2020

	Total	%
Enregistrements totaux	677	100
Substance principale		
Traitements pour l'alcool	406	59.97
Traitements pour d'autres substances que l'alcool	271	40.03
Traitement ailleurs (inconnus : n=11)		
Traitements pour l'alcool en médecine générale uniquement	275	69.62
Traitements pour l'alcool en médecine générale et ailleurs	120	30.38
Année		
2016	131	32.27
2017	87	21.43
2018	66	16.26
2019	72	17.73
2020	50	12.32
Région		
Flandre	262	64.53
Wallonie	97	23.89
Région de Bruxelles-Capitale	47	11.58

2.2. COMPARAISON DES CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS

La comparaison des patients traités pour l'alcool uniquement en médecine générale avec ceux traités dans les services spécialisés ou les hôpitaux permet d'examiner d'éventuelles différences (à l'aide de tests chi-carré) de profil des patients pris en charge.

La proportion de femmes en traitement était statistiquement plus importante en médecine générale qu'en services spécialisés (Tableau 4). Les patients traités pour l'alcool en médecine générale étaient plus âgés qu'en services spécialisés. En effet, en médecine générale, près de 2/3 étaient âgés de plus de 45 ans alors qu'ils sont moins de 1 sur 2 en centre spécialisé.

Les patients traités en médecine générale uniquement étaient plus fréquemment actifs sur le marché du travail (plus de la moitié) que les patients en centres spécialisés (un tiers).

Près d'un patient traité en médecine générale uniquement sur deux entrainait en traitement pour la première fois pour un besoin lié à sa consommation d'alcool ; ceci en comparaison avec un tiers en centres spécialisés.

Tableau 4: Caractéristiques des patients en traitement pour l'alcool comme substance principale en médecine générale et en centre spécialisé, 2016-2020

Caractéristique	Uniquement en contact avec des MG	En centre spécialisé ou hôpital participant au TDI	Degré de signification du test χ^2
	%	%	
Total (n)	275	14188	
Sexe			*
Masculin	66.79%	72.63%	
Féminin	33.21%	27.37%	
Catégorie d'âge			***
<45	36.73%	58.84%	
>=45	63.27%	41.16%	
Situation de travail			***
Actif	56.06%	33.34%	
Non-actif	43.94%	66.66%	
Déjà traité précédemment			***
Oui	54.33%	64.14%	
Non	45.67%	35.86%	

Légende : p-value * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001 n.s non significatif

2.3. COMPARAISON DU PROFIL DE CONSOMMATION DES PATIENTS

L'usage quotidien de l'alcool était deux fois plus fréquent en médecine générale (86%) qu'en centre spécialisé (43%) (Tableau 5).

Le trouble lié à l'usage d'autres substances en plus de l'alcool était beaucoup moins fréquent chez les patients en traitement en médecine générale uniquement. En termes de substances citées, le cannabis était la principale substance citée en plus de l'alcool. Il n'existait pas de différence significative quant à son rapportage entre les 2 groupes. Par contre, la cocaïne était plus fréquemment citée en service spécialisé qu'en médecine générale. Pour les hypnotiques, au contraire, leur mention en plus de l'alcool était plus fréquente en médecine générale qu'en service spécialisé.

Tableau 5: Comparaison des caractéristiques de la consommation chez les patients en traitement pour l'alcool comme substance principale en médecine générale et en service spécialisé, 2016-2020

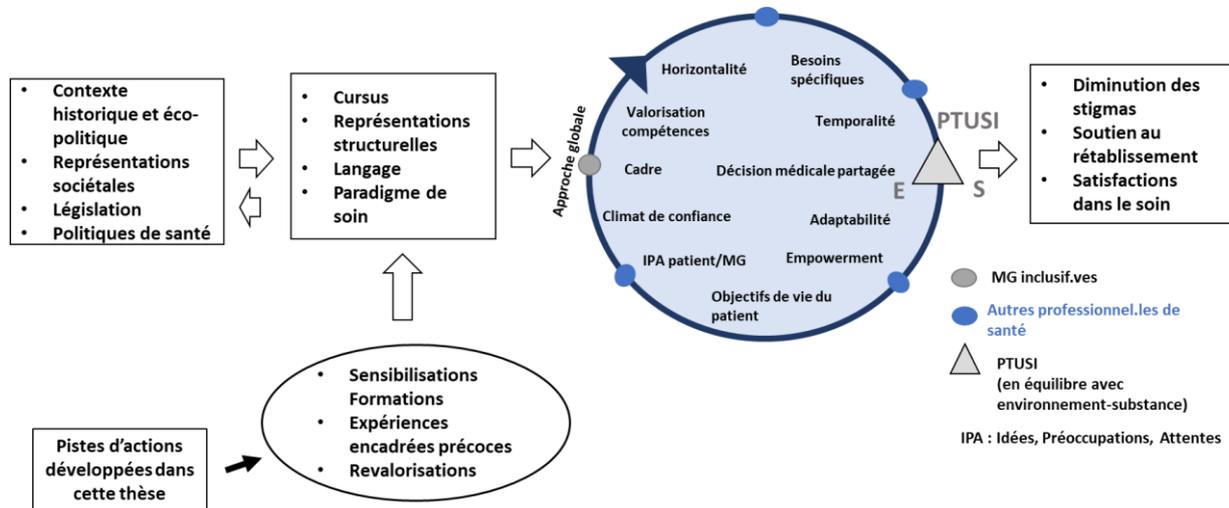
Variable	Uniquement en contact avec des MG	En centre spécialisé ou hôpital participant au TDI	Degré de signification du test χ^2
	%	%	
Total (n)	275	14188	
Consommation journalière			***
Oui	86.25%	43.07%	
Non	13.75%	56.93%	
Trouble lié à d'autres substances			***
Oui	8.73%	30.43%	
Non	91.27%	69.57%	
Usage de cannabis			n.s.
Oui	50.00	51.78	
Usage de cocaïne			***
Oui	16.67%	44.15%	
Usage d'hypnotiques			*
Oui	37.50%	19.66%	

Légende : p-value * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001 n.s non significatif

3. Accompagnement en médecine générale

Richelle, 2024 met en lumière les défis dans la prise en charge en médecine générale (Richelle, 2024). Malgré de nombreux besoins biopsychosociaux chez ce public qui pourraient être pris en charge plus tôt en médecine générale, les accompagnements ne sont pas toujours appropriés ni disponibles. Cela se manifeste depuis le premier contact avec le patient à la difficulté de faire relais vers les MG après stabilisation de la situation de santé de la personne dans un centre dédié aux assuétudes. Bien que certains patients semblent avoir trouvé un lieu qui réponde à leurs besoins, que ce soit chez un MG ou un centre dédié aux assuétudes, des phénomènes de stigmatisation ont encore un impact important sur l'accès aux soins de ces publics. Les principaux leviers identifiés pour améliorer l'accompagnement en médecine générale sont un travail sur les stigmas structurels et le langage de l'addiction, des sensibilisations et formations itératives et variées avec une modalité de contact long dès le début du cursus médical et une meilleure reconnaissance et valorisation de cette pratique (Figure 9).

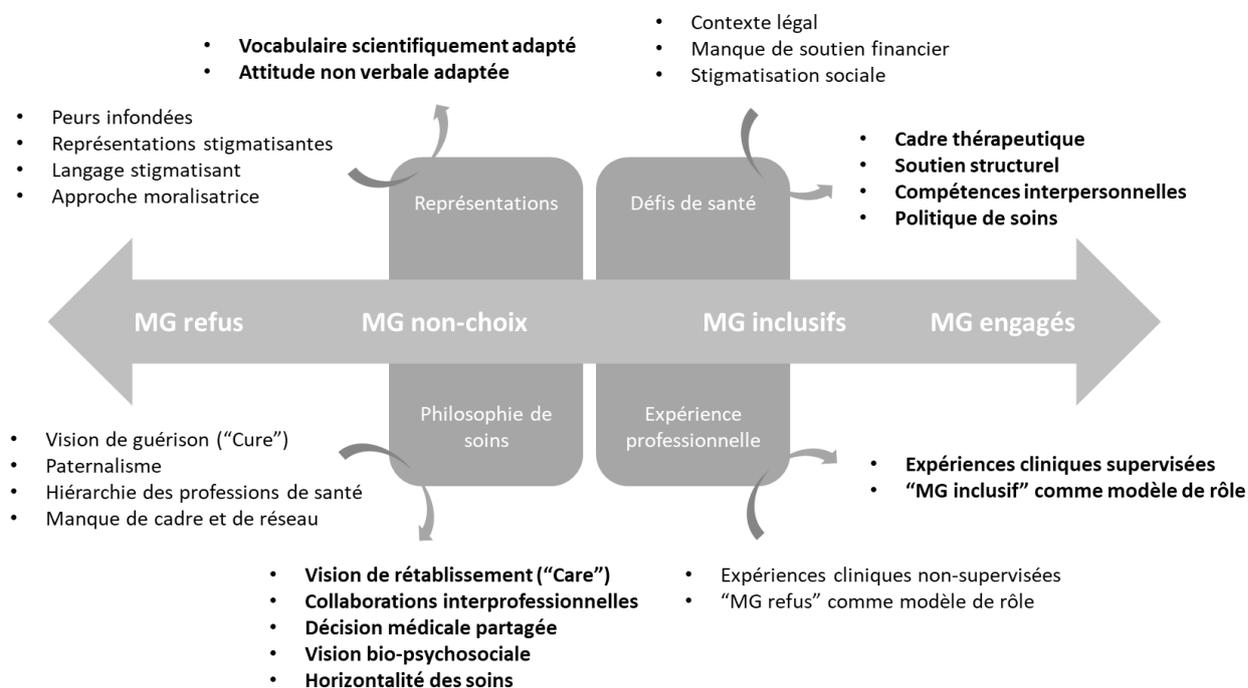
Figure 9 : Schéma idéal accompagnement des PTUSI en MG basé sur les constats et réflexions de cette thèse



3.1. (AUTO)-STIGMATISATION

Cette situation est sous-tendue par une stigmatisation encore bien présente chez une partie des MG interrogés dans le cadre de l'étude qualitative menée (Richelle, 2024), dont certains tenaient des discours très dépréciatifs et montraient des attitudes discriminantes. Une majorité des MG soulignait également un manque de formations et de connaissances vis-à-vis de cette population et de cette clinique. Dans l'étude menée auprès des MG, 4 typologies de médecins ont été identifiées, se situant sur un continuum de choix de prise en charge allant de médecins « Refus », à des médecins fortement « Engagés » sur cette thématique. Au milieu, se retrouvent des médecins « Non choix », qui prenaient ces patients en charge à défaut et des médecins « Inclusifs » qui prônaient l'équité en santé. (Figure 10). Une partie des PTUSI interrogés témoignait, de leur côté, de phénomènes d'auto-stigmatisation voire de déshumanisation et des stigmas sociaux perçus, qui étaient encore bien présents même après des années de soins. Était par exemple évoqué le fait d'être perçus comme des orang outangs sortis d'un zoo ou de se comparer à une plante ou à un parasite. C'est à nuancer toutefois avec l'image positive que certains se sont forgés.

Figure 10: Schéma synthétisant les quatre typologies de médecin (Dr. I. Hafid, *non publié*)



3.2. MULTIDISCIPLINARITÉ ESSENTIELLE

Toutes les parties mettaient également en avant l'importance et l'avantage pour les patients et pour les soignants d'une approche multidisciplinaire. De bonnes collaborations interprofessionnelles semblent essentielles pour des accompagnements adéquats. Cela peut se faire à travers notamment des réunions et concertations multidisciplinaires, des co-consultations ou du dossier de santé partagé. Plusieurs freins ont été identifiés également tels que la surcharge de travail ainsi que le manque et la difficulté de communication. Le pouvoir de prescription du médecin était quant à lui perçu comme à double tranchant.

3.3. BESOINS DE CONSIDÉRATIONS

Cet axe d'étude a, pour finir, soulevé différents besoins de considérations. Les PTUSI interrogés désiraient plus d'empathie et de réhumanisation de la part des MG. L'empathie est définie comme la capacité d'un médecin à comprendre la situation, le point de vue et les sentiments du patient, à communiquer cette compréhension et à en vérifier l'exactitude, ainsi qu'à agir sur la base de cette compréhension d'une manière thérapeutique utile (Derksen et al., 2016). En effet, ils étaient avant tout en grand besoin d'humanité de la part du médecin généraliste plus que d'expertise dans le domaine. Ils demandaient également plus de considération pour leur santé globale dans toutes ses dimensions biopsychosociales et à ne pas être réduit à leur seul TUS. Pour finir, différents besoins de reconnaissance étaient pointés tels que la dignité humaine et la revalorisation de cette clinique, victime elle aussi de discriminations par le système et les politiques de santé.

D'autres études ont permis de compléter cet état des lieux. De fait, sur le volet formation, la situation en Wallonie s'est révélée encore plus complexe. Les PTUSI semblent avoir peu de lieux d'accueil (encore moins en médecine générale), et la recherche a mis en lumière le manque de ressources matérielles et humaines des services de manière encore plus marquée. Le tout, était exacerbé par la crise du COVID-19.

DISCUSSION ET CONCLUSION

Le traitement des TUS forme un défi de santé publique majeur et la prise en charge multidisciplinaire des personnes est primordiale tant au niveau de l'individu qu'au niveau sociétal. Le médecin généraliste joue un rôle crucial dans cette prise en charge multidisciplinaire. Une étude avait montré qu'en Belgique les personnes en traitement pour des TUS avaient en moyenne 1,9 fois plus fréquemment de contact avec un médecin généraliste que les personnes qui n'étaient pas en traitement pour des TUS (Van Baelen et al., 2021).

L'enregistrement des demandes de traitement pour des TUS en médecine générale qui s'est déroulé durant cinq ans au sein du SGP a permis d'accéder à une base de données limitée mais très utile. En effet, d'une part il s'agit d'une des rares collectes de données en médecine générale portant sur les TUS. D'autre part, le fait que les données soient comparables avec les enregistrements TDI permet de mettre en parallèle les deux bases de données, et de comparer les caractéristiques et le profil de consommation des personnes en demande de traitement en médecine générale et en centre spécialisé. Enfin, l'éclairage supplémentaire fourni par les études qualitatives nous informe sur les besoins en matière d'accompagnement de ces personnes et le point de vue des médecins généralistes sur la situation des patients et leur prise en charge.

La prise en charge des TUS représente un besoin important pour la patientèle de médecine générale. L'extrapolation effectuée nous permet d'estimer le nombre d'épisodes de traitement pour des TUS en Belgique en médecine générale, à environ 12000 par an. Si l'on compare ce nombre aux 30000 enregistrements TDI par an, cela représente donc une proportion non négligeable d'épisodes de traitement qui ne sont pas pris en compte par l'enregistrement structurel du TDI.

Environ 1/3 des patients enregistrés étaient également en traitement ailleurs pour leur TUS. Donc, parmi les 12000 épisodes de traitement estimés, environ 4000 patients seraient potentiellement retrouvés dans le TDI et 8000 ne seraient observés que chez les MG.

En outre, le profil des patients diffère entre la médecine générale et la médecine spécialisée. La population en médecine générale est plus féminine et plus âgée, et est plus fréquemment en première demande de traitement pour un TUS. D'autre part, en termes d'emploi, nous remarquons aussi une différence, la population en médecine générale étant plus souvent active.

Une étude précédente avait également mis en évidence la différence entre la population traitée uniquement en médecine générale et la population traitée en médecine générale et en centre spécialisé. Le fait d'être pour la première fois en traitement, le fait d'avoir une activité et d'habiter dans la région wallonne ou bruxelloise étaient des facteurs déterminants pour recevoir un traitement par un médecin généraliste sans traitement spécialisé concomitant (Boffin et al., 2020).

Si l'on regarde dans le registre TDI, il existe des différences entre les patients orientés en traitement par leur MG et ceux orientés par d'autres professionnels de soins de santé au niveau des déterminants sociodémographiques. En effet, les déterminants des patients dont l'orientation était faite par un MG étaient un âge plus élevé, un niveau d'éducation supérieur, un emploi récent et un logement stable (Boffin et al., 2020).

Ces différences dans les populations montrent l'importance de couvrir l'ensemble des types de patients si l'on souhaite avoir une représentation la plus complète possible. Près de 2/3 des médecins vigies ont enregistré au moins un patient sur la période de 5 ans. Ce sujet ne semble donc pas se limiter qu'à un nombre restreint de médecins généralistes qui se seraient spécialisés en la matière.

Par contre, ces demandes ne sont pas fréquentes puisque qu'en moyenne 2 nouvelles demandes sont enregistrées par an parmi les médecins concernés. Il s'agit cependant ici de prises en charge effectives, ce qui ne prend pas en compte les non-demandes et le rôle actif que le MG devrait jouer.

Par rapport aux substances observées, l'alcool est beaucoup plus fréquemment observé qu'en centre spécialisé. Les autres substances illicites sont relativement peu fréquemment mentionnées. L'évolution des substances, et notamment l'augmentation des stimulants, suit l'évolution également observée dans les centres spécialisés.

Les opioïdes sont peu présents parmi les demandes de traitement en médecine générale (6%). Les traitements par agonistes opioïdes ne semblent donc pas constituer une part importante des nouvelles prises en charge en médecine générale. En effet, ces patients qui peuvent être en traitement stable depuis longtemps sans arrêt du suivi ne sont pas pris en compte dans la définition d'un nouvel épisode de traitement. Selon les derniers chiffres de Pharmanet, environ 4700 MG ont prescrit de la méthadone ou de la buprénorphine en 2023 (*Pharmanet, 2024, non publié*). Cela représente environ un MG sur trois. Il n'est cependant pas spécifié si ces médecins sont affiliés à un centre spécialisé ou si ceux-ci exercent en pratique privée. Parmi des MG d'Anvers, le manque de connaissances sur ce type de traitement et le comportement erratique des patients avaient été relevés comme les principaux freins à la prise en charge de patients pour un traitement par agoniste opioïde. Une meilleure collaboration avec les centres spécialisés était mise en évidence comme facilitateur de la prise en charge, ainsi que la volonté de n'accepter que les patients stabilisés dans leur traitement et la nécessité de ressources en cas d'urgence (Fraeyman et al., 2016).

En outre, le mésusage d'opioïdes prescrits semble représenter une très petite proportion des demandes de traitement en médecine générale (environ 3%). Mais il conviendrait de connaître le sous-rapportage de ces cas étant donné que les MG sont probablement plus fréquemment les instigateurs d'une proposition de réduction de la consommation que les patients eux-mêmes.

Malgré l'importance de la prise en charge des TUS en médecine générale, l'étude qualitative montre les nombreux écueils à un accompagnement de qualité et respectueux des besoins biopsychosociaux des personnes. Par exemple, cela concerne notamment la difficulté de faire le relais entre les soins spécialisés et la médecine générale ou encore la stigmatisation. Des pistes sont fournies afin d'améliorer ces points comme la formation spécifique continue des médecins qui doit être améliorée, et une valorisation de cette prise en charge.

Il convient de garder en tête les limitations de cette étude. La collecte de données repose sur un petit nombre de MG qui, même s'ils sont représentatifs sur base de critères de sexe, d'âge et de localisation géographique, représentent moins de 1% de la population de MG en Belgique. En outre, les raisons de la baisse de la participation à l'enregistrement au cours des 5 années et ses conséquences sur la qualité des données doivent être analysées plus en détails. La pandémie de COVID-19 peut expliquer en partie cette baisse mais n'est pas la seule cause. Le chevauchement entre la base de données TDI et SGP est une estimation basée sur une question mais une analyse plus précise permettrait d'estimer effectivement les patients qui sont présents également en centre spécialisé. Les limitations concernant le protocole TDI s'appliquent également. On ne considère en effet que les nouveaux épisodes de traitement et non l'ensemble des patients traités au cours de l'année.

Il semble primordial au vu de cette analyse d'effectuer les démarches nécessaires pour améliorer la couverture de l'enregistrement TDI en médecine générale afin d'offrir une vue la plus complète et précise de l'ensemble des demandes de traitement pour des TUS. Il nous semble en outre plus opportun d'essayer d'inclure un maximum de MG (via le réseau TDI) pour avoir une meilleure couverture de l'enregistrement plutôt que de viser un groupe défini de médecins. Les principaux leviers pour améliorer l'accompagnement des TUS en médecine générale sont : un travail sur les stigmas structurels et le langage de l'addiction, des sensibilisations et une formation adaptées aux caractéristiques des étudiants et étudiantes, et une meilleure reconnaissance et valorisation de cette pratique.

REMERCIEMENTS

Les chercheurs remercient tous les médecins généralistes qui ont participé au réseau des Médecins Vigies au cours des dernières années, en particulier Lien Appelen, Axel de Aquirre, Gerlinde Beerens, Céline Binard, Pierre Bruynseels, Ilke Callewaert, Bakary Cisse, Lotta Coenen, Myrjam Cramm, Amélie Cuvelier, Charles Cuypers, Isabelle Dagneaux, Axel Decraene, Lutgart De Deken, Yen Deledicque, Anne Devedeleer, Elisabeth Eemans, Ine Federickx, Alain Firket, Siegfried Geens, Bernard Geuse, Philippe Gilbert, Justin Gouhie, Mehnaz Maleki, Jean Marysael, Ann Pollet, Lloyd Remaut, Heidi Schotsmans, Veerle Smits, Julie Tombeur, Guy Van Dhelsen, Jean-Luc Van Duyse, Joke Van Herck, Vera Vankeerberghen, Paul Van Royen, Cécile Verheugen, Anne-mare Vink, Johan Wens et Armand Wijnand.

Merci à Nicole Boffin (1955-2023) pour ses travaux précédents et son expertise dans la construction du formulaire d'enregistrement 2016-2020.

BIBLIOGRAPHIE

- Antoine, J. (2023). *L'enregistrement TDI en Belgique. Rapport annuel. Année d'enregistrement 2022* (D/2023.14.440/89; p. 110). Sciensano. <https://www.sciensano.be/en/biblio/lenregistrement-tdi-en-belgique-rapport-annuel-annee-denregistrement-2022>
- 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>
- Boffin, N., Antoine, J., Van Baelen, L., Moreels, S., & Doggen, K. (2020). General practice patients starting treatment for substance use problems: Observations from two data sources across levels of care. *BMC Public Health*, 20(1), 960. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09038-0>
- Deckers, J. G., Paget, W. J., Schellevis, F. G., & Fleming, D. M. (2006). European primary care surveillance networks: Their structure and operation. *Family Practice*, 23(2), 151–158. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmi118>
- Derksen, F. A., Hartman, T. C. O., Bensing, J. M., & Lagro-Janssen, A. L. (2016). Managing barriers to empathy in the clinical encounter: A qualitative interview study with GPs. *British Journal of General Practice*, 66(653), e887–e895. <https://doi.org/10.3399/bjgp16X687565>
- 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
- Fraeyman, J., Symons, L., Van Royen, P., Van Hal, G., & Peremans, L. (2016). How to overcome hurdles in opiate substitution treatment? A qualitative study with general practitioners in Belgium. *European Journal of General Practice*, 22(2), 134–140. <https://doi.org/10.3109/13814788.2015.1120286>
- Gisle, L., Demarest, S., & Drieskens, S. (2019). *Enquête de santé 2018: Consommation d'alcool* (D/2019/14.440/65; p. 118). Sciensano. www.enquetesante.be
- Gisle, L., & Drieskens, S. (2019). *Enquête de santé 2018: Usage des drogues* (D/2019/14.44/68; p. 96). Sciensano. <https://www.sciensano.be/en/biblio/enquete-de-sante-2018-usage-des-drogues>
- INAMI, & Médecins du Monde. (2014). *Livre vert sur l'accès aux soins en Belgique* (D/2014/2664/542). <https://cbcs.be/wp-content/uploads/2014/04/doc-pour-lien-acces-soins-livre-vert-fr.pdf>
- KULeuven. (2024). *INTEGO [Dataset]*. <https://www.intego.be/>
- Moreels, S., Bensemmane, S., Bossuyt, N., Vermeulen, M., Fierens, S., Rouvez, F., & De Schreye, R. (2023). *General characteristics of the Sentinel General Practitioners (SGP) network in Belgium: Short report on 2019-2022* (D/2023.14.440/7; p. 21). Sciensano. https://www.sciensano.be/sites/default/files/report_general_characteristics_of_sgp_network_2019-2022.pdf
- Richelle, L. (2024). *Accompagnement des personnes présentant un trouble lié à l'usage de substances illicites en médecine générale. Etat des lieux et pistes d'amélioration*. <https://dmgulb.be/wp-content/uploads/2024/04/ManuscritdethesefinalLRFev24.1.pdf>
- Schulte, M. T., & Hser, Y.-I. (2013). Substance Use and Associated Health Conditions throughout the Lifespan. *Public Health Reviews*, 35(2), 3. <https://doi.org/10.1007/BF03391702>
- Sciensano. (2020). Déterminants de Santé: Consommation d'alcool. *Health Status Report*. <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/determinants-de-sante/consommation-d-alcool>

- Sciensano. (2024a). Fardeau de la maladie: Années de vie en bonne santé perdues. *Health Status Report*. <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/fardeau-de-la-maladie/annees-de-vie-en-bonne-sante-perdues>
- Sciensano. (2024b). *TDI - The Belgian Treatment Demand Indicator* [Dataset]. <https://healthinformation.sciensano.be/shiny/TDI/>
- Van Baelen, L., Plettinckx, E., Antoine, J., De Ridder, K., Devleeschauwer, B., & Gremeaux, L. (2021). Use of health care services by people with substance use disorders in Belgium: A register-based cohort study. *Archives of Public Health*, 79(1), 112. <https://doi.org/10.1186/s13690-021-00620-5>
- Yang, L. H., Wong, L. Y., Grivel, M. M., & Hasin, D. S. (2017). Stigma and substance use disorders: An international phenomenon. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(5), 378–388. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000351>

ANNEXES

Questionnaire d'enregistrement SGP, 2019



Médecins Vigies

Epidémiologie et Santé Publique
D. VAN CAUTEREN – 02 642 50 32



<https://www.sciensano.be/fr/reseau-des-medecins-vigies>

Code du médecin:.....	Semaine de consultation (lundi):.../...../201..
-----------------------	--

Usage problématique de substances

Enregistrez au premier contact chaque patient (à l'exception des patients de garde) qui débute chez vous un nouveau épisode de traitement. Il ne s'agit donc que de nouveaux épisodes de prise en charge, c'est-à-dire du tout premier contact ou d'un contact qui s'est répété dans un délai ≥ 6 mois après le précédent.

Sexe patient: homme femme

Groupe d'âge patient: <25ans 25-34ans 35-44ans 45-54ans 55-64ans ≥ 65 ans

Actuellement, le patient reçoit-il également un traitement par un autre prestataire de soins pour usage problématique de substances? oui non inconnu

Si oui, traitement ambulatoire traitement résidentiel

Au cours de sa vie, le patient a-t-il déjà été pris en charge par vous ou par un autre prestataire de soins pour usage problématique de substances? oui non inconnu

Le patient reçoit-il actuellement un traitement de substitution par méthadone ou buprénorphine?
 oui non inconnu

Quelles substances font actuellement l'objet d'un usage problématique? *Soyez aussi précis que possible.*

- alcool ¹
- hypnotiques ou sédatifs ²
 - barbituriques ou benzodiazépines ^{2a}
 - autres (GHB/GBL,...) ^{2b} :
- opiacés ³
 - héroïne ^{3a}
 - méthadone ou buprénorphine dans le cadre d'un abus ou d'un usage illicite ^{3b}
 - autres opiacés (codéine, fentanyl,...) ^{3c} :
- cocaïne ou crack ⁴
- stimulants autre que cocaïne ⁵
 - amphétamine, méthamphétamine ^{5a}
 - autres stimulants (MDMA, ecstasy ou dérivés, méphédronne,...) ^{5b}
- cannabis (marijuana, haschisch,...) ⁶
- hallucinogènes (LSD, kétamine,...) ⁷
- inhalants volatiles ⁸
- autres ⁹:

Substance principale pour laquelle le patient est pris en charge:

- non identifiable
- substance principale est (*choisir dans la liste précédente : 1, 2, 2a, 5b,...*):
- inconnu

Au cours des 30 derniers jours, à quelle fréquence cette substance principale a-t-elle été consommée d'habitude?

- aucune consommation au cours de ces 30 derniers jours
- 1 jour par semaine ou moins
- 2 à 3 jours par semaine
- 4 à 6 jours par semaine
- tous les jours
- inconnu

A quel âge cette substance principale a-t-elle été consommée pour la première fois?
.....

Le patient est-il actif professionnellement ou l'était-il encore récemment (≤ 4 semaines)?

- oui
- non
- inconnu

CONTACT

>Sherihane Bensemmane • T+32 2 >642 57 90 • sherihane.bensemmane@sciensano.be

POUR PLUS D'INFORMATIONS

—

Rendez-vous sur notre site
web >www.sciensano.be ou
contactez-nous à l'adresse
>info@sciensano.be