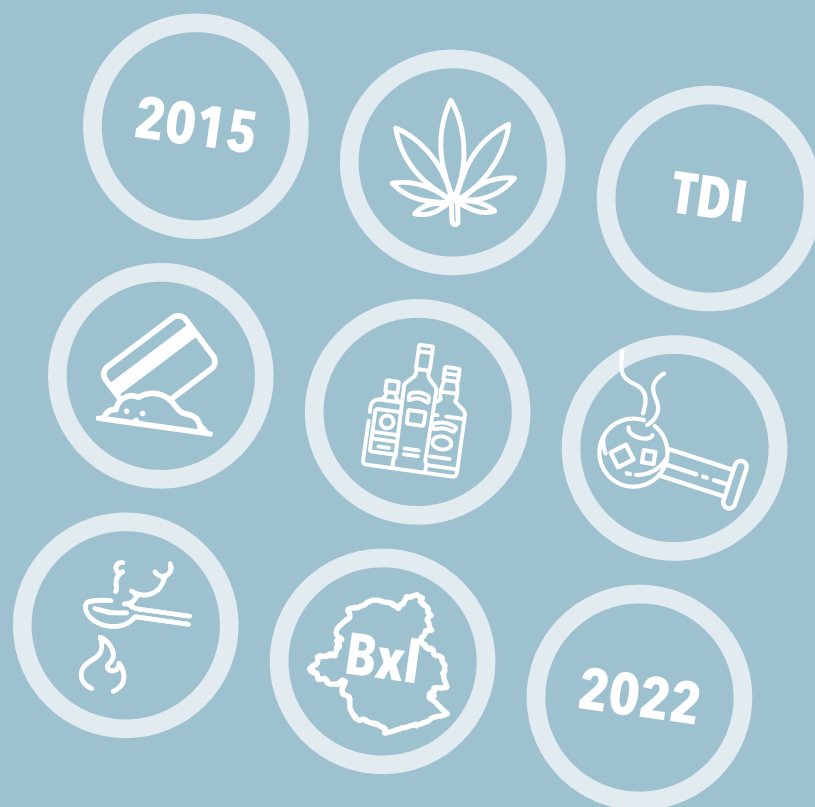




TDI

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



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

Citation recommandée

Eurotox (2023). Les demandes de traitement pour un usage problématique d'alcool et de drogues en Région de Bruxelles-Capitale. États des lieux et évolutions sur la période 2015-2022. Bruxelles: Eurotox asbl.

Relecture

Jérôme Antoine & Lou Richelle

Dépot légal

D/2023/10.063/3
Décembre 2023

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
<https://eurotox.org/>

AVEC LE SOUTIEN DE LA COCOM



COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE
GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE

EUROTOX ASBL | OBSERVATOIRE SOCIO-ÉPIDÉMIOLOGIQUE ALCOOL-DROGUES | **DÉCEMBRE 2023**

TABLE DES MATIÈRES

1	INTRODUCTION	4
	L'INDICATEUR DE LA DEMANDE DE TRAITEMENT	5
	DÉFINITIONS	6
2	LES LIMITES MÉTHODOLOGIQUES DU TDI	7
3	OBJECTIFS ET DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON	8
4	LES PRISES EN CHARGE DANS LES SERVICES SPÉCIALISÉS	10
	LA SITUATION EN 2022	10
	TENDANCES ET ÉVOLUTION	10
5	FOCUS PAR PRODUIT PRINCIPAL	14
5.1.	ALCOOL	14
	PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE	14
	PROFIL DES DEMANDES	14
	PROFIL DE CONSOMMATION	14
	ÉVOLUTION MARQUANTE SUR LA PÉRIODE 2015-2022	16
5.2.	COCAÏNE	17
5.2.1.	CRACK	17
	PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE	17
	PROFIL DES DEMANDES	17
	PROFIL DE CONSOMMATION	18
5.2.2.	COCAÏNE EN POUDRE	19
	PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE	19
	PROFIL DES DEMANDES	19
	PROFIL DE CONSOMMATION	19
	ÉVOLUTIONS MARQUANTES SUR LA PÉRIODE 2015-2022	20
5.3.	OPIACÉS	22
	PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE	22
	PROFIL DES DEMANDES	22
	PROFIL DE CONSOMMATION	23
	ÉVOLUTIONS MARQUANTES SUR LA PÉRIODE 2015-2022	24

5.4.	CANNABIS	26
	PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE	26
	PROFIL DES DEMANDES	27
	PROFIL DE CONSOMMATION	27
	ÉVOLUTIONS MARQUANTES SUR LA PÉRIODE 2015-2022	28
5.5.	FOCUS SUR LES USAGERS DE KÉTAMINE, DE PRÉGABALINE ET DE MÉDICAMENTS	
	HYPNO-SÉDATIFS	29
	KÉTAMINE	29
	PRÉGABALINE	30
	MÉDICAMENTS HYPNO-SÉDATIFS	30

6 COMPARAISON EN FONCTION DU PRODUIT PRINCIPAL 31

7 COMPARAISONS EN FONCTION DU GENRE 34

LA SITUATION EN 2022	34
ÉVOLUTIONS MARQUANTES SUR LA PÉRIODE 2015-2022	36

8 COMPARAISONS EN FONCTION DES ANTÉCÉDENTS THÉRAPEUTIQUES 37

LA SITUATION EN 2022	37
ÉVOLUTIONS MARQUANTES SUR LA PÉRIODE 2015-2022	40

9 COMPARAISONS PAR TYPE DE CENTRE DE SOINS 41

LA SITUATION EN 2022	41
ÉVOLUTIONS MARQUANTES SUR LA PÉRIODE 2015-2022	43

10 FICHES DE SYNTHÈSE DES PRISES EN CHARGE DANS LES SERVICES SPÉCIALISÉS 44

DEMANDES DE TRAITEMENT POUR L'ALCOOL	45
DEMANDES DE TRAITEMENT POUR LE CANNABIS	46
DEMANDES DE TRAITEMENT POUR LES OPIACÉS	47
DEMANDES DE TRAITEMENT POUR LE CRACK	48
DEMANDES DE TRAITEMENT POUR LA COCAÏNE (POUDRE)	49

11 LES PRISES EN CHARGE DANS LES STRUCTURES HOSPITALIÈRES 50

LA SITUATION EN 2022	50
TENDANCES ET ÉVOLUTION	52

12 PERSPECTIVES 54

13 BIBLIOGRAPHIE 55

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 soit problématique ou non, 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-ice 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'utilisateur 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 induits 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 usage problématique, 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 estimée annuellement à 5 % pour les hommes et à 1 % pour les femmes au niveau européen (Anderson & Baumberg, 2006).

Toutes les personnes en situation d'usage problématique ne recherchent pas forcément de l'aide, la demande de soin étant influencée par différents facteurs

QU'EST-CE QUE LA DÉPENDANCE ?

Sur le plan phénoménologique, la notion de dépendance renvoie à un attachement excessif et morbide à un produit. Dans le secteur des assuétudes, cette notion désigne un mode d'utilisation inapproprié et régulier d'un produit, qui provoque une altération du fonctionnement et/ou une souffrance significative. Sur le plan psychologique et comportemental, elle est caractérisée par une difficulté à contrôler la consommation, un maintien de la consommation malgré les conséquences néfastes qu'elle engendre, ou encore 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.

La dépendance est provoquée et entretenue 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. stressseurs et déclencheurs 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'utilisateur et ses propres fragilités. Ces spécificités, ainsi que la fonction qu'occupe le produit dans l'économie personnelle de l'utilisateur, sont naturellement gommées lorsque l'on aborde les conséquences socio-sanitaires sous un angle quantitatif, tel que nous allons l'envisager ici.

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 l'importance 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 (voir encart «Latence de traitement et *treatment gap*»).

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'OEDT¹ 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 que dans un certain nombre d'autres pays proches de l'Union Européenne. Il consiste en un enregistrement annuel des demandes de traitement introduites auprès des services d'aide et de soins pour un problème d'abus ou de dépendance à une drogue illégale². 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'OEDT (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 2025, 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 Observatoire Européen des Drogues et de Toxicomanies.

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 d'alcool ou de substances. 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-ne 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 inclus 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 par en catégories distinctes : alcool, opiacés (héroïne, méthadone détournée, buprénorphine, fentanyl, etc.), cocaïne (cocaïne en poudre, crack), autres stimulants (amphétamines, méthamphétamines, MDMA et dérivés, méphédron, etc.), hypnotiques et sédatifs (barbituriques et benzodiazépines détournés, GBH/GBL, etc.), hallucinogènes (LSD, kétamine, inhalants volatiles, 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 en situation d'abus ou de dépendance 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 fausses 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 (42,1 % en 2022) 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 biaiser 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. À noter que les analyses de tendances n'ont pas tenu compte du fait qu'un·e même patient·e unique peut être enregistré·e sur plusieurs années successives³.

.....
3 Sur la période 2015-2022, nous sommes en mesure d'identifier 8.668 patient·es uniques sur base du NRN, parmi lesquels 5.971 patient·es (68,9 %) ont introduit une seule demande de traitement sur cette période, 1.493 patient·es (17,2 %) ont initié

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 demande de 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 iels 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.

.....
deux traitements sur des années distinctes, 561 patient·es (6,5 %) ont initié trois traitements sur des années distinctes et 643 patient·es (7,4 %) ont initié au moins quatre traitements sur des années distinctes.

OBJECTIFS ET DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON

Ce livret a pour objectif de présenter et discuter les données relatives aux demandes de traitement pour consommation problématique d'alcool ou de drogues enregistrées en Région bruxelloise sur la période 2015-2022. La première partie des analyses portera sur les données récoltées à l'échelle des services spécialisés en assuétudes. Les données récoltées à l'échelle des hôpitaux seront traitées dans un second temps, de manière plus succincte. Nous avons retenu l'option de traiter ces deux types de données distinctement 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 permettra ainsi de mieux mettre en évidence les spécificités liées à chaque offre de soin et aux patient-es qu'elles mobilisent.

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. Le flux de données est résumé dans la [Figure 1](#). Pour les analyses de tendances (identification des évolutions au cours du temps), les analyses porteront sur les patient-es pris-es en charge dans les centres ayant systématiquement rapportés des données au cours de la période étudiée, afin de neutraliser autant que possible les fluctuations imputables à l'instabilité de la couverture. Quatre centres ont ainsi été exclus des analyses de

tendance car ils n'ont pas fourni de données chaque année au cours de cette période. Cette opération méthodologique a pour conséquence que les valeurs rapportées lors des analyses portant sur les données 2022 ne coïncident pas précisément avec celles rapportées pour cette même années dans les tableaux et graphiques de tendance.

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 celles relatives au niveau d'éducation, à la fréquence de consommation du produit principal, aux antécédents thérapeutiques et aux comportements d'injection. Il est donc possible que certains constats ne reflètent pas parfaitement la réalité, et nous invitons le lecteur à prendre en considération ce taux de non-réponses lors de l'appréciation des pourcentages rapportés. Enfin, seules les différences statistiquement significatives sont discutées, sauf mention contraire. Celles-ci ont été identifiées à l'aide de différents test statistiques (Chi2, t de student, Anova), avec une probabilité de dépassement (p) fixée à 0,05. Certaines hypothèses sont formulées afin de tenter d'expliquer les principaux constats. Elles doivent être considérées comme des pistes permettant de stimuler la réflexion et la recherche et non comme des certitudes.

Depuis l'entrée en vigueur du protocole 3.0 en 2015, 27.211 demandes de traitement ont été introduites pour une problématique de consommation auprès des 28 hôpitaux et centres spécialisés de la Région bruxelloise qui participent actuellement

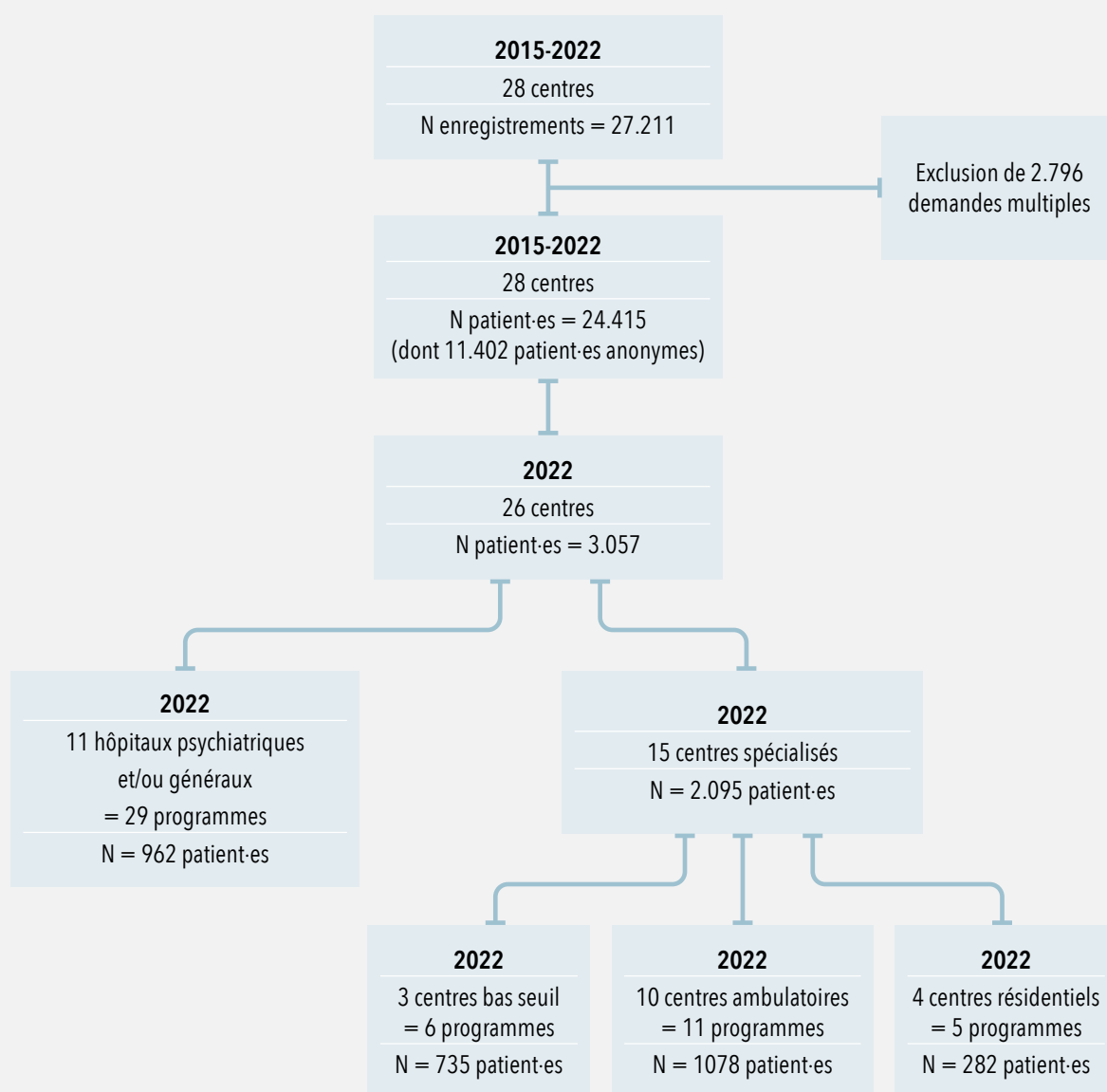
à la récolte. Au total, 24.415 demandes ont été conservées pour les analyses après élimination des demandes multiples. Parmi les centres participants, on dénombre 13 hôpitaux psychiatriques et/ou généraux (offrant le plus souvent une prise en charge résidentielle) et 15 centres spécialisés non-hospitaliers, au sein desquels on retrouve⁴ 3 services spécialisés d'accueil à bas seuil⁵, 10 services ambulatoires et 4 services résidentiels.

La [Figure 2](#) met en évidence l'évolution du nombre de patient-es pour lequel-les une demande de traitement a été enregistrée entre 2015 et 2022 en Région bruxelloise, par type de services. Après une légère augmentation durant les premières années, la récolte apparaît relativement stable, à l'exception de la période relative à la crise sanitaire COVID-19 (2020-2021), qui accuse une diminution importante des enregistrements dans les centres hospitaliers et ambulatoires. En 2022, les chiffres semblent revenir à leur niveau pré-pandémique.

En 2022, 26 centres ont participé à la récolte de données TDI en Région de Bruxelles-Capitale, parmi lesquels on retrouve 11 hôpitaux psychiatriques et/ou généraux (proposant 19 programmes distincts) et 15 centres spécialisés, au sein desquels on retrouve 3 services spécialisés d'accueil à bas seuil, 10 services ambulatoires et 4 services résidentiels. Le nombre de demandes de traitement pour un problème de consommation d'alcool ou de drogues s'élevait à 3.317, ce qui correspondait à 3.057 patient-es après élimination des demandes multiples.

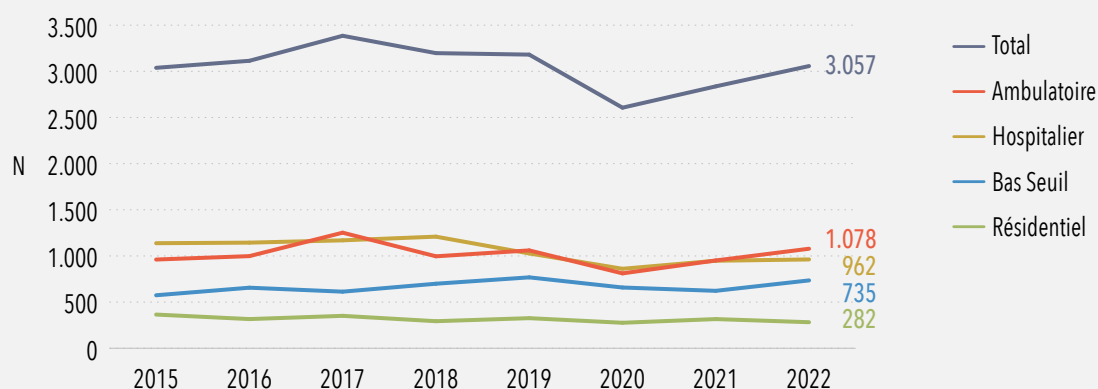
-
- 4 Un même centre peut proposer plusieurs services ou programmes de prise en charge (par exemple, ambulatoire et résidentiel).
 - 5 On parle de bas seuil lorsqu'une structure fournit un accueil et une aide sans imposer de conditions d'accès à ses bénéficiaires (pas de contrainte administrative, gratuité et immédiateté, pas d'exigence d'abstinence, etc.).

Figure 1 : Flux de la récolte TDI en Région bruxelloise sur la période 2015-2022



Source : Sciensano

Figure 2 : Évolution du nombre de patient-es enregistré-es entre 2015 et 2022 en Région bruxelloise, par année et type de centre



Source : Sciensano

LES PRISES EN CHARGE DANS LES SERVICES SPÉCIALISÉS

Au total, 15.647 patient-es⁶ ont introduit une demande de traitement dans les services spécialisés sur la période 2015-2022, dont 2.095 en 2022. Les analyses suivantes visent à fournir une description du profil sociodémographique, du profil de la demande et du profil de consommation des patient-es pris-es en charge dans ces services. Dans un premier temps, nous fournirons un aperçu général des prises en charge, et dans un second une description détaillée par produit principal. Le produit principal est défini comme étant celui qui pose le plus de problèmes au·à la patient-e lors de l'introduction de la demande de traitement. Un produit principal est mentionné dans la grande majorité des prises en charge (96,9 %), y compris chez les patient-es présentant une polyconsommation problématique.

LA SITUATION EN 2022

Le classement des produits mentionnés en tant que produit principal par les personnes ayant introduit une demande de traitement en 2022 dans les services spécialisés (n=2.095) est, par ordre d'importance, l'alcool (32 %), la cocaïne (28 %, dont 16,2% pour le crack⁷), les opiacés (16,2 %), le cannabis (11,7 %), les hypnotiques et sédatifs (4,4 %), les stimulants autres que la cocaïne (2,1 %), les hallucinogènes (1,7 %), les inhalants volatils (0,1 %) et enfin les autres substances⁸ (1,6 %).

Le genre et l'âge étaient précisés pour 2.040 patient-es. 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 (82,6 %). Ils ont en moyenne 39,60 ans (SD=10,86). 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) et l'âge de la première demande de traitement (en moyenne vers 35 ans), comme nous le détaillerons par la suite.

L'âge et le genre des patient-es peut varier en fonction des produits (voir [Tableau 1](#)). 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 tendance à concerner de jeunes individus ou à s'estomper avec l'âge, ou que les demandes d'aide pour ce produit sont initiées plus précocement que pour les autres produits. Les femmes représentent généralement moins d'un cinquième des demandes, mais la proportion précise varie en fonction des produits (20,7 % pour l'alcool, 17,9 % pour la cocaïne en poudre, 16,4 % pour le crack, 15,6 % pour les hypnotiques, 14,4 % pour le cannabis et 10,8 % 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, 2018), 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).

TENDANCES ET ÉVOLUTION

Parmi les 15.647 patient-es ayant introduit une demande de traitement dans les services spécialisés de la Région bruxelloise sur la période 2015-2022, un **produit principal** a pu être identifié dans la grande majorité des cas (96,9 %). La [Figure 3](#) illustre l'évolution de la proportion de patient-es pour les cinq catégories de substances les plus représentées en tant que produit principal. L'alcool est de loin la substance principale la plus fréquemment évoquée sur cette période, et avoisine chaque année 35 %. La proportion des patient-es ayant introduit une demande pour ce produit a légèrement diminué ces dernières années (-3,7 % entre 2019 et 2022), mais la différence n'est pas statistiquement significative. Les tendances sont stables pour les autres produits, hormis pour les opiacés et la cocaïne (crack inclus). En effet, la proportion de patient-es en traitement pour la cocaïne a augmenté (+12,1 % entre 2015 et 2022) alors que celle pour les opiacés a diminué (-12,3 % entre 2015 et 2022). Depuis 2018, la cocaïne est devenue, après l'alcool, le deuxième produit le plus souvent identifié comme substance problématique principale, alors que les opiacés tenaient la seconde place jusque-là. La répartition complète, par produit principal, des patient-es ayant introduit une demande de

6 Pour rappel, les demandes multiples ne sont éliminées que sur une base annuelle. Un-e même patient-e peut donc se retrouver encodé-e plusieurs années, pour autant qu'il s'agisse d'épisodes de traitement distincts (voir supra).

7 Le crack est la forme basée de cocaïne, obtenue par adjonction d'ammoniac ou de bicarbonate de soude.

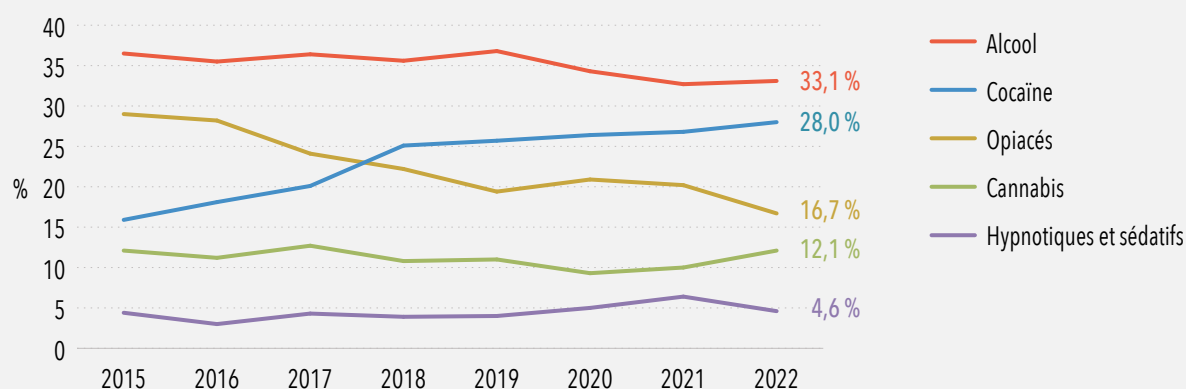
8 Le plus souvent, il s'agissait de prégabaline ou, dans une moindre mesure, d'antipsychotiques/neuroleptiques.

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, 2022

	< 25 ans %	25-34 ans %	35-44 ans %	45-54 ans %	55-64 ans %	> 65 ans %	Total %
Tous produits							
Femmes (n=349)	1,7	3,6	5,4	4,2	1,8	0,5	17,1
Hommes (n=1691)	6,4	22,1	27,7	19,7	6,2	0,8	82,9
Total (n=2040)	8,1	25,6	33,1	23,9	8,0	1,3	100
Alcool							
Femmes (n=134)	1,1	3,4	5,4	5,6	3,7	1,5	20,7
Hommes (n=513)	3,0	17,8	24,3	23,0	9,4	1,9	79,3
Total (n=647)	4,0	21,2	29,7	28,6	13,1	3,4	100
Cocaïne (poudre)							
Femmes (n=26)	2,1	2,8	7,6	4,8	0,7	0,0	17,9
Hommes (n=119)	6,2	25,5	33,1	13,8	2,8	0,7	82,1
Total (n=145)	8,3	28,3	40,7	18,6	3,4	0,7	100
Crack							
Femmes (n=54)	1,2	3,0	7,9	3,6	0,6	0,0	16,4
Hommes (n=276)	4,5	22,4	33,9	19,4	3,3	0,0	83,6
Total (n=330)	5,8	25,5	41,8	23,0	3,9	0,0	100
Opiacés							
Femmes (n=36)	0,0	3,3	3,9	3,3	0,3	0,0	10,8
Hommes (n=298)	1,8	17,4	32,9	26,6	9,9	0,6	89,2
Total (n=334)	1,8	20,7	36,8	29,9	10,2	0,6	100
Cannabis							
Femmes (n=34)	2,5	4,7	4,2	2,1	0,8	0,0	14,4
Hommes (n=202)	20,3	32,2	23,7	8,5	0,8	0,0	85,6
Total (n=236)	22,9	36,9	28,0	10,6	1,7	0,0	100
Hypnotiques et sédatifs							
Femmes (n=14)	2,2	2,2	4,4	4,4	2,2	0,0	15,6
Hommes (n=76)	7,8	26,7	27,8	17,8	4,4	0,0	84,4
Total (n=90)	10,0	28,9	32,2	22,2	6,7	0,0	100

Source : Sciensano

Figure 3 : Évolution de la proportion de patient-es (en %) ayant introduit une demande de traitement dans les services spécialisés de la Région bruxelloise sur la période 2015-2022, par produit principal



Source : Sciensano

traitement sur la période 2015-2022 dans les services spécialisés en assuétudes de la Région bruxelloise est fournie dans le [Tableau 2](#).

Lorsqu'on considère les **produits problématiques** sans tenir compte de leur caractère principal ou secondaire ([Figure 4](#)), les tendances semblent similaires. En effet,

9 Pour rappel, les analyses de tendances ne portent que sur les centres ayant systématiquement rapportés des données au cours de la période étudiée.

l'alcool reste le produit le plus souvent mentionné comme problématique, et la proportion de patient-es mentionnant la cocaïne en produit problématique a grandement augmenté (+11,7 % entre 2015 et 2022), alors que celle pour les opiacés a diminué dans des proportions équivalentes (-11,8 % entre 2015 et 2022). L'augmentation des mentions d'usage problématique de cocaïne s'initie toutefois deux ans plus tôt (en 2016) que ce que l'on observe pour les mentions en produit principal (en 2018), ce qui semble

témoigner de la dimension hautement addictive et progressivement envahissante de ce produit dans les problématiques de consommation.

Tableau 2 : Répartition par produit principal des patient-es ayant introduit une demande de traitement dans les services spécialisés de la Région bruxelloise sur la période 2015-2022⁹

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Opiacés (Total)	28,9	28,2	24,3	22,3	19,4	20,9	20,2	16,6	22,4
Héroïne	23,2	23,8	19,4	17,7	15,7	15,9	15,6	13,4	18,0
Méthadone (détourné)	3,9	2,8	2,8	2,3	2,0	1,9	2,0	1,6	2,4
Buprénorphine (détourné)	0,7	0,5	0,5	0,2	0,0	0,3	0,2	0,3	0,3
Fentanyl (illicite/détourné)	0,2	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1
Opiacé non précisé	0,5	0,4	0,6	1,1	0,8	1,6	1,1	0,7	0,8
Autre opiacé	0,4	0,6	1,0	0,9	0,8	1,1	1,3	0,6	0,8
Cocaïne (Total)	15,9	18,0	20,1	25,0	25,5	26,4	26,8	27,9	23,3
Cocaïne en poudre	6,5	6,6	6,3	7,1	7,0	5,0	6,4	7,4	6,6
Crack	5,8	8,1	8,9	12,8	14,5	16,4	15,0	16,9	12,3
Cocaïne non précisée	3,6	3,3	4,9	5,1	4,0	4,9	5,4	3,6	4,4
Autre cocaïne	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Autres stimulants (Total)	1,8	1,6	2	1,8	2,2	3,0	2,3	2,1	2,0
Amphétamine	1,0	0,7	1,1	1,0	1,3	1,5	1,1	1,0	1,1
Méthamphétamine	0,2	0,3	0,3	0,4	0,6	1,1	0,8	0,6	0,5
MDMA ou dérivés	0,2	0,2	0,3	0,2	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1
Méphédronne	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0
Autre stimulant non précisé	0,3	0,3	0,2	0,1	0,2	0,2	0,3	0,3	0,2
Autre stimulant	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1
Hypnotiques et sédatifs (Total)	4,5	3,1	4,4	4,0	3,9	5,0	6,4	4,5	4,4
Barbiturique	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Benzodiazépine	4,1	2,6	3,6	3,3	3,4	4,1	5,4	3,5	3,7
GHB/GBL	0,1	0,0	0,1	0,1	0,2	0,5	0,4	0,1	0,2
Hypno-sédatif non précisé	0,2	0,3	0,5	0,3	0,3	0,4	0,5	0,7	0,4
Autre hypnotique	0,0	0,1	0,2	0,2	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1
Hallucinogènes (Total)	0,2	0,3	0,2	0,3	0,4	0,5	0,7	1,7	0,5
LSD	0,0	0,1	0,2	0,0	0,1	0,0	0,1	0,2	0,1
Kétamine	0,1	0,0	0,0	0,3	0,3	0,3	0,6	1,4	0,4
Hallucinogène non précisé	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0
Autre hallucinogène	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Inhalants volatiles	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1
Cannabis (Total)	12,1	11,2	12,7	10,9	11	9,3	9,9	12	11,2
Marijuana	4,3	3,3	4,4	4,7	4,0	3,7	3,2	5,7	4,2
Haschisch	2,2	2,4	1,7	1,4	2,2	1,3	0,9	1,2	1,7
Cannabis non précisé	5,4	5,5	6,6	4,7	4,8	4,3	5,8	5,1	5,3
Autre cannabis	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Alcool	36,5	35,5	36,4	35,6	36,8	34,3	32,7	33,1	35,1
Autre produit	0,1	2,0	0,2	0,3	0,3	0,7	0,8	1,6	0,8

Source : Sciensano

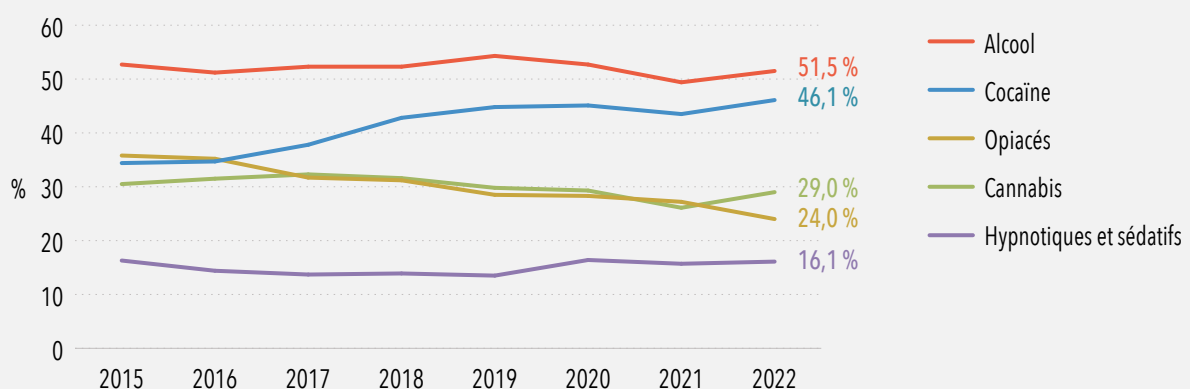
LA HAUSSE DE L'USAGE DE COCAÏNE : UN PHÉNOMÈNE GÉNÉRAL ET MULTIFACTORIEL

L'augmentation de l'usage de cocaïne est un phénomène observé en Région bruxelloise depuis plusieurs années (voir Régnier, Stévenot et Hogge, 2023), mais qui touche aussi l'ensemble de la Belgique ainsi que la plupart des pays européens (EMCDDA, 2019). Cette hausse des usages est mise en évidence par des enquêtes de prévalence qui se base sur les consommations auto-rapportées, mais aussi par des analyses objectives des métabolites que l'on peut quantifier dans les eaux usagées collectées et acheminées vers les stations d'épuration des villes (EMCDDA, 2023). L'augmentation est surtout perceptible à partir de 2016, et elle est croissante dans de nombreux pays, dont la Belgique. Cet accroissement de l'usage se traduit également par une hausse des demandes de traitement pour usage problématique de cocaïne, laquelle est observée depuis plusieurs années dans de nombreux pays européens (Antoine *et al.*, 2021). Cette évolution se marque à la fois au niveau de l'usage de la cocaïne en poudre que du crack (cocaïne basée), mais en Belgique la situation est surtout visible au niveau du crack.

Cette évolution de l'usage de cocaïne est assurément favorisée par l'augmentation de la disponibilité et de la pureté du produit en Europe, qui s'explique par différents facteurs (EMCDDA, 2018) : augmentation de la culture de coca en Amérique du Sud (notamment liée à une diminution des opérations de destruction des cultures), amélioration et rationalisation des procédés de transformation des feuilles de coca en

cocaïne, augmentation de la transformation de la cocaïne en sa forme chlorhydrate directement dans les pays européens (ce qui facilite sa dissimulation lors de la phase d'importation), diversification des modes d'acheminement et d'approvisionnement des consommateurs (cryptomarchés, call-center avec livraison à domicile, applications pour crypter les communications ...). L'offre croissante de cocaïne ne peut à elle seule expliquer l'augmentation de son usage. Il est probable que celle-ci soit également liée à l'impact grandissant du néolibéralisme sur les valeurs sociétales et le fonctionnement social (en particulier dans la sphère du travail), qui sont de plus en plus imprégnées par l'injonction à la performance et l'individualisme compétitif. L'usage de psychostimulants n'est en effet pas le seul apanage des usages récréatifs, et certaines personnes en consomment de manière à améliorer leurs performances scolaires, professionnelles, sportives ou même sociales. Plusieurs professions sont d'ailleurs considérées comme particulièrement concernées par rapport à l'usage de psychostimulants, telles que les métiers de la restauration, de la communication ainsi que des arts et spectacles (INPES, 2010). Quant à l'augmentation de l'usage de crack, elle est probablement favorisée par la grande précarité, qui gagne des tranches de plus en plus importantes de la population. En effet, ce produit semble davantage consommé par les publics précarisés (e.g. Cross *et al.*, 2001; Palamar *et al.*, 2015).

Figure 4 : Évolution de la proportion de patient-es (en %) ayant introduit une demande de traitement dans les services spécialisés de la Région bruxelloise sur la période 2015-2022, par produit problématique



Source : Sciensano

Les analyses suivantes visent à fournir une description détaillée du profil des patient-es par produit principal, pour les 4 produits les plus souvent mentionnés comme produit principal, à savoir l'alcool, la cocaïne, les opiacés et le cannabis. À titre complémentaire, nous détaillerons également, mais de manière plus succincte, les profils des patient-es ayant introduit une demande de traitement pour les médicaments hypno-sédatifs, la kétamine et la prégabaline (Lyrica®), à nouveau en produit principal. Pour chacune de ces substances, des variables sociodémographiques et de consommation seront analysées, de même que les caractéristiques des demandes. Les analyses porteront dans un premier temps sur les données récoltées en 2022 afin de fournir un éclairage sur les profils actuels des patient-es. Dans un second temps, des analyses de tendances seront proposées afin d'épingler les évolutions notables identifiées sur la période 2015-2022. Enfin, un tableau récapitulatif et comparatif sera proposé afin de synthétiser, par produit principal, les profils distinctifs des patient-es ayant introduit une demande de traitement en 2022.



5.1. ALCOOL

L'alcool est le produit le plus souvent mentionné comme produit principal par les patient-es ayant introduit une demande de traitement en 2022 dans les centres spécialisés en assuétudes de la Région

bruxelloise. Il est ainsi mentionné en produit principal par 32 % des patient-es (n=671).

PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE

En 2022, la majorité des patient-es ayant introduit une demande de traitement pour un usage problématique d'alcool en produit principal sont des hommes (79,3 %). Les patient-es sont majoritairement âgé-es de 25 à 54 ans (79,5 %). Un peu plus d'une moitié de ces demandeur-euses vit dans un domicile fixe (57,3 %). L'autre moitié se répartit entre la vie en institution (15,5 %), dans la rue (12,6 %), en prison (8,4 %) ou dans des logements variables (5,4 %). La majorité des patient-es vit avec des revenus de remplacement tels qu'une indemnité de maladie ou d'invalidité (39,1 %), un revenu minimum ou une aide du CPAS (14,1 %) ou une allocation de chômage (10,6 %), voire ne dispose pas de revenu propre (13,2 %). Enfin, les patient-es en traitement pour une problématique d'alcool n'ont pour la plupart pas dépassé le niveau des études secondaires (68,9 %). Une minorité de patients est encore aux études/en formation (1,7 %), mais on retrouve aussi une petite proportion de personnes retraitées (4,5 %). Les personnes ayant introduit une demande de traitement pour une problématique d'alcool en produit principal sont donc nombreuses à présenter des vulnérabilités sur le plan socioéconomique (Figure 5).

PROFIL DES DEMANDES

En 2022, parmi les patient-es ayant introduit une demande de traitement pour une problématique d'alcool en produit principal, seul un tiers (35,4 %) n'avait pas d'antécédents thérapeutiques. Près de la moitié des patient-es sont en traitement de leur propre initiative, et un peu plus d'un tiers (36,2 %) suite à une réorientation émanant d'un autre service (médical,

psychologique ou social). Seule une minorité des patient-es sont en traitement suite à la demande d'un proche (7,4 %) ou de la justice (7,2 %). La majorité des prises en charge sont réalisées en centres ambulatoires (67,4 %), les prises en charge en centres bas seuil (19,5 %) ou résidentiels (13,1 %) étant moins fréquentes.

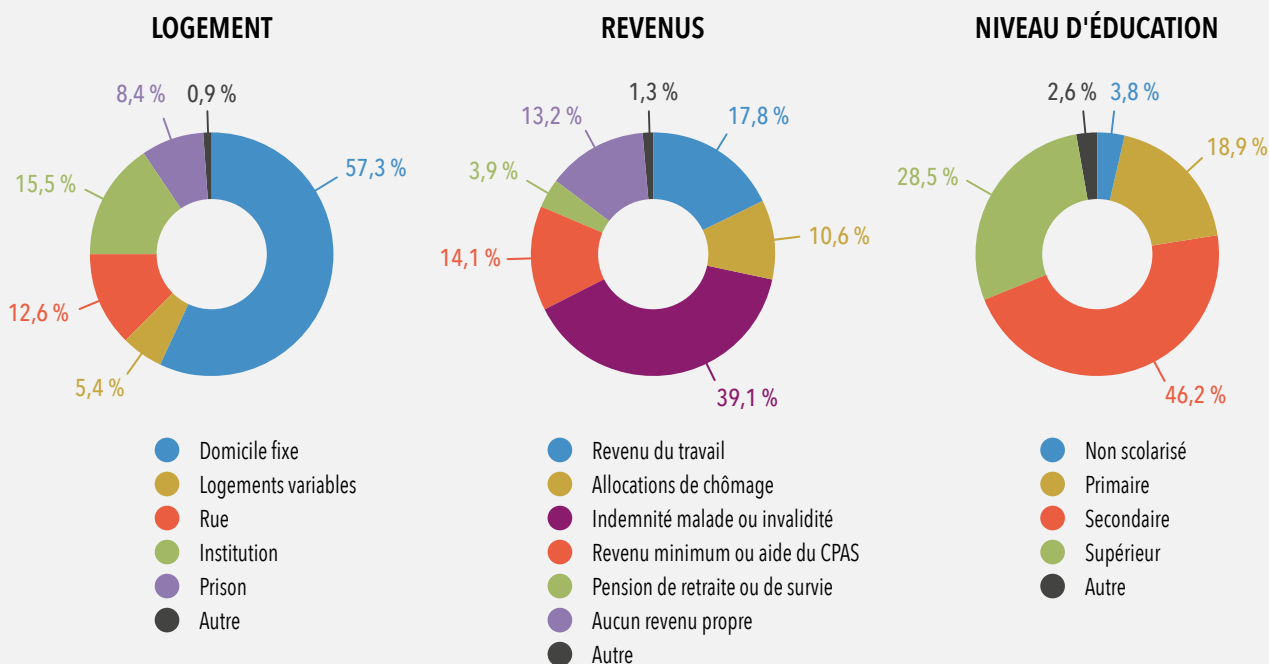
PROFIL DE CONSOMMATION

L'âge moyen de la première consommation d'alcool est de 18,9 ans ($SD^{10} = 8,2$, âge médian = 16¹¹). Cependant, l'âge de cette première consommation varie grandement selon les personnes (entre 10 ans et 62 ans). La majorité des patient-es (70,5 %) a déclaré consommer de l'alcool au moment de l'introduction de la demande de traitement, et un peu moins de la moitié (41,4 %) en consomme de manière quotidienne. Toutefois, une portion non négligeable de patient-es (29,5 %) a déclaré ne pas en avoir consommé au cours des 30 derniers jours (Figure 6). Il peut notamment s'agir de prise en charge en post-cure ou de patient-es abstinents qui souhaitent reconsulter en raison d'une nouvelle fragilité qui pourrait réenclencher la consommation.

¹⁰ Standard Deviation (écart-type en français). Il s'agit d'une mesure de dispersion des valeurs observées dans l'échantillon. Plus la distribution est dispersée, c'est-à-dire moins les valeurs sont concentrées autour de la moyenne, plus l'écart-type est élevé.

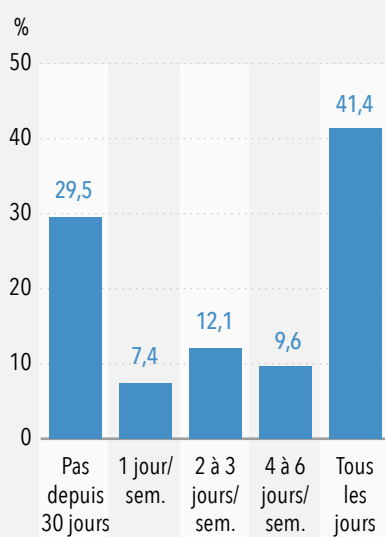
¹¹ Ce chiffre indique qu'à 16 ans, 50 % de l'échantillon aurait déjà consommé de l'alcool.

Figure 5 : Répartitions (en %) des caractéristiques de logement, de revenu et de niveau d'éducation des patient-es pris-es en charge pour une problématique d'alcool en produit principal dans les services spécialisés de la Région bruxelloise, 2022



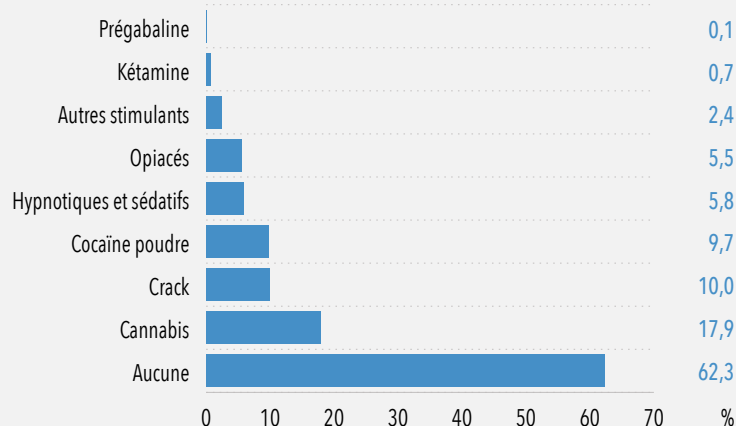
Source : Sciensano

Figure 6 : Répartition (en %) de la fréquence de consommation d'alcool au cours des 30 derniers jours chez les patient-es pris-es en charge dans les services spécialisés de la Région bruxelloise, 2022



Source : Sciensano

Figure 7 : Pratiques de polyconsommation chez les patient-es identifiant l'alcool comme produit principal dans les services spécialisés de la Région bruxelloise, 2022



Source : Sciensano

Seule une minorité (6 %) de patient-es en traitement pour une problématique d'alcool en produit principal a déclaré avoir déjà eu recours à l'injection au cours de la vie. Iels sont en revanche plus nombreux-euses à évoquer une polyconsommation problématique¹² (37,7 %). Les autres

produits les plus consommés de manière problématique sont, par ordre d'importance (Figure 7), la cocaïne (21,2 %, dont 10 % de crack) et le cannabis (17,9 %), les hypnotiques et les opiacés et étant moins souvent évoqués (5,8 % et 5,5 % respectivement).

¹² On entend par polyconsommation problématique le fait qu'un-e patient-e indique plusieurs produits comme étant problématiques lors de l'introduction

de la demande de traitement, indépendamment de la présence d'un produit problématique. Nous ne sommes pas en mesure de savoir à quelle fréquence le patient-e les consomme de manière combinée.

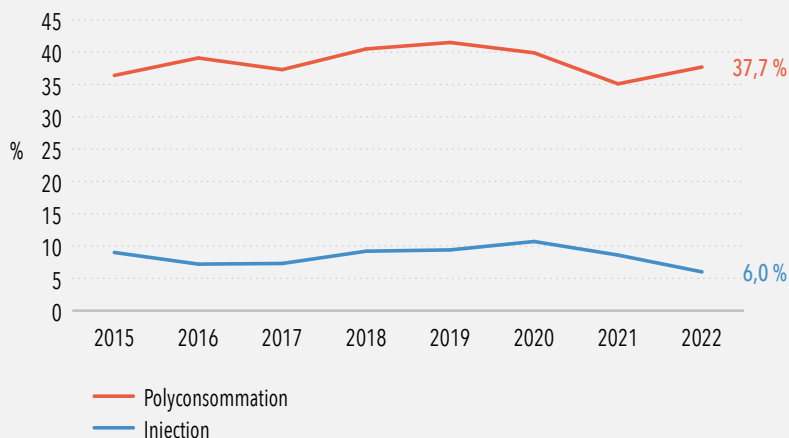
ÉVOLUTION MARQUANTE SUR LA PÉRIODE 2015-2022

La proportion de patient-es en demande de traitement pour l'alcool en produit principal est relativement stable sur la période 2015-2022, tout comme la proportion de patient-es mentionnant l'alcool en produit problématique (principal ou secondaire). Les caractéristiques sociodémographiques des patient-es sont également relativement stables sur cette période, tant en ce qui concerne le genre, la situation de logement et la situation de revenus. On observe en revanche une légère et progressive augmentation de la proportion de patient-es ayant un diplôme d'études supérieures entre 2015 et 2022 (22,5 % contre 29,1 %), mais cette augmentation n'est pas statistiquement significative. Une augmentation à la limite de la significativité ($p=0,04$) de l'âge moyen des patient-es est constatée entre 2015 (41 ans) et 2022 (43 ans). L'origine des demandes de traitement ne fluctue pas non plus au cours du temps. En revanche, on observe une augmentation significative de la proportion de patients sans antécédents thérapeutiques entre 2015 et 2022 (26,8 % versus 35,4 %).

Au niveau des variables de consommation, la proportion de polyconsommateur-rices est stable dans le temps (Figure 8). L'âge du premier usage d'alcool est également stable sur cette période (vers 18-19 ans

en moyenne), tout comme la proportion de recours à l'injection (quelle que soit la substance) au cours de la vie (Figure 8).

Figure 8 : Évolution de la prévalence de l'injection sur la vie et des polyconsommations problématiques chez les patient-es ayant introduit une demande de traitement pour l'alcool en produit principal dans les services spécialisés de la Région bruxelloise, 2015-2022



Source : Sciensano

LES LIENS ENTRE NIVEAU SOCIOÉCONOMIQUE ET CONSOMMATION D'ALCOOL

Les études épidémiologiques observent généralement que la consommation d'alcool est plus répandue et plus régulière chez les personnes qui ont un niveau socioéconomique (NSE) élevé, en particulier chez les hommes (voir par exemple Beard *et al.*, 2016 ; Collins, 2016). Pourtant, on observe paradoxalement un gradient social inversé entre le NSE et la morbidité/mortalité liées à l'alcool (e.g. Collins, 2016 ; Mäkelä & Paljärvi, 2008 ; Probst *et al.*, 2014, 2021)¹³. Autrement dit, alors qu'elles consomment moins de boissons alcoolisées, les personnes ayant un faible NSE sont susceptibles de souffrir davantage de leur consommation. Ce phénomène est connu sous le nom de paradoxe des méfaits liés à l'alcool (*alcohol harm paradox*). Plusieurs hypothèses, qui ne sont pas mutuellement exclusives, permettent d'expliquer ce paradoxe. Premièrement, la

consommation problématique d'alcool peut freiner l'ascension sociale (e.g. échec durant les études) ou engendrer un déclassement social (e.g. perte d'emploi). Deuxièmement, les effets nocifs de l'alcool sont maximisés en présence de certains problèmes de santé (e.g. obésité, tabagisme, diabète, troubles de la santé mentale,) que l'on retrouve plus fréquemment chez les personnes ayant un NSE bas. Ainsi, les personnes ayant un NSE bas souffrent davantage de leur consommation d'alcool parce qu'elles sont déjà en moins bonne santé. Troisièmement, cette association peut aussi s'expliquer par l'impact délétère des inégalités sociales sur la santé, que l'on nomme communément inégalités sociales de santé. En effet, les personnes ayant un NSE bas ont une moins bonne littératie en santé et donc une moindre connaissance des risques liés à l'alcool, des moyens de les réduire et des formes d'aide disponibles en cas d'usage problématique, mais peuvent également présenter plus de difficultés à mettre en place des mécanismes d'auto-régulation de la consommation. Elles

ont également moins de ressources sociales sur lesquelles s'appuyer en cas d'usage problématique, et moins de ressources matérielles pour limiter l'impact de l'usage sur la santé ou être prises en charge en cas d'usage problématique. Elles sont aussi davantage exposées à des conditions de vie (conditions matérielles, pollution chimique et sonore) et de travail (exposition au stress, pénibilité physique) défavorables à la santé, qui peuvent interagir négativement avec la consommation excessive d'alcool. Enfin, les personnes ayant un faible NSE présentent plus fréquemment des problématiques connexes (économique, logement, ...) qui les fragilisent et les rendent plus vulnérables au risque de développement ou de maintien d'un usage problématique. L'étude des associations entre NSE, consommation d'alcool et mortalité/morbidité liées à l'alcool reste toutefois complexe, et d'autres variables telles que, l'origine ethnique, ou encore le genre et l'âge sont susceptibles de moduler leurs interactions (voir Collins, 2016, pour une revue ; voir aussi, Beard *et al.*, 2016).

¹³ En revanche, il ne semble pas y avoir d'impact du statut socio-économique durant l'enfance sur le mésusage ultérieur d'alcool. Toutefois, très peu d'études se sont intéressées à cette question (voir Wiles *et al.*, 2007).



5.2. COCAÏNE

La cocaïne¹⁴ est, après l'alcool, le deuxième produit le plus souvent mentionné comme produit problématique principal par les patient-es ayant introduit une demande de traitement en 2022 dans les centres spécialisés en assuétudes de la Région bruxelloise. Il est ainsi mentionné en produit principal par 26,8 % des patient-es (n=561). Dans la plupart des cas (60,4 %), il s'agit d'usage problématique de crack (N=339), la cocaïne en poudre étant nettement moins concernée (26,6 % ; N=149)¹⁵. Les profils des patient-es ayant introduit une demande de traitement pour un usage problématique

- 14 Sous forme de poudre ou sous forme de cocaïne base dit aussi crack (dérivé de cocaïne obtenu par ajout d'ammoniac ou de bicarbonate de soude et d'eau que l'on porte à ébullition).
- 15 Dans 13 % des cas, il n'était pas précisé s'il s'agissait de cocaïne en poudre ou de crack.

de crack et de cocaïne en poudre étant sensiblement différents, nous les avons traités séparément.



5.2.1. CRACK

PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE

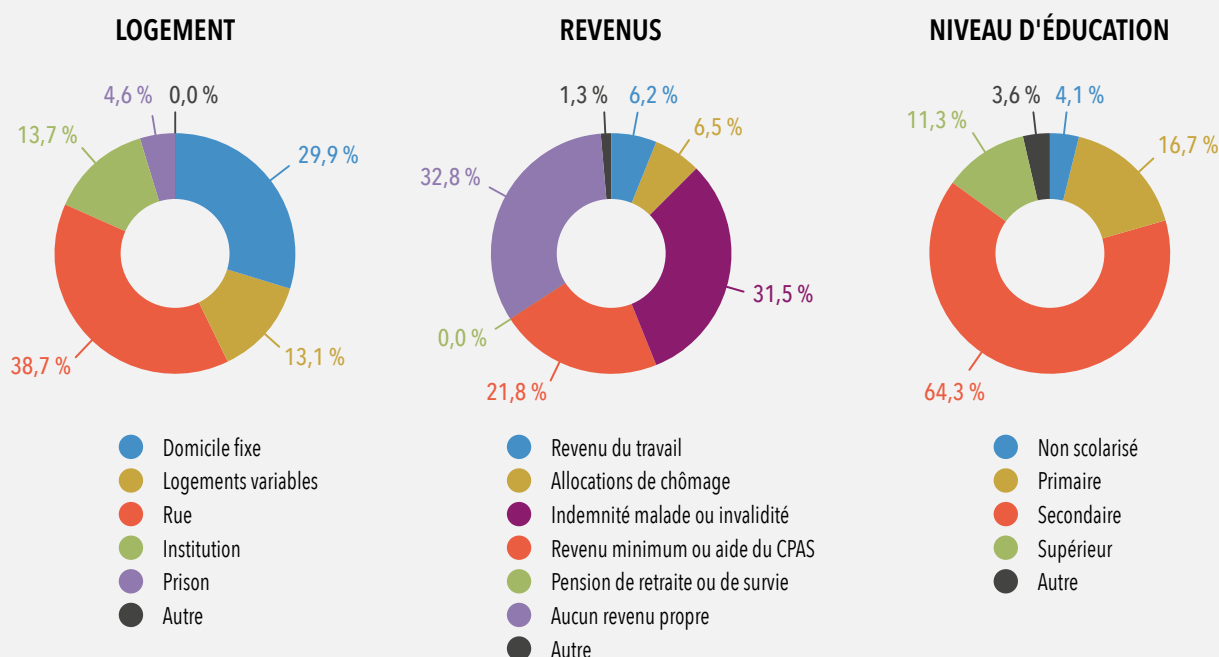
En 2022, la majorité des patient-es ayant introduit une demande de traitement pour un usage problématique de crack en produit principal sont des hommes (83,2 %). Les patient-es sont majoritairement âgé-es de 25 à 54 ans (90,3 %), la moyenne d'âge étant de 38,71 ans (SD= 8,76, âge médian = 39 ans). Globalement, ces patient-es présentent fréquemment des vulnérabilités sur le plan socioéconomique. Ainsi, moins d'un tiers des demandeur-euses vit dans un domicile fixe (29,9 %), plus d'un tiers vit à la rue (38,7 %) et le dernier tiers se répartit entre la vie en institution (13,5 %),

en prison (4,6 %) ou dans des logements variables (13,1 %). La majorité des patient-es vit avec des revenus de remplacement tels qu'une indemnité de maladie ou d'invalidité (31,5 %), un revenu minimum ou une aide du CPAS (21,8 %), une allocation de chômage (6,5 %) ou ne dispose pas de revenus propres (32,8 %). Enfin, ces patient-es n'ont pour la plupart pas dépassé le niveau des études secondaires (85,1 %). Seule une minorité est encore aux études/en formation (2,5 %), et aucun-e n'est retraité-e (Figure 9).

PROFIL DES DEMANDES

En 2022, parmi les patient-es ayant introduit une demande de traitement pour une problématique de crack en produit principal, seule une très faible minorité (14,8 %) n'avait pas d'antécédents thérapeutiques. La grande majorité des patient-es sont en traitement de leur propre initiative (80,1 %), probablement parce que les usager-es de crack sont particulièrement impacté-es par leur consommation et vivent en situation de grande précarité dont iels souhaitent s'extraire. Seule une minorité des patient-es ont été réorienté-es via un autre service

Figure 9 : Répartitions (en %) des caractéristiques de logement, de revenus et de niveaux d'éducation des patient-es pris-es en charge pour une problématique de crack en produit principal dans les services spécialisés de la Région bruxelloise, 2022



Source : Sciensano

(médical, psychologique ou social – 12 %), un proche (4,8 %) ou la justice (2,1 %). La moitié des patient-es sont pris-es en charge en centres bas seuil (51,9 %), près d'un tiers en centres résidentiels (29,8 %) et un cinquième en structures ambulatoires (18,3 %).

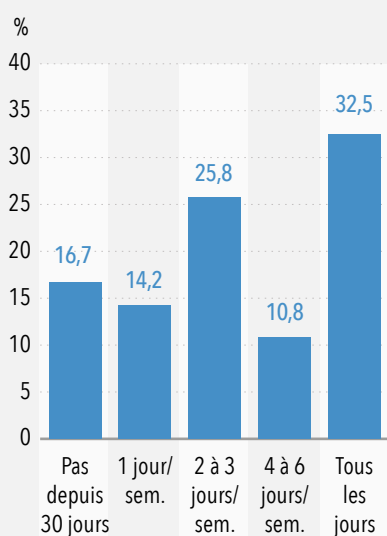
PROFIL DE CONSOMMATION

L'âge moyen de la première consommation de crack est de 23 ans (SD = 7,54, âge médian = 22 ans), mais cette première consommation varie grandement selon les patient-es (entre 12 ans et 53 ans). La majorité des patient-es (83,3 %) a déclaré consommer du crack au moment de l'introduction de la demande de traitement, et près d'un tiers (32,5 %) de manière quotidienne (Figure 10). Une petite portion (16,7 %) a déclaré être en situation d'abstinence au cours des 30 derniers jours. Le mode de consommation privilégié est l'inhalation (97,9 %). Bien que l'injection de crack ne soit pas rapporté comme étant le mode de consommation habituel pour ce produit, 14,8 % des patient-es déclarent avoir déjà pratiqué l'injection au moins une fois au cours de leur vie (voir Tableau 2).

Parmi ces dernier-es, 60 % auraient déjà partagé des seringues¹⁶.

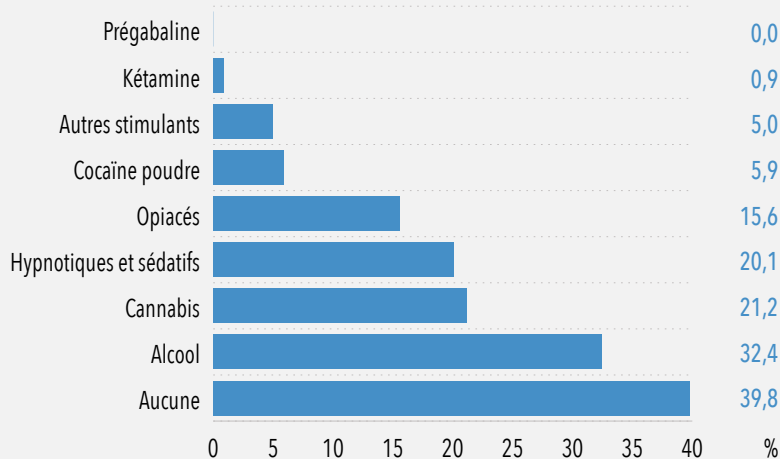
Parmi les patient-es en demande de traitement pour une consommation problématique principale de crack, une majorité (60,2 %) déclare avoir également un usage problématique d'autres produits (Figure 11), le plus souvent d'alcool (32,4 %), de cannabis (21,2 %), d'hypno-sédatifs (20,1 %), et d'opiacés (15,6 %). La consommation d'alcool est fréquente chez les usager-es de cocaïne/crack car elle en intensifie et prolonge les effets euphorisants. Cette association augmente en revanche les risques cardiovasculaires, en raison de la production d'un métabolite actif (cocaéthylène) qui est particulièrement cardiotoxique (voir par exemple ; Bunn & Giannini, 1992 ; Zucoloto *et al.*, 2020). L'usage d'hypno-sédatifs, de cannabis et d'opiacés permet quant à lui de diminuer l'état d'excitation psycho-physiologique induit par la cocaïne lorsque l'usager-e souhaite s'apaiser (par exemple, afin de faciliter l'endormissement).

Figure 10 : Répartition (en %) de la fréquence de consommation de crack au cours des 30 derniers jours chez les patient-es pris-es en charge dans les services spécialisés de la Région bruxelloise, 2022



Source : Sciensano

Figure 11 : Pratiques de polyconsommation chez les patient-es identifiant le crack comme produit principal dans les services spécialisés de la Région bruxelloise, 2022



Source : Sciensano

¹⁶ Cette estimation doit être prise avec précaution en raison du nombre élevé de non-réponses.



5.2.2. COCAÏNE EN POUDRE

PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE

En 2022, la majorité des patient-es ayant introduit une demande de traitement pour un usage problématique de cocaïne (poudre) en produit principal sont des hommes (81,1 %). Les patient-es sont généralement âgé-es de 25 à 54 ans (87,6 %). Ce public semble moins précarisé que les patient-es en traitement pour un usage problématique de crack en produit principal (Figure 12). Ainsi, un peu plus de la moitié des patient-es vit dans un domicile fixe (52,4 %). L'autre moitié se répartit entre la vie en institution (6,1 %), dans la rue (13,6 %), dans des logements variables (6,8 %), et près d'un cinquième était en prison durant le mois qui a précédé l'introduction de la demande (21,1 %). Une proportion non négligeable de patient-es

bénéficie de revenus du travail (40,9 %) ou de revenus de remplacement tels qu'une indemnité de maladie ou d'invalidité (23,4 %), un revenu minimum ou une aide du CPAS (16,8 %), ou, plus rarement, une allocation de chômage (2,9 %). Seule une minorité ne dispose pas de revenu propre (12,4 %). Enfin, les patient-es en traitement pour un usage problématique de cocaïne en poudre en produit principal n'ont pour la plupart pas dépassé le niveau des études secondaires (74,6 %). Même s'il présente des vulnérabilités sur le plan socioéconomique, ce public semble largement moins précarisé que celui en demande de traitement pour une problématique d'usage de crack. Les deux produits ne semblent donc pas attirer les mêmes profils d'usager-es.

PROFIL DES DEMANDES

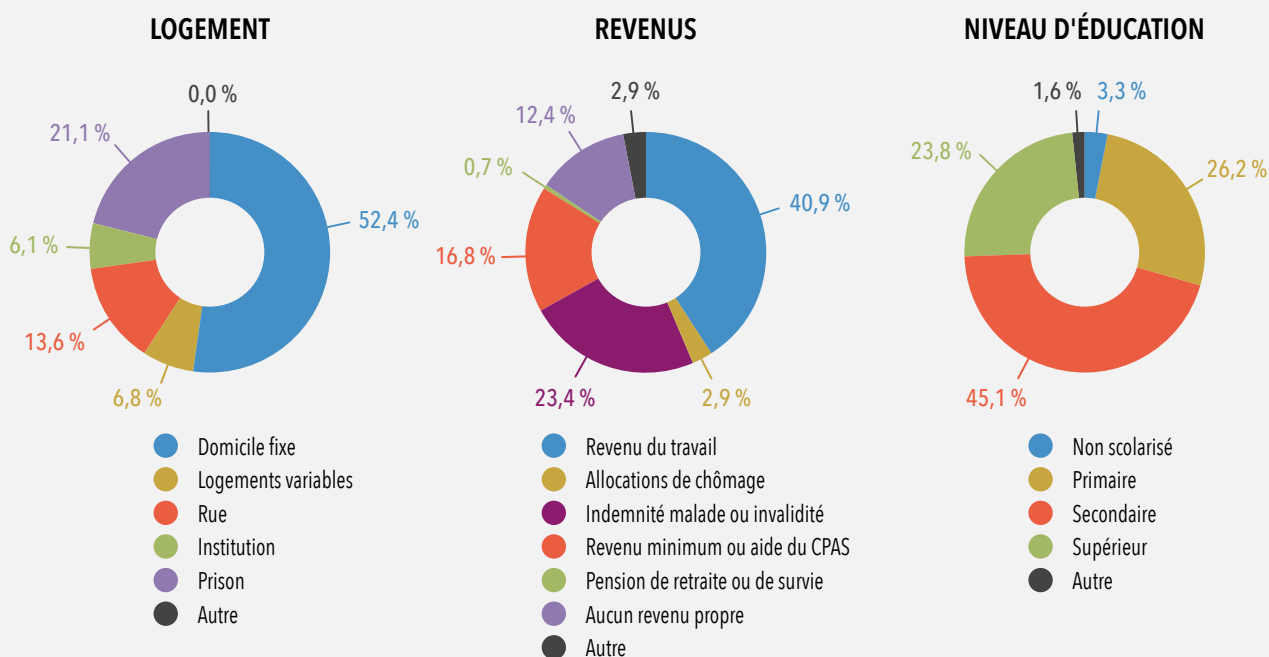
En 2022, parmi les patient-es ayant introduit une demande de traitement pour une problématique de cocaïne (en poudre) en produit principal, plus de la moitié (57,9 %) n'avait pas d'antécédents thérapeutiques,

un constat qui diffère grandement de ce que l'on observait chez les patient-es en traitement pour un usage problématique de crack, où la présence d'antécédents thérapeutiques est la norme. Plus de la moitié des patient-es sont en traitement de leur propre initiative (59,7 %), alors qu'un peu plus d'un cinquième (22,9 %) ont été réorienté-es via un autre service (médical, psychologique ou social). Seule une minorité des patient-es sont en traitement sous l'impulsion d'un proche (9,7 %) ou de la justice (7,6 %). La majorité des prises en charge sont réalisées en centres ambulatoires (63,8 %), les prises en charge pour ce produit étant nettement moins fréquemment en centres bas seuil (28,9 %) et, surtout, résidentiels (7,4 %).

PROFIL DE CONSOMMATION

L'âge moyen de la première consommation de cocaïne en poudre est de 25,1 ans (SD=8,37, âge médian = 22 ans). La majorité des patient-es (88,4 %) a déclaré consommer ce produit au moment de l'introduction de la demande de traitement, et un peu plus d'un tiers (33,3 %) de manière quotidienne. Seule une petite portion de

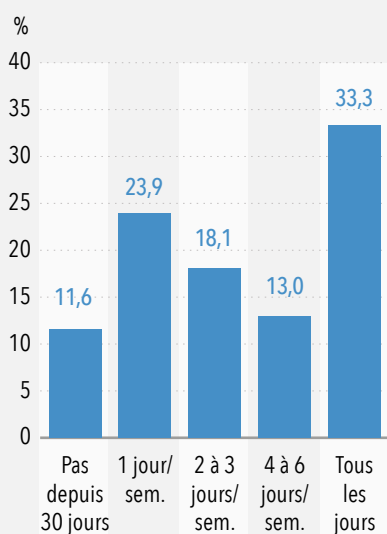
Figure 12 : Répartitions (en %) des caractéristiques de logement, de revenu et de niveau d'éducation des patient-es pris-es en charge pour une problématique de cocaïne en poudre en produit principal dans les services spécialisés de la Région bruxelloise, 2022



Source : Sciensano

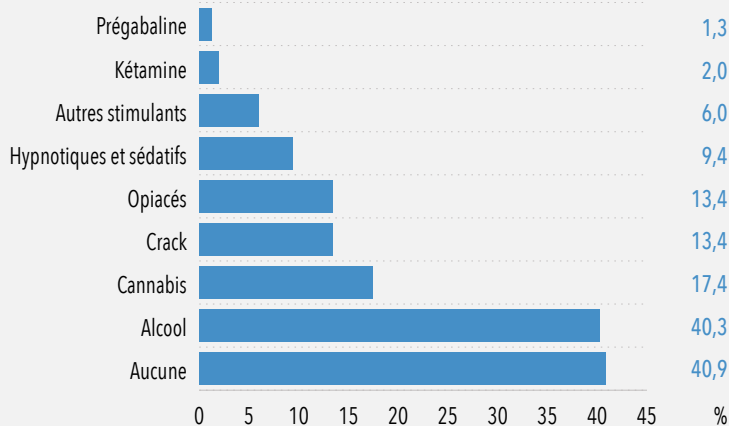
patient-es (11,6 %) a déclaré ne pas en avoir consommé au cours des 30 derniers jours (Figure 13). Le mode de consommation privilégié pour la cocaïne en poudre est le snif/inhalation (85,2 %), mais l'injection est le mode de consommation de prédilection pour un-e patient-e sur dix (12,7 %). Par ailleurs, 16,9 % des patient-es décrivent avoir déjà pratiqué l'injection au moins une fois au cours de leur vie (Tableau 3).

Figure 13 : Répartition (en %) de la fréquence de consommation de cocaïne (en poudre) au cours des 30 derniers jours chez les patient-es pris-es en charge dans les services spécialisés de la Région bruxelloise, 2022



Source : Sciensano

Figure 14 : Pratiques de polyconsommation chez les patient-es identifiant la cocaïne en poudre comme produit principal dans les services spécialisés de la Région bruxelloise, 2022



Source : Sciensano

Parmi les patient-es en traitement pour une consommation problématique de cocaïne en produit principal, une majorité (59,1 %) déclare avoir également un usage problématique d'autres produits, le plus souvent d'alcool (40,3 %), de cannabis (17,4 %), d'opiacés (13,4 %), de crack (13,4 %) et d'hypno-sédatifs (9,4 %) (Figure 14).

ÉVOLUTIONS MARQUANTES SUR LA PÉRIODE 2015-2022

Comme nous l'avons déjà signalé, la proportion de patient-es en demande de traitement pour la cocaïne en produit principal est en augmentation sur la période 2015-2022 (+12,1 %), tout comme la proportion de patient-es mentionnant la cocaïne en produit problématique (principal ou secondaire ; +11,7 %). La Figure 15 met bien en évidence que cette augmentation s'explique exclusivement par l'augmentation de la proportion de patient-es en traitement pour une problématique d'usage de crack, la proportion de patient-es ayant introduit une demande de traitement pour un usage problématique de poudre de cocaïne étant relativement stable dans le temps.

La proportion de femmes est en diminution chez les patient-es en traitement pour un usage problématique de crack en produit principal (elle est passée de 25,7 % à 16,3 % entre 2015 et 2022), alors qu'elle est stable pour la cocaïne en poudre. Cette diminution

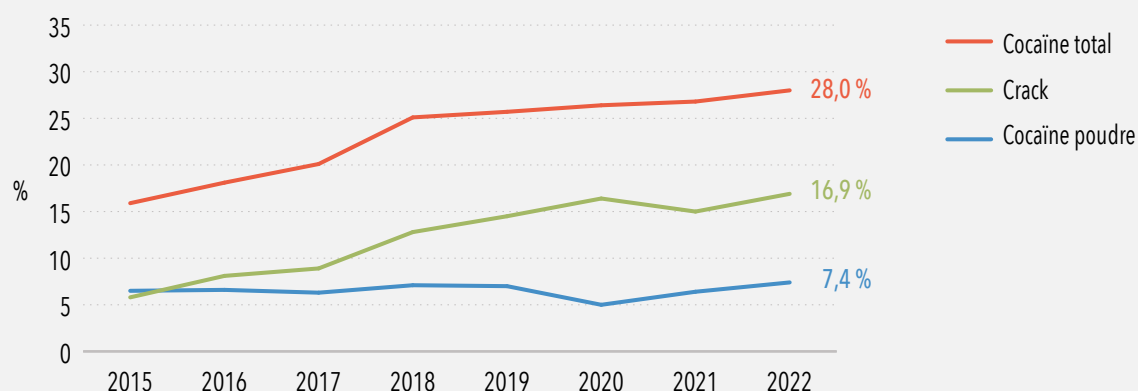
est effective depuis 2018. On observe aussi sur cette période une précarisation de la population demandeuse de traitement pour une problématique de crack. En effet, la proportion de patient-es ayant un domicile fixe et un revenu de travail a grandement diminué entre 2015 (respectivement 51 % et 29,4 %) et 2022 (respectivement 28,9 % et 6,2 %). À l'inverse, la proportion de patient-es vivant en rue a augmenté (13,7 % en 2015 *versus* 37,5 % en 2022), de même que la proportion de patient-es vivant sans revenu propre (11,8 % en 2015 contre 32,8 % en 2022). Chez les usager-es de cocaïne en poudre, on observe uniquement une diminution significative de la proportion de patient-es ayant un domicile fixe, laquelle est passée de 68,2 % à 52,4 % entre 2015 et 2022. En revanche, on n'observe aucune évolution du niveau d'éducation pour ces deux produits.

Cette tendance à la précarisation pourrait être le simple reflet d'une plus grande capacité des centres bas seuil à absorber ce type d'usager-es. En effet, en 2015, les centres bas seuil n'englobaient que 24,8 % des demandes de traitement pour le crack en produit principal, contre 51,9 % en 2022. Mais il est également possible que le crack, en raison de sa plus grande disponibilité au niveau du trafic de rue¹⁷, se répand davantage au niveau des publics précarisés en contact avec le milieu de la rue (e.g. sans abris, jeunes en errance, personnes en séjour illégal).

Des tendances contradictoires s'observent au niveau des antécédents de traitement : les primo-demandes sont en baisse pour le crack (33,3 % en 2015 contre 14,8 % en 2022), alors qu'elles sont en augmentation pour la cocaïne poudre (35,6 % en 2015 contre 57,9 % en 2022). Ce pattern pourrait être le reflet des évolutions suivantes : l'usage de crack se répand davantage auprès des publics précarisés, au niveau desquels il est plus compliqué de mettre en place une prise en charge qui permet une abstinence sur le long terme ou une reprise de contrôle

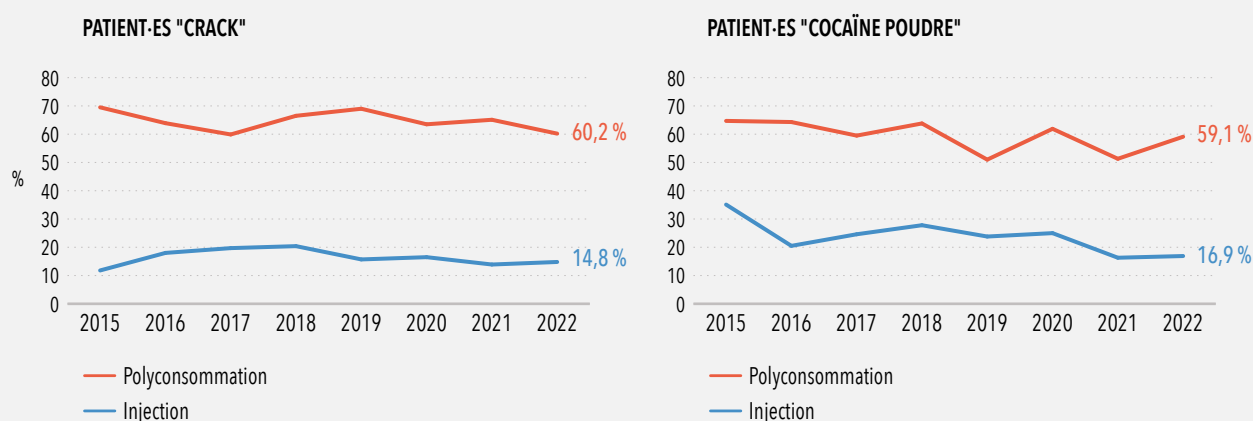
¹⁷ Pendant de nombreuses années, les consommateur-rices de crack avaient pris l'habitude de produire le propre crack à partir de cocaïne et d'ammoniac ou de bicarbonate de soude, une opération nommée « basage ». Si cette pratique existe toujours chez les consommateur-rices, le marché de rue prévoit désormais la vente de « caillou » prêts à la consommation, ce qui peut faciliter les primo-consommations chez les personnes précarisées en contact avec le marché de rue.

Figure 15 : Évolution de la proportion de patient-es en demande de traitement pour usage problématique de crack et de cocaïne en poudre¹⁸ en produit principal dans les services spécialisés de la Région bruxelloise, 2015-2022



Source : Sciensano

Figure 16 : Évolution de la prévalence de l'injection sur la vie et des polyconsommations problématiques chez les patient-es ayant introduit une demande de traitement pour le crack et la cocaïne en poudre en produit principal dans les services spécialisés de la Région bruxelloise, 2015-2022



Source : Sciensano

de la consommation, qui dispenseraient la personne de devoir à nouveau consulter pour un traitement. L'usage de cocaïne sous forme de poudre est en augmentation dans la population générale à Bruxelles (voir Gisle & Drieskens, 2018). Même si cela ne traduit pas par une augmentation des demandes de traitement (voir supra, voir aussi Antoine, 2023, pour la situation au niveau belge), il est possible que l'élargissement de la consommation de cocaïne se répercute sur des usages problématiques qui touchent désormais aussi de nouveaux publics qui présentent moins fréquemment des antécédents d'usage problématique avec historique de traitement. Néanmoins et

pour rappel, on observe peu d'évolution au niveau du profil sociodémographique des patient-es en traitement pour usage problématique de cocaïne en poudre, ce qui ne plaide pas en faveur de cette hypothèse d'un élargissement des usages problématiques à de nouveaux publics, même si on ne peut à ce stade l'exclure.

Enfin, on observe une diminution du recours à l'injection chez les usager-es de cocaïne (en poudre) en produit principal (35,1 % en 2015 contre 16,9 % en 2022), ce qui n'est pas le cas chez les usager-es de crack où la pratique reste stable (Figure 16). La proportion de polyconsommations

problématiques est quant à elle restée relativement stable durant cette période, tant chez les patient-es en traitement pour un usage problématique de cocaïne poudre que de crack (Figure 16).

¹⁸ La catégorie «cocaïne total» regroupe la cocaïne en poudre, le crack et les cas sans précision sur le type de cocaïne consommé.



5.3. OPIACÉS

Les opiacés¹⁹ constituent, après l'alcool et la cocaïne, la troisième classe de produit la plus souvent mentionnée comme produit principal par les patient-es ayant introduit une demande de traitement en 2022 dans les centres spécialisés en assuétudes de la Région bruxelloise. Cette classe de produit est ainsi mentionnée en produit principal par 16,2 % des patient-es (n=338). La majorité des demandes mentionnant un opiacé en produit principal réfère à un usage problématique d'héroïne (80,2 %, n=271) ou, dans une bien moindre mesure, de méthadone (9,5 %, n=32)²⁰.

19 Classe de produits qui inclut l'héroïne, la méthadone, la buprénorphine, la morphine, ainsi que les opioïdes de synthèse tels que l'oxycodone, le tramadol et le fentanyl.

20 Les autres cas portent sur un usage problématique d'un opiacé non précisé (4,4 %, n=15) ou d'un autre

PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE

En 2022, la majorité des patient-es ayant introduit une demande de traitement pour un usage problématique d'opiacés en produit principal sont des hommes (89 %). Les patient-es sont généralement âgé-es de 25 à 54 ans (87,4 %), la moyenne d'âge étant de 42,2 ans (SD=9,5, âge médian = 42 ans). Il s'agit de la classe de produit pour laquelle la proportion de femmes est la plus petite.

Globalement, les personnes ayant introduit une demande de traitement pour une problématique d'opiacés en produit principal présentent souvent des vulnérabilités sur le plan socioéconomique (Figure 17). Ainsi, moins de la moitié des demandeur-euses vit dans un domicile fixe (48 %), alors qu'une proportion non négligeable vit dans la rue (21,1 %), en institution (13,5 %), dans des logements variables (10,1 %) ou en prison (6,7 %). La majorité des patient-es vit avec des revenus de remplacement tels qu'une indemnité de maladie ou d'invalidité (24 %), un revenu

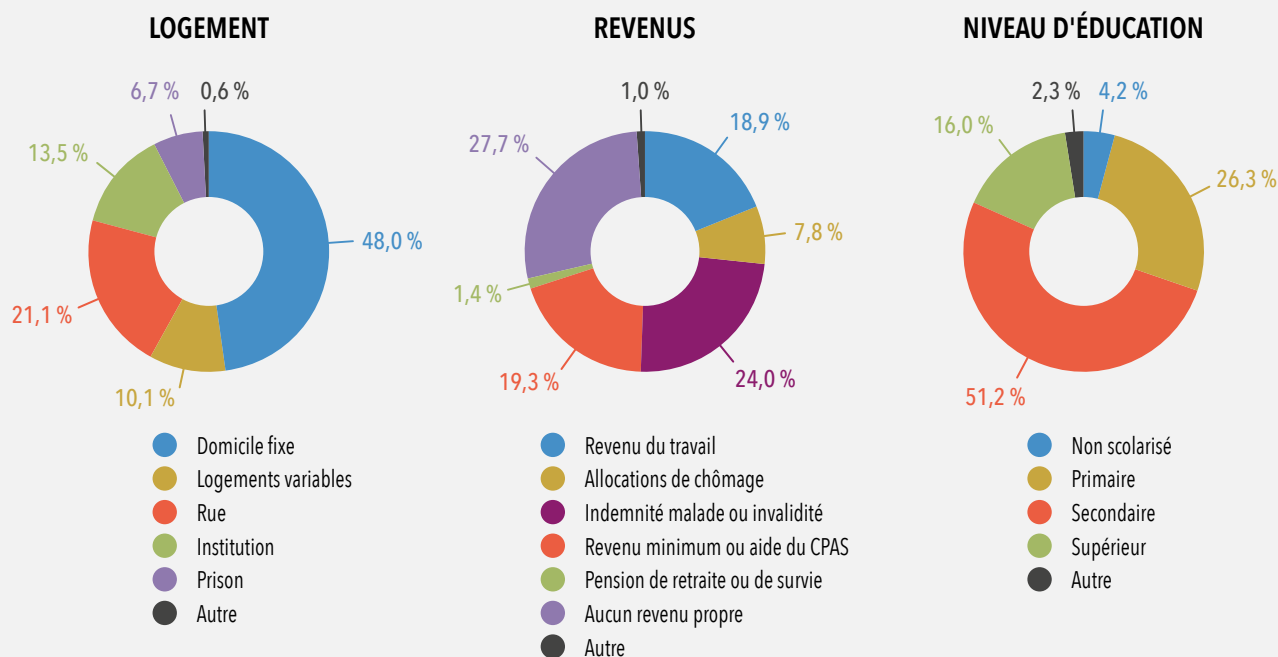
opiacé tels que la buprénorphine (1,8 %, n=6), le tramadol (0,9 %, n=3), l'oxycodone (0,6 %, n=2), la codéine (0,6 %, n=2), le fentanyl (0,3 %, n=1) ou encore d'opium (0,9 %, n=3).

minimum ou une aide du CPAS (19,3 %), une allocation de chômage (7,8 %), voire ne dispose pas de revenu propre (27,7 %). Enfin, ces patient-es n'ont pour la plupart pas dépassé le niveau des études secondaires (81,7 %). Une minorité de patient-es est encore aux études/en formation (1,7 %) ou à la retraite (1,7 %).

PROFIL DES DEMANDES

En 2022, parmi les patient-es ayant introduit une demande de traitement pour une problématique d'opiacés en produit principal, seule une minorité (7,6 %) n'avait pas d'antécédents thérapeutiques. Parmi les patient-es avec antécédents thérapeutiques, la grande majorité (96,6 %) a déjà bénéficié d'un traitement de substitution, le plus souvent d'un traitement agoniste des récepteurs opioïdes à base de méthadone (87,2 %) ou de buprénorphine (23,3 %), qui a été initié en moyenne lorsque les patient-es avaient 30 ans. Il s'est donc écoulé en moyenne 7 ans entre la première consommation d'opiacés et l'initiation du traitement par agonistes opioïdes chez les patient-es en ayant déjà bénéficié.

Figure 17 : Répartitions (en %) des caractéristiques de logement, de revenu et de niveau d'éducation des patient-es pris-es en charge pour une problématique d'opiacés en produit principal dans les services spécialisés de la Région bruxelloise, 2022



Source : Sciensano

Les opiacés sont de loin la substance principale pour laquelle la proportion de patient-es ayant des antécédents thérapeutiques est la plus grande. Ce constat peut s'expliquer par quatre facteurs qui ne sont pas mutuellement exclusifs : 1) le profil addictogène de ce type de substance (susceptible d'induire à la fois une dépendance psychologique et physique) augmente le risque de développement d'une addiction sévère aux conséquences importantes ; 2) il existe des traitements de substitution pour la dépendance aux opiacés, qui sont à la fois accessibles dans des services spécialisés (médicalisés) et auprès de médecins généralistes ; 3) les usager-es d'héroïne sont fréquemment porteur-euses de vulnérabilités psychosociales et économiques, qui rendent plus compliqué le maintien de l'abstinence, l'utilisation adéquate du traitement par agonistes opioïdes ou encore le retour à un usage non addictif ; 4) on semble assister actuellement à un plus faible renouvellement de la population d'usager-es d'opiacés et en particulier d'héroïne dans la population générale. Cette hypothèse est confortée par le fait que la population de patient-es usager-es d'opiacés en produit principal rencontrés dans les

services spécialisés en assuétudes bruxellois a grandement vieilli sur la période 2015-2022 (+4 ans ; voir ci-dessous).

La grande majorité des patient-es sont en traitement de leur propre initiative (61,5%), et près d'un quart (22,8%) suite à la réorientation d'un autre service (médical, psychologique ou social). Seule une minorité des patient-es sont en traitement à la demande d'un-e proche (14,1%) ou de la justice (1,3%). La majorité des prises en charge est réalisée en centres bas seuil (60,1%) ou ambulatoires (27,8%), plus rarement en structure résidentielle (12,1%).

PROFIL DE CONSOMMATION

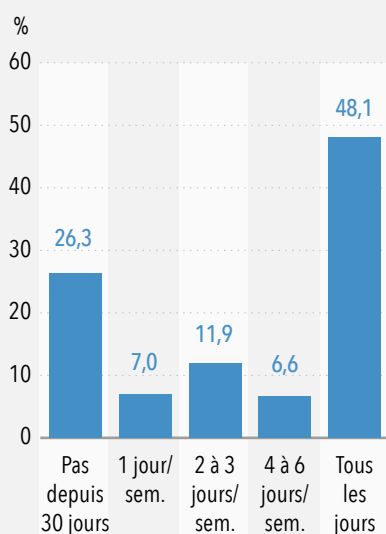
L'âge moyen de la première consommation d'opiacés est de 22,9 ans (SD= 7,05, âge médian = 22 ans). La majorité des patient-es (73,7 %) ont déclaré consommer des opiacés au moment de l'introduction de la demande de traitement, et quasiment la moitié (48,1 %) de manière quotidienne. Enfin, près d'un quart des patient-es (26,3 %) a déclaré être en situation d'abstinence d'usage d'opiacés au cours des 30 derniers jours (Figure 18). Cela semble indiquer que la

demande ne poursuit pas systématiquement un objectif de stabilisation/diminution ou d'arrêt de la consommation, mais vise aussi dans bon nombre de cas le maintien de l'abstinence (en particulier via l'initiation et la maintenance d'un traitement de substitution adéquat).

Le mode de consommation privilégié par les patient-es est l'inhalation (60,2 %), mais 15,5 % d'entre eux déclarent habituellement consommer leur produit par injection. Près de la moitié des patient-es (43,7 %) déclare d'ailleurs avoir déjà eu recours à l'injection au cours de leur vie. Et parmi ceux-ci, plus de la moitié (53,5 %) déclarent avoir déjà partagé des seringues.

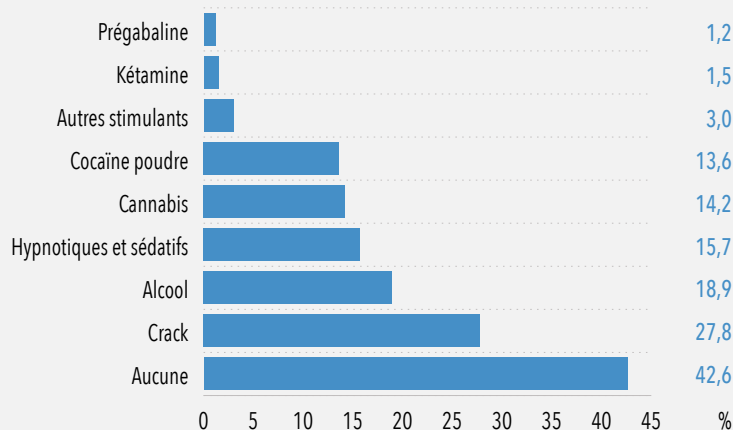
Enfin, plus de la moitié (57,4 %) des patient-es ayant introduit une demande de traitement pour une consommation problématique principale d'opiacés rapportent également un usage problématique d'autres produits, le plus souvent de crack (27,8 %) ou, dans une moindre mesure, d'alcool (18,9 %), de médicaments hypno-sédatifs (15,7 %), de cannabis (14,2 %) ou de cocaïne en poudre (13,6 % ; Figure 19). L'usage problématique de prégabaline est en revanche très

Figure 18 : Répartition (en %) de la fréquence de consommation d'opiacés au cours des 30 derniers jours chez les patient-es pris-es en charge dans les services spécialisés de la Région bruxelloise, 2022



Source : Sciensano

Figure 19 : Pratiques de polyconsommation chez les patient-es identifiant les opiacés comme produit principal dans les services spécialisés de la Région bruxelloise, 2022



Source : Sciensano

peu rapporté ici (1,2 %)²¹, alors que la littérature suggère que le fait de présenter un trouble lié à l'usage d'opiacés est un important facteur de risque de mésusage de prégabaline, dans la mesure où ce produit semble apporter à ces usager-es un bénéfice sur le plan psychologique et somatique (sociabilité accrue, réduction de l'anxiété et des affects négatifs, amélioration de la confiance en soi, réduction des symptômes de sevrage ; Brennan & Van Hout, 2020 ; Evoy *et al.*, 2021). Lorsque l'on envisage l'association entre usage problématique d'opiacés et de prégabaline sans tenir compte d'un éventuel produit principal, il apparaît que l'usage problématique de prégabaline a même tendance à être plus fréquemment rapporté (sur la période 2015-2022) par les patient-es qui ne rapportent pas d'usage problématique d'opiacés que chez ceux qui en rapportent (1,2 % *versus* 0,7 %, $p=0,02$)²². Plus précisément, l'usage problématique de prégabaline est le plus souvent rapporté par les patient-es en

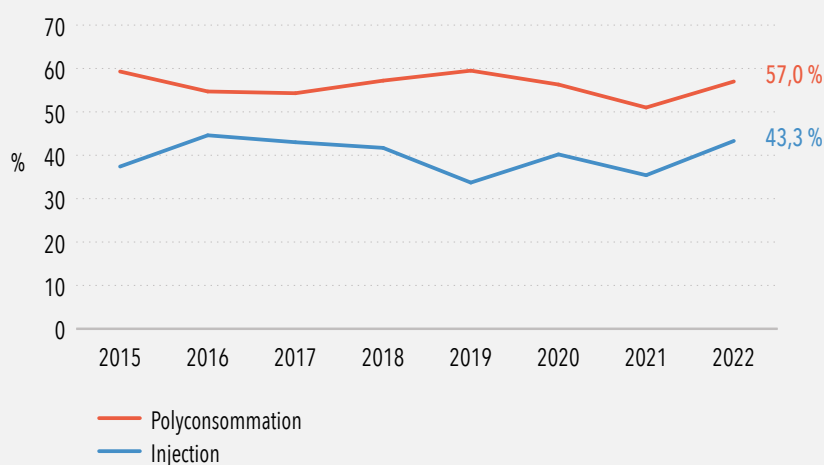
traitement pour un usage problématique d'hypno-sédatifs en produit principal (dans 9,9 % des cas sur la période 2015-2022, et dans 26,4 % des cas en 2022).

ÉVOLUTIONS MARQUANTES SUR LA PÉRIODE 2015-2022

Comme nous l'avons déjà signalé, la proportion de patient-es en demande de traitement pour les opiacés en produit principal est en diminution sur la période 2015-2022 (-12,3 %), tout comme la proportion de patient-es mentionnant les opiacés en produit problématique (principal ou secondaire ; -11,8 %). On observe également une diminution de la proportion de patient-es primo-demandeur-ses pour un usage problématique d'opiacés (qui est passée de 16 % en 2015 à 7,6 % en 2022), ainsi qu'une augmentation de l'âge des patient-es (l'âge moyen étant passé de 38 ans en 2015 à 42,2 ans en 2022). Ces constats convergent vers l'existence d'un vieillissement et d'un non-renouvellement de la population d'usager-es d'opiacés. En revanche, on n'observe pas de différence au niveau des autres variables (notamment l'injection et la polyconsommation problématique ; [Figure 20](#)).

-
- 21 On ne peut exclure un éventuel biais de sous-rapportage, ce produit ne figurant pas formellement dans la liste des produits investigués dans le TDI. Il est en effet uniquement comptabilisé sur base des mentions spontanées dans la catégorie « autres produits ».
- 22 Nous avons effectué l'analyse sur l'ensemble de la période 2015-2022 en raison du nombre limité de patient-es rapportant un usage problématique de prégabaline. La différence observée en 2022 (3,6 % *versus* 2,2 %) n'est pas significative.

Figure 20 : Évolution de la prévalence de l'injection sur la vie et des polyconsommations problématiques chez les patient-es ayant introduit une demande de traitement pour les opiacés en produit principal dans les services spécialisés de la Région bruxelloise, 2015-2022



Source : Sciensano

L'USAGE PROBLÉMATIQUE DE MÉDICAMENTS OPIOÏDES : UN PHÉNOMÈNE SOUS-DIAGNOSTIQUÉ ?

En Belgique, selon les données Pharmanet en population générale, le nombre de personnes ayant reçu une prescription remboursée (hors pharmacies hospitalières) d'un opioïde de palier 2 ou 3 (selon l'échelle antalgique de l'OMS) a quasiment doublé entre 2005 et 2021 passant de 573.104 patient-es à 1.100.519 (ce qui correspond désormais à environ 10 % de la population belge). L'opioïde le plus prescrit en Belgique est de loin le tramadol, et les médicaments à base de ce dernier sont les plus concernés par cette augmentation : en 2005, 343.368 patient-es ont reçu une prescription de tramadol, contre 703.502 en 2021 (soit plus du double), et en ce qui concerne les médicaments à base de tramadol et paracétamol, 137.804 patient-es en ont reçu une prescription en 2005, contre 396.352 en 2021 (soit près du triple). Le nombre de patient-es ayant reçu une prescription de fentanyl est quant à lui passé de 39.367 en 2005 à 67.146 en 2021, soit près du double. Mais l'augmentation la plus spectaculaire se situe au niveau du nombre de patient-es ayant reçu une prescription d'oxycodone, qui est passé de 2.713 en 2007²³ à 81.911 en 2021 (soit 30 fois plus). Le nombre de doses définies journalières (DDD)²⁴ d'opioïdes délivrés a lui aussi forcément augmenté au cours de cette période, passant de 40.600.703 doses en 2005 à 70.104.194 en 2021 pour l'ensemble de la Belgique (soit une moyenne de 63,7 DDD par patient-e par année). En Région bruxelloise, le nombre de doses définies journalières d'opioïdes prescrits était de 4.668.672 en 2020 et de 4.714.508 en 2021.

Dans la littérature scientifique, on estime qu'entre 8 % et 12 % des patient-es bénéficiant d'une prescription de médicaments opioïdes évolueraient vers la dépendance (Vowles *et al.*, 2015). Si certaines formes de dépendance peuvent être d'une sévérité relativement limitée et ne pas entraîner d'impact spectaculaire dans la vie du/de la patient-e (ce qui les rend par ailleurs moins perceptibles du point de vue des professionnel·les de la santé), les dérives nord-américaines nous rappellent à quel point il faut être vigilant par rapport au caractère addictogène de ces médicaments, en particulier du fentanyl et de l'oxycodone²⁵. Pourtant, actuellement, à l'échelle du TDI, le nombre de patients pris en charge pour une problématique de médicaments opioïdes en produit principal dans les services spécialisés de la Région bruxelloise est particulièrement limité, si on exclut les mésusages des traitements agonistes opioïdes²⁶. Ainsi, en 2022, seul-es 8 patient-es ont mentionné avoir un usage problématique de ce type de médicaments en produit principal, ce qui correspond à 0,4 % de l'ensemble des patient-es et à 2,4 % des patient-es ayant mentionné un usage problématique d'opiacés en produit

principal. Ces proportions sont stables au cours de la période 2015-2022.

Néanmoins, si on élargit l'analyse à l'ensemble de produits problématiques (qu'ils soient principaux ou secondaires), il apparaît que la proportion d'évocations de médicaments opioïdes est un peu plus élevée que lorsque l'on se focalise uniquement sur le produit principal (1,4 % de l'ensemble des patient-es en 2022). Cette proportion est toutefois relativement stable dans le temps (elle était de 1 % en 2015). En outre, lorsque l'on envisage cette proportion à l'échelle des patient-es en traitement pour une problématique d'opiacés en produit principal, celle-ci est d'une part beaucoup plus élevée, et à surtout progressivement augmenté entre 2015 et 2022 (3,9 % contre 8,9 %), le tramadol étant le médicament opioïde le plus souvent cité (dans 37 % des cas en 2022). Autrement dit, chez les personnes qui ont un usage problématique d'opiacés en produit principal, l'usage problématique de médicaments opioïdes s'observe davantage actuellement que par le passé. Il est bien entendu possible que cet usage problématique soit alimenté par la circulation de médicaments opioïdes sur le marché noir, ce produit pouvant servir de dépanne en cas d'accès plus difficile ou limité à l'héroïne, mais on ne peut exclure que certain-es patient-es aient développé un usage problématique, voire une pharmacodépendance, au départ de prescriptions officielles.

En outre, il est possible que les services spécialisés en assuétudes (et les hôpitaux²⁷) ne soient pas le type de service qui « capture » le plus les demandes de traitement liées à une pharmacodépendance, ou que celle-ci soient actuellement sous-diagnostiquée. Dans le cas de la pharmacodépendance aux benzodiazépines, le nouveau dispositif d'aide au sevrage progressif mis en place en février 2023 révèle que la pharmacodépendance à ce type de produits est effectivement plus répandue que ne le suggèrent les demandes de traitement enregistrées au niveau du TDI, puisque près de 4.000 patient-es bénéficient déjà de ce type d'accompagnement au sevrage²⁸. Il est probable que des constats similaires puissent être objectivés pour les médicaments opioïdes.

.....
23 Cette molécule n'était pas commercialisée en Belgique avant cette période.

24 La DDD (ou Defined Daily Dose) est une unité standardisée qui correspond à la dose d'entretien moyenne présumée par jour pour un médicament utilisé dans son indication principale chez l'adulte.

25 Ces deux médicaments sont actuellement relativement peu prescrits en Belgique, comparativement à d'autres molécules telles que le tramadol. Le fentanyl n'est d'ailleurs disponible pour le grand public que sous la forme de patch transdermique, ce qui en limite fortement le risque de mésusage.

26 On ne peut exclure un éventuel biais de sous-rapportage, certains opioïdes (e.g. tramadol, oxycodone) ne figurant pas formellement dans la liste des produits investigués dans le TDI. Ils sont en effet uniquement comptabilisés sur base des mentions spontanées dans la catégorie « autres produits ».

.....
27 Lorsque l'on examine les demandes de traitement introduites en structure hospitalière, les demandes de traitement pour un usage problématique de médicaments opioïdes restent également rares, mais la proportion d'usage problématique de médicaments opioïdes est particulièrement importante au sein des patients en traitement pour un usage problématique d'opiacés en produit principal. Ainsi, dans les hôpitaux bruxellois en 2022, seulement 5 patient-es ont mentionné avoir un usage problématique de médicaments opioïdes en produit principal, ce qui correspond à 0,5 % de l'ensemble des patient-es mais à 12,8 % des patient-es ayant mentionné un usage problématique d'opiacés en produit principal. Lorsqu'on élargit l'analyse à l'ensemble de produits problématiques (qu'ils soient principaux ou secondaires), il apparaît que la proportion d'évocations de médicaments opioïdes est un peu plus élevée que lorsque l'on se focalise uniquement sur les demandes en produit principal (1,2 % de l'ensemble des patient-es en 2022 et 30,8 % des patient-es ayant mentionné un usage problématique d'opiacés en produit principal).

28 <https://www.lespecialiste.be/fr/actualites/plan-laquo-sevrage-benzodiazepines-nbsp-raquo-nbsp-3700-nbsp-patients-ont-commence-depuis-le-mois-de-mars-2023.html>



5.4. CANNABIS

Le cannabis est le quatrième produit le plus souvent mentionné comme produit principal par les patient-es ayant introduit une demande de traitement en 2022 dans les centres spécialisés en assuétudes de la Région bruxelloise. Ce produit est ainsi mentionné en produit principal par 11,7 % des patient-es (n=245).

PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE

En 2022, la majorité des patient-es ayant introduit une demande de traitement pour un usage problématique de cannabis en produit principal sont des hommes (86 %). Les patient-es sont généralement âgés de moins de 45 ans (87,8 %), la moyenne d'âge étant de 32,9 ans (SD= 9,62, âge médian = 32 ans). La présence

de vulnérabilités socioéconomiques est moins répandue que pour les autres produits (Figure 21). Ainsi, la majorité des demandeur-euses vit dans un domicile fixe (60 %), et seule une faible proportion vit dans la rue (6,7 %), en institution (5,4 %) ou dans des logements variables (4,2 %). En revanche, une proportion importante de patient-es a vécu en prison durant les 30 jours précédant la demande de traitement (23,8 %)²⁹. Nous ne sommes pas en mesure de savoir si l'usage problématique de cannabis était antérieur à l'incarcération ou s'il s'est développé en milieu carcéral. La consommation de ce produit en milieu carcéral est en effet particulièrement élevée (voir Plettinckx *et al.*, 2023 ; Van Malderen, Pauwels, Walthoff-Borm, Glibert, & Todts, 2013³⁰), probablement parce qu'elle procure

aux détenu-es des moments d'évasion mentale ainsi qu'un moyen de lutte contre l'ennui et contre les affects négatifs liés aux conditions de vie. On ne peut pas non plus exclure que certains de ces usages puissent n'être problématiques qu'aux yeux de la justice. En effet, une analyse supplémentaire montre qu'un quart (24,6 %) des personnes en traitement pour usage problématique de cannabis ayant récemment séjourné en prison sont entrées en traitement à la demande de la justice.

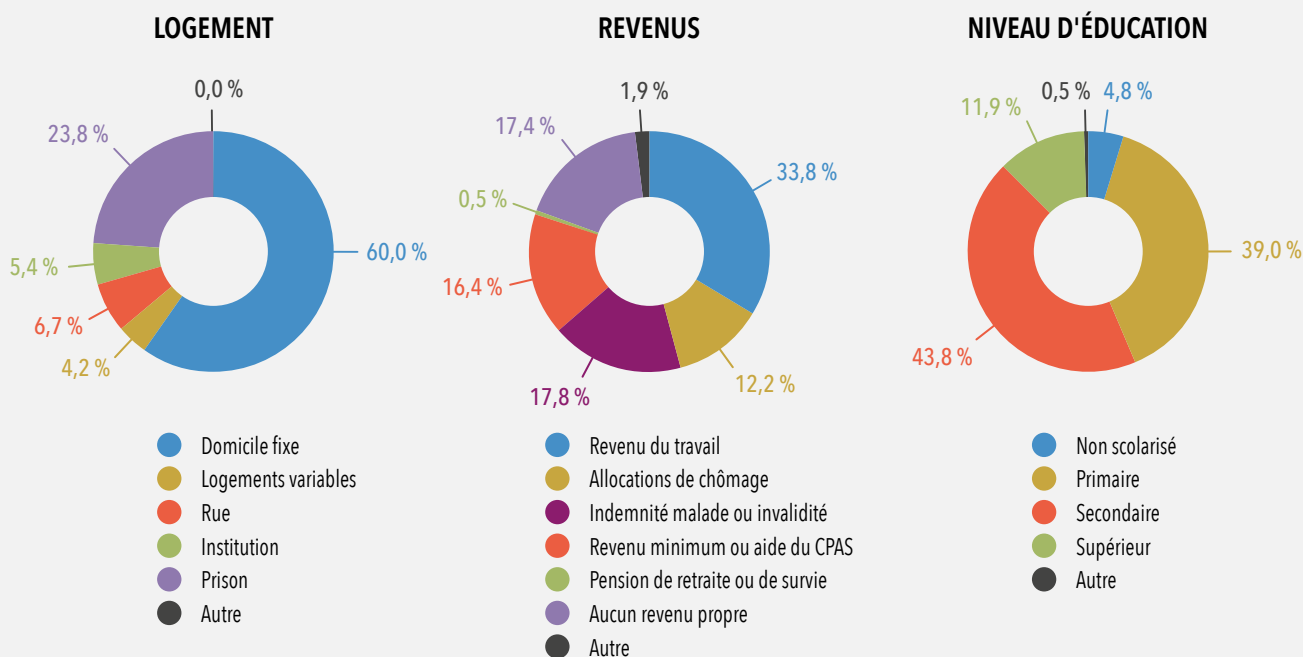
Une part non négligeable de patient-es vit avec des revenus de remplacement tels qu'une indemnité de maladie ou d'invalidité (17,8 %), un revenu minimum ou une aide du CPAS (16,4 %), une allocation de chômage (12,2 %), ou ne dispose pas de revenu propre (17,4 %). L'absence de revenus peut s'expliquer par le fait qu'une petite portion de patient-es est encore aux études ou en formation (11,5 %), et par la proportion relativement élevée de personnes incarcérées, comme nous

29 Cette proportion élevée peut s'expliquer par le fait que certains services sont spécialisés dans la prise en charge et l'accompagnement de justiciables ou de détenu-es afin d'améliorer leur santé et faciliter leur réinsertion post-pénitentiaire. Or, l'un de ces services a observé une augmentation importante des prises en charge pour le cannabis en produit principal en 2022. La proportion de patient-es ayant mentionné le cannabis en produit principal et déclarer vivre en prison au cours des 30 derniers jours se situe généralement entre 5 et 10 % les années précédentes.

30 Selon ce monitoring des risques sanitaires liés à l'usage de drogues en milieu carcéral, réalisé

en 2010 auprès d'un échantillon de détenu-es incarcéré-es dans les prisons belges, la moitié des détenu-es (49,5 %) aurait déjà consommé du cannabis au cours de leur vie, 32 % au cours de leur détention, et 5,1 % auraient même initié leur usage de cannabis en prison.

Figure 21 : Répartitions (en %) des caractéristiques de logement, de revenu et de niveau d'éducation des patient-es pris-es en charge pour une problématique de cannabis en produit principal dans les services spécialisés de la Région bruxelloise, 2022



Source : Sciensano

venons de le mentionner. La proportion de patient-es ayant dépassé le niveau des études secondaires est relativement limitée (11,9 %). En revanche, seule une minorité de patient-es est retraitée (0,5 %).

PROFIL DES DEMANDES

En 2022, parmi les patient-es ayant introduit une demande de traitement pour un usage problématique de cannabis en produit principal, la majorité (62 %) n'a pas d'antécédents thérapeutiques, une proportion nettement supérieure à celles que l'on observe pour les autres produits. Moins de la moitié des patient-es (44,4 %) ont déclaré avoir initié le traitement sur une base volontaire, et un cinquième (20,9 %) suite à une réorientation d'un autre service (médical, psychologique ou social). La proportion de patient-es en traitement suite à une demande de la justice est relativement importante (19,7 %), en particulier en comparaison des autres produits. Comme déjà évoqué, ce constat pourrait en partie s'expliquer par l'augmentation des prises en charge pour le cannabis en produit principal chez les patient-es incarcéré-es. En effet, lorsqu'on exclut de l'analyse les traitements enregistrés par les services d'aide aux

détenu-es/justiciables, la proportion de traitements impulsés par la justice diminue presque de moitié (11,2 %), mais elle reste supérieure à ce qu'on observe pour les autres produits. Il pourrait dès lors s'agir aussi d'une tendance de la justice à déployer plus volontiers l'injonction thérapeutique à l'échelle de (jeunes) usager-es intercepté-es dans l'espace public, ou à privilégier avec les jeunes le soin comme mesure probatoire. En effet, la proportion de demande de traitement émanant de la justice est supérieure chez les usager-es de 18-24 ans (30,8 %). La majorité des prises en charge pour une problématique d'usage de cannabis en produit principal est réalisée dans des centres ambulatoires (78 %), nettement moins fréquemment dans une structure bas seuil (17,1 %) ou résidentielle (4,9 %).

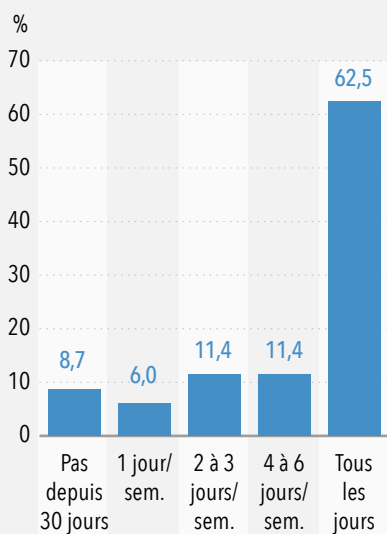
PROFIL DE CONSOMMATION

L'âge moyen de la première consommation de cannabis est de 17,1 ans (SD = 4,44, âge médian = 16 ans). La grande majorité des patient-es (91,3 %) a déclaré être consommateur-rices actif-ves au moment de l'introduction de la demande de traitement, et plus de la moitié (62,5 %) de manière

quotidienne (Figure 22). Le mode de consommation privilégié par les patient-es est sans grande surprise l'inhalation/fumette (96,6 %). La faible proportion de patient-es abstinents-es au moment de l'introduction de la demande de traitement (en particulier en comparaison aux autres produits) est probablement corollaire du fait que la prise en charge est essentiellement ambulatoire, alors que des dispositifs de cure et post-cure (imposant l'abstinence) sont davantage proposés pour les autres produits.

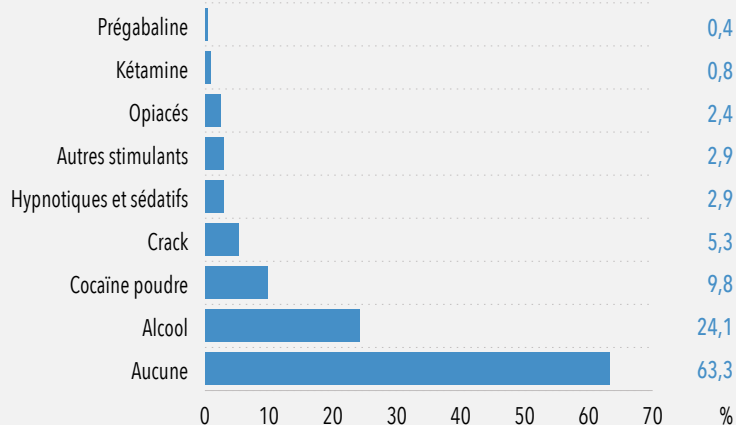
Enfin, seul un tiers (36,7 %) des patient-es ayant introduit une demande de traitement pour une consommation problématique principale de cannabis rapporte également un usage problématique d'autres produits, le plus souvent d'alcool (24,1 %), et dans une moindre mesure de cocaïne en poudre (9,8 %), de crack (5,3 %), d'hypno-sédatifs (2,9 %), de stimulants autres que la cocaïne (2,9 %) ou d'opiacés (2,4 % ; Figure 23). La kétamine et la prégabaline sont citées de manière marginale.

Figure 22 : Répartition (en %) de la fréquence de consommation de cannabis au cours des 30 derniers jours chez les patient-es pris-es en charge dans les services spécialisés de la Région bruxelloise, 2022



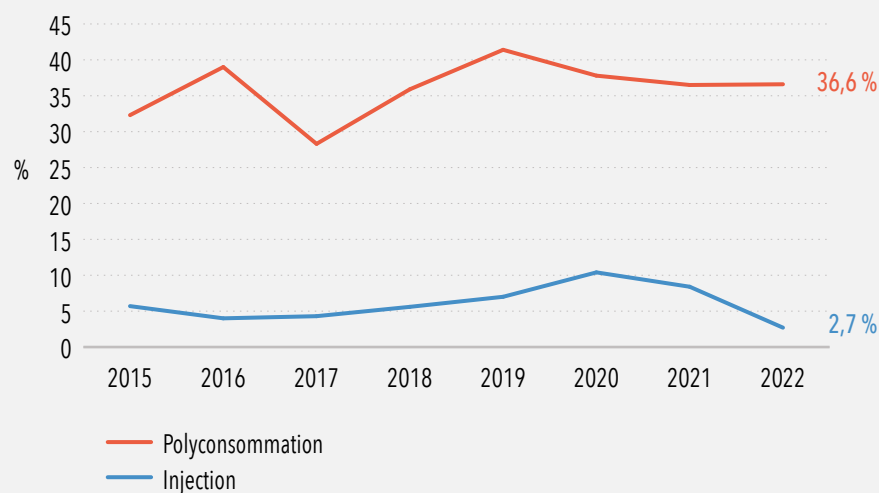
Source : Sciensano

Figure 23 : Pratiques de polyconsommation chez les patient-es identifiant le cannabis comme produit principal dans les services spécialisés de la Région bruxelloise, 2022



Source : Sciensano

Figure 24 : Évolution de la prévalence de l'injection sur la vie et des polyconsommations problématiques chez les patient-es ayant introduit une demande de traitement pour le cannabis en produit principal dans les services spécialisés de la Région bruxelloise, 2015-2022



Source : Sciensano

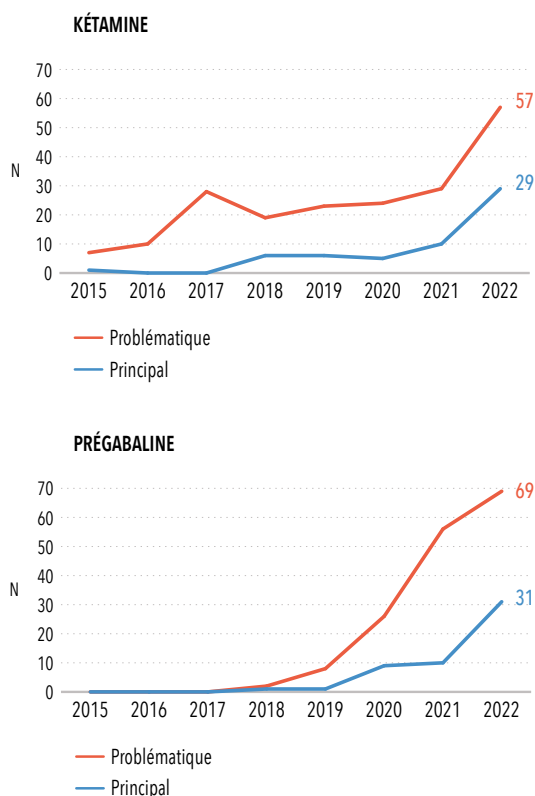
ÉVOLUTIONS MARQUANTES SUR LA PÉRIODE 2015-2022

La proportion de patient-es en demande de traitement pour le cannabis en produit principal est stable sur la période 2015-2022, tout comme la proportion de patient-es mentionnant le cannabis en produit problématique (principal ou secondaire). Le profil sociodémographique des patient-es est également stable sur cette période, à l'exception de l'augmentation (déjà discutée et uniquement observable en 2022) de la proportion de patient-es ayant vécu en prison au cours des 30 derniers jours. La proportion de patient-es vivant dans la rue a quant à elle diminué de moitié entre 2015 et 2022 (passant de 12,1 % à 6,3 %), mais la différence n'est pas statistiquement significative. En ce qui concerne les caractéristiques de la demande, on constate que les patient-es sont davantage pris-es en charge en structures ambulatoires actuellement que par le passé (77,8 % en 2022 contre 62,2 % en 2015), la tendance inverse étant observée pour les traitements résidentiels (4,9 % en 2022 contre 19,2 % en 2015). Enfin, on n'observe aucune évolution notable au niveau du profil de consommation, hormis un déclin récent de la prévalence de l'injection (voir notamment Figure 24).

LES USAGERS DE KÉTAMINE, DE PRÉGABALINE ET DE MÉDICAMENTS HYPNO-SÉDATIFS

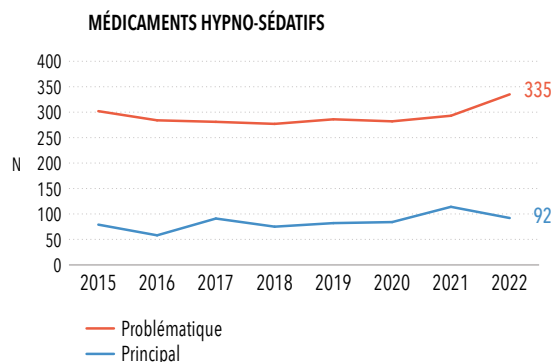
Depuis plusieurs années, différentes sources de données font état d'une consommation en hausse de kétamine, en particulier dans des contextes festifs, ainsi que de prégabaline, dans les milieux précarisés (voir Régnier, Stévenot & Hogge, 2023). Les demandes de traitement pour un usage problématique de kétamine (29 personnes en 2022) et de prégabaline (31 personnes en 2022) en produit principal restent proportionnellement peu nombreuses par rapport à celles observées pour les autres produits. Ces demandes sont toutefois en augmentation, tout comme les mentions d'usage problématique en produit principal ou secondaire (Figure 25). Les demandes de traitement pour la kétamine en produit principal sont apparues en 2018 (6 personnes) et pour la prégabaline en 2020 (9 personnes). Elles se sont depuis lors multipliées respectivement par 5 et 3.

Figure 25 : Évolution du nombre de patient-es ayant mentionné la kétamine ou la prégabaline en produit principal ou en produit problématique dans les services spécialisés de la Région bruxelloise, 2015-2022



Les profils des patient-es en demande de traitement en 2022 pour un usage problématique de ces deux substances en produit principal résumé ci-dessous et détaillés dans le [Tableau 3](#). Nous fournissons également de manière complémentaire le profil des patient-es ayant mentionnés un usage problématique de médicaments hypno-sédatifs. Le nombre de patient-es concerné par un usage problématique d'hypno-sédatifs est relativement stable au cours de la période 2015-2022, tant en ce qui concerne les mentions en produit principal que celles en produit problématique (Figure 26), mais ces produits sont nettement plus fréquemment mentionnés que la kétamine et la prégabaline, leur usage étant assurément plus répandu. Étant donné le nombre limité de patient-es concernés par un usage problématique de kétamine, de prégabaline et de médicaments hypno-sédatifs en produit principal, il n'est pas possible d'effectuer des analyses de tendances au niveau des variables de profil.

Figure 26 : Évolution du nombre de patient-es ayant mentionné un médicament hypno-sédatif en produit principal ou en produit problématique dans les services spécialisés de la Région bruxelloise, 2015-2022



KÉTAMINE

En 2022, dans les centres spécialisés en assuétudes de la Région bruxelloise, les patient-es ayant introduit une demande de traitement pour un usage problématique de kétamine en substance principale sont relativement jeunes, avec un âge moyen est de 25,9 ans (SD= 7,82 ; âge médian = 25 ans). Contrairement aux autres produits où elles sont minoritaires, les femmes représentent près de la moitié des patient-es pour ce produit (44,8 %). Les patient-es semblent moins précarisé-es que ce que l'on observe pour les autres

produits principaux. En effet, 86,2 % d'entre eux vivent dans un domicile fixe, et seule une minorité est en situation de précarité de logement (3,4 % vivent en rue et 10,3 en institution). Toutefois, seul un quart de patient-es (26,9 %) bénéficie d'un revenu de travail, alors que 42,3 % ont un revenu de remplacement et un autre quart (26,9 %) n'a pas de revenu propre. En outre, la proportion de patient-es ayant dépassé le niveau des études secondaires est relativement limitée (17,9 %). Cela s'explique en partie par le fait que l'on retrouve une proportion non négligeable d'étudiant-es (33,3 %). Au niveau du profil des demandes, celles-ci sont peu fréquemment spontanées (20,7 %) et émanent le plus souvent de services médico-psycho-sociaux (44,8 %) ou des proches (27,6 %). Ce sont les centres ambulatoires qui sont le plus souvent sollicités pour ce type de prises en charge (69 %). La moitié des patient-es (50 %) a des antécédents thérapeutiques. Au niveau du profil de consommation, l'âge moyen de la première consommation de kétamine est de 19,5 ans (SD= 6,1 ; âge médian = 17 ans). La grande majorité des patient-es (92 %) a déclaré être consommateur-ice actif-ve au moment de l'introduction de la demande de traitement, et 76 % en consomment de manière quotidienne ou presque. Les patient-es consomment principalement par snif (53,8 %) et en fumette/inhalation (34,6 %). Une minorité d'entre eux décrit avoir déjà eu recours à l'injection au cours de leur vie (7,7 %). La majorité des patient-es (72,4 %) présente une consommation problématique d'autres produits, le plus souvent de cannabis (48,3 %) ou dans une moindre mesure d'alcool (27,6 %), de cocaïne en poudre (20,7 %) ou d'hypno-sédatifs (17,2 %). En revanche, on ne retrouve chez ces patient-es aucun usage problématique d'opiacés.

PRÉGABALINE

En 2022, dans les centres spécialisés en assuétudes de la Région bruxelloise, les patient-es ayant introduit une demande de traitement pour un usage problématique de prégabaline en substance principale sont également relativement jeunes, avec un âge moyen de 30,2 ans (SD= 10,82 ; âge médian = 27,5 ans). Mais à l'inverse de ce que l'on observait pour la kétamine, la quasi-totalité des patient-es sont des hommes (96,7 %), qui présentent fréquemment des fragilités sur le plan socio-économique (44,4 % vivent dans la rue et 86,4 % n'a pas de revenus propres). Ces patient-es sont quasi systématiquement pris en charge dans les services bas seuil (96,7 %). Les demandes émanent le plus souvent des services médico-psycho-sociaux (60 %) ou de la personne elle-même (40 %). Seul un tiers des patient-es (37,5 %) a des antécédents thérapeutiques pour un problème d'assuétudes. Au niveau du profil de consommation, quasiment toutes les patient-es (93,3 %) ont déclaré consommer la prégabaline de manière quotidienne. Le mode de consommation privilégié est l'ingestion (96,6 %). Seule une faible proportion des patient-es déclarent avoir déjà eu recours à l'injection au cours de leur vie (5 %), mais une large majorité présente une polyconsommation problématique (83,9 %), le plus souvent de médicaments hypno-sédatifs (64,5 %) ou d'alcool (45,2 %), dans une moindre mesure de cannabis (32,3 %), d'opiacés (22,6 %) ou de crack (16,1 %).

MÉDICAMENTS HYPNO-SÉDATIFS

En 2022, dans les centres spécialisés en assuétudes de la Région bruxelloise, les patient-es ayant introduit une demande de traitement pour un usage problématique de médicaments hypno-sédatifs en substance principale sont âgés en moyenne de 38,4 ans (SD= 10,88 ; âge médian = 39 ans). La proportion de femmes est peu élevée (15,6 %), alors que diverses études épidémiologiques ont mis en évidence que leur consommation est proportionnellement aussi élevée, voir plus élevée que celle des hommes (voir par exemple Clark, 2015 ; Gisle *et al.*, 2020)³¹. Ces patient-es sont nombreux-euses à présenter des fragilités sur le plan socio-économique (moins de la moitié, soit 42,7 %, ont un domicile fixe et un tiers, soit 35,4 %, n'a pas de revenus propres). Un quart des patient-es (24,1 %) ont dépassé le niveau des études secondaires. Les proportions d'étudiant-es et de retraité-es sont en revanche marginales (1,7 %). Au niveau du profil des demandes, celles-ci sont le plus souvent volontaires (54,7 %) ou émanent de services médico-psycho-sociaux (33,7 %). Les centres bas seuil sont le plus souvent sollicités par ce type de prises en charge (54,3 %), suivi par les services ambulatoires (37 %). La majorité des patient-es (71,8 %) a des antécédents thérapeutiques. Au niveau du profil de consommation, l'âge moyen de la première consommation de médicaments hypno-sédatifs est 25,3 ans (SD= 10,98 ; âge médian = 20,5 ans). La grande majorité des patient-es (87,5 %) a déclaré être consommateur-ice actif-ve au moment de l'introduction de la demande de traitement, et 78,1 % en consomment de manière quotidienne. Les patient-es consomment principalement par ingestion (92,9 %). Une minorité d'entre eux décrivent avoir déjà eu recours à l'injection au cours de leur vie (5,6 %). Enfin, la majorité des patient-es (77,2 %) présente une consommation problématique d'autres produits, le plus souvent d'alcool (32,6 %), de prégabaline (27,2 %) et de cannabis (19,6 %), dans une moindre mesure de crack (13 %), de cocaïne en poudre (10,9 %) ou d'opiacés (7,6 %).

.....
31 Si les femmes consomment moins de drogues illégales et d'alcool que les hommes, cela semble en effet en partie « compensé » par une consommation plus importante de médicaments psychotropes, lesquels sont plus acceptables socialement, plus accessibles et en apparence moins dangereux (que les drogues illégales), mais aussi dont la consommation est plus facile à dissimuler. Les femmes se voient aussi plus souvent proposer et prescrire des médicaments psychotropes, notamment parce qu'elles tendent à davantage consulter des professionnel·les de la santé et déclarent davantage de difficultés physiques et émotionnelles (ce qui peut s'expliquer à la fois par le fait que les hommes sont socialement moins encouragés à identifier et communiquer sur les maux dont ils souffrent et par le fait que les femmes subissent des pressions liées à leur genre – double journée de travail, sexisme, care, etc.) (Clark, 2015). Enfin, certaines études relèvent l'existence de biais genrés dans les pratiques de diagnostic et de prescription, les femmes étant ainsi plus susceptibles de se voir prescrire certains médicaments que les hommes (Ruiz-Cantero *et al.*, 2020).

COMPARAISON EN FONCTION DU PRODUIT PRINCIPAL

LA SITUATION EN 2022³²

Lorsque l'on compare les profils de patient-es en fonction du produit principal, certaines différences émergent, tant au niveau du profil sociodémographique qu'au niveau des caractéristiques de la demande et du profil de consommation (voir [Tableau 3](#)). Nous allons passer en revue les observations les plus importantes.

L'âge moyen des patient-es se situe autour de la quarantaine pour la plupart des produits (alcool, cocaïne, opiacés, hypno-sédatifs), hormis pour le cannabis, la kétamine et la prégabaline, pour lesquels les patient-es sont globalement plus jeunes (respectivement 33, 26 et 30 ans en moyenne).

Les femmes sont minoritaires pour tous les produits, avec une proportion variant entre 11 et 21 %, hormis pour la kétamine, où elles représentent presque la moitié des patient-es, et pour la prégabaline, où elles sont quasiment non représentées. Des variations sont également observées au niveau des situations socio-économiques. Ainsi, les patient-es en demande de traitement pour le crack ou la prégabaline (et dans une moindre mesure pour les médicaments hypno-sédatifs) en substance principale sont particulièrement précarisés, en particulier au niveau de la situation de logement et de revenus. À l'inverse, les usager-es d'alcool, de cannabis, de cocaïne poudre et de kétamine semblent un peu plus préservés : plus de la moitié d'entre eux vivent dans un domicile fixe, et plus d'un tiers (pour le cannabis et la cocaïne poudre) ont des revenus de travail. Rappelons que pour tous les produits à l'exception de la prégabaline, une grande proportion des demandeur-euses bénéficient de revenus de remplacement tels qu'une indemnité maladie ou invalidité

ou un revenu minimum ou une aide du CPAS, et une proportion non négligeable ne dispose pas de revenus propres, ce qui souligne l'existence d'une précarité socio-économique relativement répandue chez les personnes prises en charge dans les services spécialisés.

Les patient-es ayant mentionné un usage problématique de prégabaline en produit principal ne bénéficient généralement pas de revenus propres ni de revenus de remplacements, probablement parce que le mésusage de ce produit est particulièrement observé à l'échelle des personnes ayant un parcours migratoire (voir Richelle & Hogge, 2023), dont bon nombre sont en situation illégale, ce qui ne leur permet pas de prétendre aux revenus de travail déclaré ni aux compensations émanant de l'aide sociale. Ces patient-es sont par ailleurs ceux ayant les niveaux d'éducation les plus faibles³³.

La proportion de patient-es sans antécédents de traitement pour consommation de substance varie d'un produit à l'autre. On en retrouve ainsi environ un tiers pour l'alcool et le cannabis en produit principal, et une moitié voire un peu plus pour la cocaïne poudre, la prégabaline et la kétamine. À l'inverse, les primo-demandeur-euses sont minoritaires pour le crack (14,8 %) et les opiacés (7,6 %), ce qui peut refléter à la fois le caractère hautement addictif de ces produits et les nombreuses vulnérabilités dont leurs usager-es sont porteurs, qui rendent particulièrement difficile l'accès ou le maintien de l'abstinence.

La majorité des demandes de traitement sont initiées par les personnes elles-mêmes et ce pour la plupart des produits (a fortiori si le-a patient-e présente des antécédents thérapeutiques), sauf pour la kétamine

et la prégabaline, dont les demandes émanent le plus souvent d'un service médical, psychologique ou sociale. Le rôle de ces services apparaît donc comme essentiel pour détecter les nouvelles formes d'usage problématique et orienter les patient-es vers l'offre de soin spécialisée. Une orientation efficace dépend toutefois de plusieurs facteurs (e.g. capacité d'accueil et délai d'attente de la structure référencée, acceptation par le patient-e de la trajectoire de soin proposée), et le TDI ne permet actuellement pas d'estimer la proportion d'orientations abouties.

Les services bas seuil d'accès sont privilégiés par les patient-es en traitement pour un usage problématique prégabaline (96,7 %) ou, dans une moindre mesure, d'opiacés (60,1 %), d'hypno-sédatifs (54,3 %), et de crack (51,9 %), probablement parce que l'usage de ces produits est particulièrement répandu auprès des publics précarisés auxquels s'adressent ces services. Les centres ambulatoires sont quant à eux privilégiés par les patient-es en demande de traitement pour l'alcool, la cocaïne en poudre, le cannabis et la kétamine. Les patient-es se tournent plus rarement vers les centres résidentiels, sans doute parce que le niveau d'exigences est plus élevé, et implique notamment l'abstinence, mais aussi parce que cette offre de soin est moins répandue dans les services spécialisés hors structures hospitalières. Les traitements résidentiels sont le plus souvent observés pour les usages problématiques de crack en produit principal (29,8 %), probablement parce qu'une rupture complète avec le milieu de vie est souvent nécessaire pour apprendre à vivre sans le produit, en raison des nombreuses vulnérabilités dont les usager-es de crack sont souvent porteur-euses.

L'âge moyen de la première consommation du produit principal varie également selon le produit. Il se situe autour de 23 ans

³³ Cette observation est toutefois à prendre avec précaution en raison du nombre élevé de non-réponses pour cette question.

³² Pour les tendances et évolutions, voir pages 10-13.

pour une majorité des produits, sauf pour l'alcool, le cannabis et la kétamine, qui sont consommés de manière un peu plus précoce (en moyenne vers 18 ans ou 19 ans).

Enfin, les pratiques de consommation varient considérablement d'un produit à l'autre. Même si la majorité des patient-es déclarent consommer activement le produit lors de l'introduction de la demande, une proportion de patient-es abstinent-es est également observée, en particulier pour l'alcool et les opiacés. L'abstinence au moment de l'entrée en traitement peut avoir plusieurs explications (e.g. séjour en milieu carcéral ou hospitalisation, sevrage médicalisé avant sollicitation d'une aide psychologique, sollicitation d'une aide en

raison d'une fragilité passagère chez un-e patient-e déjà abstinente).

Sans surprise, presque la moitié des patient-es en demande de traitement pour les opiacés en produit principal (43,7 %) décrivent avoir déjà eu recours à l'injection, alors que la proportion est largement plus faible pour les autres produits (entre 5 et 17 %). Bien que la plupart des patient-es présentent une polyconsommation problématique, les patient-es en traitement pour un usage problématique d'alcool ou de cannabis en produit principal sont moins concernés (37,7 % et 36,7 %, contre 60 % ou plus pour les autres produits).

Tableau 3 : Profil des patient-es en traitement en 2022 dans les services spécialisés de la Région bruxelloise, par produit principal

	Tous produits	Alcool	Cocaïne poudre	Crack	Opiacés	Cannabis	Hypnotiques et sédatifs	Kétamine	Prégabaline
n=	2095	671	149	339	338	245	92	29	31
% des demandes	100	32,0	7,1	16,2	16,2	11,7	4,4	1,4	1,5
Âge									
Moyen	39,60	42,98	37,61	38,71	42,21	32,89	38,38	25,93	30,2
Médian	39	43	38	39	42	32	39	25	27,5
NR (n)	120	22	3	8	2	18	2	1	0
Genre (%)									
Hommes	82,7	79,3	81,1	83,2	89	86	84,4	55,2	96,7
Femmes	17,3	20,7	18,9	16,8	11	14	15,6	44,8	3,3
NR (n)	12	4	1	2	2	2	0	0	0
Logement (%)									
Domicile fixe	51,4	57,3	52,4	29,9	48	60	42,7	86,2	7,4
Logements variables	7,9	5,4	6,8	13,1	10,1	4,2	10,1	0	18,5
Rue	17,9	12,6	13,6	38,7	21,1	6,7	21,3	3,4	44,4
Institution	12,7	15,5	6,1	13,7	13,5	5,4	16,9	10,3	25,9
Prison	9,6	8,4	21,1	4,6	6,7	23,8	6,7	0	0
Autre	0,6	0,9	0	0	0,6	0	2,2	0	3,7
NR (n)	57	18	2	11	11	5	3	0	3
Situation de vie (%)									
Seul	45,3	47,7	36,2	40,6	51	38,7	44,6	46,2	63,2
En couple	19,2	21,1	31,4	13,8	18,7	19	21,6	3,8	0
Avec de la famille	16,6	15,2	12,4	13	13,2	33,3	15,4	30,8	0
Avec des tiers	18,8	16	20	32,6	17,1	8,9	18,3	19,2	36,8
NR (n)	546	178	44	78	81	77	27	3	11
Revenus (%)									
Revenus de travail	20,0	17,8	40,9	6,2	18,9	33,8	13,9	26,9	9,1
Allocations de chômage	8,6	10,6	2,9	6,5	7,8	12,2	5,1	7,7	0
Indemnité maladie ou invalidité	29,8	39,1	23,4	31,5	24	17,8	24,1	3,8	0
Revenus minimum ou aide du CPAS	16,5	14,1	16,8	21,8	19,3	16,4	19	30,8	4,5
Pension de retraite ou de survie	1,8	3,9	0,7	0	1,4	0,5	1,3	0	0
Aucun revenu propre	21,7	13,2	12,4	32,8	27,7	17,4	35,4	26,9	86,4
Autre	1,7	1,3	2,9	1,3	1	1,9	1,3	3,8	0
NR (n)	217	49	12	31	42	32	12	3	8

Tableau 3 : Profil des patient-es en traitement en 2022 dans les services spécialisés de la Région bruxelloise, par produit principal

	Tous produits	Alcool	Cocaïne poudre	Crack	Opiacés	Cannabis	Hypnotiques et sédatifs	Kétamine	Prégabaline
n=	2095	671	149	339	338	245	92	29	31
Diplôme (%)									
Non scolarisé	4,3	3,8	3,3	4,1	4,2	4,8	8,6	0	10
Primaire	23,2	18,9	26,2	16,7	26,3	39	24,1	28,6	70
Secondaire	49,6	46,2	45,1	64,3	51,2	43,8	41,4	50	10
Supérieur	20,6	28,5	23,8	11,3	16	11,9	24,1	17,9	10
Autre	2,3	2,6	1,6	3,6	2,3	0,5	1,7	3,6	0
NR (n)	555	138	27	118	121	35	33	1	20
Origine de la demande (%)									
La personne elle-même	56,8	48,1	59,7	80,1	61,5	44,4	54,7	20,7	40
Proche(s)	9,6	7,4	9,7	4,8	14,1	14,6	9,3	27,6	0
Service médico-psycho-social	26,1	36,2	22,9	12	22,8	20,9	33,7	44,8	60
Justice	6,5	7,2	7,6	2,1	1,3	19,7	1,2	6,9	0
Autre	0,9	1,1	0	0,9	0,3	0,4	1,2	0	0
NR (n)	78	10	5	7	26	6	6	0	5
Type de centre (%)									
Bas seuil	34,7	19,5	28,9	51,9	60,1	17,1	54,3	20,7	96,7
Ambulatoire	51,6	67,4	63,8	18,3	27,8	78	37	69	3,3
Résidentiel	13,7	13,1	7,4	29,8	12,1	4,9	8,7	10,3	0
NR (n)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antécédents de traitement (%)									
Oui	66,3	64,6	42,1	85,2	92,4	38	71,8	50	37,5
Non	33,7	35,4	57,9	14,8	7,6	62	28,2	50	62,5
NR (n)	408	123	28	129	47	37	21	3	6
Âge moyen première consommation de la substance principale									
Âge moyen	21,03	18,89	25,1	23	22,94	17,14	25,3	19,5	22
Âge médian	18	16	22	22	22	16	20,5	17	18
NR (n)	1303	404	63	272	192	123	62	13	8
Fréquence d'utilisation de la substance principale (%)									
Depuis plus de 30 jours	21,4	29,5	11,6	16,7	26,3	8,7	12,5	8	3,3
1 jour/semaine	9,8	7,4	23,9	14,2	7	6	6,3	4	0
2 à 3 jours/semaine	13,5	12,1	18,1	25,8	11,9	11,4	0	12	0
4 à 6 jours/semaine	10	9,6	13	10,8	6,6	11,4	3,1	32	3,3
Tous les jours	45,2	41,4	33,3	32,5	48,1	62,5	78,1	44	93,3
NR (n)	710	200	11	219	95	61	28	4	0
Mode de consommation (%)									
Injecter	3,9	0	12,7	0	15,5	0	0	0	0
Fumer/inhalier	43,2	1,3	27,5	97,9	60,2	96,6	4,8	34,6	3,4
Manger/boire	43,7	97,9	2,1	0,9	19,7	3	92,9	11,5	96,6
Sniffer	8,7	0,3	57,7	1,2	3,5	0,4	2,4	53,8	0
Autre	0,5	0,5	0	0	1,1	0	0	0	0
NR (n)	213	40	7	9	54	9	8	3	1
Comportement d'injection au cours de la vie (%)									
Non	85,7	94	83,1	85,2	56,3	97,3	94,4	92,3	95
Oui	14,3	6	16,9	14,8	43,7	2,7	5,6	7,7	5
NR (n)	297	68	13	29	75	23	21	3	10
Polyconsommation problématique (%)									
Non	49,5	62,3	40,9	39,8	42,6	63,3	22,8	27,6	16,1
Oui	50,5	37,7	59,1	60,2	57,4	36,7	77,2	72,4	83,9
NR (n)	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Source : Sciensano

COMPARAISONS EN FONCTION DU GENRE

LA SITUATION EN 2022

Le **Tableau 4** propose une comparaison des profils sociodémographiques et de consommation des patient-es en fonction du genre, par produit principal. Certaines comparaisons doivent être considérées avec prudence en raison des effectifs réduits chez les femmes pour certains produits.

Au niveau du **profil sociodémographique**, on n'observe pas de différence globale d'âge entre les hommes et les femmes ayant introduit une demande de traitement en 2022. Les différences d'âge observées au sein de chaque produit principal ne sont pas non plus statistiquement significatives. En revanche, certaines différences de genre émergent de manière significative au niveau du statut socio-économique, les femmes semblent en effet proportionnellement moins touchées que les hommes par les facteurs de précarité, mais ce constat pourrait aussi correspondre à de plus grandes difficultés d'accès au soin chez les femmes précarisées. Ainsi, les femmes vivent plus fréquemment que les hommes dans un domicile fixe (68,2 % *versus* 48,1 %) et, a contrario, moins fréquemment en rue (9,5 % *versus* 19,4 %) ou en prison (4,6 % *versus* 10,8 %), ces constats étant valables pour la plupart des produits, à l'exception des opiacés où la différence n'est pas significative. De plus, les femmes sont significativement plus nombreuses que les hommes à avoir un diplôme de l'enseignement supérieur (36,6 % *versus* 17,2 %). Enfin, les femmes sont un peu moins touchées que les hommes par l'absence de revenus (14,6 % *versus* 22,6 %). À l'inverse, elles bénéficient un peu plus souvent d'une indemnité pour maladie ou invalidité (37,5 % contre 28,3 %). L'impact du genre sur le profil socio-économique peut parfois varier en fonction du produit principal. Par exemple, les écarts entre hommes et femmes concernant les indemnités de maladie ou

d'invalidité sont particulièrement importants dans le cas des demandes de traitement pour la cocaïne et le cannabis en produit principal. De même, les différences en ce qui concerne le niveau d'éducation sont également plus marquées pour l'alcool et le cannabis. De plus, la proportion d'hommes en demande de traitement pour le cannabis ayant récemment séjourné en prison est largement plus importante que chez les femmes (26,8 % *versus* 6,1 %), en comparaison aux autres produits.

Au niveau des **caractéristiques de la demande**, cette dernière émane le plus souvent de la personne elle-même, tant chez les hommes (57,6 %) que chez les femmes (55,6 %), et ce pour tous les produits. La réorientation par d'autres services est un peu plus importante pour les femmes que les hommes (30,5 % contre 24,8 %) et à l'inverse, le renvoi par la justice est un peu plus fréquent chez les hommes (7,7 %) que chez les femmes (1,2 %), mais ces différences restent non significatives. Les traitements en centres ambulatoires sont davantage privilégiés par les femmes que par les hommes (65,5 % contre 48,9 %), l'inverse étant observé pour les traitements en services bas seuil (23,6 % contre 36,9 %). Ces différences sont corollaires au fait que les hommes sont davantage touchés par la précarité. Les primo-demandes sont globalement un peu plus fréquentes chez les femmes (38,2 %) que chez les hommes (32,8 %), mais la différence n'est pas statistiquement significative, et ce quel que soit le produit principal hormis le cannabis³⁴, où les primo-demandes sont nettement plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes (65,4 % *versus* 38,5 %). Il est probable qu'il s'agisse d'un artefact de mesure lié au nombre limité de femmes dans ce sous-échantillon, car si on reproduit la même analyse sur la période

34 La différence de genre est marginalement significative pour l'alcool ($p=0.029$).

2015-2022, on n'observe pas de différences entre hommes et femmes au niveau de la proportion de primo-demandes (54,2 % *versus* 53 %).

Au niveau du **profil de consommation**, le produit le plus souvent identifié comme substance principale reste l'alcool pour les hommes (31,7 %), suivi des opiacés (18 %), du crack (17 %) et du cannabis (12,6 %). Chez les femmes, l'ordre de répartition est similaire, mais on observe proportionnellement un peu plus de demande pour l'alcool (40,5 %) et un peu moins pour les opiacés (10,6 %) que chez les hommes, alors que les proportions sont similaires pour les autres produits (cannabis, crack, cocaïne en poudre, médicaments hypno-sédatifs³⁵). Globalement, les femmes déclarent un peu moins fréquemment que les hommes avoir déjà eu recours à l'injection (10,9 % contre 15 %) mais la différence n'est pas statistiquement significative. Les femmes en traitement pour usage problématique d'opiacés ont toutefois davantage tendance que les hommes à avoir déjà eu recours à l'injection (63 % *versus* 41,5 % ; $p=0,03^{36}$), l'inverse étant observé pour les demandes de traitement liées à l'alcool (7,4 % *versus* 0,8 % ; $p<0,01$). Les polyconsommations problématiques sont moins fréquentes chez les femmes que chez les hommes (40,8 % *versus* 52,5 %). Toutefois, lorsqu'on envisage les différences de genre par produit principal, le seuil de significativité n'est observé que pour l'alcool (49,5 % *versus* 25,5 % ; $p=0,001$). La première consommation du produit principal est un peu plus précoce chez les hommes que chez les femmes (20,88 ans *versus* 21,66 ans), mais cette différence n'est pas statistiquement significative.

35 4,7 % chez les hommes et 4 % chez les femmes.

36 Lorsque l'on effectue la même analyse sur la période 2015-2022 afin d'écarter un éventuel artefact lié à la taille de l'échantillon féminin, une différence moins marquée mais à la limite de la significativité est observée (45 % *versus* 39 % ; $p=0,05$).

Tableau 4 : Profil des patient-es en traitement en 2022 dans les services spécialisés de la Région bruxelloise, par genre et par produit principal

	HOMMES						FEMMES					
	Tous produits	Alcool	Cocaïne poudre	Crack	Opiacés	Cannabis	Tous produits	Alcool	Cocaïne poudre	Crack	Opiacés	Cannabis
n=	1659	526	120	282	299	209	348	141	28	51	37	34
% des demandes	100	31,7	7,2	17,0	18,0	12,6	100	40,5	8,0	14,7	10,6	9,8
Âge												
Moyen	39,48	42,5	37,46	38,74	42,54	32,66	40,40	44,88	38,5	38,85	40,22	34,56
Médian	39	42	38	38	42	31,5	41	45	39	40	41	33,5
NR (n)	28	13	1	6	1	7	12	7	2	1	1	0
Logement (%)												
Domicile fixe	48,1	53,2	48,3	28,0	47,8	57,6	68,2	72,8	67,9	41,2	52,8	78,8
Logements variables	8,3	5,8	7,6	13,5	10	3,4	5,9	3,7	3,6	9,8	11,1	9,1
Rue	19,4	14	15,3	40,7	21,8	5,9	9,5	5,9	7,1	27,5	13,9	6,1
Institution	12,8	16	5,9	13,1	12,8	6,3	11,9	14	7,1	17,6	16,7	0
Prison	10,8	9,9	22,9	4,7	6,9	26,8	4,2	2,9	14,3	3,9	5,6	6,1
Autre	0,6	1			0,7	0	0,3	0,7			0	0
NR (n)	42	13	2	7	10	4	11	5	0	4	1	1
Revenus (%)												
Revenus de travail	20,8	17,9	41,6	6,2	19,9	35,9	17,2	18,1	37,5	6,1	12,1	22,2
Allocations de chômage	8,6	9,4	3,5	7,4	8	12,5	10	15,7	0,0	2,0	6,1	11,1
Indemnité maladie ou invalidité	28,3	39,1	21,2	29,2	23,8	15,8	37,5	38,6	33,3	44,9	27,3	33,3
Revenus minimum ou aide du CPAS	16,8	15,3	17,7	21,8	17,6	15,8	15,5	8,7	12,5	22,4	33,3	14,8
Pension de retraite ou de survie	1,4	2,9	0,9	0,0	1,1	0	3,9	7,9	0,0	0,0	3	3,7
Aucun revenu propre	22,6	14,5	12,4	33,9	28,4	17,9	14,6	8,7	12,5	24,5	18,2	14,8
Autre	1,5	1	2,7	1,6	1,1	2,2	1,3	2,4	4,2	0,0	0	0
NR (n)	164	37	7	25	38	25	39	14	4	6	4	7
Diplôme (%)												
Non scolarisé	4,7	4,1	4,2	4,0	4,8	5,6	2,1	2,7	0,0	4,3	0	0
Primaire	26	21	29,2	18,9	27,7	43	12	11,6	15,4	8,7	16,7	16,7
Secondaire	49,8	49,9	44,8	62,9	50	43,6	47,2	32,1	46,2	69,6	62,5	43,3
Supérieur	17,2	22,2	20,8	10,3	15,4	7,3	36,6	51,8	34,6	15,2	20,8	40
Autre	2,3	2,9	1,0	4,0	2,1	0,6	2,1	1,8	3,8	2,2	0	0
NR (n)	457	107	24	107	111	30	64	29	2	9	13	4
Origine de la demande (%)												
La personne elle-même	57,6	54,1	60,3	80,4	62,4	41,4	55,6	52,2	55,6	78,2	54,8	58,8
Proche(s)	9,1	6,6	8,6	4,7	12,2	15,8	11,5	6,5	14,8	5,5	32,3	8,8
Service médico-psycho-social	24,8	29,9	22,4	11,6	24	19,2	30,5	41,3	25,9	14,5	9,7	32,4
Justice	7,7	8,1	8,6	2,2	1,4	23,2	1,2	0	3,7	1,8	0	0
Autre	0,8	1,3	0	1,1	0	0,5	1,2	0	0	0	3,2	0
NR (n)	59	7	4	7	20	6	10	3	1	0	6	0
Type de centre (%)												
Bas seuil	36,9	21,9	29,2	52,8	61,2	17,2	23,6	10,6	25,0	47,3	51,4	11,8
Ambulatoire	48,9	63,5	62,5	17,7	26,4	77,5	65,5	82,3	71,4	21,8	40,5	85,3
Résidentiel	14,2	14,6	8,3	29,4	12,4	5,3	10,9	7,1	3,6	30,9	8,1	2,9
NR (n)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Tableau 4 : Profil des patient-es en traitement en 2022 dans les services spécialisés de la Région bruxelloise, par genre et par produit principal

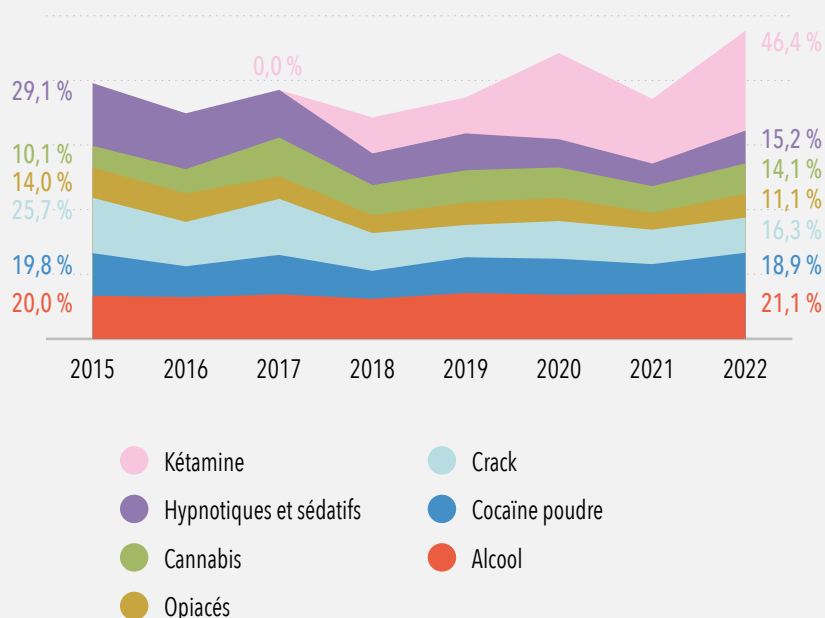
	HOMMES						FEMMES					
	Tous produits	Alcool	Cocaïne poudre	Crack	Opiacés	Cannabis	Tous produits	Alcool	Cocaïne poudre	Crack	Opiacés	Cannabis
n=	1659	526	120	282	299	209	348	141	28	51	37	34
Antécédents de traitement (%)												
Oui	67,2	67,1	47,0	86,0	92,2	34,6	61,8	55,8	19,0	81,6	94,1	61,5
Non	32,8	32,9	53,0	14,0	7,8	65,4	38,2	44,2	81,0	18,4	5,9	38,5
NR (n)	334	100	20	110	43	27	60	21	7	17	3	8
Âge de la première consommation du produit principal												
Âge moyen	20,88	18,54	24,67	22,49	23,54	16,92	21,66	19,91	26,82	25,9	19,45	19,89
Âge médian	18	16	22	20	23	16	18	16	24	24,5	17	17
NR (n)	1003	315	51	225	174	96	216	87	11	45	17	25
Comportement d'injection au cours de la vie (%)												
Non	85	92,6	82	86	58,5	96,8	89,1	99,2	87,5	80,4	37	100
Oui	15	7,4	18	14	41,5	3,2	10,9	0,8	12,5	19,6	63	0
NR (n)	230	52	9	25	65	19	46	13	4	4	10	4
Polyconsommation problématique (%)												
Non	47,5	59,1	36,7	40,1	41,8	63,2	59,2	74,5	57,1	40	48,6	64,7
Oui	52,5	40,9	63,3	59,9	58,2	36,8	40,8	25,5	42,9	60	51,4	35,3
NR (n)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Source : Sciensano

ÉVOLUTIONS MARQUANTES SUR LA PÉRIODE 2015-2022

Globalement, la proportion de femmes est constante sur la période 2015-2022. Lorsque l'on envisage l'évolution des proportions par produit principal, on observe une diminution significative de la proportion de femmes au niveau des patients ayant introduit une demande de traitement pour le crack en produit principal (-9,4 % ; 25,7 % en 2015 contre 16,3 % en 2022) ainsi que pour les médicaments hypno-sédatifs (-13,9 % ; 29,1 % en 2015 contre 15,2 % en 2022). À l'inverse, on observe une augmentation importante de la proportion de femmes chez les patients en traitement pour un usage problématique de kétamine (+29,8 % ; 16,7 % en 2018 contre 46,4 % en 2022), mais cette différence n'est pas statistiquement significative en raison des petits effectifs. La proportion de femmes pour les autres produits (alcool, cannabis, cocaïne poudre) est relativement stable au cours de la période. (Figure 27)

Figure 27 : Évolution de la proportion de femmes (en %) parmi les patient-es en traitement dans les services spécialisés de la Région bruxelloise, par produit principal, 2015-2022



Source : Sciensano

COMPARAISONS EN FONCTION DES ANTÉCÉDENTS THÉRAPEUTIQUES

LA SITUATION EN 2022

Le **Tableau 5** propose une comparaison des profils sociodémographiques et de consommation des patient-es en fonction de la présence ou l'absence d'antécédents thérapeutiques, par produit principal.

En 2022, 546 patient-es ont introduit pour la première fois une demande de traitement pour usage problématique de substance dans un centre spécialisé de la Région bruxelloise. Ces patient-es sont significativement plus jeunes que les patient-es avec antécédents de traitement (35,68 ans en moyenne contre 42,41 ans). Il n'y a pas de différence statistiquement significative au niveau de la proportion de femmes entre les patients primo-demandeurs (20,2 %) et les patients avec antécédents thérapeutiques (16,7 %).

Au niveau du **profil sociodémographique**, les patient-es primo-demandeur-euses semblent un peu moins concerné-es par la précarité économique et de logement que les patient-es avec antécédents thérapeutiques. En effet, ces dernier-es sont plus enclins à mentionner vivre dans des logements variables (8,6 %), en rue (13,5 %) et en institution (16,7 %) que les personnes sans antécédents (respectivement 3,9 %, 5,3 % et 6,4 %). En revanche, on trouve une proportion plus importante de patient-es ayant mentionné avoir logé en prison au cours des 30 derniers jours chez les patient-es primo-demandeur-euses (21,4 % contre 6,2 %). Cette dernière observation peut être mise en lien avec l'importance que prend le renvoi par la justice chez les primo-demandeur-euses (14,3 % *versus* 3,8 %). De même, la proportion de personnes vivant avec un revenu de travail est plus élevée chez les primo-demandeur-euses (39,8 %) que chez les patient-es avec antécédents de traitement (14,4 %), lesquels vivent le plus souvent avec un revenu de remplacement (69,4 % contre 34,7 %). En revanche,

étonnement, la proportion de patient-es qui déclarent ne pas avoir de revenu propre est plus importante chez les patients primo-demandeurs (21,3 % contre 12,9 %). Ce constat peut toutefois s'expliquer par la plus grande proportion d'étudiants (8,3 % *versus* 1,4 %) et de patient-es ayant récemment séjourné en prison chez les patients primo-demandeurs (voir supra).

En ce qui concerne le **profil de la demande de soin**, les patient-es primo-demandeur-euses semblent davantage favoriser les structures ambulatoires (84,8 %, contre 47,4 % chez les patients avec antécédents), et ce pour la plupart des produits à l'exception des opiacés où le bas seuil rassemble la majorité des demandes (63,6 %). Chez les patients avec antécédents de traitement, les prises en charge en structures bas seuil sont plus répandues, probablement en raison de leur plus grande précarité socioéconomique. L'origine de la demande diffère également de manière considérable selon les antécédents thérapeutiques. Ainsi, la demande est le plus souvent initiée par la personne elle-même pour les patient-es avec antécédents de traitement (62,2 %) que pour les primo-demandeur-euses (29,5 %). Ces derniers ont en revanche été plus souvent dirigés vers le service par des proches (17,7 % contre 7,3 %), ou par un autre service médico-psycho-social (36,7 % contre 26,2 %). Le traitement est également plus souvent impulsé par la justice chez les primo-demandeur-euses que chez les patients avec antécédents thérapeutiques (14,3 % contre 3,8 %). Ces différences au niveau de l'origine du traitement semblent présentes pour tous les produits³⁷, et

37 On notera néanmoins l'importante proportion de renvoi judiciaire chez les primo-demandeur-euses pour usage problématique de cannabis (29,9 %), qui semble en grande partie s'expliquer par la proportion importante de patient-es ayant séjourné-e en prison parmi les patient-es en traitement pour un usage problématique de cannabis. En effet, parmi les patient-es ayant été

peuvent être mises en correspondance avec les processus de déni, de minimisation ou de contemplation qui sont à l'œuvre dans les addictions et qui retardent souvent l'entrée spontanée en traitement. Le traitement est alors le plus souvent impulsé par un tiers (proche, médecin traitant, service de santé, justice lorsque l'usage est associé à d'autres délits ...).

Au niveau du **profil de consommation**, l'alcool est le produit le plus souvent impliqué et dans des proportions similaires chez les patient-es sans ou avec antécédents thérapeutiques (35,5 % *versus* 33,1 %). La répartition diffère légèrement pour les autres produits. Ainsi, les patient-es primo-demandeur-euses sont plus fréquemment en traitement pour un usage problématique de cannabis (23,6 %) ou de cocaïne en poudre (12,8 %) que les patient-es avec antécédents (7,4 % et 4,8 % respectivement), lesquels sont en revanche plus enclins à être en traitement pour un usage problématique d'opiacés ou de crack (25,1 % et 16,7 % contre 4 % et 5,7 %). En revanche, on n'observe pas de différence au niveau des demandes de traitement pour usage problématique d'hypno-sédatifs, qui restent peu fréquentes en problématique principale tant chez les patient-es primo-demandeur-euses (3,7 %) que chez ceux ayant des antécédents thérapeutiques (4,8 %). Les personnes ayant déjà fait usage de l'injection pour consommer une substance sont proportionnellement beaucoup plus nombreuses chez les patient-es avec antécédents (23,2 %) que chez les primo-demandeur-euses (3 %), et ce quel que soit le produit principal. On observe également davantage de pratiques de polyconsommation chez les patient-es avec antécédents thérapeutiques (51,7 % contre 42,7 %).

renvoyé-es en traitement par la justice, on retrouve 29,8 % de patients qui séjournèrent en prison les 30 jours précédant la demande de traitement, dont la grande majorité sont primo-demandeur-euses.

Tableau 5 : Profil des patient-es en traitement en 2022 dans les services spécialisés de la Région bruxelloise, en fonction des antécédents thérapeutiques

	PRIMO-DEMANDEUR-EUSES							AVEC ANTÉCÉDENTS DE TRAITEMENT						
	Tous produits	Alcool	Cocaïne poudre	Crack	Opiacés	Cannabis	Hypnotiques et sédatifs	Tous produits	Alcool	Cocaïne poudre	Crack	Opiacés	Cannabis	Hypnotiques et sédatifs
n=	546	194	70	31	22	129	20	1071	354	51	179	269	79	51
% des patients	100	35,5	12,8	5,7	4,0	23,6	3,7	100	33,1	4,8	16,7	25,1	7,4	4,8
Âge														
Moyen	35,68	40,06	37,28	34,81	40,48	30,24	35,4	42,41	45,09	39,18	41,14	43,12	37,79	41,37
Médian	34	37	37	37	38	29	35	42	45	39	41,15	43	28	42
NR (n)	9	15	1	0	1	2	0	12	6	0	1	0	3	0
Genre (%)														
Hommes	79,8	72,5	75,7	77,4	90,9	92,2	75	83,3	81	92,2	82,7	88,1	79,7	86,3
Femmes	20,2	27,5	24,3	22,6	9,1	7,8	25	16,7	19	7,8	17,3	11,9	20,3	13,7
NR (n)	1	1			0	0	0	3	1			1	0	0
Logement (%)														
Domicile fixe	62,4	65,8	60	70	63,6	58,6	30	54,3	60,2	47,1	36,7	50	67,9	59,2
Logements variables	3,9	1,6	2,9	0	18,2	3,1	5	8,6	6	11,8	13,6	9,1	6,4	10,2
Rue	5,3	4,1	4,3	6,7	13,6	0	25	13,5	8,9	11,8	25,4	17,4	3,8	8,2
Institution	6,4	7,3	1,4	6,7	0	2,3	30	16,7	19,2	11,8	20,3	15,5	10,3	12,2
Prison	21,4	20,7	31,4	16,7	4,5	35,9	5	6,2	4,3	17,6	4,0	7,2	11,5	8,2
Autre	0,6	0,5	0	0	0	0	5	0,8	1,4	0	0	0,8	0	2
NR (n)	3	1	0	1	0	1	0	16	5	0	2	5	1	2
Revenus (%)														
Revenus de travail	39,8	36,2	59,4	27,6	36,4	48,7	6,3	14,4	11,7	26,0	4,2	20,1	19,2	19,1
Allocations de chômage	10,1	14,6	1,6	6,9	4,5	10,6	6,3	9,2	8,5	4,0	8,5	9,4	16,4	6,4
Indemnité maladie ou invalidité	14,5	20	7,8	24,1	9,1	6,2	37,5	41,1	50,7	42,0	47,3	26,9	34,2	27,7
Revenus minimum ou aide du CPAS	10,1	9,7	12,5	6,9	13,6	9,7	6,3	19,1	15	20,0	26,7	21,6	20,5	19,1
Pension de retraite ou de survie	1,4	2,7	1,6	34,5	0	0,9	0	2,5	5,3	0	12,7	1,7	0	2,1
Aucun revenu propre	21,3	14,6	12,5	0	36,4	20,4	43,8	12,9	7,9	6,0	0,6	19,3	9,6	23,4
Autre	2,8	2,2	4,7	0	0	3,5	0	0,8	0,9	2,0	0	0,9	0	2,1
NR (n)	43	9	6	2	0	16	4	88	13	1	17	35	6	4
Diplôme (%)														
Non scolarisé	3,8	3	3,3	8,0	0	2,5	7,1	3	3,8	2,3	0,7	2,8	5,6	5
Primaire	30,9	24,8	27,9	24,0	18,2	47,9	28,6	20,4	17,8	27,9	14,9	27,6	25	25
Secondaire	39,1	37	37,7	48,0	45,5	37	35,7	54,5	49	53,5	72,3	53	54,2	45
Supérieur	24,3	33,3	27,9	20,0	27,3	11,8	28,6	20,1	26,4	16,3	10,8	14,9	15,3	22,5
Autre	2	1,8	3,3	0	9,1	0,8	0	2	2,9	0	1,4	1,7	0	2,5
NR (n)	93	29	9	6	11	10	6	205	40	8	31	88	7	11
Type de centre (%)														
Bas seuil	12,1	1,5	8,6	16,1	63,6	3,1	45	33,8	15,8	31,4	43,6	56,9	22,8	41,2
Ambulatoire	84,8	95,4	88,6	74,2	36,4	96,1	50	47,4	65,8	52,9	18,4	30,9	64,6	45,1
Résidentiel	3,1	3,1	2,9	9,7	0	0,8	5	18,8	18,4	15,7	38,0	12,3	12,7	13,7
NR (n)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Origine de la demande (%)														
La personne elle-même	29,5	29,8	43,5	44,8	35	26	61,2	62,2	58	69,4	76,7	60,1	62,3	61,2
Proche(s)	17,7	12,6	13,0	20,7	45	22	10,2	7,3	4,6	8,2	5,1	11,9	5,2	10,2
Service médico-psycho-social	36,7	44	30,4	24,1	20	21,3	26,5	26,2	32	20,4	15,9	26,1	22,1	26,5
Justice	14,3	11,5	13,0	3,4	0	29,9	2	3,8	4,9	2,0	1,7	1,6	10,4	2
Autre	1,9	2,1	0	6,9	0	0,8	0	0,5	0,6	0	0,6	0,4	0	0
NR (n)	14	3	1	2	2	2	2	32	4	2	3	16	2	2

Tableau 5 : Profil des patient-es en traitement en 2022 dans les services spécialisés de la Région bruxelloise, en fonction des antécédents thérapeutiques

	PRIMO-DEMANDEUR-EUSES							AVEC ANTÉCÉDENTS DE TRAITEMENT						
	Tous produits	Alcool	Cocaïne poudre	Crack	Opiacés	Cannabis	Hypnotiques et sédatifs	Tous produits	Alcool	Cocaïne poudre	Crack	Opiacés	Cannabis	Hypnotiques et sédatifs
n=	546	194	70	31	22	129	20	1071	354	51	179	269	79	51
Fréquence de consommation (%)														
Depuis plus de 30 jours	14,2	19,7	12,7	13,8	4,8	7,7	13,3	26,9	35,2	14,6	14,6	30,9	12,1	14,6
1 jour/semaine	7,3	6,4	15,9	6,9	0	5,1	6,7	10,3	7,5	18,8	17,1	8,3	8,6	4,9
2 à 3 jours/semaine	15,2	12,1	22,2	31,0	9,5	12	0	13	13,1	14,6	25,6	11,3	10,3	0
4 à 6 jours/semaine	15,6	13,9	20,6	17,2	14,3	14,5	6,7	7,6	7,9	10,4	9,8	5,4	6,9	2,4
Tous les jours	47,7	48	28,6	31,0	71,4	60,7	73,3	42,2	36,3	41,7	32,9	44,1	62,1	78
NR (n)	54	21	7	2	1	12	5	294	87	3	97	65	21	10
Comportement d'injection au cours de la vie (%)														
Non	97	98,3	95,5	96,2	95	100	100	76,8	90,5	65,2	75,3	51,2	91,4	88,9
Oui	3	1,7	4,5	3,8	5	0	0	23,2	9,5	34,8	24,7	48,8	8,6	11,1
NR (n)	38	13	3	5	2	4	0	171	39	5	17	60	9	15
Polyconsommation problématique (%)														
Non	57,3	70,1	50	38,7	50	73,6	20	48,3	60,5	31,4	41,3	46,5	50,6	21,6
Oui	42,7	29,9	50	61,3	50	26,4	80	51,7	39,5	68,6	58,7	53,5	49,4	78,4
NR (n)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Source : Sciensano

LATENCE DE TRAITEMENT ET *TREATMENT GAP*

Il existe habituellement un délai important entre l'âge du premier usage et l'âge du premier traitement. En outre, toutes les personnes qui présentent un usage problématique n'initient pas forcément un traitement. Le décalage entre la prévalence de l'usage problématique et la prévalence des prises en charge est un phénomène dénommé *treatment gap*. La latence de traitement³⁸ et le *treatment gap* peuvent s'expliquer par différents facteurs : 1) une addiction est une problématique à évolution progressive qui s'inscrit généralement dans la durée, tant sur le plan de l'intensité de l'usage que de la sévérité de ses conséquences ; la durée d'installation du trouble peut toutefois varier d'une personne à l'autre en fonction de divers facteurs ; 2) en cas d'usage problématique, les usager-es éprouvent souvent des difficultés à prendre pleinement conscience et à reconnaître leur problème de consommation, en partie parce que des mécanismes de minimisation ou de déni sont mobilisés pour protéger l'image et l'estime qu'ils ont d'eux même ; 3) En cas de prise de conscience, la peur du jugement, de la stigmatisation et des discriminations peuvent freiner l'initiation des démarches de recherche d'aide. 4) l'offre de soin peut être méconnue de la personne, ou être perçue comme non

adaptée à ses besoins ; 5) l'offre de soin peut être d'une accessibilité limitée pour certaines personnes (e.g. distance géographique, délai d'attente, coût trop élevé par rapport à ses moyens financiers) ; 6) certains usager-es développeront un usage problématique qui se résorbera «spontanément» sans recours à une aide professionnelle (on parle alors de rémission naturelle ou *self change* ; Klingemann & Klingemann, 2008 ; Sobell, Ellingstad & Sobell, 2000). La rémission spontanée dépend en partie des capacités de résilience, des ressources de la personne et du soutien de l'entourage, mais elle peut être facilitée par certains changements de vie (e.g. passage aux études supérieures, entrée dans la vie active, déménagement, rencontre amoureuse, naissance d'un enfant) qui permettent de rompre plus facilement avec les habitudes qui accompagnaient les comportements de consommation. Elle peut aussi être motivée par des difficultés financières ou de santé (ibidem). Les étapes qui séparent le début de l'usage problématique et l'éventuelle entrée en traitement peuvent ainsi s'étendre sur de nombreuses années, préalablement jalonnées de tentatives autonomes et infructueuses de reprise de contrôle de la consommation.

En 2022, l'âge de la première consommation du produit principal chez les patient-es en

traitement dans les services spécialisés de la Région bruxelloise est de 21 ans en moyenne, et l'âge moyen de la première demande de traitement est de 35,68 ans, ce qui correspond à une latence moyenne de près de 15 ans. Ce délai entre l'âge de la première consommation du produit principal et l'âge du premier traitement varie en fonction du produit principal : il est d'environ 20 ans pour l'alcool, 19 ans pour les opiacés, 13 ans pour le cannabis, 11 ans et demi pour la cocaïne et 9 ans pour les hypnotiques et sédatifs. La latence plus longue pour l'alcool pourrait être liée au statut légal du produit et à la plus grande acceptabilité sociale des usages, y compris problématiques, qui retarderaient les demandes d'aide. Elle s'explique aussi par le fait que la consommation de ce produit est plus précoce que celle des autres produits, dans la mesure où son usage est déjà très répandu chez les adolescents. Quoiqu'il en soit, des efforts supplémentaires peuvent assurément être entrepris pour identifier plus précocement les problématiques de consommation, en particulier au niveau de la première ligne. Une détection et une prise en charge plus précoces permettraient en effet de limiter les conséquences négatives sur le quotidien des consommateurs, à la fois sur le plan somatique, psychologique et socioéconomique.

.....
38 Délai entre le début de l'usage problématique et le moment de l'entrée en traitement.

ÉVOLUTIONS MARQUANTES SUR LA PÉRIODE 2015-2022

La proportion de patient-es primo-demandeur-euses est en augmentation sur la période 2015-2022 (+5,9 %), mais cette augmentation n'est observable que depuis 2022, leur proportion étant très stable les années précédentes. Lorsqu'on examine les proportions de primo-demandeur-euses au sein de chaque produit principal, il apparaît qu'elles sont plus importantes pour le cannabis et la cocaïne en poudre que pour les autres produits. Sur la période 2015-2022, la proportion de primo-demandeur-euses a significativement augmenté parmi les patient-es en traitement pour un usage problématique de cocaïne en poudre (+22,3 %), de médicaments hypno-sédatifs (+14,4 %) et d'alcool (+9,2 %). À l'inverse, elle a significativement diminué pour les patient-es en traitement pour un usage problématique de crack (-18,6 %).

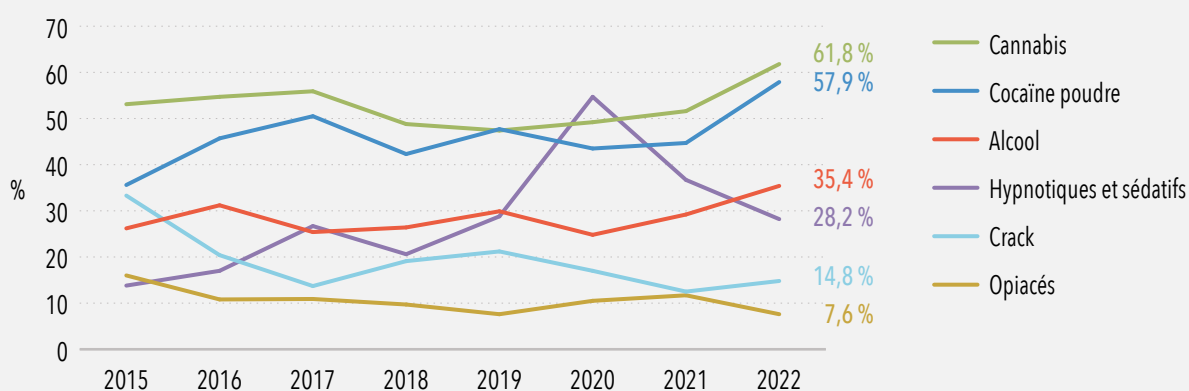
(Figure 28)

Lorsque l'on compare l'évolution des proportions de demandes de traitement par produit principal en fonction des antécédents de traitement, on constate que la diminution de la proportion de patient-es en traitement pour un usage problématique d'opiacés est visible tant chez les patient-es avec antécédents thérapeutiques que chez les patient-es primo-demandeur-euses, alors que l'augmentation de la proportion de patient-es en traitement pour le crack s'observe surtout au niveau des patient-es avec antécédents thérapeutiques. Ce pattern pourrait être dû à une augmentation de l'usage problématique de crack chez des patient-es qui présentaient un usage problématique pour d'autres produits les années précédentes. En ce qui concerne les autres produits, les proportions restent relativement stables.

Au niveau des variables sociodémographiques, l'âge moyen est relativement stable depuis 2015 au niveau des patients primo-

demandeur-euses, quel que soit le produit principal. Cet âge moyen semble par contre en augmentation chez les patient-es avec antécédents de traitement : il est ainsi passé de 39,98 ans en 2015 à 42,44 ans en 2022. La proportion de femmes est stable dans les deux populations. Les évolutions des autres caractéristiques sociodémographiques sont également relativement comparables, hormis l'augmentation en 2022 de patient-es primo-demandeur-euses ayant récemment séjourné en prison et ayant fait l'objet d'un envoi en traitement à la demande de la justice, discutée plus haut. Au niveau des variables relatives à la demande et aux caractéristiques de consommation, on n'observe pas non plus d'évolution divergente entre ces deux populations.

Figure 28 : Évolution de la proportion (en %) des premières demandes dans les services spécialisés de la Région bruxelloise, par produit principal, 2015-2022



Source : Sciensano

COMPARAISONS PAR TYPE DE CENTRE DE SOINS

L'accessibilité (géographique, économique, physique et psychologique) des traitements et la capacité de prise en charge (nombre de patient-es pouvant être pris en charge en parallèle sur une période donnée) peuvent considérablement varier en fonction du type de structure. Par exemple, les prises en charge résidentielles sont limitées par le nombre de lits alloués. De même, les capacités de prises en charge ambulatoire sont limitées par le nombre de consultations que les professionnel·les peuvent planifier sur une journée. L'accessibilité et la capacité de prise en charge conditionnent forcément le nombre de demandes enregistrées, mais elles peuvent aussi potentiellement impacter le profil des bénéficiaires que l'on retrouve dans chaque type de structure, si elles n'impactent pas les personnes de manière homogène en fonction de leurs caractéristiques. En outre, actuellement, les services de soin en assuétudes souffrent d'engorgement lié à la saturation des demandes, qu'ils ne sont plus en mesure d'absorber de manière optimale. Cette situation occasionne du stress au niveau des travailleur·euses, des délais d'attente importants avant l'initiation du traitement, voire une réorientation vers d'autres services. On ne peut par conséquent exclure que les profils distinctifs en fonction du type de structure eussent été différents en situation de pleine accessibilité et capacité de prise en charge.

LA SITUATION EN 2022

Le **Tableau 6** propose une comparaison des profils sociodémographiques, de demande et de consommation des patient-es pris-es en charge dans les services spécialisés de la Région bruxelloise en fonction du type de structure (bas seuil, ambulatoire et résidentiel).

Au niveau du **profil sociodémographique**, l'âge moyen des patient-es est plus élevé dans les centres résidentiels (41,39 ans) que dans les centres bas seuil (38,85 ans) et ambulatoires (39,54 ans). Cette différence est à mettre en parallèle avec le fait que les patients en traitement résidentiel ont majoritairement des antécédents thérapeutiques (92 %), ce qui est moins le cas chez ceux pris en charge en structure ambulatoire (52,2 % ; bas seuil : 84,6 %). Les centres résidentiels regroupent en effet des structures de post-cure et des communautés thérapeutiques, vers lesquels les patients se dirigent le plus souvent après avoir tenté d'autres modalités de prise en charge moins exigeantes ou après avoir entrepris un sevrage médicalisé. Par ailleurs, les femmes sont un peu plus représentées dans les centres ambulatoires (22 % *versus* 11,7 % en bas seuil et 14,3 % en résidentiel).

Les centres ambulatoires semblent accueillir un public moins précarisé. En effet, la proportion de personnes vivant dans un domicile fixe est plus grande dans l'ambulatoire (70 %) que dans le bas seuil (30,8 %) et le résidentiel (27,8 %). Corolairement, ces deux derniers types de centre accueillent un public vivant davantage en rue (37,8 % pour le bas seuil et 29,5 % pour le résidentiel, contre 1,8 % pour l'ambulatoire). De même, 31,9 % du public ambulatoire bénéficient d'un revenu du travail, alors qu'une majorité vit sans revenu ou avec un revenu de remplacement pour le bas seuil (respectivement 38,9 % et

51,5 %) et le résidentiel³⁹ (respectivement 22,9 % et 74,9 %). Enfin, la proportion de personnes ayant obtenu un diplôme de l'enseignement supérieur est plus importante en ambulatoire (26,9 %) que dans le bas seuil (11,2 %) ou le résidentiel (11,8 %). Ces différences en termes de précarité peuvent s'expliquer par le fait que les structures bas seuil visent spécifiquement un public précarisé. Les structures résidentielles accueillent quant à elles souvent un public ayant un parcours plus long dans l'addiction, ayant pu davantage occasionner une dégradation de la situation socioéconomique du patient-e. À l'inverse, les structures ambulatoires accueillent un public davantage de primo-demandeurs, manifestement moins impacté sur le plan socioéconomique.

Au niveau du **profil de la demande**, les patient-es primo-demandeur-euses sont beaucoup plus représentées dans les structures ambulatoires (47,8 %) que dans les centres bas seuil (15,4 %) et résidentiels (8 %). Les démarches émanent plus souvent de la personne elle-même chez les patient-es pris-es en charge en centre bas seuil (77,3 %) et résidentiel (74,5 %) que dans les centres ambulatoires (39,2 %). Dans ces derniers, la demande émerge proportionnellement plus souvent de proches (12,5 %) ou d'autres services médico-psycho-sociaux (35,3 %) que dans les autres types de service (environ 6 % et 15 %, respectivement). Ces différences sont à mettre en parallèle avec le fait que l'on rencontre une proportion plus importante de patient-es primo-demandeurs-euses dans les structures ambulatoires (47,8 %) que dans les services bas seuil (15,4 %) et résidentiels

³⁹ La proportion de personnes bénéficiant d'une indemnité pour maladie ou invalidité est particulièrement importante dans le résidentiel (43,4%), ce qui n'est pas étonnant puisque ce type de revenu est alloué aux personnes qui ne sont plus en capacité de travailler, ce qui est forcément le cas lors d'une prise en charge résidentielle.

(8 %), lesquels patient-es sont moins enclins à initier un traitement spontanément, comme nous l'avons déjà discuté. Les premières démarches de soin se font ainsi davantage en structures ambulatoires, qui semblent constituer une porte d'entrée vers le soin. Notons également que les centres ambulatoires enregistrent la proportion la plus importante de réorientation par la justice (11,5 % contre 1,2 % en bas seuil et 0,7 % en résidentiel). Conséquemment, la proportion de patients déclarant avoir vécu en prison au cours des 30 jours précédant l'entrée en traitement est plus importante dans les services ambulatoires (16,3 % contre 2,8 et 2,5 % respectivement).

Certains services ambulatoires sont d'ailleurs spécialisés dans la prise en charge et la réinsertion de patients justiciables.

En ce qui concerne le **profil de consommation**, dans les centres bas seuil, les demandes portent le plus souvent sur des usages problématiques d'opiacés (29 %), de crack (25,1 %) ou, dans une moindre mesure, d'alcool (18,7 %) en produit principal. Dans les centres ambulatoires, les patient-es rapportent surtout des usages problématiques d'alcool (43,4 %) ou, dans une moindre mesure, de cannabis (18,3 %) en produit principal. Dans les structures résidentielles, les patient-es mentionnent

le plus souvent des usages problématiques de crack (36,6 %), d'alcool (31,9 %) ou, dans une moindre mesure, d'opiacés (14,9 %) en produit principal. Les problématiques de polyconsommation sont plus fréquemment rapportées dans les centres bas seuil (63,8 %) et résidentiels (59,9 %) que dans les centres ambulatoires (39,9 %). Les personnes décrivant avoir déjà eu recours à l'injection sont proportionnellement plus nombreuses dans les centres résidentiels (25,3 %) et, dans une moindre mesure, dans les centres bas seuil (18 %) que dans les centres ambulatoires (8,7 %).

Tableau 6 : Profil des patient-es selon le type de centre de traitement

	Bas seuil (n=735)	Ambulatoire (n=1078)	Résidentiel (n=282)
Âge			
Moyen	38,85	39,54	41,39
Médian	38	39	41
NR (n)	21	25	1
Genre (%)			
Hommes	88,3	78	85,7
Femmes	11,7	22	14,3
NR (n)	6	3	3
Logement (%)			
Domicile fixe	30,8	70	27,8
Logements variables	15,5	2,5	11
Rue	37,8	1,8	29,5
Institution	12,5	9,3	26,3
Prison	2,8	16,3	2,5
Autre	0,7	0	2,8
NR (n)	49	7	1
Revenu (%)			
Revenus de travail	8,7	31,9	0,7
Allocations de chômage	8,6	9,4	5,8
Indemnité maladie ou invalidité	20	32,1	42,9
Revenus minimum ou aide du CPAS	22,5	10,3	26,2
Pension de retraite ou de survie	0,3	3	0,4
Aucun revenu propre	38,9	11,1	22,9
Autre	1	2,2	1,1
NR (n)	139	71	7
Diplôme (%)			
Non scolarisé	6,1	3,7	3,7
Primaire	17	27,1	17,9
Secondaire	62	40,8	63,4
Supérieur	11,2	26,9	11,8
Autre	3,7	1,4	3,3
NR (n)	359	160	36

	Bas seuil (n=735)	Ambulatoire (n=1078)	Résidentiel (n=282)
Origine de la demande (%)			
La personne elle-même	77,3	39,2	74,5
Proche(s)	6,2	12,5	6,7
Service médico-psycho-social	15	35,3	18,1
Justice	1,2	11,5	0,7
Autre	0,3	1,5	0
NR (n)	62	16	0
Antécédent de traitement (%)			
Oui	84,6	52,2	92
Non	15,4	47,8	8
NR (n)	288	71	58
Produits principaux (%)			
Alcool	18,7	43,4	31,9
Cocaïne poudre	6,1	9,1	4,0
Crack	25,1	6,0	36,6
Opiacés	29	9	14,9
Cannabis	6	18,3	4,3
Hypnotiques et sédatifs	7,1	3,3	2,9
Stimulants	1	3,2	1,1
Hallucinogènes	0,9	2,5	1,1
Inhalants	0	0,2	0
Autres	4,1	0,3	0
NR (n)	34	36	6
Comportement d'injection au cours de la vie (%)			
Non	82	91,3	74,7
Oui	18	8,7	25,3
NR (n)	136	152	9
Polyconsommation problématique (%)			
Non	36,2	60,1	40,1
Oui	63,8	39,9	59,9
NR (n)	0	0	0
Source : Sciensano			

ÉVOLUTIONS MARQUANTES SUR LA PÉRIODE 2015-2022

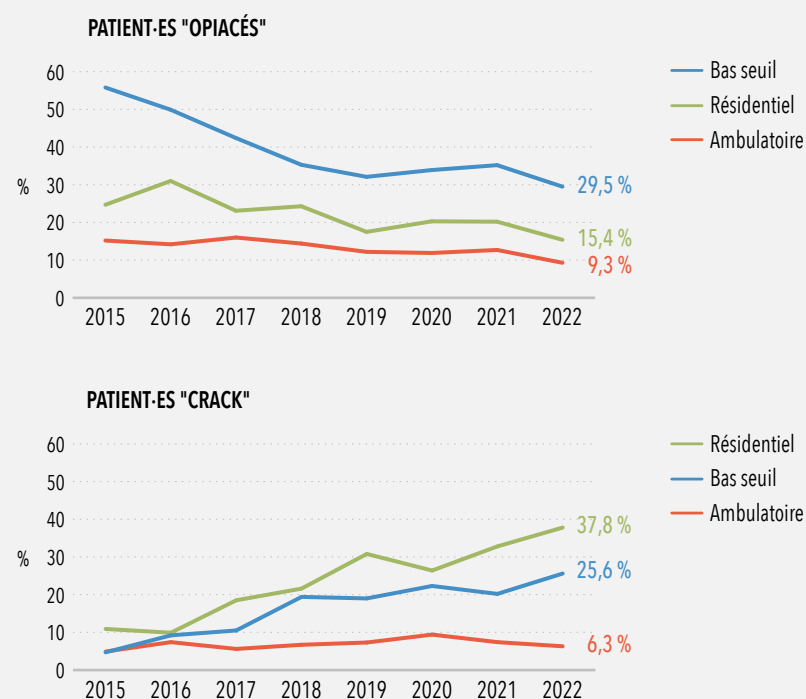
L'âge moyen des patient-es a légèrement, mais significativement, augmenté dans les trois types de structures, en particulier dans les services résidentiels (+2,5 ans, contre 1,3 ans dans le bas seuil et 1 an dans l'ambulatoire). La proportion de femmes est en revanche relativement stable au cours de la période 2015-2022 dans les trois types de structure.

On observe une tendance à la précarisation des patient-es pris en charge dans le bas seuil avec : diminution de la proportion de patient-es vivant dans un domicile fixe (40 % en 2015 contre 30,8 % en 2022) ou bénéficiant d'un revenu de travail (18 % en 2015 contre 8,7 % en 2022). Dans les services ambulatoires, la proportion de patient-es déclarant un revenu du travail a légèrement augmenté (24 % en 2015 contre 32,2 % en 2022), alors que celle mentionnant des indemnités pour maladie ou invalidité a diminué (61,8 % en 2015 contre 42,9 % en 2022) ; en revanche, la proportion de personne vivant en prison au moment de la demande a augmenté (6,8 % en 2015 contre 15,5 % en 2022), constat dont la cause est identifiée supra. Au niveau des services résidentiels, la proportion de patient-es sans revenu propre a quant à elle augmenté (5,1 % en 2015 contre 22,9 % en 2022). En revanche, on n'observe pas d'évolution différentielle en ce qui concerne le niveau d'éducation, ni en ce qui concerne le profil de la demande (origine de la demande, antécédents thérapeutiques).

La diminution de la proportion de patient-es en traitement pour un usage problématique d'opiacés en produit principal est plus marquée dans les services bas seuil que dans les autres types de services. Quant à l'augmentation de la proportion de patient-es en traitement pour un usage problématique de crack, elle s'observe uniquement à l'échelle des services bas seuil et des centres résidentiels (Figure 29). Pour les autres produits, les tendances sont stables dans les trois types de structures.

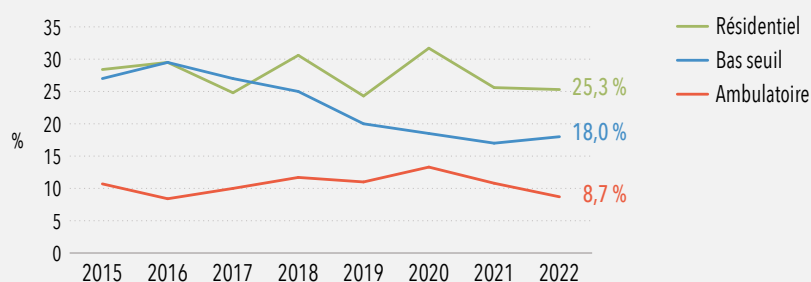
La prévalence de l'injection de drogues au cours de la vie a surtout diminué chez les patient-es pris-es en charge dans les structures bas seuil, alors qu'elle est relativement stable dans les autres structures (Figure 30). En revanche, aucune évolution n'est observée en ce qui concerne les pratiques de polyconsommation problématique.

Figure 29 : Évolution de la proportion (en %) de patient-es en traitement pour un usage problématique de crack ou d'opiacés en produit principal dans les services spécialisés de la Région bruxelloise, par type de centres, 2015-2022



Source : Sciensano

Figure 30 : Évolution de l'injection au cours de la vie chez les patient-es pris en charge pour une problématique d'assuétudes dans les services spécialisés de la Région bruxelloise, par type de centres, 2015-2022



Source : Sciensano

FICHES DE SYNTHÈSE DES PRISES EN CHARGE DANS LES SERVICES SPÉCIALISÉS⁴⁰

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

Demandes de traitement pour l'alcool

services spécialisés, 2022



NOMBRE

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



671
patient-es

32,0%*

Évolution :
stable

Également cité en produit secondaire par

410
patient-es **28,7%****

* Proportion de l'ensemble des patient-es

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

PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE

♀ **20,7%** ♂ **79,3%**

Âge	Femmes	Hommes	H+F
Q1	35	34	34
Médiane	45	42	43
Q3	55	50	51



Revenus

17,8 % du travail
13,2 % sans revenus
63,8 % de remplacement*



18%

en situation de logement variable / à la rue



Niveau d'instruction le + élevé

28,5 % supérieur
46,2 % secondaire
22,7 % primaire ou -



Situation de vie

47,7 % seul
21,1 % en couple
15,2 % avec famille
16,0 % avec tiers

* Revenus du chômage, CPAS, ou maladie/invalidité

PROFIL DE TRAITEMENT



35,4 %
débutent un traitement pour la 1^{re} fois

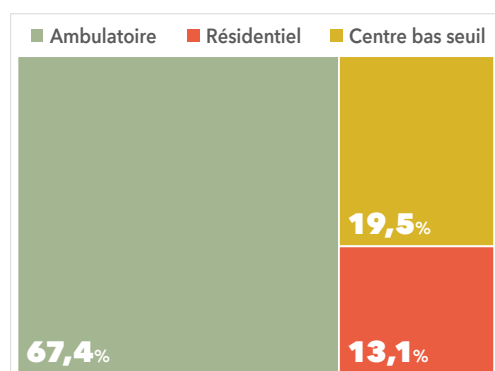


40 ans
en moyenne lors du 1^{er} traitement



Envoyé en traitement par
48,1 % soi-même
7,4 % entourage
36,2 % professionnel-es (social, santé)
7,2 % justice

Traité en ...



PROFIL DE CONSOMMATION

Polyconsommation problématique **37,7%**



17,9 %
cannabis



10,0 %
crack



9,7 %
cocaïne
poudre



5,8 %
hypno-
sédatifs



5,5 %
opiacés



41,4 %
consomment
tous les jours

29,5 %
n'ont pas consommé
les 30 derniers jours



18,9 ans en moyenne
lors du 1^{er} usage



5,4 % ont déjà eu recours
à l'injection de drogues

Demandes de traitement pour le cannabis

services spécialisés, 2022



NOMBRE

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



245
patient-es

11,7%*

Évolution :
stable

Également cité en produit secondaire par

366
patient-es

19,8%**

* Proportion de l'ensemble des patient-es

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

PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE



14%



86%

Âge

Femmes

Hommes

H+F

Q1

25

25

25

Médiane

33

31

32

Q3

42

39

40



Revenus

33,8 % du travail

17,4 % sans revenus

46,4 % de remplacement



10,9%

en situation de
logement variable
/ à la rue



Niveau d'instruction
le + élevé

11,9 % supérieur

43,8 % secondaire

43,8 % primaire ou -



Situation de vie

38,7 % seul

19,0 % en couple

43,3 % avec famille

8,9 % avec tiers

* Revenus du chômage, CPAS, ou maladie/invalidité

PROFIL DE TRAITEMENT



62,0 %

débutent un traitement
pour la 1^{re} fois



30 ans

en moyenne lors du 1^{er} traitement



Envoyé en traitement par

44,4 % soi-même

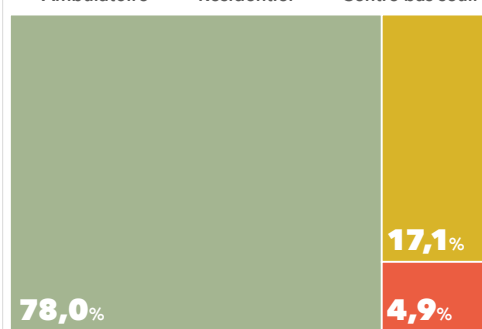
14,6 % entourage

20,9 % professionnel-es (social, santé)

19,7 % justice

Traité en ...

■ Ambulatoire ■ Résidentiel ■ Centre bas seuil



PROFIL DE CONSOMMATION

Polyconsommation
problématique

36,7%



24,1 %
alcool



9,8 %
cocaïne
poudre



5,3 %
crack



2,9 %
hypno-
sédatifs



2,4 %
opiacés



62,5 %
consomment
tous les jours

8,7 %

n'ont pas consommé
les 30 derniers jours



17 ans en moyenne
lors du 1^{er} usage



2,7 % ont déjà eu recours
à l'injection de drogues

Demandes de traitement pour les opiacés

services spécialisés, 2022



NOMBRE

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



338
patient-es

16,2%*

Évolution :
diminution

Également cité en produit secondaire par

163
patient-es

* Proportion de l'ensemble des patient-es

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

PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE



11%



89%

Âge

Femmes

Hommes

H+F

Q1

33

35

35

Médiane

41

42

42

Q3

46

50

50



Revenus

18,9 % du travail

27,7 % sans revenus

51,1 % de remplacement



31,2%

en situation de
logement variable
/ à la rue



Niveau d'instruction
le + élevé

16,0 % supérieur

51,2 % secondaire

30,5 % primaire ou -



Situation de vie

51,0 % seul

18,7 % en couple

13,2 % avec famille

17,1 % avec tiers

* Revenus du chômage, CPAS, ou maladie/invalidité

PROFIL DE TRAITEMENT



7,6 %

débutent un traitement
pour la 1^{re} fois



40 ans et demi

en moyenne lors du 1^{er} traitement



Envoyé en traitement par

61,5 % soi-même

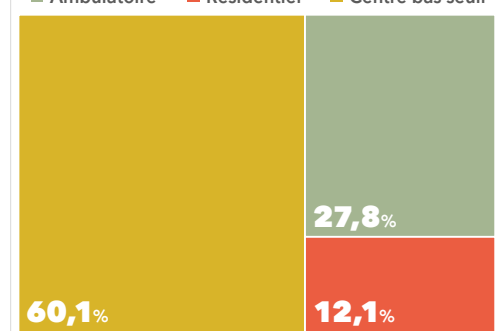
14,1 % entourage

22,8 % professionnel-es (social, santé)

1,3 % justice

Traité en ...

■ Ambulatoire ■ Résidentiel ■ Centre bas seuil



PROFIL DE CONSOMMATION

Polyconsommation
problématique

57,4%



27,8 %
crack



18,9 %
alcool



15,7 %
hypno-
sédatifs



14,2 %
cannabis



13,6 %
cocaïne
poudre



48,1 %
consomment
tous les jours

26,3 %
n'ont pas consommé
les 30 derniers jours



23 ans en moyenne
lors du 1^{er} usage



43,7 % ont déjà eu recours
à l'injection de drogues

Demandes de traitement pour le crack

services spécialisés, 2022



NOMBRE

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



339
patient-es

16,2%*

Évolution :
augmentation

Également cité en produit secondaire par

248
patient-es
14,1%**

* Proportion de l'ensemble des patient-es

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

PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE

♀ **16,2%** ♂ **83,8%**

Âge

	Femmes	Hommes	H+F
Q1	32	33	32
Médiane	38	40	39
Q3	45	46	45



Revenus

6,2 % du travail
32,8 % sans revenus
59,8 % de remplacement



50,2%
en situation de logement variable / à la rue



Niveau d'instruction le + élevé

11,3 % supérieur
64,3 % secondaire
20,8 % primaire ou -



Situation de vie

40,6 % seul
13,8 % en couple
13,0 % avec famille
32,6 % avec tiers

* Revenus du chômage, CPAS, ou maladie/invalidité

PROFIL DE TRAITEMENT



14,8%

débutent un traitement pour la 1^{re} fois



35 ans

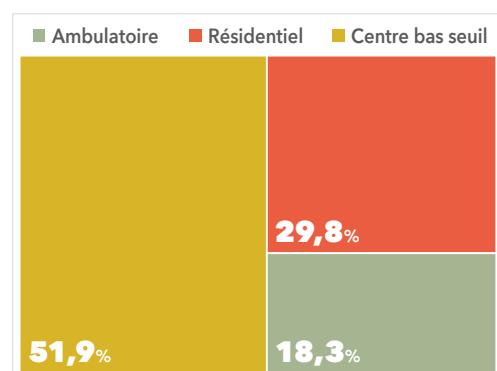
en moyenne lors du 1^{er} traitement



Envoyé en traitement par

80,1 % soi-même
4,8 % entourage
12,0 % professionnel-es (social, santé)
2,1 % justice

Traité en ...



PROFIL DE CONSOMMATION

Polyconsommation problématique 60,2%



32,4 %
alcool



21,2 %
cannabis



15,6 %
opiacés



10,1 %
hypno-sédatifs



5,9 %
cocaïne poudre



32,5 %
consomment tous les jours

16,5 %
n'ont pas consommé les 30 derniers jours



23 ans en moyenne lors du 1^{er} usage



14,8 % ont déjà eu recours à l'injection de drogues

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

services spécialisés, 2022



NOMBRE

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



149
patient-es

7,1%*

Évolution :
stable

Également cité en produit secondaire par

219
patient-es

11,3%**

* 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	32	30	30
Médiane	39	38	38
Q3	46	44	44



Revenus

40,9 % du travail
12,4 % sans revenus
40,1 % de remplacement



20,4%

en situation de
logement variable
/ à la rue



Niveau d'instruction le + élevé

23,8 % supérieur
45,1 % secondaire
29,5 % primaire ou -



Situation de vie

36,2 % seul
31,4 % en couple
12,4 % avec famille
20,0 % avec tiers

* Revenus du chômage, CPAS, ou maladie/invalidité

PROFIL DE TRAITEMENT



57,9 %

débutent un traitement
pour la 1^{re} fois



37 ans

en moyenne lors du 1^{er} traitement

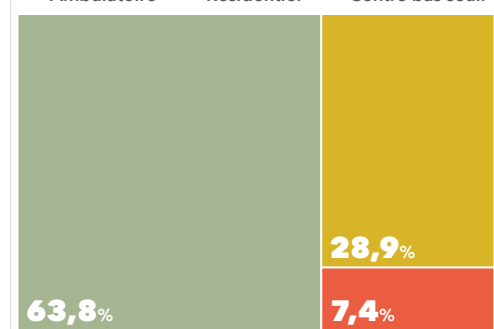


Envoyé en traitement par

59,7 % soi-même
9,7 % entourage
22,9 % professionnel-es (social, santé)
7,6 % justice

Traité en ...

■ Ambulatoire ■ Résidentiel ■ Centre bas seuil



PROFIL DE CONSOMMATION

Polyconsommation
problématique **59,1%**



40,3 %
alcool



17,4 %
cannabis



13,4 %
crack



13,4 %
opiacés



9,4 %
hypo-
sédatifs



33,3 %
consomment
tous les jours

11,6 %
n'ont pas consommé
les 30 derniers jours



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



16,9 % ont déjà eu recours
à l'injection de drogues

LES PRISES EN CHARGE DANS LES STRUCTURES HOSPITALIÈRES

LA SITUATION EN 2022

La présente section a pour objectif d'épingler le profil des patient-es pris-es en charge en 2022 dans les structures hospitalières, en identifiant leurs spécificités par rapport aux patient-es pris-es 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 2022 dans les services hospitaliers de la Région bruxelloise (n=962) ont mentionné un usage problématique d'alcool en produit principal (72,9 %), une proportion 2,3 fois plus élevée que ce que l'on observe dans les services spécialisés (32,1 %). Les autres produits sont mentionnés en produit principal de manière beaucoup moins fréquente : cannabis (5,9 %), opiacés (4,1 %), cocaïne en poudre (3,5 %), crack (2,8 %), médicaments hypno-sédatifs (2,5 %), les hallucinogènes (0,8 %) et

les autres stimulants (0,8 %). Les autres produits étaient rarement évoqués en substance principale (1 cas pour usage d'inhalants volatiles et 1 cas pour usage de prégabaline). Enfin, pour 6,3 % des patient-es, aucun produit principal n'était rapporté.

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 (39,6 ans). La proportion de femmes y est quasiment deux fois plus élevée (30,4 % *versus* 17,3 %), et est particulièrement importante chez les patient-es en demande de traitement pour un usage problématique de médicaments hypno-sédatifs en produit principal (58,3 %). Pour rappel, 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 (e.g. logement et revenu précaires, faible niveau d'éducation). Par exemple, la proportion de personnes vivant dans un domicile fixe est largement plus importante dans les services hospitaliers que dans les services spécialisés (81,1 % contre 51,4 %) et la proportion de patient-es

sans revenus propres y est moindre (7,8 % contre 21,4 %). 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 (40,2 % *versus* 33,8 %). En revanche, on n'observe pas de différences au niveau de l'origine de la demande lorsque l'on envisage les proportions globalement, mais bien lorsqu'on les envisage par produit principal. Ainsi, la proportion de demande émanant du patient-e est un peu plus élevée en structure hospitalière que dans les services spécialisés pour les demandes liées à l'alcool (59,9 % *versus* 48,1 %), l'inverse étant observé pour les demandes liées aux opiacés (25,6 % *versus* 61,5 %). Au niveau de la fréquence de consommation, la consommation quotidienne est nettement plus fréquente en structure hospitalière que dans les services spécialisés (88,8 % *versus* 45,2 %), probablement parce que les sevrages ont souvent lieu en milieu hospitalier. En revanche, on retrouve une proportion moins élevée de patient-es mentionnant une polyconsommation problématique en structure hospitalière que dans les services spécialisés (22,4 % *versus* 50,5 %). Le même constat est observé pour les pratiques d'injection (5,3 % *versus* 14,2 %).

Tableau 7 : Profils des patient-es accueilli-es dans les services spécialisés et dans les services hospitaliers de la Région bruxelloise, par produit principal, 2022

	SERVICES SPÉCIALISÉS							SERVICES HOSPITALIERS						
	Tous produits	Alcool	Cocaïne en poudre	Crack	Opiacés	Cannabis	Hypnotiques et sédatifs	Tous produits	Alcool	Cocaïne en poudre	Crack	Opiacés	Cannabis	Hypnotiques et sédatifs
n=	2095	671	149	339	338	245	92	962	701	34	27	39	57	24
Demandes (%)	100	32,0	7,1	16,2	16,2	11,7	4,4	100	72,9	3,5	2,8	4,1	5,9	2,5
Âge														
Moyen	39,60	42,98	37,61	38,71	42,21	32,89	38,38	44,45	46,57	39,29	40,22	42,24	29,74	51,7
Médian	39	43	38	39	42	32	39	44	47	40	40	41	29	51
NR (n)	120	22	3	8	2	18	2	37	1	0	0	1	0	1
Genre (%)														
Hommes	82,7	79,3	81,1	83,2	89	86	84,4	69,6	70,8	73,5	74,1	74,4	70,2	41,7
Femmes	17,3	20,7	18,9	16,8	11	14	15,6	30,4	29,2	26,5	25,9	25,6	29,8	58,3
NR (n)	12	4	1	2	2	2	0	2	2	0	0	0	0	0
Logement (%)														
Domicile fixe	51,4	57,3	52,4	29,9	48	60	42,7	80,5	84,4	70,6	63	55,3	80,4	42,7
Logements variables	7,9	5,4	6,8	13,1	10,1	4,2	10,1	6,4	5,3	14,7	7,4	10,5	7,1	10,1
Rue	17,9	12,6	13,6	38,7	21,1	6,7	21,3	7,2	5,6	8,8	14,8	21,1	7,1	21,3
Institution	12,7	15,5	6,1	13,7	13,5	5,4	16,9	5,1	4,2	5,9	14,8	10,5	5,4	16,9
Prison	9,6	8,4	21,1	4,6	6,7	23,8	6,7	0	0	0	0	0	0	6,7
Autre	0,6	0,9	0	0	0,6	0	2,2	0,7	0,6	0	0	2,6	0	2,2
NR (n)	57	18	2	11	11	5	3	7	3	0	0	1	1	0
Revenus (%)														
Revenus de travail	20,0	17,8	40,9	6,2	18,9	33,8	13,9	24,6	26,9	12,1	12	10	24,5	15
Allocations de chômage	8,6	10,6	2,9	6,5	7,8	12,2	5,1	7,3	7,7	6,1	8	3,3	10,2	0
Indemnité maladie ou invalidité	29,8	39,1	23,4	31,5	24	17,8	24,1	39,6	40,2	51,5	40	46,7	32,7	40
Revenus minimum ou aide du CPAS	16,5	14,1	16,8	21,8	19,3	16,4	19	12,7	10,6	27,3	16	16,7	22,4	20
Pension de retraite ou de survie	1,8	3,9	0,7	0	1,4	0,5	1,3	6,1	6,7	0	4	3,3	0	20
Aucun revenu propre	21,7	13,2	12,4	32,8	27,7	17,4	35,4	8,3	6,3	3	20	20	8,2	5
Autre	1,7	1,3	2,9	1,3	1	1,9	1,3	1,5	1,6	0	0	0	2	0
NR (n)	217	49	12	31	42	32	12	103	62	1	2	9	8	4
Diplôme (%)														
Non scolarisé	4,3	3,8	3,3	4,1	4,2	4,8	8,6	1,5	0,9	0	0	0	4	5,9
Primaire	23,2	18,9	26,2	16,7	26,3	39	24,1	18,0	15,9	39,3	27,8	16,7	24	29,4
Secondaire	49,6	46,2	45,1	64,3	51,2	43,8	41,4	46,5	45,8	42,9	38,9	61,1	52	28,4
Supérieur	20,6	28,5	23,8	11,3	16	11,9	24,1	33,8	36	17,9	33,3	22,2	20	35,5
Autre	2,3	2,6	1,6	3,6	2,3	0,5	1,7	1,2	1,4	0	0	0	0	0
NR (n)	555	138	27	118	121	35	33	210	135	6	9	21	7	7
Antécédents de traitement (%)														
Oui	66,3	64,6	42,1	85,2	92,4	38	71,8	60,6	57,9	75,8	73,1	91,9	50	60,9
Non	33,7	35,4	57,9	14,8	7,6	62	28,2	39,4	42,1	24,2	26,9	8,1	50	39,1
NR (n)	408	123	28	129	47	37	21	41	28	1	7	2	5	1
Origine de la demande (%)														
La personne elle-même	56,8	48,1	59,7	80,1	61,5	44,4	54,7	55,9	59,9	50	50	25,6	52,6	41,7
Proche(s)	9,6	7,4	9,7	4,8	14,1	14,6	9,3	10,8	10	17,6	11,5	5,1	17,5	16,7
Service médico-psycho-social	26,1	36,2	22,9	12	22,8	20,9	33,7	30,4	28,9	26,5	34,6	64,1	17,5	37,5
Justice	6,5	7,2	7,6	2,1	1,3	19,7	1,2	1,4	0,4	5,9	3,8	5,1	5,3	4,2
Autre	0,9	1,1	0	0,9	0,3	0,4	1,2	1,5	0,9	0	0	0	7	0
NR (n)	78	10	5	7	26	6	6	9	8	0	1	0	0	0

Tableau 7 : Profils des patient-es accueilli-es dans les services spécialisés et dans les services hospitaliers de la Région bruxelloise, par produit principal, 2022

	SERVICES SPÉCIALISÉS							SERVICES HOSPITALIERS						
	Tous produits	Alcool	Cocaïne en poudre	Crack	Opiacés	Cannabis	Hypnotiques et sédatifs	Tous produits	Alcool	Cocaïne en poudre	Crack	Opiacés	Cannabis	Hypnotiques et sédatifs
n=	2095	671	149	339	338	245	92	962	701	34	27	39	57	24
Âge de la première consommation														
Âge moyen	21,03	18,89	25,1	23	22,94	17,14	25,3	21,21	20,07	27,81	26,69	23,47	17,76	36,44
Âge médian	18	16	22	22	22	16	20,5	18	17	25,5	23	25	17	33
NR (n)	1303	404	63	272	192	123	62	309	196	8	11	24	15	6
Fréquence de consommation (%)														
Depuis plus de 30 jours	21,4	29,5	11,6	16,7	26,3	8,7	12,5	3,8	2,6	6,9	3,8	6,1	7,5	4,3
1 jour/semaine	9,8	7,4	23,9	14,2	7	6	6,3	4,1	2,1	20,7	23,1	3	7,5	0
2 à 3 jours/semaine	13,5	12,1	18,1	25,8	11,9	11,4	0	7,2	5,4	27,6	23,1	9,1	7,5	0
4 à 6 jours/semaine	10	9,6	13	10,8	6,6	11,4	3,1	6,1	4,5	17,2	15,4	12,1	5,7	8,7
Tous les jours	45,2	41,4	33,3	32,5	48,1	62,5	78,1	78,8	85,3	27,6	34,6	69,7	71,7	87
NR (n)	710	200	11	219	95	61	28	98	40	5	7	6	4	1
Comportement d'injection au cours de la vie (%)														
Non	85,7	94	83,1	85,2	56,3	97,3	94,4	94	97,2	90,3	84,2	54,2	100	85,7
Oui	14,3	6	16,9	14,8	43,7	2,7	5,6	6	2,8	9,7	15,8	45,8	0	14,3
NR (n)	297	68	13	29	75	23	21	139	84	3	8	15	6	3
Polyconsommation (%)														
Non	49,5	62,3	40,9	39,8	42,6	63,3	22,8	76,4	86,4	38,2	48,1	61,5	59,6	58,3
Oui	50,5	37,7	59,1	60,2	57,4	36,7	77,2	23,6	13,6	61,8	51,9	38,5	40,4	42,7
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Source : Sciensano

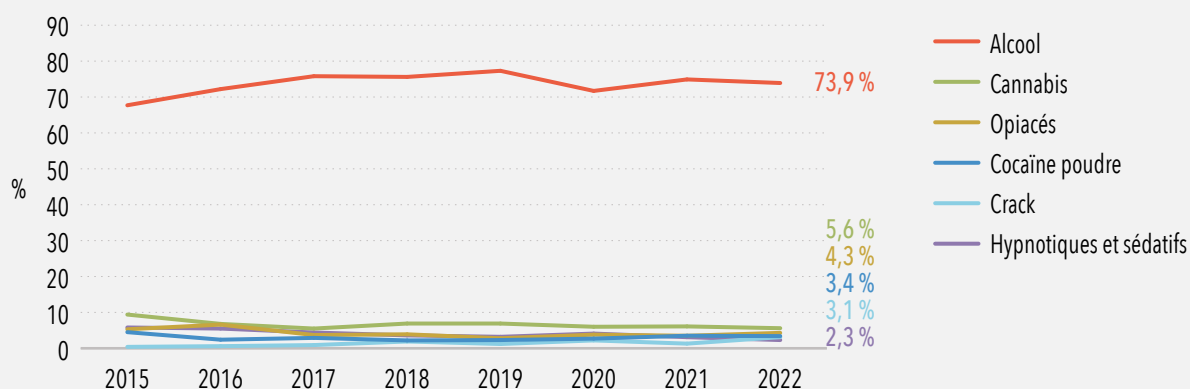
TENDANCES ET ÉVOLUTION

Parmi les 8458 patient-es ayant introduit une demande de traitement dans les services hospitaliers de la Région bruxelloise sur la période 2015-2022, un **produit principal** a pu être identifié dans la grande

majorité des cas (96,1 %). La [Figure 31](#) illustre l'évolution de la proportion de patients pour les cinq catégories de substances les plus représentées en tant que produit principal sur la période 2015-2022. L'alcool est de loin la substance principale la plus fréquemment évoquée sur cette

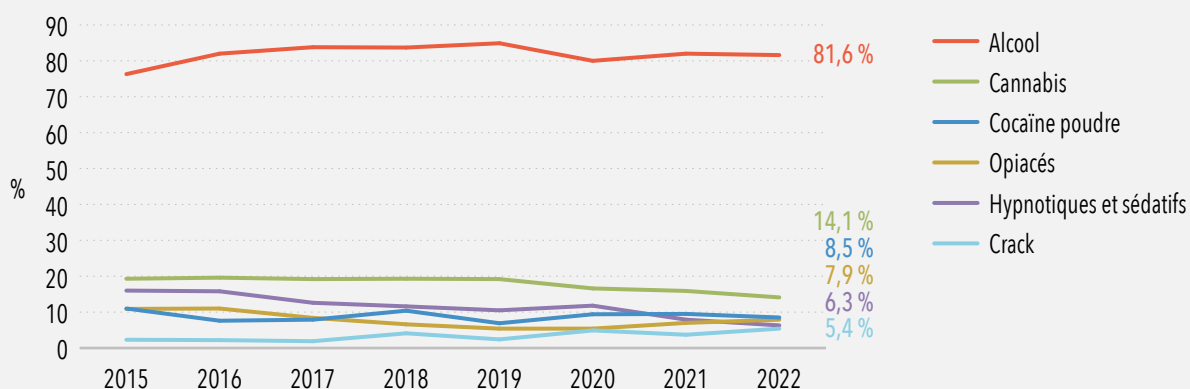
période. Les proportions de patient-es pris-es en charge pour ce produit ont légèrement mais significativement augmenté au cours de cette période (+6,2 %). Pour les autres produits, les proportions sont restées stables.

Figure 31 : Évolution de la proportion de patient-es (en %) ayant introduit une demande de traitement dans les services hospitaliers de la Région bruxelloise sur la période 2015-2022, par produit principal



Source : Sciensano

Figure 32 : Évolution de la proportion de patient-es (en %) ayant introduit une demande de traitement dans les services hospitaliers de la Région bruxelloise sur la période 2015-2022, par produit problématique



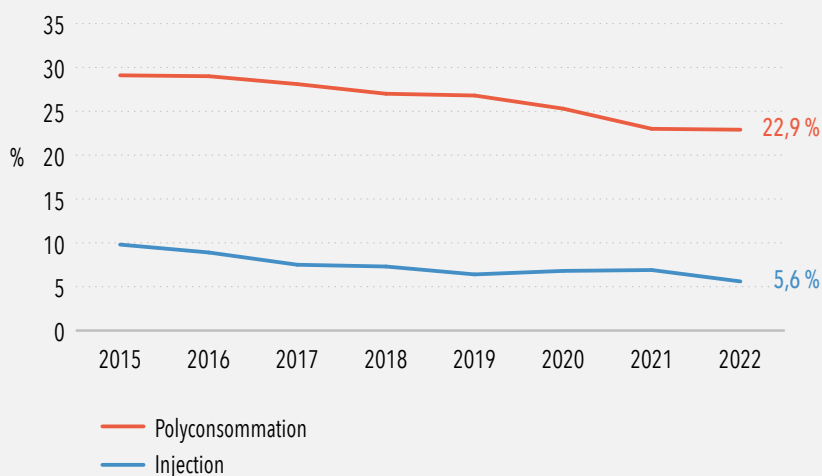
Source : Sciensano

Lorsqu'on considère les **produits problématiques** dans leur ensemble (Figure 32), les tendances semblent similaires. En effet, l'alcool reste le produit le plus souvent mentionné comme problématique, et les proportions restent relativement stables sur la période. On observe néanmoins une légère augmentation de la proportion de patient-es mentionnant l'alcool en produit problématique (+5,3 %), et une diminution de la proportion de patient-es mentionnant le cannabis (-5,2 %) et, surtout, les médicaments hypno-sédatifs (-9,7 %).

patient-es en traitement pour un usage problématique de cannabis ou d'alcool. Au niveau du profil de consommation, on observe une tendance à la diminution de la prévalence de l'injection sur la vie (9,8 % en 2015 contre 5,6 % en 2022 ; $p=0,03$) et une diminution progressive et significative des polyconsommations problématiques (29,1 % en 2015 contre 22,9 % en 2022) (Figure 33). Le nombre moyen de produits consommés de manière problématique a également légèrement diminué (1,47 en 2015 contre 1,35 ; $p<0,01$).

Les caractéristiques des patient-es en demande de traitement en milieu hospitalier semblent assez stables sur la période 2015-2022. En effet, aucune évolution significative n'est observable au niveau des variables sociodémographiques, hormis une tendance au vieillissement de la patientèle pour certains produits principaux : opiacés (39,04 ans en moyenne en 2015 contre 42,24 ans en 2022), les hypno-sédatifs (43,75 ans contre 51,7 ans), la cocaïne en poudre (36,57 ans contre 39,29 ans) et le crack (25,5 ans contre 40,22). On note également un report de l'âge de la première consommation pour la cocaïne en poudre (22,72 ans contre 27,81). Au niveau du profil de la demande, on observe uniquement une augmentation de la proportion de patient-es en traitement sur base d'une démarche spontanée (39,4 % en 2015 contre 55,3 % en 2022), ainsi qu'une diminution des réorientations (43,9 % en 2015 contre 31,3 % en 2022). Ces constats sont surtout observés chez les

Figure 33 : Évolution de la prévalence de l'injection sur la vie et des polyconsommations problématique chez les patient-es pris en charge dans les services hospitaliers de la Région bruxelloise, 2015-2022



Source : Sciensano

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, 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 et de nouvelles pratiques. La révision actuelle du protocole, qui devrait être implémentée en Belgique en 2025 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, et de fournir une estimation du nombre total de patient-es pris en charge dans les services participants. Un grand enjeu reste toutefois de pouvoir étendre la récolte aux structures et professionnel-les qui n'y participent pas actuellement, afin d'avoir une vision complète. Enfin, il convient de rappeler la complémentarité du TDI avec les autres indicateurs épidémiologiques développés par l'EMCDDA (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(1), 27.
- Antoine, J., Berndt, N., Astudillo, M., Cairns, D., Jahr, S. *et al.* (2021). Cocaine treatment demands in 10 western European countries: observed trends between 2011 and 2018. *Addiction*, 116, 1131-1143.
- Beard, E., Brown, J., West, R., Angus, C., Brennan, A., *et al.* (2016). Deconstructing the Alcohol Harm Paradox: A Population Based Survey of Adults in England. *PLoS One*, 11(9): e0160666.
- Brennan, R., & Van Hout, M.C. (2020). « Bursting the Lyrica bubble”: experiences of pregabalin use in individuals accessing opioid agonist treatment in Dublin, Ireland. *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*, 22(6), 5-13.
- 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.
- Bunn, W.H., & Giannini, A.J. (1992). Cardiovascular complications of cocaine abuse. *American Family Physician*, 46, 769-773.
- Clark, M. (2015). The gender dimension of non-medical use of prescription drugs in Europe and the Mediterranean region. Council of Europe.
- Collins, S.E. (2016). Associations between socioeconomic factors and alcohol outcomes. *Alcohol Research*, 38, 83-94.
- Cross, J.C., Johnson, B.D., Davis, W.R., & Liberty, H.J. (2001). Supporting the habit: income generation activities of frequent crack users compared with frequent users of other hard drugs. *Drug and Alcohol Dependence*, 64, 191-201.
- EMCDDA (2019). European Drug Report 2019: Trends and Developments. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- EMCDDA (2023). Wastewater analysis and drugs – a European multi-city study. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- EMCDDA (2018). Recent changes in Europe's cocaine market. Results from an EMCDDA trendspotter study. Luxembourg (Publications Office of the European Union): European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Evoy, K.E., Sadrameli, S., Contreras, J., Covey, J.R., Peckham, A.M., Morrison, M.D. (2021). Abuse and Misuse of Pregabalin and Gabapentin: A Systematic Review Update. *Drugs*, 81, 125-156.
- Gisle, L., & Drieskens, S. (2019). Enquête de santé 2018: Usage des drogues Bruxelles, Belgique : Sciensano ; Numéro de rapport : D/2019/14.44/68.
- Gisle L, Drieskens S, Demarest S, Van der Heyden J. (2020). Santé mentale. Enquête de santé 2018. Bruxelles, Belgique : Sciensano ; Numéro de rapport : D/2020/14.440/3.
- INPES (2010). Baromètre santé 2010. Paris : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.
- Klingemann & Klingemann, (2008). L'intervention thérapeutique est-elle nécessaire ? La rémission naturelle et les systèmes de traitement. *Psychotropes*, 14, 111-126.
- Mäkelä P., & Paljärvi, T. (2008). Do consequences of a given pattern of drinking vary by socioeconomic status? A mortality and hospitalisation follow-up for alcohol-related causes of the Finnish Drinking Habits Surveys. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62, 728-733.
- McCrady, B.S., Epstein, E.E., & Fokas, K.F. (2020). Treatment interventions for women with alcohol use disorder. *Alcohol Research*, 40:08.
- Palamar, J.J., Davies, S., Ompad, D.C., Cleland, C.M., & Weitzman, M. (2015). Powder cocaine and crack use in the United States: an examination of risk for arrest and socioeconomic disparities in use. *Drug and Alcohol Dependence*, 149, 108-116.
- Plettinckx, E., Harth, N., De Smet, S., Gremeaux, L. & Dirx, N. (2023). Health, wellbeing and drug use among persons in prison. Belgian results of the PRS-20 project 2021-2023. Brussels: Sciensano.
- Probst, C., Roerecke, M., Behrendt, S., & Rehm, J. (2014). Socioeconomic differences in alcohol-attributable mortality compared with all-cause mortality: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Epidemiology*, 43, 1314-1327.
- Probst, C., Lange, S., Kilian, C., Saul, S., & Rehm, J. (2021). The dose-response relationship between socioeconomic deprivation and alcohol-attributable mortality risk - a systematic review and meta-analysis. *BMC Medicine*, 19:26.
- Régny, R., Stévenot, C. & Hogge, M. (2023). Tableau de bord de l'usage de drogues et ses conséquences sociosanitaires en Wallonie. Bruxelles : Eurotox ASBL.
- 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.
- Ruiz-Cantero, M.T., Blasco-Blasco, M., Chilet-Rosell, E., Peiró, A.M. (2020). Gender bias in therapeutic effort: from research to health care. *Farmacia Hospitalaria*, 44, 109-113.
- 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.
- Sobell, L.C., Ellingstad, T.P., & Sobell, M.B. (2000). Natural recovery from alcohol and drug problems: methodological review of the research with suggestions for future directions. *Addiction*, 95, 749-764.
- Sting, S., & Blum, C. (2003). Soziale Arbeit in der Suchtprävention. UTB
- UNODC (2011). World drug report 2011. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime.
- Van Malderen, S., Pauwels, I., Walthoff-Borm, c., Glibert, P., & Todts, S. (2013). La consommation de drogues dans les prisons belges : monitoring des risques pour la santé. Bruxelles : SPF Justice.
- Vowles, K.E., McEntee, M.L., Siyahhan Julnes, P., Frohe, T., *et al.* (2015). Rates of opioid misuse, abuse, and addiction in chronic pain: a systematic review and data synthesis. *Pain*, 156, 569-576.
- Zucoloto, A.D., Eller, S., de Oliveira, T.F., Wagner, G.A., Fruchtingarten, L.V.G., de Oliveira, C.D.R. & Yonamine, M. (2020). Relationship between cocaine and cocaethylene blood concentration with the severity of clinical manifestations. *The American Journal of Emergency Medicine*, 50, 404-408.

EUROTOX ASBL | OBSERVATOIRE SOCIO-ÉPIDÉMIOLOGIQUE ALCOOL-DROGUES | **DÉCEMBRE 2023**

151 rue Jourdan, 1060 Bruxelles | Tél. +32 2 539 48 29
9 rue du Moulin, 1340 Ottignies | info@eurotox.org

Ce document est disponible
en version pdf sur le site | www.eurotox.org

AVEC LE SOUTIEN DE LA COCOM



COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE
GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE