



# **TDI** BRUXELLES

**LES DEMANDES DE TRAITEMENT  
POUR UN USAGE PROBLÉMATIQUE D'ALCOOL ET DE DROGUES  
EN RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE**

ÉTAT DES LIEUX EN 2023

eur<sup>o</sup>tox

EUROTOX ASBL | OBSERVATOIRE SOCIO-ÉPIDÉMIOLOGIQUE ALCOOL-DROGUES | DÉCEMBRE 2024

# TABLE DES MATIÈRES

1	INTRODUCTION .....	2
2	LES LIMITES MÉTHODOLOGIQUES DU TDI .....	5
3	OBJECTIFS ET DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON .....	6
4	LES PRISES EN CHARGE DANS LES SERVICES SPÉCIALISÉS .....	7
5	FICHES DE SYNTHÈSE DES PRISES EN CHARGE DANS LES SERVICES SPÉCIALISÉS .....	10
	DEMANDES DE TRAITEMENT POUR L'ALCOOL .....	11
	DEMANDES DE TRAITEMENT POUR LE CANNABIS .....	12
	DEMANDES DE TRAITEMENT POUR LES OPIACÉS .....	13
	DEMANDES DE TRAITEMENT POUR LE CRACK .....	14
	DEMANDES DE TRAITEMENT POUR LA COCAÏNE (POUDRE) .....	15
	DEMANDES DE TRAITEMENT POUR LES MÉDICAMENTS HYPNO-SÉDATIFS .....	16
6	LES PRISES EN CHARGE DANS LES STRUCTURES HOSPITALIÈRES .....	17
7	PERSPECTIVES .....	19
8	BIBLIOGRAPHIE .....	20

## Citation recommandée

Eurotox (2024). Les demandes de traitement pour un usage problématique d'alcool et de drogues en Région de Bruxelles-Capitale. États des lieux en 2023. Bruxelles : Eurotox asbl.

## Dépot légal

D/2024/10.063/5  
Décembre 2024

## Mise en page

Nathalie da Costa Maya, CDCS asbl

Ce rapport peut être obtenu gratuitement sur simple demande.

## Coordonnées d'Eurotox

Eurotox asbl  
Rue Jourdan 151  
1060 Bruxelles  
02 539 48 29  
[info@eurotox.org](mailto:info@eurotox.org)  
<https://eurotox.org/>

eurottox

AVEC LE SOUTIEN DE



# INTRODUCTION

Depuis des temps immémoriaux, l'être humain consomme des substances psychoactives à des fins thérapeutiques, hédonistes, initiatiques ou divinatoires. L'usage de substances psychoactives peut en effet répondre à d'autres motivations que la simple recherche de plaisir. Il peut notamment viser à soulager des douleurs physiques et/ou psychologiques ou à transcender l'état normal de fonctionnement (amélioration des performances physiques, sexuelles, cognitives ou artistiques, exploration d'états modifiés de conscience et développement personnel...). Il peut également s'inscrire dans des rites de passage ou des processus de socialisation (en particulier chez les adolescent-es). Quelles que soient les motivations à l'origine de l'usage d'un produit, la plupart des individus parviendront à développer un usage ponctuel (et parfois même régulier du produit), sans conséquences dommageables, alors que d'autres développeront progressivement

un rapport problématique au produit, avec des conséquences biopsychosociales. On conçoit actuellement que l'étiologie d'un usage, qu'il s'agisse d'un usage «récréatif» ou d'un usage «addictif», s'explique par une série de facteurs en interaction, liés à l'individu, au produit et à l'environnement social et sociétal (Sting & Blum, 2003).

Tout usage de substances psychoactives peut entraîner des dommages, dont la probabilité de survenue dépend de facteurs liés à la nature du produit, à l'usage qui en est fait, aux caractéristiques du-de la consommateur-riche et au contexte de consommation. Ces dommages peuvent être directs ou indirects, immédiats ou différés, et toucher l'intégrité physique, psychologique et sociale de l'usager-e ainsi que celles de ses proches. L'usage peut aussi parfois occasionner des dommages à des tiers (par exemple lors d'une bagarre ou d'un accident induit

par les effets du produit) ou favoriser l'émergence de certaines formes de délits ou de criminalité ayant un impact social (e.g. deal ou petite délinquance pour financer la consommation). La dépendance est une des conséquences les plus connues de l'usage, mais ce n'est pas forcément la plus fréquente. Selon les estimations, seule une minorité (environ 1 sur 8) des usager-es de drogues illicites évoluerait vers un trouble lié à l'usage, le plus souvent une dépendance (UNODC, 2023 ; Rehm, Room, van den Brink & Kraus, 2005). La prévalence des troubles liés à l'usage d'alcool concerne également une minorité des usager-es. La dépendance alcoolique est ainsi estimée annuellement à 5 % pour les hommes et à 1 % pour les femmes au niveau européen (Anderson & Baumberg, 2006).

Toutes les personnes présentant un trouble lié à l'usage d'une substance ne recherchent pas forcément de l'aide, la demande de soin étant influencée

## QU'EST-CE QU'UN TROUBLE LIÉ À L'USAGE DE SUBSTANCES ?

Sur le plan phénoménologique, la notion de trouble lié à l'usage d'une substance renvoie à un attachement excessif et morbide à un produit. Il s'agit en effet d'un mode d'utilisation inapproprié et régulier d'un ou plusieurs produits, qui provoque une altération du fonctionnement et/ou une souffrance significative. Sur le plan psychologique et comportemental, il est caractérisé par une difficulté à contrôler la consommation, un maintien de la consommation malgré les conséquences néfastes qu'elle engendre, ainsi qu'une réduction voire un abandon des activités professionnelles, sociales ou de loisirs, au profit de l'utilisation de la substance. La dépendance physique n'est pas systématique et est établie lorsqu'on observe, chez un-e patient-e, un phénomène de tolérance (accoutumance) au produit et/ou un syndrome de sevrage (manque) en cas d'arrêt de la consommation. En cas de dépendance physique, les comportements d'usage sont auto-entretenus par l'«impérieuse nécessité» de consommer le produit pour soulager les symptômes de sevrage. La dépendance peut varier en intensité et en sévérité suivant les personnes.

Le trouble est caractérisé et entretenu par différents processus neurophysiologiques (modification du circuit de la récompense, modification de la neurotransmission consécutive à la présence chronique du produit dans le cerveau) et psychologiques (modification des sensations, des affects et de l'idéation, éventuelles comorbidités) liés à la prise du produit, mais également en lien avec l'absence du produit (sensation de manque ou sevrage) et l'envie de consommer qui s'impose régulièrement aux usager-es et envahit leurs pensées (*craving* ; voir Salomon, 2010, pour une présentation didactique de ces processus). Des facteurs contextuels viennent également se surajouter et interagir avec l'ensemble des mécanismes impliqués (e.g. stressors et déclencheurs endogènes ou exogènes). Au-delà de ces processus communément impliqués, chaque parcours dans l'addiction est unique, et la problématique d'usage est teintée par l'histoire personnelle de l'usager-e et ses propres fragilités. En outre, il peut exister différents niveaux de sévérité des troubles addictifs. Ces spécificités, ainsi que la fonction qu'occupe le produit dans l'économie personnelle de l'usager-e, sont naturellement gommées lorsque l'on aborde les conséquences socio-sanitaires sous un angle quantitatif, tel que nous allons l'envisager ici.

par différents facteurs individuels et sociaux tels que le déni, la crainte d'être stigmatisé-e, la peur du changement ou encore un accès limité aux services de soins. Généralement le délai entre le moment où les difficultés liées à un usage problématique apparaissent et le moment où l'individu fait appel à des services de soins est relativement important (voir par exemple, Bruffaerts, Bonnewyn & Demyttenaere, 2007) d'où la nécessité d'améliorer la détection et l'intervention précoce dans les pratiques de première ligne, afin d'intervenir avant que les problématiques ne se chronicisent et n'impactent lourdement la personne sur le plan biopsychosocial. Certain-es usager-es développeront quant à elleux un usage problématique qui se résorbera sans recours à une aide professionnelle : on parle alors de rémission spontanée.

## L'INDICATEUR DE LA DEMANDE DE TRAITEMENT

L'indicateur de la demande de traitement (appelé TDI pour *Treatment demand indicator*) est l'un des cinq indicateurs épidémiologiques clés récoltés dans les pays de l'Union Européenne de manière à ce que l'EUDA<sup>1</sup> puisse évaluer la problématique de l'usage de drogues et des assuétudes en Europe. Il est enregistré dans les 28 pays de l'Union Européenne ainsi qu'en Norvège et en Turquie. Il consiste en un enregistrement annuel des demandes de traitement introduites auprès des services d'aide et de soins pour un trouble lié à l'usage d'une ou plusieurs substances illégales<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. En Belgique, les demandes de traitement liées à une

consommation problématique d'alcool sont également enregistrées, chaque pays ayant la possibilité d'apporter certains aménagements au protocole standardisé.

Le TDI a été impulsé par le Groupe Pompidou au début des années 90. Ce groupe de travail avait été missionné par le Conseil de l'Europe pour définir un protocole commun de récolte de données relatives aux demandes de traitement dans l'Union européenne. Le premier protocole a été implémenté en 1994 dans quelques grandes villes européennes, avant d'être progressivement étendu à plusieurs pays européens, sous la coordination de l'EUDA (Antoine *et al.*, 2016). Le protocole a été révisé une première fois en 2000 (protocole 2.0) et s'est ensuite étendu à l'ensemble des pays membres de l'Union, sous la responsabilité d'un point focal national (Sciensano en ce qui concerne la Belgique). Une deuxième révision du protocole (protocole 3.0) est survenue en 2013 et est d'application en Belgique depuis 2015. Une troisième révision est en cours à l'échelle Européenne, et sera implémentée en Belgique en 2026, afin de mieux rendre compte des évolutions récentes en matière de problématiques d'assuétudes (e.g. ajouts de nouveaux produits, prise en compte des addictions comportementales).

Le protocole actuel se compose d'une trentaine de variables visant à décrire le profil sociodémographique des patient-es (âge, sexe, niveau d'instruction, situation de logement et de revenus...), le profil de consommation (produits problématiques, produit principal, fréquence d'usage et mode d'administration du produit principal, âge du premier usage du produit principal...) et le profil de la demande (type de structure de prise en charge, origine de la demande de traitement, antécédents thérapeutiques). La plupart des variables portent sur la situation actuelle du-de la patient-e, à savoir celle observée au cours du mois précédent l'introduction de la demande. Ces informations sont généralement collectées lors du premier ou second entretien avec le-a professionnel-le

de santé. Elles sont donc basées sur les déclarations du-de la patient-e et peuvent être sujettes à l'imprécision en raison de biais cognitifs (difficultés mnésiques, désirabilité sociale, déni...). Le TDI ne fournit aucune information sur les suites données à la demande (e.g. type de traitement proposé et approche thérapeutique, adhésion et rétention en traitement, impact sur la problématique de consommation et le bien-être du-de la patient-e).

1 Agence de l'Union Européenne sur les drogues (anciennement EMCDDA).

2 Les traitements des maladies (hépatite alcoolique ou virale, abcès, HIV, etc.) associées à cet usage sont exclus de l'enregistrement. En outre, une seule demande annuelle doit être comptabilisée par patient-e, en l'occurrence la première demande.

## DÉFINITIONS

**Patient-e.** Toute personne entrée en contact avec un centre de traitement pour un problème de consommation de substances psychoactives. Le contact doit être direct. Sont donc exclus les contacts téléphoniques, par courrier ou internet. Les patient-es sont identifié-es sur base de leur numéro de registre national (NRN), qui est automatiquement recodé afin de garantir l'anonymat des personnes dans la base de données. Cet identifiant est nécessaire pour pouvoir retenir une seule demande de traitement par an et par patient-e pour les analyses. Il arrive que le NRN ne soit pas demandé/renseigné, ou que le-a patient-e n'en dispose pas s'il est en situation irrégulière. Dans ce cas, les données sont encodées sans identifiant et il n'est pas possible de supprimer les demandes multiples émanant d'un-e même patient-e.

**Centre de traitement.** Tout établissement ou praticien- participant à la récolte de données et qui propose un traitement pour des problèmes d'usage d'alcool ou d'autres substances. Il peut s'agir de centres dits «bas seuil», ambulatoires ou résidentiels, médicalisés ou non, hospitalier ou non, spécialisés dans la prise en charge des addictions ou non. Les groupes de soutiens non professionnels et les centres ne proposant pas de prise en charge pour les addictions ne sont pas inclus. En Région bruxelloise, les hôpitaux ainsi que la plupart des centres spécialisés en matière d'assuétudes participent à la récolte. En revanche, les traitements dispensés en cabinets privés, dans les maisons médicales ou en services de santé mentale non spécialisés ne sont pas couverts actuellement.

**Traitement.** Toute activité ayant pour objectif d'améliorer le statut psychique, médical et/ou social des usagers d'alcool, de médicaments psychotropes ou 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 qui vise à stabiliser ou diminuer la consommation et son impact sur la santé. 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'une mise à disposition de matériel de consommation stérile ne sont pas considérées comme effectuant un traitement au sens défini dans le TDI.

**Épisode de traitement.** Période comprise entre le début et la fin du traitement. Elle est variable selon les programmes : lors d'une prise en charge résidentielle, la fin de l'épisode correspond à la sortie du-de la patient-e. En accompagnement ambulatoire, la fin de l'épisode correspond à la décision délibérée de suspendre le traitement ou à une absence de contact de plus de 6 mois lorsque le traitement n'a pas été suspendu de manière explicite. Si une personne poursuit un suivi qui chevauche plusieurs années, elle ne doit être enregistrée qu'une seule fois, lors de l'initiation du traitement.

**Substances problématiques.** Il s'agit des substances psychoactives consommées par le-a patient-e (hors tabac et traitement médical) dont l'usage est considéré comme problématiques et explicatif de la demande de traitement. Ces substances sont regroupées en catégories distinctes : alcool, opiacés (héroïne, méthadone ou buprénorphine détournées, fentanyl, etc.), cocaïne (cocaïne en poudre, crack), autres stimulants (amphétamines, méthamphétamines, MDMA et dérivés, méphédrone, etc.), hypnotiques et sédatifs (barbituriques et benzodiazépines détournés, GBH/GBL, etc.), hallucinogènes (LSD, kétamine, inhalants volatiles (poppers, protoxyde d'azote etc.), cannabis (marijuana, haschich, huiles, cannabinoïdes de synthèse, etc.), autres substances (toute substance non reprise dans les précédentes catégories). Les addictions comportementales (jeux de hasard et d'argent, sexe, Internet, etc.) ne sont actuellement pas reprises dans cet enregistrement.

**Substance principale.** La substance principale est définie comme celle qui pose le plus de problèmes au patient lors de l'introduction de la demande de traitement. Plusieurs informations sont récoltées par rapport aux habitudes de consommation de la substance principale (mode de consommation, fréquence d'usage, âge de la première consommation).

## LES LIMITES MÉTHODOLOGIQUES DU TDI

Les données du TDI ne sont actuellement récoltées que dans les centres spécialisés en assuétudes et dans les hôpitaux. Pourtant, des prises en charge pour une problématique de consommation d'alcool ou de drogues peuvent survenir dans d'autres types de structures qui ne sont actuellement pas couvertes (e.g. services de santé mentale sans spécialisation en assuétudes, maisons médicales) ainsi qu'en pratique libérale (e.g. médecin généraliste, psychiatre, psychologue). Une conséquence de cette couverture limitée est la surreprésentation des demandeur·ses économiquement plus précaires, car les personnes ayant un trouble lié à l'usage de substances qui ont un meilleur niveau de vie ont probablement davantage tendance à consulter et suivre un traitement ambulatoire dans un cabinet ou une clinique privée. Il est important d'en avoir conscience afin d'éviter certaines conclusions hâtives (e.g. «les addictions mènent à la précarité», «les problématiques d'addiction concernent essentiellement les personnes ayant un faible niveau socioéconomique»), qui ne sont certes pas totalement dénuées de fondement mais qui doivent être nuancées.

L'unité de base de l'enregistrement TDI est la demande de traitement, qui est enregistrée lors de chaque nouvel épisode de traitement (voir la définition supra). Afin de pouvoir effectuer des analyses de profil en éliminant les demandes multiples émanant d'un·e même patient·e, l'enregistrement prévoit l'utilisation d'un identifiant unique qui permet de ne conserver qu'une seule demande de traitement par patient·e par année civile, en l'occurrence la première demande, comme le définit le protocole européen. En Belgique, l'identifiant qui est utilisé est le numéro de registre national (NRN). Celui-ci n'est toutefois pas systématiquement utilisé, soit parce que le patient n'en dispose pas (dans le cas des personnes migrantes ou en situation irrégulière), soit parce qu'il refuse de le communiquer, soit parce que le centre de traitement ne privilégie pas son utilisation routinière afin d'éviter d'introduire des barrières administratives à la prise en charge des patient·es. En Région bruxelloise, chaque année une proportion importante des enregistrements (plus de 50 %) est effectuée sans mention du NRN. Nous avons pris l'option de ne pas écarter ces épisodes anonymes des analyses, même s'ils contiennent un certain nombre de demandes multiples émanant des mêmes patient·es, susceptibles de

biaisier les résultats. Car à l'inverse, ne pas inclure ces demandes anonymes biaiserait davantage les constats, car elles peuvent émaner de personnes ayant un profil particulièrement vulnérabilisé, qu'il importe de rendre compte dans les analyses.

Seules les nouvelles demandes de traitement doivent être enregistrées et non l'ensemble des traitements en cours. Par conséquent, cet outil ne permet pas d'estimer la prévalence des demandes de traitement, c'est-à-dire le nombre de patient·es en traitement sur une année civile dans l'ensemble des services qui participent à l'enregistrement. Par exemple, si un·e patient·e a initié son traitement en novembre 2017 et que celui-ci a duré 12 mois, il n'aura été enregistré qu'en 2017 et non en 2018.

Enfin, l'enregistrement se fait sur base volontaire. Les patient·es doivent être informé·es sur les modalités et finalités de ce protocole, et ils ont le droit de refuser d'y participer. Le nombre de refus de participation n'est actuellement pas comptabilisé. Bien qu'il soit supposé être relativement faible, on ne peut exclure que la tendance au refus puisse varier en fonction du profil.

## OBJECTIFS ET DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON

Cette brochure a pour objectif de présenter de manière synthétique les données relatives aux demandes de traitement pour consommation problématique de substances psychoactives enregistrées en Région bruxelloise en 2023. Nous invitons le-a lecteur-ice à consulter notre publication précédente (voir Eurotox, 2023) pour des analyses et une discussion détaillées des données récoltées sur la période 2015-2022.

Les données récoltées dans les services spécialisés et dans les hôpitaux sont présentées de manière séparées pour deux raisons : 1) les demandes de traitement enregistrées dans les hôpitaux sont majoritairement liées à des problématiques liées à l'alcool, ce qui est nettement moins le cas dans les services spécialisés ; 2) l'offre de soins hospitaliers en addictologie est généralement (à quelques exceptions près) une offre à haut seuil d'accès, ce qui se traduit par un profil sociodémographique moins précarisé. Traiter ces deux sources de données séparément permet ainsi de mieux mettre en évidence les spécificités liées à chaque offre de soin et aux patient-es qu'elles prennent en charge.

L'unité de mesure des analyses est le-a patient-e, identifié-e sur base du NRN. Les demandes multiples (i.e. lorsqu'un-e même patient-e introduit plusieurs demandes sur la même année) sont donc éliminées et seule la première demande introduite sur une année ont été conservée pour les analyses. Les demandes anonymes ont toutefois été conservées car on les retrouve en proportion importante. Les analyses présentées dans ce document sont essentiellement descriptives. Elles visent à fournir un éclairage sur le profil des bénéficiaires pris-es en charge dans les structures bruxelloises publiques de prise en charge des assuétudes. Les pourcentages sont calculés après exclusion des non-réponses. Ces dernières sont mentionnées à titre indicatif dans les tableaux correspondants. Pour certaines questions, la proportion de non-réponses est relativement élevée, en particulier pour celles relatives au niveau d'éducation, à la fréquence de consommation du produit principal, aux antécédents thérapeutiques et à l'âge de la première consommation du produit principal. Il est donc possible que certains constats ne reflètent pas parfaitement la réalité, et nous invitons le lecteur à prendre en considération la proportion de non-réponses lors de l'appréciation des pourcentages rapportés.

# LES PRISES EN CHARGE DANS LES SERVICES SPÉCIALISÉS EN 2023

Au total, 2570 patient-es ont introduit une demande de traitement dans les services spécialisés en assuétudes de la Région bruxelloise en 2023. Les données sont rapportées de manière à fournir une description du profil sociodémographique, du profil de la demande et du profil de consommation des patient-es par produit principal. Le produit principal est défini comme étant celui qui pose le plus de problèmes au patient-e lors de l'introduction de la demande de traitement. Un produit principal est mentionné dans la grande majorité des prises en charge (96,6 %), y compris chez les patient-es présentant une polyconsommation problématique.

Le classement des produits mentionnés en tant que produit principal par les personnes ayant introduit une demande de traitement en 2023 dans les services spécialisés (n=2570) est, par ordre d'importance, l'alcool (29 %), la cocaïne (28,2 %, dont 21,6 % pour le crack<sup>3</sup>), les opiacés (12,9 %), le cannabis (13,3 %), les hypnotiques et sédatifs (5,3 %), les stimulants autres que la cocaïne (2,9 %), les hallucinogènes (1,2 %, dont 1,1 % pour la kétamine), les inhalants volatils (0,2 %) et enfin les autres substances<sup>4</sup> (1,4 %). Enfin, dans 3,4 % des cas, aucun produit principal n'était identifié.

Le genre et l'âge étaient précisés pour 2522 patient-es (voir Tableau 1). Les patient-es sont majoritairement de genre masculin (pour un ratio de 4 hommes pour 1 femme) et ont un âge les plus souvent compris entre 25 et 54 ans (79,8 %). Ils ont en moyenne 39,9 ans (SD=11,02). Ces tranches d'âges sont probablement davantage représentées parce qu'il existe un délai important entre l'âge du premier usage (en moyenne autour de 21 ans dans notre échantillon)

<sup>3</sup> Le crack est la forme basée de cocaïne, obtenue par adjonction d'ammoniac ou de bicarbonate de soude.

<sup>4</sup> Il s'agissait dans la plupart des cas de prégabaline (n=28).

Tableau 1 : Distribution par sexe et tranche d'âge des personnes en traitement pour usage problématique d'alcool ou de drogues dans les centres spécialisés en assuétudes de la Région bruxelloise, 2023

	< 25 ans %	25-34 ans %	35-44 ans %	45-54 ans %	55-64 ans %	> 65 ans %	Total %
<b>Tous produits</b>							
Femmes (n=499)	2,0	4,2	5,9	4,4	2,5	0,8	19,8
Hommes (n=2023)	7,5	19,1	28,1	18,1	6,7	0,7	80,2
Total (n=2522)	9,5	23,3	34,0	22,5	9,2	1,4	100
<b>Alcool</b>							
Femmes (n=196)	0,9	4,5	6,4	7,3	5,2	2,3	26,6
Hommes (n=541)	1,9	10,7	28,0	20,8	10,2	1,9	73,4
Total (n=744)	2,8	15,2	34,3	28,1	15,3	4,2	100
<b>Cocaïne (poudre)</b>							
Femmes (n=31)	1,8	5,5	8,5	3,0	0,0	0,0	18,9
Hommes (n=133)	5,5	29,9	28,0	15,2	2,4	0,0	81,1
Total (n=164)	7,3	35,4	36,6	18,3	2,4	0,0	100
<b>Crack</b>							
Femmes (n=89)	0,9	3,3	7,4	3,5	1,1	0,2	16,5
Hommes (n=450)	6,7	19,7	33,6	18,6	4,8	0,2	83,5
Total (n=539)	7,6	23,0	41,0	22,1	5,9	0,4	100
<b>Opiacés</b>							
Femmes (n=45)	0,9	3,4	3,4	3,7	2,4	0,0	13,7
Hommes (n=283)	4,0	15,2	29,0	26,5	11,0	0,6	86,3
Total (n=329)	4,9	18,6	32,3	30,2	13,4	0,6	100
<b>Cannabis</b>							
Femmes (n=56)	4,2	4,8	3,9	2,7	1,2	0,0	16,8
Hommes (n=278)	20,4	27,2	23,1	10,2	2,4	0,0	83,2
Total (n=336)	24,6	32,0	26,9	12,9	3,6	0,0	100
<b>Hypnotiques et sédatifs</b>							
Femmes (n=19)	1,5	1,5	2,9	4,4	2,9	0,7	14,0
Hommes (n=117)	14,0	30,1	27,9	11,8	2,2	0,0	86,0
Total (n=136)	15,4	31,6	30,9	16,2	5,1	0,7	100

Source : Sciensano (analyse et adaptation : Eurotox)

et l'âge de la première demande de traitement (en moyenne vers 38 ans). L'âge et le genre des patient-es peut considérablement varier en fonction des produits. Ainsi, la proportion de jeunes patient-es (moins de 25 ans) est plus importante pour le cannabis que pour les autres produits, ce qui pourrait refléter le fait que les usages problématiques pour ce produit ont davantage tendance

à concerner de jeunes individus ou à s'estomper avec l'âge (e.g. lors du passage à la vie active ou l'entrée dans la parentalité), ou que les demandes d'aide pour ce produit sont initiées plus précocement que pour les autres produits. La proportion de seniors est la plus importante pour l'alcool, où on retrouve 4,2 % de patient-es ayant plus de 65 ans.

Les femmes représentent un cinquième des demandes, mais la proportion précise varie en fonction des produits (26,6 % pour l'alcool, 18,9 % pour la cocaïne en poudre, 16,6 % pour le crack et pour le cannabis, 14 % pour les hypno-sédatifs, et 13,6 % pour les opiacés). Cette présence limitée des femmes dans les services spécialisés s'explique en partie par le fait que la consommation de substances psychoactives est plus répandue chez les hommes que chez les femmes. La proportion de femmes est toutefois inférieure à celle attendue sur base des statistiques de consommation (voir par exemple, Gisle & Drieskens, 2019), ce qui suggère que d'autres mécanismes contribuent à cette faible représentation. Il est notamment probable que la faible proportion de femmes rencontrées dans les services spécialisés s'explique par le fait que ces services sont généralement fortement « masculinisés » et peu adaptés aux spécificités féminines. Cette hypothèse est corroborée par le fait que les femmes se tournent davantage vers l'offre de prise en charge hospitalière, comme nous le verrons par la suite. Autre élément explicatif : la faible représentation des femmes pourrait être liée au fait que l'usage de drogues est davantage stigmatisé chez les femmes que chez les hommes, ce qui freinerait encore plus l'initiation d'un parcours de soin (McCrary, Epstein & Fokas, 2020 ; Schamp *et al.*, 2021).

Le profil sociodémographique, le profil de demande et le profil de consommation sont détaillés dans le tableau 2, d'une part pour l'ensemble des patient-es (cf. colonne « tous produits ») ainsi que par produit principal. Les profils par produit principal sont également présentés de manière didactique à l'aide de fiches de synthèse.

Tableau 2 : Profils des patient-es accueilli-es dans les services spécialisés de la Région bruxelloise, par produit principal, 2023

	Tous produits	Alcool	Cocaïne poudre	Crack	Opiacés	Cannabis	Hypnotiques et sédatifs
n=	2 570	746	170	554	332	341	137
% des demandes	100	29,0	6,6	21,6	12,9	13,3	5,3
<b>Âge</b>							
Moyen	39,9	44,4	37,1	39,5	42,7	33,8	36,4
Médian	39	44	37	39	42	32	35
NR (n)	36	8	5	14	3	5	1
<b>Genre (%)</b>							
Hommes	80,2	73,4	81,1	83,4	86,4	83,4	86,0
Femmes	19,8	26,6	18,9	16,6	13,6	16,6	14,0
NR (n)	15	2	1	1	1	3	1
<b>Logement (%)</b>							
Domicile fixe	50,2	63,2	61,2	26,8	44,4	54,9	38,8
Logements variables	6,4	3,4	4,2	9,7	9,0	3,0	11,9
Rue	21,6	14,9	10,9	41,9	23,8	10,1	36,6
Institution	11,5	11,9	12,7	11,5	14,5	5,1	11,2
Prison	10,0	6,4	10,9	9,9	7,4	26,9	1,5
Autre	0,3	0,3	0,0	0,2	1,0	0,0	0,0
NR (n)	68	7	5	17	21	6	3
<b>Situation de vie (%)</b>							
Seul	48,8	52,4	39,0	53,5	46,7	40,4	49,6
En couple	17,7	19,7	33,3	13,0	20,0	16,6	10,3
Avec de la famille	16,7	15,3	15,4	12,0	15,0	29,1	16,3
Avec des tiers	15,5	10,5	11,4	20,0	16,7	13,5	23,9
Autre	1,3	2,0	0,8	1,4	1,7	0,4	0,0
NR (n)	104	12	8	24	24	11	3
<b>Revenus (%)</b>							
Revenus de travail	23,8	23,6	42,9	12,7	20,0	37,1	18,7
Allocations de chômage	9,0	9,9	11,7	7,4	5,4	10,7	7,5
Indemnité maladie ou invalidité	27,4	34,9	16,9	26,6	27,5	21,1	20,6
Revenus minimum ou aide du CPAS	16,7	15,6	11,0	22,7	18,2	12,9	14,0
Pension de retraite ou de survie	1,7	4,8	0,0	0,2	0,7	0,0	0,0
Aucun revenu propre	20,0	10,1	16,2	29,4	27,1	14,8	39,3
Autre	1,4	1,2	1,3	1,0	1,1	3,5	0,0
NR (n)	264	52	16	51	52	23	30
<b>Diplôme (%)</b>							
Non scolarisé	3,8	2,7	2,4	4,9	6,0	1,5	8,0
Primaire	20,9	15,0	18,9	21,3	19,3	35,8	27,6
Secondaire	51,5	49,9	44,9	61,4	56,4	46,5	41,4
Supérieur	22,6	30,7	32,3	11,5	16,1	15,9	21,8
Autre	1,2	1,6	1,6	0,9	2,3	0,4	1,1
NR (n)	776	193	43	207	114	70	50
<b>Type de centre (%)</b>							
Bas seuil	52,7	73,3	61,2	25,8	26,5	78,0	30,7
Ambulatoire	31,8	14,1	29,4	44,8	53,0	17,6	56,2
Résidentiel	15,5	12,6	9,4	29,4	20,5	4,4	13,1
NR (n)	0	0	0	0	0	0	0

Tableau 2 : Profils des patient-es accueilli-es dans les services spécialisés de la Région bruxelloise, par produit principal, 2023

	Tous produits	Alcool	Cocaine poudre	Crack	Opiacés	Cannabis	Hypnotiques et sédatifs
n=	2 570	746	170	554	332	341	137
<b>Antécédents de traitement (%)</b>							
Oui	51,7	48,0	35,4	69,2	82,0	25,2	43,1
Non	48,3	52,0	64,6	30,8	18,0	74,8	56,9
NR (n)	450	96	23	187	49	43	21
<b>Origine de la demande (%)</b>							
La personne elle-même	56,5	51,0	46,6	76,5	62,6	49,5	44,8
Proche(s)	11,5	8,7	17,4	5,7	11,3	11,6	20,8
Professionnel-le(s) (social-santé)	24,7	31,5	22,4	15,0	23,5	22,2	33,6
Justice	6,1	7,1	11,2	2,6	1,6	15,8	0,0
Autre	1,2	1,6	2,5	0,4	1,0	0,9	0,8
NR (n)	96	13	9	6	22	12	12
<b>Âge de la première consommation</b>							
Âge moyen	20,9	18,9	24,4	25,7	23,5	16,9	22,8
Âge médian	18	16	24	23	22	16	20,0
NR (n)	1 285	320	68	380	163	97	69
<b>Fréquence de consommation (%)</b>							
Depuis plus de 30 jours	19,7	22,6	14,5	21,4	28,7	10,9	11,5
1 jour/semaine	10,2	9,3	28,9	11,0	9,6	2,2	1,9
2 à 3 jours/semaine	14,4	17,2	23,9	21,4	6,5	9,1	2,9
4 à 6 jours/semaine	9,3	8,8	7,5	13,3	3,9	11,7	2,9
Tous les jours	46,5	42,2	25,2	32,9	51,3	66,1	80,8
NR (n)	896	198	11	334	102	67	33
<b>Comportement d'injection au cours de la vie (%)</b>							
Non	89,7	95,9	89,5	89,1	66,8	96,0	93,9
Oui	10,3	4,1	10,5	10,9	33,2	4,0	6,1
NR (n)	209	35	8	21	61	14	22
<b>Polyconsommation (%)</b>							
Non	50,7	67,4	47,6	35,2	44,6	67,7	31,4
Oui	49,3	32,6	52,4	64,8	55,4	32,3	68,6
NR (n)	0	0	0	0	0	0	0

Source : Sciensano (analyse et adaptation : Eurotox)

# FICHES DE SYNTHÈSE DES PRISES EN CHARGE DANS LES SERVICES SPÉCIALISÉS<sup>5</sup>

.....  
5 Crédit visuel : avec l'aimable autorisation de Sciansano (Antoine, J. L'enregistrement TDI en Belgique – Rapport annuel, année d'enregistrement 2022. Sciansano ; 2023. 108p. Numéro de dépôt légal : D/2023.14.440/89).

# Demandes de traitement pour l'alcool

services spécialisés, 2023



## NOMBRE

Patient-es en traitement pour un usage problématique d'alcool en produit principal



**746**  
patient-es

**29,0 %\***

Évolution :  
**stable\*\***

Également cité en produit secondaire par

**471**  
patient-es

**25,8 %\*\*\***

\* Proportion de l'ensemble des patient-es

\*\* Mais tendance à la diminution

\*\*\* Proportion des patient-es traité-es pour d'autres produits principaux

## PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE

♀ **26,6 %**    ♂ **73,4 %**

Âge	Femmes	Hommes	H+F
Q1	37	36	36
Médiane	46	43	44
Q3	56	51	53



### Revenus

**23,6 %** du travail  
**10,1 %** sans revenus  
**60,4 %** de remplacement\*



**18,3 %**

en situation de  
**logement variable**  
/ à la rue



### Niveau d'instruction le + élevé

**30,7 %** supérieur  
**49,9 %** secondaire  
**17,7 %** primaire ou -



### Situation de vie

**52,4 %** seul  
**19,7 %** en couple  
**15,3 %** avec famille  
**10,5 %** avec tiers

\* Revenus du chômage, CPAS, ou maladie/invalidité

## PROFIL DE TRAITEMENT



**52,0 %**

débutent un traitement  
pour la 1<sup>re</sup> fois



**43 ans et demi**

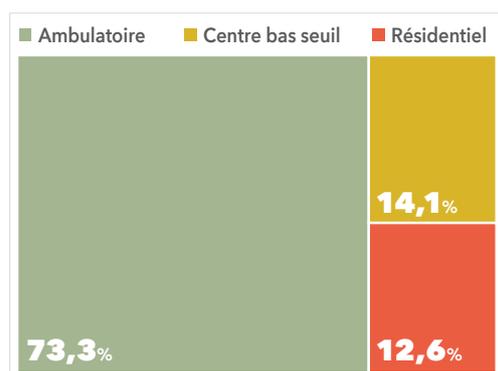
en moyenne lors du 1<sup>er</sup> traitement



Envoyé en traitement par

**51,0 %** soi-même  
**8,7 %** entourage  
**31,5 %** professionnel-es (social, santé)  
**7,1 %** justice

Traité en ...



## PROFIL DE CONSOMMATION

Polyconsommation  
problématique **32,6 %**



**17,0 %**  
cannabis



**9,4 %**  
crack



**7,9 %**  
cocaïne  
poudre



**7,4 %**  
hypno-  
sédatifs



**2,8 %**  
opiacés



**42,2 %**  
consomment  
tous les jours

**22,6 %**  
n'ont pas consommé  
les 30 derniers jours



**18,9 ans** en moyenne  
lors du 1<sup>er</sup> usage



**4,1 %** ont déjà eu recours  
à l'injection de drogues

# Demandes de traitement pour le cannabis

services spécialisés, 2023



## NOMBRE

Patient-es en traitement pour un usage problématique de cannabis en produit principal



**341**  
patient-es

**13,3 %\***

Évolution :  
**stable**

Également cité en produit secondaire par

**411**  
patient-es

\* Proportion de l'ensemble des patient-es

\*\* Proportion des patient-es traité-es pour d'autres produits principaux

## PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE

♀ **16,6 %**    ♂ **83,4 %**

Âge	Femmes	Hommes	H+F
Q1	25	26	26
Médiane	30	33	33
Q3	43	39	40



### Revenus

**37,1 %** du travail  
**14,8 %** sans revenus  
**44,7 %** de remplacement\*



### en situation de logement variable / à la rue

**13,1 %**



### Niveau d'instruction le + élevé

**15,9 %** supérieur  
**46,5 %** secondaire  
**37,3 %** primaire ou -



### Situation de vie

**40,4 %** seul  
**16,6 %** en couple  
**29,1 %** avec famille  
**13,5 %** avec tiers

\* Revenus du chômage, CPAS, ou maladie/invalidité

## PROFIL DE TRAITEMENT



**74,8 %**

débutent un traitement pour la 1<sup>re</sup> fois



**31 ans et demi**

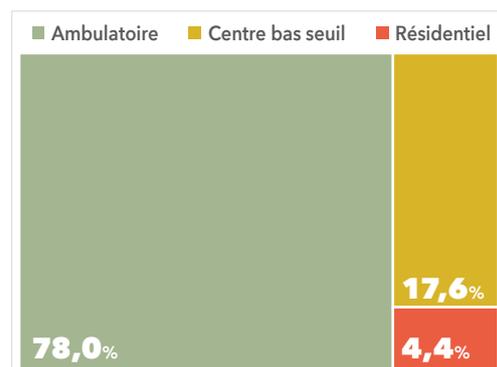
en moyenne lors du 1<sup>er</sup> traitement



Envoyé en traitement par

**49,5 %** soi-même  
**11,6 %** entourage  
**22,2 %** professionnel-es (social, santé)  
**15,8 %** justice

Traité en ...



## PROFIL DE CONSOMMATION

Polyconsommation problématique **32,3 %**



**20,5 %**  
alcool



**9,1 %**  
cocaïne  
poudre



**7,6 %**  
crack



**3,2 %**  
opiacés



**2,6 %**  
hypo-  
sédatifs



**66,1 %**  
consomment  
tous les jours

**10,9 %**  
n'ont pas consommé  
les 30 derniers jours



**17 ans** en moyenne  
lors du 1<sup>er</sup> usage



**4,0 %** ont déjà eu recours  
à l'injection de drogues

# Demandes de traitement pour les opiacés

services spécialisés, 2023



## NOMBRE

Patient-es en traitement pour un usage problématique d'opiacés en produit principal



**332**  
patient-es

**12,9 %\***

Évolution :  
**diminution**

Également cité en produit secondaire par

**206**  
patient-es

\* Proportion de l'ensemble des patient-es

\*\* Proportion des patient-es traité-es pour d'autres produits principaux

## PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE

♀ **13,6 %**    ♂ **86,4 %**

Âge	Femmes	Hommes	H+F
Q1	33	36	35
Médiane	41	43	42
Q3	52	51	51



### Revenus

**20,0 %** du travail  
**27,1 %** sans revenus  
**51,1 %** de remplacement\*



**32,8 %**

en situation de  
**logement variable**  
/ à la rue



### Niveau d'instruction le + élevé

**16,1 %** supérieur  
**56,4 %** secondaire  
**25,3 %** primaire ou -



### Situation de vie

**46,7 %** seul  
**20,0 %** en couple  
**15,0 %** avec famille  
**16,7 %** avec tiers

\* Revenus du chômage, CPAS, ou maladie/invalidité

## PROFIL DE TRAITEMENT



**18,0 %**  
débutent un traitement  
pour la 1<sup>re</sup> fois

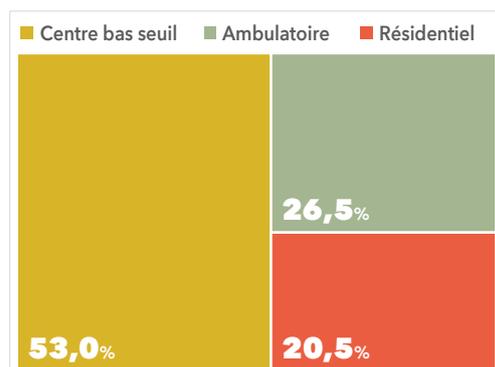


**42 ans**  
en moyenne lors du 1<sup>er</sup> traitement



Envoyé en traitement par  
**62,6 %** soi-même  
**11,3 %** entourage  
**23,5 %** professionnel-es (social, santé)  
**1,6 %** justice

Traité en ...



## PROFIL DE CONSOMMATION

Polyconsommation  
problématique **55,4 %**



**26,8 %**  
crack



**16,9 %**  
hypno-  
sédatifs



**16,3 %**  
alcool



**13,3 %**  
cannabis



**12,3 %**  
cocaïne  
poudre



**51,3 %**  
consomment  
tous les jours

**28,7 %**  
n'ont pas consommé  
les 30 derniers jours



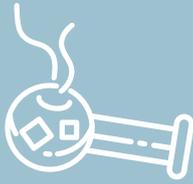
**23,5 ans** en moyenne  
lors du 1<sup>er</sup> usage



**33,2 %** ont déjà eu recours  
à l'injection de drogues

# Demandes de traitement pour le crack

services spécialisés, 2023



## NOMBRE

Patient-es en traitement pour un usage problématique de crack en produit principal



**554**  
patient-es

**21,6 %\***

Évolution : **augmentation**

Également cité en produit secondaire par

**273** **13,5 %\*\***  
patient-es

\* Proportion de l'ensemble des patient-es

\*\* Proportion des patient-es traité-es pour d'autres produits principaux

## PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE

♀ **16,6 %**    ♂ **83,4 %**

Âge	Femmes	Hommes	H+F
Q1	34	32	33
Médiane	41	39	39
Q3	45	46	46



### Revenus

**12,7 %** du travail  
**29,4 %** sans revenus  
**56,7 %** de remplacement\*



**51,6 %**

en situation de **logement variable / à la rue**



### Niveau d'instruction le + élevé

**11,5 %** supérieur  
**61,4 %** secondaire  
**26,2 %** primaire ou -



### Situation de vie

**53,5 %** seul  
**13,0 %** en couple  
**12,0 %** avec famille  
**20,0 %** avec tiers

\* Revenus du chômage, CPAS, ou maladie/invalidité

## PROFIL DE TRAITEMENT



**30,8 %**

débutent un traitement pour la 1<sup>re</sup> fois



**37 ans et demi**

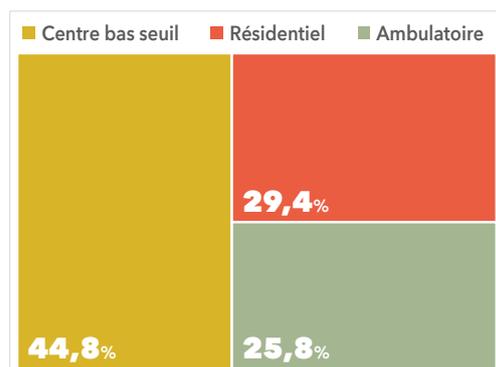
en moyenne lors du 1<sup>er</sup> traitement



Envoyé en traitement par

**76,5 %** soi-même  
**5,7 %** entourage  
**15,0 %** professionnel-es (social, santé)  
**2,6 %** justice

Traité en ...



## PROFIL DE CONSOMMATION

Polyconsommation problématique **64,8 %**



**35,4 %**  
alcool



**20,4 %**  
cannabis



**18,1 %**  
hypno-sédatifs



**15,9 %**  
opiacés



**5,2 %**  
cocaïne poudre



**32,9 %**  
consomment tous les jours

**21,4 %**  
n'ont pas consommé les 30 derniers jours



**25,5 ans** en moyenne lors du 1<sup>er</sup> usage



**10,9 %** ont déjà eu recours à l'injection de drogues

# Demandes de traitement pour la **cocaïne** (poudre)

services spécialisés, 2023



## NOMBRE

Patient-es en traitement pour un usage problématique de cocaïne (poudre) en produit principal



**170**  
patient-es

**6,6 %\***

Évolution :  
**stable**

Également cité en produit secondaire par

**222**  
patient-es

**9,3 %\*\***

\* Proportion de l'ensemble des patient-es

\*\* Proportion des patient-es traité-es pour d'autres produits principaux

## PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE

♀ **18,9 %**    ♂ **81,1 %**

Âge	Femmes	Hommes	H+F
Q1	29	30	30
Médiane	39	35	37
Q3	43	43	43



### Revenus

**42,9 %** du travail  
**16,2 %** sans revenus  
**39,6 %** de remplacement\*



**15,1 %**

en situation de **logement variable / à la rue**



### Niveau d'instruction le + élevé

**32,3 %** supérieur  
**44,9 %** secondaire  
**21,3 %** primaire ou -



### Situation de vie

**39,0 %** seul  
**33,3 %** en couple  
**15,4 %** avec famille  
**11,4 %** avec tiers

\* Revenus du chômage, CPAS, ou maladie/invalidité

## PROFIL DE TRAITEMENT



**64,6 %**

débutent un traitement pour la 1<sup>re</sup> fois



**36 ans et demi**

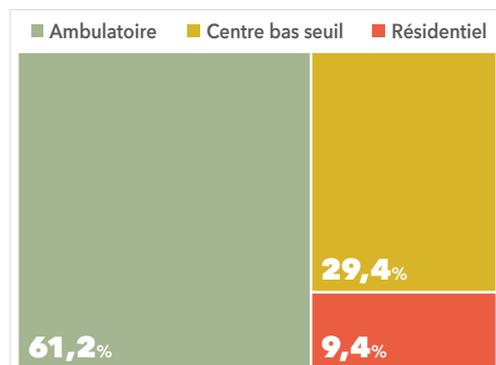
en moyenne lors du 1<sup>er</sup> traitement



Envoyé en traitement par

**46,6 %** soi-même  
**17,4 %** entourage  
**22,4 %** professionnel-es (social, santé)  
**11,2 %** justice

Traité en ...



## PROFIL DE CONSOMMATION

Polyconsommation problématique **52,4 %**



**34,1 %**  
alcool



**20,6 %**  
cannabis



**12,4 %**  
crack



**7,1 %**  
opiacés



**5,3 %**  
hypo-sédatifs



**25,2 %**  
consomment tous les jours

**14,5 %**  
n'ont pas consommé les 30 derniers jours



**24,5 ans** en moyenne lors du 1<sup>er</sup> usage



**10,5 %** ont déjà eu recours à l'injection de drogues



## NOMBRE

Patient-es en traitement pour un usage problématique de médicaments hypno-sédatifs en produit principal



**137**  
patient-es

**5,3 %\***

Évolution :  
**stable**

Également cité en produit secondaire par

**293**  
patient-es

\* Proportion de l'ensemble des patient-es

\*\* Proportion des patient-es traité-es pour d'autres produits principaux

## PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE

♀ **14,0 %**    ♂ **86,0 %**

Âge	Femmes	Hommes	H+F
Q1	36	28	29
Médiane	48	34	35
Q3	58	41	44



### Revenus

**18,7 %** du travail  
**39,3 %** sans revenus  
**42,1 %** de remplacement\*



**48,5 %**

en situation de **logement variable / à la rue**



### Niveau d'instruction le + élevé

**21,8 %** supérieur  
**41,4 %** secondaire  
**35,6 %** primaire ou -



### Situation de vie

**49,6 %** seul  
**10,3 %** en couple  
**16,3 %** avec famille  
**23,9 %** avec tiers

\* Revenus du chômage, CPAS, ou maladie/invalidité

## PROFIL DE TRAITEMENT



**56,9 %**

débutent un traitement pour la 1<sup>re</sup> fois



**36 ans et demi**

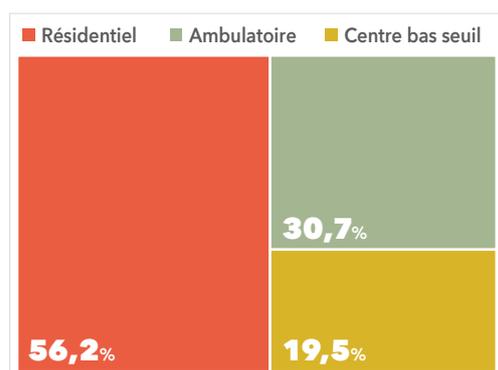
en moyenne lors du 1<sup>er</sup> traitement



Envoyé en traitement par

**44,8 %** soi-même  
**20,8 %** entourage  
**33,6 %** professionnel-es (social, santé)  
**0,0 %** justice

Traité en ...



## PROFIL DE CONSOMMATION

Polyconsommation problématique **68,6 %**



**19,0 %**  
alcool



**18,2 %**  
cannabis



**18,2 %**  
crack



**10,9 %**  
opiacés



**8,8 %**  
cocaïne poudre



**80,8 %**  
consomment tous les jours

**11,5 %**  
n'ont pas consommé les 30 derniers jours



**23 ans** en moyenne lors du 1<sup>er</sup> usage



**6,1 %** ont déjà eu recours à l'injection de drogues

# LES PRISES EN CHARGE DANS LES STRUCTURES HOSPITALIÈRES EN 2023

La présente section a pour objectif d'épingler le profil des patient-es pris-es en charge en 2023 dans les structures hospitalières, en identifiant leurs spécificités par rapport aux patient-es pris-es en charge dans les services spécialisés. Au total, 962 patient-es ont introduit en 2023 une demande de traitement pour une problématique d'assuétudes dans les hôpitaux de la Région bruxelloise (soit 37,4 % du nombre de patient-es pris en charge dans les services spécialisés).

Les prises en charge en structures hospitalières s'intègrent dans différents types de services (services psychiatriques d'hôpitaux généraux, hôpitaux psychiatriques, services de liaison alcool/assuétudes, service spécialisé en assuétudes hébergé dans une structure hospitalière). Dans la majorité des cas, il s'agit de prises en charge résidentielles avec objectif de sevrage, mais la diminution ou stabilisation de la consommation ainsi que la substitution sont également des stratégies de soins proposées par certains services, parfois en consultations ambulatoires.

Dans les hôpitaux, la majorité des patient-es ayant introduit une demande de traitement en 2023 dans les services hospitaliers de la Région bruxelloise (n=962) ont mentionné un usage problématique d'alcool en produit principal (68,7 %), une proportion plus élevée que celle observée dans les

services spécialisés (29 %). Les autres produits sont mentionnés en produit principal de manière beaucoup moins fréquente : cocaïne (8,9 %), cannabis (6,4 %), opiacés (4,9 %), médicaments hypno-sédatifs (2,9 %), autres produits ou pas de produit principal (8,2 %).

Au niveau du **profil sociodémographique**, il apparaît que les services hospitaliers accueillent un public un peu plus âgé (en moyenne 44,5 ans) qu'en centres spécialisés (39,9 ans). La proportion de femmes y est nettement plus élevée (31,6 % versus 19,8 %), et est particulièrement importante chez les patient-es en demande de traitement pour un usage problématique de médicaments hypno-sédatifs en produit principal (50 %). Cette différence de genre peut en partie s'expliquer par le fait que les services spécialisés sont en général fortement « masculinisés » et moins adaptés aux spécificités féminines, mais aussi parce que les prises en charge en milieu hospitalier sont plus discrètes et moins stigmatisantes, des caractéristiques qui facilitent les démarches pour les femmes. Les patient-es pris-es en charge dans les hôpitaux présentent de manière un peu moins fréquente des vulnérabilités socioéconomiques. Ainsi, la proportion de personnes vivant dans un domicile fixe est largement plus importante dans les services hospitaliers que dans les services spécialisés (76,1 % contre 50,2 %) et la proportion de patient-es sans revenus propres y est

moindre (10,9 % contre 20 %). De même, les patient-es pris en charge en milieu hospitalier ont globalement un niveau d'éducation plus élevé que dans les services spécialisés.

Au niveau du **profil de la demande**, la proportion de patient-es primo-demandeur-ses est un peu plus fréquente en milieu hospitalier que dans les services spécialisés (36,7 % versus 48,3 %). Les renvois judiciaires sont moins fréquents dans les hôpitaux que dans les services spécialisés (0,8 % versus 6,1 %), alors que les renvois par un-e professionnel-le social-santé y sont plus fréquents (34,4 % versus 24,7 %). Enfin, on retrouve une proportion moins élevée de patient-es mentionnant une polyconsommation problématique en structure hospitalière que dans les services spécialisés (26,8 % versus 49,3 %), en raison du fait qu'on y rencontre surtout des patient-es pris en charge pour un trouble lié à l'usage d'alcool, chez lesquels les polyconsommations problématiques sont moins répandues.

Tableau 3 : Profils des patient-es accueilli-es dans les services hospitaliers de la Région bruxelloise, par produit principal, 2023

	Tous produits	Alcool	Cocaine <sup>6</sup>	Opiacés	Cannabis	Hypnotiques et sédatifs
n=	962	661	86	47	62	28
Demandes (%)	100	68,7	8,9	4,9	6,4	2,9
<b>Âge</b>						
Moyen	44,5	47,1	39,4	41,8	33,3	49,0
Médian	44	47	40	41	32	43
NR (n)	6	4	0	1	1	1
<b>Genre (%)</b>						
Hommes	68,4	68,8	64,0	74,5	62,9	50,0
Femmes	31,6	31,2	36,0	25,5	37,1	50,0
NR (n)	1	1	0	0	0	0
<b>Logement (%)</b>						
Domicile fixe	76,1	82,9	56,6	60,0	78,7	81,5
Logements variables	6,3	4,9	16,9	4,4	3,3	7,4
Rue	11,1	7,7	18,1	33,3	1,6	3,7
Institution	5,6	3,8	6,0	2,2	14,8	7,4
Prison	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autre	0,8	0,8	2,4	0,0	1,6	0,0
NR (n)	11	2	3	2	1	1
<b>Situation de vie (%)</b>						
Seul	48,5	46,5	54,5	57,5	46,0	45,8
En couple	26,4	30,8	13,0	25,0	12,0	29,2
Avec de la famille	18,1	15,2	28,6	10,0	34,0	20,8
Avec des tiers	5,7	5,9	2,6	7,5	8,0	4,2
Autre	1,3	1,6	1,3	0,0	0,0	0,0
NR (n)	38	12	4	6	3	2
<b>Revenus (%)</b>						
Revenus de travail	17,4	20,4	12,9	2,3	7,7	14,8
Allocations de chômage	8,7	9,5	5,7	7,0	9,6	3,7
Indemnité maladie ou invalidité	40,9	43,7	31,4	41,9	36,5	40,7
Revenus minimum ou aide du CPAS	14,6	10,6	35,7	20,9	23,1	11,1
Pension de retraite ou de survie	6,0	7,4	0,0	2,3	0,0	18,5
Aucun revenu propre	10,9	7,0	12,9	25,6	17,3	7,4
Autre	1,5	1,3	1,4	0,0	5,7	3,7
NR (n)	79	30	16	4	10	1

	Tous produits	Alcool	Cocaine <sup>6</sup>	Opiacés	Cannabis	Hypnotiques et sédatifs
n=	962	661	86	47	62	28
<b>Diplôme (%)</b>						
Non scolarisé	2,7	2,4	4,3	4,0	3,9	5,3
Primaire	16,7	15,9	10,9	20,0	27,5	15,8
Secondaire	45,8	44,0	65,2	44,0	49,0	42,1
Supérieur	33,0	36,0	17,4	28,0	17,6	36,8
Autre	1,9	1,7	2,2	4,0	2,0	0,0
NR (n)	261	125	40	22	11	9
<b>Antécédents de traitement (%)</b>						
Oui	63,3	61,0	74,0	73,3	61,8	53,6
Non	36,7	39,0	26,0	26,7	38,2	46,4
NR (n)	55	31	9	2	7	0
<b>Origine de la demande (%)</b>						
La personne elle-même	55,3	58,3	45,2	54,3	54,2	53,6
Proche(s)	8,3	8,3	7,1	13,0	6,8	14,3
Professionnel-le(s) (social-santé)	34,4	32,4	44,0	32,6	37,3	28,6
Justice	0,8	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0
Autre	1,2	0,5	3,6	0,0	1,7	3,6
NR (n)	17	7	2	1	3	0
<b>Âge de la première consommation</b>						
Âge moyen	20,9	19,6	28,2	28,1	18,2	32,4
Âge médian	18	17	29	25	16	31
NR (n)	309	196	8	11	24	15
<b>Comportement d'injection au cours de la vie (%)</b>						
Non	92,7	97,3	81,1	53,3	92,2	92,3
Oui	7,3	2,8	18,8	46,6	7,9	7,6
NR (n)	208	104	33	17	11	2
<b>Polyconsommation (%)</b>						
Non	73,2	87,7	48,8	29,8	62,9	50,0
Oui	26,8	12,3	51,2	70,2	37,1	50,0
NR (n)	0	0	0	0	0	0

Source : Sciensano (analyse et adaptation : Eurotox)

.....  
6 Cocaine en poudre et crack.

Le TDI est un outil utile pour quantifier la charge des demandes de traitement et pour décrire le profil des bénéficiaires en traitement ainsi que leur évolution au cours du temps. Il permet plus généralement d'appréhender l'impact des usages de substances psychoactives sur la santé de usager-es, en l'occurrence sous l'angle de la dépendance. Son implantation standardisée permet en outre des comparaisons intra et internationales éclairantes sur les disparités géographiques.

Malgré l'intérêt que cet indicateur présente, il convient d'être prudent-e lors de l'extrapolation des résultats présentés ci-dessus, pour les raisons évoquées en introduction que nous rappelons brièvement : la couverture est actuellement limitée aux services spécialisés en assuétudes et aux hôpitaux ; il porte sur l'enregistrement des nouvelles demandes de traitement et non sur l'ensemble des personnes en traitement sur une période donnée ; l'identifiant unique qui permet de centrer

les analyses sur les patient-es ne bénéficie actuellement que d'une utilisation limitée ; la récolte se fait sur base volontaire, repose sur les déclarations du patient-e, et certaines questions ont des taux de non-réponses particulièrement élevés ; il ne fournit aucune indication sur l'issue de la demande de traitement (prise en charge effective, réorientation, le patient-e ne s'est plus représenté-e, etc.) ni sur les caractéristiques et l'efficacité de la prise en charge. Enfin, il convient d'être attentif-ve au fait qu'en épidémiologie, on ne peut mesurer précisément que ce que l'on cherche explicitement. Or les usages de drogues et les problématiques d'assuétudes sont des phénomènes en constante mutation en raison de l'apparition de nouveaux produits, de nouvelles pratiques, de nouveaux publics. La révision actuelle du protocole, qui devrait être implémentée en Belgique en 2026 permettra de mieux capter ces évolutions. Celle-ci permettra entre autres d'intégrer les prises en charge d'addiction comportementale (e.g. jeux de hasard et d'argent), qui ne sont actuellement pas

couvertes, de fournir une estimation du nombre total de patient-es pris en charge dans les services participants, et d'intégrer de manière plus explicite de nouveaux produits au monitoring (e.g. prégabaline, protoxyde d'azote, cannabis de synthèse, oxycodone). Elle permettra aussi de collecter une information sur l'issue de la demande de traitement. Un grand enjeu reste toutefois de pouvoir étendre la récolte aux structures et professionnel-les qui n'y participent pas actuellement (e.g. maisons médicales, médecins généralistes), afin d'avoir une vision complète ou, tout au moins, plus étendue, des prises en charge des problématiques d'assuétudes. Enfin, il convient de rappeler la complémentarité du TDI avec les autres indicateurs épidémiologiques développés par l'EUDA (prévalence de l'usage dans la population générale et chez les jeunes, usages à haut risques, prévalence des maladies infectieuses et mortalité liées à l'usage) afin de pouvoir appréhender plus globalement les différents types d'usages et leurs conséquences sur la santé.

- Anderson, P. & Baumberg, B. (2006). *Alcohol in Europe*. London: Institute of Alcohol Studies.
- 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*, 74, 27.
- Bruffaerts, R., Bonnewyn, A., & Demyttenaere, K. (2007). Delays in seeking treatment for mental disorders in the Belgian general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 937-944.
- Eurotox (2023). Les demandes de traitement pour un usage problématique d'alcool et de drogues en Région de Bruxelles-Capitale. État des lieux et évolution sur la période 2015-2022. Bruxelles : Eurotox asbl.
- Gisle, L., & Drieskens, S. (2019). *Enquête de santé 2018 : Usage des drogues*. Bruxelles, Belgique : Sciensano ; Numéro de rapport: D/2019/14.44/68.
- Klingemann, H., & Klingemann, J. (2008). L'intervention thérapeutique est-elle nécessaire ? La rémission naturelle et les systèmes de traitement. *Psychotropes*, 14, 111-126.
- McCrary, B.S., Epstein, E.E., & Fokas, K.F. (2020). Treatment interventions for women with alcohol use disorder. *Alcohol Research*, 40:08.
- 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 Neuropsychopharmacology*, 15, 389-397.
- Salomon, L. (2010). *Cerveau, drogues et dépendance*. Belin.
- Schamp, J., Simonis, S., Roets, G., Van Havere, T., Gremeaux, L., & Vanderplasschen, W. (2021). Women's views on barriers and facilitators for seeking alcohol and drug treatment in Belgium. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 38, 175-189.
- Sting, S., & Blum, C. (2003). *Soziale Arbeit in der Suchtprävention*. UTB.
- UNODC (2023). *World drug report 2023*. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime.

**EUROTOX VZW** | EXPERTISECENTRUM VOOR ALCOHOL EN ILLEGALE DRUGS IN WALLONIA EN BRUSSELS | **DECEMBER 2024**

151 Jourdanstraat, 1060 Brussel | Tél. +32 2 539 48 29  
9 rue du Moulin, 1340 Ottignies | [info@eurotox.org](mailto:info@eurotox.org)

Dit document (en de franse versie)  
zijn beschikbaar in PDF op de site | [www.eurotox.org](http://www.eurotox.org)

**eurot****tox**

MET DE STEUN VAN

